

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ**



**МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
INTERNET- КОНФЕРЕНЦІЇ**

**МЕНЕДЖМЕНТ ТА МАРКЕТИНГ У СКЛАДІ
СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ, НАУКИ, ОСВІТИ,
ПРАКТИКИ**

**МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ В СОСТАВЕ
СОВРЕМЕННОЙ ЭКОНОМИКИ, НАУКИ,
ОБРАЗОВАНИЯ, ПРАКТИКИ**

**MANAGEMENT AND MARKETING IN THE MODERN
ECONOMY, SCIENCE, EDUCATION AND PRACTICE**

**28 – 29 березня 2013 року
м. Харків, Україна**

Харків 2013

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ**

**МЕНЕДЖМЕНТ ТА МАРКЕТИНГ У СКЛАДІ
СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ, НАУКИ, ОСВІТИ,
ПРАКТИКИ**

**МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ INTERNET-
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**28 – 29 березня 2013 року
м. Харків**

Видавництво НФаУ
Харків 2013

УДК 615.1/339.188

Редакційна колегія: проф. Мнушко З.М. (голова), проф. Слободянюк М.М., доц. Євтушенко О.М., доц. Тіманюк І.В., доц. Софронова І.В., доц. Алекперова Н.В.

Укладачі: Вальдовський А.О., Алекперова Н.Ф.

Відповідальний секретар: проф. Слободянюк М.М.

Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: Матеріали міжнародної науково-практичної Internet- конференції (м. Харків, 28 –29 березня 2013 р.) / редкол. : З.М. Мнушко та ін. – Харків.: Вид-во НФаУ, 2013. – 405 с.

Збірник містить матеріали міжнародної науково-практичної конференції науковців та практиків, що здійснюють діяльність в цілому в сфері менеджменту й маркетингу та в галузі фармації.

Розглянуто сучасні досягнення та використання менеджменту й маркетингу у сучасній економіці; форм та методів викладання дисциплін організаційно-економічного й управлінського спрямування на основі теорії менеджменту та маркетингу, практичні аспекти управління виробництвом, контролем якості, реалізацією та споживанням лікарських засобів, підвищення якості фармацевтичної допомоги, управління раціональним використанням лікарських засобів та відповідальним самолікуванням.

Для широкого кола наукових, науково-педагогічних і практичних працівників, що займаються питаннями менеджменту й маркетингу та лікознавством.

Матеріали подаються мовою оригіналу.
За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

УДК 615.1/ 339.188

МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В СИСТЕМЕ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА В ФАРМАЦИИ

Мнушко З.Н., Рогуля О.Ю., Ольховская А.Б.,

Тиманюк И.В., Алекперова Н.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

mnushko.nfau@gmail.com

Исследование и применение достижений зарубежной образовательной деятельности является одним из актуальных направлений поиска путей совершенствования фармацевтического образования в Украине.

Многолетний опыт преподавания менеджмента и маркетинга фармации (ММФ) в Украине основывается как на использовании классических постулатов теории, так и научно-практических разработок отечественных и зарубежных специалистов. Нами проводится постоянный мониторинг тенденций в фармацевтическом образовании за рубежом. В целом анализ учебных программ подготовки специалистов с высшим фармацевтическим образованием за 2003-2008 г.г. позволял сделать вывод, что количество часов на изучение менеджмента и маркетинга довольно значительно, а некоторые из них соответствуют отдельным темам дисциплины «Менеджмент и маркетинг в фармации», преподаваемых в НФаУ.

Исследование особенностей преподавания менеджмента и маркетинга в фармацевтической подготовке в зарубежных университетах в последние годы (2009-2012 г.г.) показало, что во многих вузах в учебных планах появились дисциплины, направленные на изучение аспектов лидерства, управления персоналом и маркетинга фармацевтической продукции.

Нами был проведен обобщающий анализ современной специфики преподавания организационно-управленческих дисциплин на более чем 25 фармацевтических факультетах университетов разных стран мира (Великобритания, Германия, Чехия, Бельгия, Финляндия, Болгария, Франция, Канада, США, Австралия, Египет, Саудовская Аравия, Таиланд, Мальта, Сингапур,

Россия, Казахстан).

В качестве примера приведен ориентировочный перечень дисциплин, соответствующих разделам и темам ММФ, сформированный по результатам анализа учебных планов университетов США. Получая подготовку по фармации, студенты изучают такие дисциплины, как:

- принципы менеджмента; принципы маркетинга; введение в бизнес; продажи и менеджмент продаж; поведение потребителей; маркетинговые исследования; планирование маркетинга и стратегии (DeSales University, США);
- менеджмент практической деятельности аптек; лидерство и стратегии трудовых ресурсов; маркетинг; стратегическое планирование (UNC Eshelman School of Pharmacy, США);
- менеджмент фармации (University of Mississippi, США);
- менеджмент в фармации; управление персоналом (The McWhorter School of Pharmacy of Samford University, США);
- менеджмент фармацевтической продукции; фармацевтические маркетинговые исследования; управление продажами фармацевтической организации (Rutgers Business School Newark and New Branswick, США);
- менеджмент в практической фармации; менеджмент в практической коммуникации; фармацевтическая реклама; основы лидерства в фармации (The Ernest Mario School of Pharmacy at Rutgers University, США);
- основы менеджмента; принципы коммуникаций (Albany college of pharmacy and health sciences, США);
- основы бизнеса; фармацевтическая маркетинговая среда; расширенные маркетинговые исследования; фармацевтические маркетинговые стратегии и планирование (Saint Joseph's University, США) и др.

Анализ современного преподавания менеджмента и маркетинга в системе подготовки фармацевтических кадров свидетельствует о продолжающейся тенденции увеличения общего объема часов на изучение дисциплин, вопросы которых соответствуют программе дисциплины «Менеджмент и маркетинг в фармации». Следует обратить внимание также на системность подходов к углубленному изучению управленческих дисциплин, предусмотр-

ренных Аккредитационными стандартами фармацевтического образования.

Аккредитационные стандарты и рекомендации к профессиональным программам по фармации были введены в США, одобрены и рекомендованы ВОЗ и Международной фармацевтической федерацией (2007, 2011 г.г.). В разделе стандарта «Социальные, поведенческие и управленческие фармацевтические науки» представлены следующие подразделы и дисциплины, отражающие вопросы менеджмента и маркетинга:

- система здравоохранения (принципы, влияющие на сбыт фармацевтических товаров и услуг);
- практический менеджмент (принципы менеджмента; лидерство; адаптивный менеджмент; интеграция клинической и дистрибьютивной функций в управлении лекарственной терапией пациента и другие направления по оптимизации помощи пациента; проектный менеджмент; принципы маркетинга);
- этика (принципы профессионального поведения, конфликтология);
- профессиональные коммуникации (эффективные вербальные коммуникативные навыки, презентационные навыки, техники для решения коммуникативных проблем, принципы поведенческих изменений);
- социальные и поведенческие аспекты практики (клиентоориентированность профессии; роль фармацевта в заботе о пациентах, в сотрудничестве с другими специалистами) и др.

Анализ зарубежного опыта преподавания позволил нам выделить перечень вопросов, необходимых для практической деятельности специалистов фармацевтической отрасли. Предполагается расширить содержание рабочей программы по ММФ такими вопросами, как антикризисное управление в фармации; риски в инновационной и инвестиционной деятельности фармацевтических организаций и управление инвестиционными проектами в фармации; HR-решения в управлении персоналом фармацевтической организации; развитие лидерских способностей; положения уровневого маркетингового управления в фармации; управление поведением потребителей лекарственных средств; поведенческая реакция потребителей и формирование концепции лояльности и др.

ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ДЛЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ГАЛУЗІ У ВИЩІЙ ШКОЛІ МЕНЕДЖМЕНТУ У ВАРШАВІ

Васіліна Н.Ю.

Варшавська вища школа менеджменту, Польща

natali_vasilina@mail.ru

Сучасний стан розвитку суспільства можна охарактеризувати як епоху знань. Мінливість і складність економічної ситуації, що впливає на роботу підприємств, спричиняє пошук ними спеціалістів нової генерації. Перш за все, менеджерів, які зможуть легко орієнтуватися у змінах середовища, матимуть інноваційне мислення і шукатимуть ефективні вирішення поставлених завдань. На сьогоднішній день людство усвідомлює та відчуває, що згубний вплив нерациональних рішень може привести до катастроф планетного масштабу. Ось чому так важливо готувати у вищих навчальних закладах спеціалістів – управлінців, які будуть відповідальними за свої вчинки.

Варшавська вища школа менеджменту – навчальний заклад, який готує спеціалістів для роботи в економічній галузі для усієї Європи. Підготовка здійснюється за двома освітніми рівнями: бакалаврат та магістратура, відповідно протягом трьох та двох років. Напрямки навчання: право, адміністрування, інформатика, національна безпека, управління, управління та технологія виробництва, міжнародні відносини, педагогіка. Вартість навчання складає від 3800 до 4500 злотих на рік (1200-1400 дол. США).

Факультет управління Варшавської вищої школи менеджменту має такі спеціальності: «Управління підприємством в об'єднаній Європі», «Маркетинг», «Управління кадрами», «Управління банківською справою та фінансами», «Фінансовий облік та контролінг», «Управління інноваціями в економіці, заснованої на знаннях», «Бухгалтерський облік і аудит», «Управління в публічній сфері».

Гаслом кафедри маркетингу і підприємництва, наприклад, є «Підготовка спеціалістів для інноваційних підприємств», і викладачі декларують, що вони

працюють для студентів. У цілому навчальний заклад проводить активну діяльність з удосконалення форм навчання та взаємодії студентів з викладачами. На університетських конференціях проводиться спільна дискусія про відповідальність вищої школи перед суспільством.

Вища освіта у Польщі відрізняється від української тим, що більше часу студентам доводиться навчатися самостійно. У тиждень проводиться від 2 до 4 навчальних днів, протягом яких тривають від 2 до 9 годин занять.

Навчання організовано традиційно та відбувається на лекціях і практичних заняттях, під час семінарів студенти готуються до виконання дипломної роботи. На останньому занятті з певної дисципліни проводиться пробний екзамен. У разі отримання студентом позитивної оцінки – вона ставиться у записову книгу і екзаменаційний лист, в який також виставляються оцінки за семестр.

Студенти мають як спільні основні предмети, так і профільні, з відповідної спеціальності, на які вони розподіляються по групах. Якщо бажаючих навчатися за певною спеціальністю замало, то необхідні предмети можна вчити на заочному відділенні. Воно проводиться кожні 2 тижня у п'ятницю, суботу та неділю.

У Варшавській вищій школі менеджменту у магістратурі викладаються такі предмети: управлінський облік, психологія управління, підприємництво, маркетинг послуг, статистика, концепція управління, конфлікти в організації і методи їх розв'язання, управління підприємством, системний аналіз, контроль в маркетингу, культура мовлення й етикет, макроекономіка, маркетинг місця, цивільне право, управління процесами, стратегічний менеджмент, основні проблеми управління, сучасні тренди у маркетингу, переговори, маркетинг інновацій, стратегічний маркетинг, екомаркетинг, управління проектами, господарчі кризи, логістика, міжнародний маркетинг, соціологія організації, техніки і методи, які допомагають процесу управління у турбулентному оточенні, управлінські ігри, зв'язки з громадськістю, податковий облік, про-

фесійний розвиток, фінансування ЄС, банківський нагляд та фінансова оцінка, управління, управління у державному секторі.

Під час навчання студент також обирає одну з пропонованих форм занять з фізичної культури (плавання, тренажерний зал або танці).

За досягнення у спорті чи навчанні найкращим студентам університет може надавати стипендію. Зазвичай заохочується участь студентів у різних конкурсах для промотування університету.

З метою працевлаштування у Варшавській школі менеджменту створене Бюро кар'єри, в якому бажаючим надається актуальна інформація про можливості стажування, практики та праці.

У цілому, вища економічна освіта у Польщі кардинально не відрізняється від аналогічної в Україні, але, все ж таки, має вплив інша культура та інший підхід до життя. Європейська освіта має на меті всебічну підготовку до постійних змін і глобальних інновацій.

АКТУАЛИЗАЦИЯ КРЕДИТНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Арстанбекова А.А.

ОФ «Позитив Хелп»

Как известно, образование сегодня становится одним из важнейших показателей и приоритетных направлений общественного развития в мире. Формирование человеческого капитала и реализация человеческого потенциала в пользу личности и общества подразумевают особую ответственность государства в построении системы образования, ориентированной на достижение результатов и удовлетворение запросов общества XXI века.

В Кыргызской Республике (КР) рынок образовательных услуг для молодежи и взрослых растет и становится все более конкурентоспособным. Так, функционирует 52 высших учебных заведения с контингентом – 230,2 тыс. студентов (31 государственный вуз и 21 негосударственный, 3 государственных вуза функционируют на условиях самофинансирования).

Актуальность модернизации системы высшего образования в Кыргызской Республике очень высока. Выпускники школ ориентируются на возможность получения признанного образования, в т.ч. на основе кредит-системы ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System). Так, большинство выпускников школ в последние годы стремится уехать получить высшее образование в другие страны, в частности, в Россию, Турцию, Малайзию, страны Евросоюза [4], т.е. страны, внедрившие эту систему.

В целом «непривлекательность» получения высшего образования в КР объясняется целым рядом проблем:

- низкое качество кадровых педагогических ресурсов. Так, 60 % от общего числа преподавателей не имеют ученой степени. Вузы практически не проявляют активности в организации повышения квалификации профессорско-преподавательского состава;

- неэффективность затрат на бюджетную подготовку студентов. Почти половина бюджетных мест является государственным заказом на подготовку педагогических кадров, но большинство студентов-бюджетников не выполняют обязательств и переходят со своей специальности на более престижную. Только 76 % студентов заканчивают обучение, еще меньше работает по специальности;

- недостаточное развитие науки в высших учебных заведениях. Нет достаточной связи между наукой и высшим образованием. Практически нет динамики в формировании вузовских научных школ. Многие вопросы, такие, например, как развитие научных навыков или механизмов привлечения студентов к научной работе, остаются не проработанными и пр. [1].

Учитывая, что значительно востребована система академической мобильности среди студентов вузов, Министерством образования КР разработаны и утверждены нормативные правовые акты, регламентирующие организацию учебного процесса в вузах на основе кредитных технологий (применение ECTS). В настоящее время кредитные технологии в учебном процессе (по некоторым направлениям) реализуются в 15 вузах Кыргызской Республики. В июле 2010 года на коллегии Министерства образования и науки Кыргызской Республики был утвержден переход к двухуровневой системе обучения (бакалавр–магистр).

Поэтому в целях достижения соответствия мировым тенденциям к качеству высшего образования и, как следствие, предупреждения «утечки мозгов» (как на уровне обучения, так и уже получивших квалификацию) необходимо повсеместное внедрение решений по реализации государственной образовательной политики в области образования [1,2,3].

Таким образом, внедрение ряда управленческих мер по изменению структуры и содержания высшего образования, таких как обучение по многоуровневой системе (бакалавр, магистр, докторская степень – PhD); разработка и внедрение государственных образовательных стандартов нового поколения, привлечение работодателей к разработке квалификационных требований к

выпускникам в итоге обеспечит академическую мобильность студентов, преподавателей, научных работников и административного персонала, а также учёт (признание) названных периодов обучения в рамках ECTS.

Источники:

1. Концепция развития образования в Кыргызской Республике до 2020 года.

2. План действий по реализации Стратегии образования в Кыргызской Республике на 2012-2014 годы в качестве первого трехлетнего плана по Реализации.

3. Стратегия развития образования в Кыргызской Республике на 2012-2020 годы

4. Экспресс-оценка ситуации по образовательным программам за рубежом/Отчет ОФ «Позитив Хелп», г. Бишкек, 2013 г.

Actualization of the credit-rating system of higher education of the Kyrgyz Republic

Resume. *ECTS makes teaching and learning in higher education more transparent across Europe and facilitates the recognition of all studies. The system allows for the transfer of learning experiences between different institutions, greater student mobility and more flexible routes to gain degrees. It also aids curriculum design and quality assurance. Introduction of a number of administrative measures to change the structure and content of higher education of the Kyrgyz Republic, such as ECTS (Bachelor, Master, PhD); development and implementation of state educational standards of the new generation, involvement of employers to develop competencies for graduates in culminate in academic mobility of students, teachers, researchers and administrative staff, as well as accounting (recognition) these periods of study in the ECTS.*

ДО ПИТАННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Кайдалова А. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

kajdalova@rambler.ru

Динамічні зміни в економіці та суспільстві, бажання до євроінтеграції призвели до реформування і в освіті. Україна вже провела першу активну роботу щодо адаптації вітчизняної системи вищої фармацевтичної освіти до європейського рівня, але недостатньо. До проблем, пов'язаних зі стандартизацією освіти, належать питання якості освіти, уніфікації та адаптивності освітніх програм, зрозумілості їх змісту та можливості практичної реалізації.

Проблема менеджменту якості з надання освітніх та науково-дослідницьких послуг навчальних закладів в останні роки здобула загальновишвану актуальність. Коли говорять про якість, то звичайно підкреслюють якість результатів діяльності (процесу), якість самих процесів та якість системи чи організації діяльності.

При введенні в освітній заклад системи якості утворюються умови для удосконалення управління, закладаються основи принципово нових методів управління через: створення мотиваційної інноваційної орієнтації в діяльності кожного колективу, довіру нижчому рівню управління, визнання права приймати рішення із заборонаю втручання в функції нижчого рівня, відповідальність та гласність результатів діяльності, створення в освітньому закладі мережі інноваційних структур та інше.

Боротьба за якість об'єктивна, тому що в її основі лежить задоволення потреб, а потреби – це підґрунтя людської діяльності, розвитку людини та суспільства.

Світовий досвід діяльності передових країн свідчить, що для національної системи освіти першочергове значення в розв'язуванні існуючих проблем

має створення і впровадження нової законодавчо-нормативної бази на всіх рівнях її функціонування, забезпечення системності, цілісності, неперервної освіти на основі вдосконалення її структури, змісту, моніторингу якості за провадженням на всіх рівнях державних освітніх стандартів, створенням надійного правового, соціального та економічного захисту і стимулюванням розвитку освітніх систем, навчальних закладів.

За останні 20 років європейська та світова фармацевтична освіта зазнала переосмислення та революційних змін, зумовлених модифікацією діяльності фармацевтів. Протягом 1991-2012 рр. в Україні на основі міжнародних документів з питань демократизації, гуманізації в галузі освіти і прав людини здійснено низку заходів щодо створення нової національної нормативно-правової бази вищої освіти України.

В усьому світі зростає увага до якості послуг та стандартів, що пояснюється швидким розвитком вищої освіти і водночас здорожченням вартості освітніх послуг для держави і людей. Нові ініціативи і вимоги, що зараз виникають як в Європі, так і поза її межами з огляду на таку інтернаціоналізацію вищої освіти, потребують відповідної реакції.

Мережа із забезпечення якості вищої освіти, характеризується розмаїттям соціокультурних і освітніх традицій, мов, прагнень і сподівань. Саме через це тут неможливо підходити до якості, стандартів і забезпечення якості з позиції одного монолітного рішення для всіх.

Для вирішення завдання забезпечення якості необхідно використовувати певні механізми, які розподіляються на зовнішні: проходження процедур акредитації та атестації, залучення роботодавців та батьків студентів до оцінки якості та внутрішні: використання різних методів самооцінки, залучення студентів в процесу оцінки якості, створення відділів якості.

Отже, забезпечення якості освіти повинно ґрунтуватися на низці основних принципів внутрішнього і зовнішнього забезпечення якості вищої освіти, а саме: вищі навчальні заклади несуть основну відповідальність за якість наданих ними освітніх послуг і за те, як ця якість забезпечується; інтереси суспільства щодо якості і стандартів вищої освіти мають бути захищені.

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАХІВЦЯ З ЯКОСТІ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Городецька В.І., Лебединець В.О., Коваленко С.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

gorodetskaya87@gmail.com

Фармацевтична промисловість є однією з найбільш рентабельних галузей у світі в цілому і в Україні зокрема. Фармацевтичні підприємства (ФП), які прагнуть займати провідне місце на фармацевтичному ринку та бути конкурентоспроможними, повинні гарантувати виробництво ЛЗ у контрольованих умовах, дотримання вимог належних фармацевтичних практик (GxP), функціонування і постійне удосконалення фармацевтичної системи якості (ФСЯ), яка є однією з головних умов досягнення ринкового успіху. Згідно із сучасними вимогами, особа, яка на ФП відповідає за управління якістю (УЯ), повинна мати базову професійну освіту, яка б давала можливість результативно виконувати всі функціональні обов'язки відповідно до ліцензійних умов. На даний момент такі фахівці зазвичай призначаються з числа співробітників, що мають вищу фармацевтичну освіту. Однак їм бракує знань та навичок для виконання всіх відповідних задач.

Для вирішення цієї проблеми нами був запропонований проект створення нових для України і країн СНД спеціальностей – «Забезпечення якості в фармації» (на рівні бакалавра) «Управління якістю в фармації» на рівні магістра.

Метою нашої роботи стало детальне вивчення функціональних обов'язків таких фахівців на ФП при розробці, впровадженні та функціонуванні ФСЯ. Адже роботодавець у своїх вимогах до фахівця зазвичай виходить з оцінки професійних можливостей. Найчастіше спостерігається розрив між професійною діяльністю в реальних умовах та рівнем професійної підготовки випускників ВНЗ, що засвідчують керівники ФП. Тому нами було вирішено розробити анкети для визначення кваліфікацій, функцій, вмінь та навичок, якими

повинен оволодіти майбутній фахівець з управління якістю у фармації, виходячи з потреб ФП.

Найбільшого звучання в останні роки набула діяльність гармонізованої системи з підготовки та сертифікації персоналу в сфері якості Європейської організації з якості (ЕОQ), представником якої в Україні є Українська асоціація якості, що на даний момент здійснює підготовку за 13 кваліфікаціями, для кожної з яких є певний перелік компетенцій. Найбільш значущі з них були включені до анкети, серед яких:

- здатність розробляти, вводити в дію, планомірно впроваджувати, підтримувати функціонування та удосконалювати ФСЯ, що відповідає встановленим вимогам;
- здатність організовувати і забезпечувати процес аудиту, діяти як внутрішній аудитор, включаючи перевірки (аудит) клієнтів і оцінки субпідрядників;
- здатність застосовувати всі технології УЯ;
- здатність ідентифікувати та оцінювати технічні аспекти та аспекти експлуатації устаткування, пов'язані з УЯ;
- знання і розуміння застосування відповідних стандартів, посібників, законів, норм і правил, у тому числі галузевих стандартів та багато інших.

Для набуття вищезазначених компетенцій пропонується сформувати цикл професійно-практичних дисциплін, який включатиме такі дисципліни: системний і процесний підхід, засоби та методи УЯ, кваліметрія, метрологія та вимірювальна техніка, стандартизація та сертифікація фармацевтичної продукції, управління процесами, управління персоналом, управління документацією, основи проектування ФСЯ, УЯ технологічних процесів, аудити ФСЯ, екологічний менеджмент, статистичне управління, оцінка та аналіз процесів, правила GxP та нормативно-правова база в сфері обігу лікарських засобів. Зазвичай, ФП вирішують проблему дефіциту знань з управління якістю шляхом додаткового навчання робітників з фармацевтичною освітою на профільних спеціальностях, що дозволяють отримати другу вищу освіту; курсах та семінарах. Саме тому, одним з визначальних питань нашої анкети є оцінка заходів з навчання фахівців з якості на погляд керівництва ФП.

Таким чином, на основі отриманих даних анкетування планується визначити перелік компетенцій, вмінь та навичок для майбутніх фахівців з УЯ у фармації і розробити проект галузевого стандарту вищої освіти у відповідності до комплексу нормативних документів та відповідне навчально-методичне забезпечення професійних дисциплін.

ЗНАЧЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мошкова Л.В., Коржавых Э.А.

Российский университет дружбы народов, г. Москва,

Imoshkova@yandex.ru

***Резюме** Охарактеризованы основные направления и результаты научных исследований, выполненных на кафедре управления и экономики фармации (УЭФ) факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (ФПК МР РУДН). Показано значение проведенных исследований для развития фармацевтического научно-практического и учебного знания.*

Введение

В России, особенно в последнее десятилетие, отмечается ряд негативных для фармации явлений, в частности, нестабильность экологической и социально-экономической обстановки, трансформация организационных структур государственного управления, снижение регулирующей роли федеральных органов управления и уменьшение реального воздействия на доступность медицинской и лекарственной помощи (ЛП), финансовый дисбаланс. Все эти факторы способствовали росту регионального неравенства и социальной напряженности в обществе.

В условиях снижения платежеспособности населения, ухудшения общественного здоровья и роста смертности, постоянного повышения цен на лекарственные средства (ЛС), дефицита финансовых ресурсов на всех ступенях медико-санитарной помощи проблема обеспечения доступной ЛП приобрела особую актуальность. Быстро меняющаяся внешняя среда обуславливает необходимость создания гибких стратегий управления разными сторонами фармацевтической деятельности, разработки моделей управления, максимально приближенных к условиям конкретного региона.

С учетом вышеизложенного, целью настоящей работы была оценка вклада в фармацевтическую практику, в развитие научного и учебного знания исследований, выполненных на кафедре УЭФ ФПК МР за период 2002-2012 гг. Объектами анализа служили научные публикации (254), кандидатские (5) и докторские (6) диссертации, подготовленные на кафедре. Методы – логический анализ и наукометрия (подсчет числа публикаций в абсолютном и относительном выражении).

Результаты и обсуждение

Наукометрический анализ публикаций показал, что основные направления исследований, проводимых на кафедре, относятся к экономике (34,6%), организации и управлению (18,5%) фармацией, фармацевтическому терминоведению (17,3%) и науковедению (15,4%), а также к фармацевтической информатике (6,3% публикаций) (рис. 1). Первое из этих направлений включает решение вопросов экономики фармацевтических организаций, фармакоэкономические и маркетинговые исследования, изучение путей развития фармацевтических услуг, в том числе дополнительной фармацевтической услуги – специализированной фармацевтической помощи.

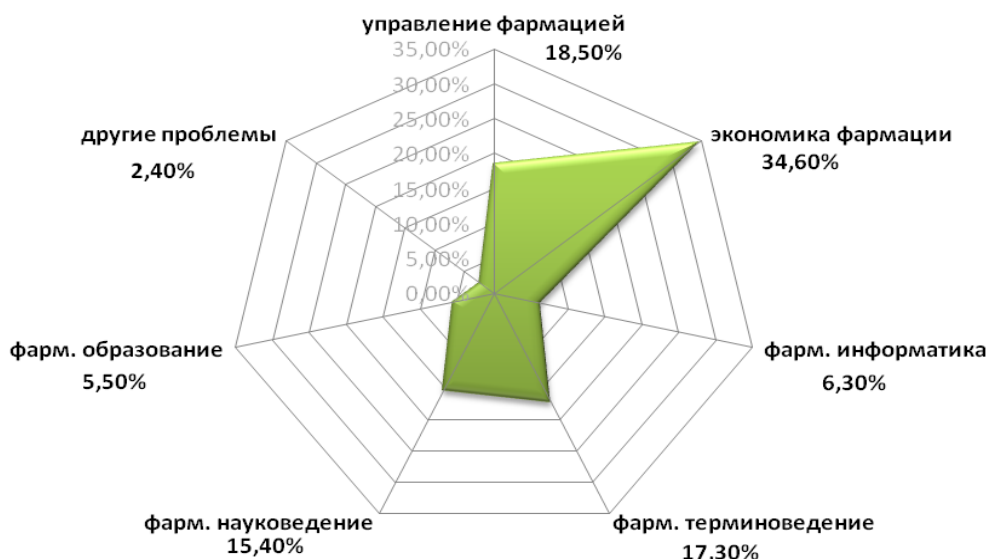


Рис. 1. Профиль научных исследований кафедры УЭФ ФПК МР РУДН (n = 254 публикации)

Насущная задача современной российской фармации – создание эффективной стратегии управления ЛП и лекарственным обеспечением (ЛО) насе-

ления конкретного региона при ограниченном финансовом ресурсе, разработка оптимальной региональной лекарственной политики. Решение этой задачи особенно важно для регионов, значительно удаленных от центральных областей России.

В исследовании Фоминой А.В. (2007 г.) обоснована стратегия обеспечения доступности лекарственной помощи населению трудоспособного возраста, включая лекарственную, организационную и технологическую доступность на этапах амбулаторно-поликлинического, стационарного и санаторно-курортного лечения. Путем выделения устойчивых типов семей потребителей построены 4 модели потребления ЛС, что позволяет формировать ассортимент в аптечных организациях (АО) с учетом потребительских предпочтений, создавать гибкую систему цен и социальных услуг для семей, имеющих высокую чувствительность к стоимости ЛС. Обоснована социально-ориентированная стратегия АО, соответствующая принципам врачебной (семейной) практики. Разработана стратегия обеспечения доступности ЛП в ЛПУ, построена модель маркетинговой деятельности ЛПУ и его структурных подразделений. Сформирована маркетинговая стратегия санатория, предусматривающая блок управления ЛП. Разработаны методические подходы к повышению образовательного уровня специалистов, определен дополнительный объем знаний по профессиональной подготовке и переподготовке фармацевтических работников при получении второго высшего образования по специальности «Экономика и управление на предприятии здравоохранения».

В 2005 г. на кафедре завершена разработка теоретических и методических основ совершенствования системы хранения комплектного военно-медицинского оснащения медицинской службы ВС РФ на военно-медицинских складах и депо. Создана комплексная модель системы хранения комплектного военно-медицинского оснащения медицинской службы ВС РФ с учетом принципов государственного регулирования медицинского снабжения ВС РФ и нормативных документов Минобороны России (Храмов В.Г., 2005 г.).

На основе комплексных исследований получена многопараметрическая характеристика развития и современного состояния управления качеством ЛО в Сахалинской области; выявлены факторы риска, которые могут негативно повлиять на доступность ЛП как главный параметр качества ЛО. Впервые разработана концептуальная модель управления качеством ЛО на региональном уровне, являющаяся основой региональной социально ориентированной стратегии управления качеством ЛО населения с учетом политической, правовой, экономической и социальной ситуации в территориальных образованиях (Воронович И.В., 2008 г.).

Обоснованы и разработаны методические подходы к формированию региональной стратегии ЛО населения (на примере Республики Саха – Якутия). Стратегия учитывает региональные особенности ЛО, что позволяет при использовании комплекса методов анализа и прогнозирования оценить состояние и тенденции развития объекта управления – ЛО, выявить сильные и слабые его стороны, оценить факторы внешней и внутренней среды, риски, направления совершенствования ЛО (Тарабукина С.М., 2011 г.).

К области управления фармации относится также исследование, в котором разработаны принципы ЛП гериатрическим пациентам на примере больных, страдающих ревматоидным артритом. Теоретическая новизна исследования состоит в том, что впервые разработана концептуальная модель развития гериатрической фармации как специализированной области фармацевтического научно-практического и учебного знания, ориентированной на повышение качества жизни гериатрических пациентов, связанного со здоровьем. Эта модель включает: 1) специализацию фармацевтического знания в соответствии с выявленными глобальными тенденциями развития фармации; 2) концепцию гериатрической фармации, в том числе определение понятия, предметную область цель и задачи этой сферы деятельности фармацевтических специалистов; 3) принципы и направления совершенствования ЛП гериатрическим пациентам; 4) концепцию дифференцированного информационного обеспечения специалистов и населения в системе фармацевтической помощи ге-

риатрическим пациентам; 5) концепцию фармацевтической безопасности и фармацевтического здоровья населения как этического критерия эффективности фармацевтической помощи гериатрическим пациентам (Третьякова Е.В., 2012).

Экономические задачи фармации решаются на кафедре в нескольких аспектах: совершенствование экономических механизмов ЛО; исследования лекарственного рынка для разных категорий пациентов; развитие и стандартизация фармацевтических услуг (информационно-консультационные услуги, специализированная фармацевтическая помощь).

Выполнены исследования по совершенствованию обеспечения населения ЛС отечественного производства в условиях инвестиционной политики. В результате структурно-функционального анализа технологических, ассортиментных, ценовых и логистических аспектов производственно-экономической деятельности фармацевтических заводов с привлечением иностранных инвестиций была разработана концептуальная организационно-экономическая модель совершенствования ЛО населения отечественными препаратами, позволяющая повысить качество и доступность ЛП (Выровщикова А.В., 2002 г.).

Проведены исследования по управлению ассортиментом БАД на фармацевтическом рынке России. На основе системных исследований разработаны методические подходы к изучению конкурентной среды на рынке БАД и выявлены ее особенности. С учетом сегментации рынка и характера поведения потребителей составлен целевой портрет потребителя БАД, определены его социально-экономические особенности. Обоснован и разработан алгоритм маркетинговых подходов к продвижению на рынок новых БАД, включающий методы планирования, разработку состава, выбор технологической формы выпуска и проведение рекламной компании. Установлены факторы, влияющие на продвижение новых БАД (Садоян В.А., 2006 г.).

В результате комплекса исследований сформированы основы нового научного направления в фармации – фармацевтическая помощь при профессиональных заболеваниях; определены его предметная область и понятийный ап-

парат, получены аналитические характеристики: профессиональной заболеваемости как фактора, обуславливающего необходимость и целесообразность фармацевтической помощи, потребителей как объектов приложения данной услуги, фармакотерапии и используемого лекарственного ассортимента как предмета фармацевтической помощи; разработана методология её исследования. Обоснованы и предложены организационно-методические решения по реализации фармацевтической помощи при профессиональных заболеваниях на территориальном уровне (Карабинцева Н.О., 2009 г.).

Результаты данного исследования расширяют и углубляют научное фармацевтическое знание в области специализированной фармацевтической помощи лицам с профессиональными заболеваниями; позволяют фармацевтическим работникам повысить качество и адресность профессиональной помощи для данной категории пациентов. Материалы исследования используются в учебном процессе кафедры.

Фединой Е.А. (2007 г.) обоснована технология работы провизора, соответствующая современным требованиям безопасности использования ЛС безрецептурного отпуска и защиты прав пациента. Разработана структура системы безрецептурного отпуска, выявлены ее элементы (организационный, кадровый, материальный, потребительский, управленческий, информационный) и их взаимодействие через предложенную технологию, направленную на реализацию основной задачи – удовлетворение потребности населения в товарах и услугах безрецептурного отпуска. Предложена стратегия управления системой качества фармацевтических информационно-консультационных услуг в аптечных организациях. Обоснованы методология и критерии отбора симптомов, недомоганий и причин обращения к фармацевтическому работнику в системе безрецептурного отпуска. Разработан Классификатор симптомов, недомоганий и причин обращений к фармацевтическому работнику, при которых допустим безрецептурный отпуск ЛС. Предложены методические подходы к стандартизации управления информационными ресурсами в области лекарственной самопомощи и самопрофилактики, в том числе: алгоритм

процедуры предоставления информации, совета, консультации; стандарты информации по конкретным симптомам (недомоганиям) для потребителей и аптечных работников. Научно обоснован механизм управления рабочей нагрузкой специалиста в системе безрецептурного отпуска в зависимости от объемов и характера выполняемых фармацевтических информационно-консультационных услуг.

Результаты данного исследования позволяют оптимизировать деятельность специалистов фармацевтического профиля, работающих непосредственно с населением, повысить качество оказания фармацевтических информационно-консультационных услуг. Материалы исследования используются в учебном процессе кафедры.

Информация относится к важнейшим ресурсам деятельности любой организации, от эффективности управления этим ресурсом в конечном счете зависит жизнеспособность самой организации.

Разработаны теоретические основы управления информационной средой (ИС) АО, в том числе: 1) концепция интегрированной ИС как современного инструмента управления АО, способствующего эффективной реализации аптекой социально-экономических функций и повышению ее конкурентоспособности в условиях рынка. Концепция включает: впервые сформулированные определения понятий «ИС АО» и «интегрированная ИС АО»; цели управления ИС АО; характеристики структуры, основных свойств, стадий развития, ресурсного обеспечения ИС АО; 2) базирующийся на выявленных свойствах ИС АО комплекс основных индикаторов (количественные показатели) ее состояния и степени интеграции; 3) типология процессов, протекающих в ИС АО, а также комплекс типологических моделей ИС АО, повышающих гибкость управления ИС, позволяя обновлять ее состояние в зависимости от поставленных задач АО; 4) типология информационных продуктов и услуг фармацевтического назначения как внешних ресурсов для формирования и развития информационного, технологического и интеллектуального компонентов ИС АО (Ежова Т.В., 2012 г.).

Полученные в этом исследовании сведения, факты, методические решения расширяют и углубляют научное фармацевтическое знание в области фармацевтической информатики, позволяют совершенствовать деятельность аптеки на основе использования ее ресурсов, в том числе повышать качество фармацевтической помощи населению в аспекте фармацевтических информационных услуг и эффективность работы на фармацевтическом рынке за счет использования современных технологий информации и коммуникаций.

В 2005 г. были завершены исследования кафедры по разработке теоретических и методических основ фармацевтического терминоведения. Впервые была разработана концепция фармацевтического терминоведения как самостоятельной дисциплины, определены параметрические характеристики современной фармацевтической лексики как микроконтура внешней среды фармацевтической терминологии, разработана терминологическая система «фармация», состоящая из 5 понятий-категорий (лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственная форма, лекарственное вещество, лекарственное сырье); уточнены или сформулированы новые дефиниции этих понятий. В процессе исследования обоснован и разработан ряд терминологических документов и классификационных систем (Коржавых Э.А., 2005 г.).

Теоретические и методические результаты данной научной работы послужили основой учебной программы по курсу тематического усовершенствования (очно-заочная форма) для преподавателей фармацевтических дисциплин, аспирантов, интернов в профильных ВУЗах.

Кафедра УЭФ ФПК МР РУДН на протяжении многих лет проводит также уникальные для отечественной фармации исследования по направлению «Фармацевтическое науковедение». Результаты таких работ, опубликованные в виде статей, методических пособий, расширяют теоретическое знание о методологии фармацевтической науки в целом, ее отдельных дисциплинах и научно-практических проблемах.

Большинство (48,9%) документов, разработанных по результатам охарактеризованных выше исследований, внедрено в деятельность учреждений

здравоохранения (рис. 2). Меньшее число таких документов утверждено и используется на территориальном (30%) и федеральном (21,1%) уровне.

Как правило, полученное новое научно-практическое фармацевтическое знание внедряется и в учебный процесс – в форме учебников, учебных пособий и программ (7,8%), а также в виде других материалов (24,4%).

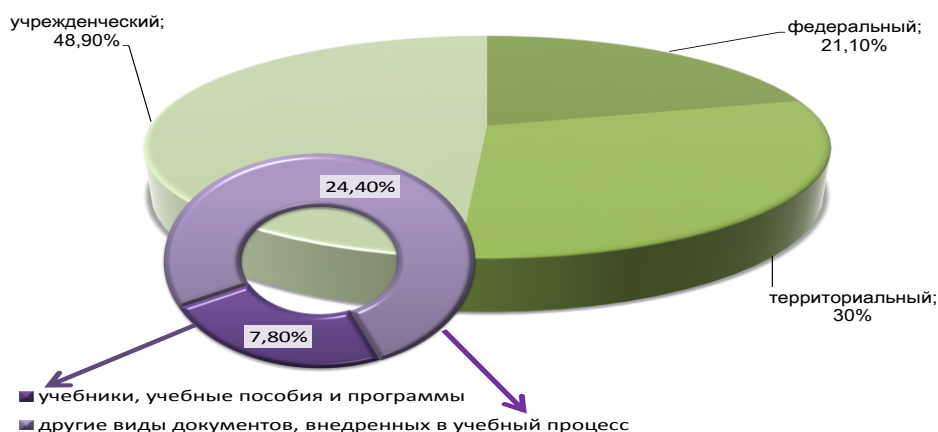


Рис. 2. Уровни внедрения результатов исследований и виды документов, внедренных в учебный процесс

Таким образом, проведенный анализ научных исследований кафедры показал, что комплексный, многоаспектный подход к решению научно-практических задач УЭФ позволяет накапливать и своевременно обобщать обоснованные теоретические и методические решения с тем, чтобы оперативно использовать полученные сведения в процессе последипломной подготовки специалистов фармацевтического профиля.

УДК 615.1:001.6

SCIENTIFIC RESEARCHES SIGNIFICANCE FOR PHARMACEUTICAL EDUCATION SYSTEM L.V. Moshkova, E.A. Korzhavykh

Abstract: *The main lines and scientific researches results conducted in pharmaceutical management and economics department of advanced training faculty for medical professionals of People's Friendship University of Russia were characterized. The significance of conducted researches for pharmaceutical scientific and education knowledge development were shown.*

ВИВЧЕННЯ ДУМКИ ПРОВІЗОРІВ СТОСОВНО СТРУКТУРИ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

Громовик Б.П., Горілик А.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

hromovyk@yahoo.com, horilyk@gmail.com

Вступ. Згідно з положеннями Належної практики фармацевтичної освіти, прийнятою у 2000 р. Міжнародною фармацевтичною федерацією, сучасність та актуальність навчальних планів є важливою складовою забезпечення належного рівня фармацевтичної освіти, досягнення якої можливе за умови залучення провізорів-практиків до створення та/або коригування структури тематичних планів.

До професійної компетенції сучасного провізора, крім володіння інформацією про лікарські засоби з погляду хімії, технології та фармакології, відноситься надання належних фармацевтичних послуг, здатність приймати обгрунтовані управлінські рішення, готовність до лідерства, вміння навчати інших і самому вчитися впродовж усього процесу його професійної діяльності, задатки дослідника і бажання використовувати наукові знання на практиці.

З комплексу дисциплін управлінсько-економічного скерування, що викладається провізорам на до- та післядипломному етапах підготовки, чільне місце займає менеджмент та маркетинг у фармації.

Мета дослідження. Проведення оцінювання фармацевтичними фахівцями практичної запотребованості тематики дисципліни «Менеджмент та маркетинг у фармації».

Методи. Для досягнення мети було використано розроблену методику оцінки структури тематичних планів фармацевтичних дисциплін, яка передбачає проведення анкетного опитування фармацевтичних фахівців.

Результати. Розроблена анкета передбачала п'ятибальну оцінку важливості для фармацевтичної практики навчальних тем дисципліни "Менеджмент

та маркетинг у фармації", структура якої затверджена МОЗ України у 2012 р. Найнижча оцінка – "1 бал" – відповідала рівню "зовсім не важливо", а найвища оцінка – "5 балів" – рівню "дуже важливо". У дослідженні взяли участь 106 респондентів з 4 областей України: Львівської, Чернівецької, Волинської, Івано-Франківської. Майже три чверті опитаних (72,6%) були спеціалістами з "Організації і управління фармацією", а решта – із "Загальної фармації".

Обчислення коефіцієнтів варіації показало, що їхнє значення коливалося від 17,8% до 26,9%, тому можна вважати відповіді респондентів узгодженими. Варто відзначити, що майже усі теми одержали високі оцінки від фармацевтичних фахівців, що в середньому відповідали рівню запотребованості «важливо».

На топових позиціях у ранжованому списку за вагомістю для фармацевтичної практики були такі теми: «Ціна, ціноутворення, цінова політика фармацевтичних і аптечних підприємств» (середня оцінка $4,40 \pm 0,15$), «Товар у системі маркетингу. Асортиментна політика фармацевтичних і аптечних підприємств» ($4,23 \pm 0,16$), «Управління трудовими ресурсами та персоналом. Групова динаміка і керівництво. Управління конфліктами» ($4,20 \pm 0,16$), «Процес управління фармацевтичним маркетингом. Вивчення ринку лікарських засобів» ($4,23 \pm 0,15$). Завершувала оціночний рейтинг тема "Міжнародний маркетинг" (середня оцінка $3,28 \pm 0,17$).

Результати оцінювання тематики дисципліни "Менеджмент та маркетинг у фармації" уможлиблюють моделювання обсягу академічних годин на вивчення окремих тем залежно від рівня їх практичної запотребованості.

Висновки. Залучення фармацевтичних фахівців до аналізу та створення навчальних програм прикладних дисциплін відповідає вимогам Належної практики фармацевтичної освіти та уможлиблює моніторинг практичної запотребованості щодо обсягу вивчення окремих тем навчальних дисциплін. Показано важливість поглибленого викладання фармацевтичного менеджменту та маркетингу в процесі підготовки майбутніх провізорів.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМУ МАРКЕТИНГУ

Геллер Л.Н., Беда Н.П.

Иркутский государственный медицинский университет,

Российская Федерация

bedanp@mail.ru

В настоящее время нужны специалисты нового поколения, умеющие работать в условиях развивающегося информационного общества и обладающие профессионально значимыми характеристиками. Это возможно при повышении качества профессионального обучения в аспекте совершенствования подготовки специалиста.

Поэтому важной тенденцией развития современной высшей школы выступает переход от квалификационного подхода в профессиональном образовании к компетентностному.

К одной из технологий перехода к компетентностной модели обучения относится контекстное обучение, проектирующее образовательный процесс в высшем учебном заведении, максимально приближенным к предстоящей профессиональной деятельности. Основной характеристикой учебно-воспитательного процесса контекстного типа, реализуемого с помощью системы новых и традиционных форм и методов обучения, является моделирование на языке знаковых средств предметного и социального содержания будущей профессиональной деятельности.

Контекстный подход, концептуальные положения которого раскрываются в работах М.М. Бахтина, А.А. Вербицкого, Н.Б. Лаврентьевой и др., позволяет создать условия для взаимопроникновения учебной и профессиональной деятельности как средства достижения профессиональной компетентности [1].

Предметный контекст деятельности - это деятельность по освоению знаний, умений, навыков и опыта профессиональной деятельности, заданная с помощью системы учебных заданий, моделей и ситуаций в соответствии с це-

лями обучения и модельными (квалификационными) характеристиками специалиста. Социальный контекст деятельности – это деятельность в системе взаимодействия участников образовательного процесса в соответствии с принятыми нормами социальных отношений и действий.

В настоящее время при подготовке управленческих фармацевтических кадров необходимы оптимальный подбор средств и методов обучения, форм организации самого учебного процесса, а также разработка учебных заданий, проблемных ситуаций, игровых действий, домашних заданий, максимально приближенных к предстоящей профессиональной деятельности и активизирующих мыслительные творческие способности студентов.

Учебно-методический комплекс для студентов по элективному курсу "Фармацевтический маркетинг" разработан на кафедре УЭФ с учетом будущей профессиональной деятельности.

Данный курс ориентирован на получение студентами знаний с учетом особенностей фармацевтического рынка, а именно: сформировать у студента фундамент современной маркетинговой культуры; обеспечить устойчивые навыки проведения маркетинговых исследований; усвоить принципы отбора информации для маркетинговых исследований; дать представление о современных методах изучения ассортимента лекарственных средств, оценке конкурентоспособности.

Единицей работы преподавателя и студента становится ситуация во всей ее предметной и социальной неоднозначности и противоречивости. Именно в ходе анализа ситуаций, деловых и учебных игр студент формируется как специалист и член будущего коллектива.

Обучение маркетингу осуществляется одновременно в двойном контексте: в контексте профессиональной и контексте жизненной ситуации студента, что в совокупности способствует обеспечению профессиональной и социальной компетентности будущего специалиста.

Под профессиональными компетенциями понимается готовность и способность целесообразно действовать в соответствии с требованиями дня, ме-

тодически организовано и самостоятельно решать стоящие задачи и проблемы, а также самооценивать результаты своей деятельности.

Профессиональная компетентность провизора, как и специалистов любого профиля, включает такие разновидности, как: практическая (специальная), социальная, информационная, психологическая, коммуникативная, экологическая, валеологическая компетентности [3].

В целом маркетинг выступает в виде комплекса функций и подфункций, затрагивающий все сферы деятельности организации, как по вертикали, так и по горизонтали и превращающий фирму в единую систему. Поэтому в основу модульного построения учебно-методического комплекса по фармацевтическому маркетингу нами положены принципы маркетинговой деятельности, включающие ряд следующих функций: аналитическую, товарно-производственную, сбытовую, организационную (управления и контроля). Каждый отдельный модуль создает целостное представление об определенной функции фармацевтического маркетинга [2].

Таким образом, можно констатировать, что контекстное обучение позволяет приблизить учебный процесс в системе фармацевтического образования к будущей профессиональной деятельности, создавая, с помощью учебных задач, заданий, моделей и ситуаций, предметный и социальный контексты деятельности, что способствует более успешной адаптации молодого специалиста к условиям будущей профессиональной деятельности. Следовательно, контекстный подход к обучению вооружает студентов не просто суммой знаний, а и умениями по их использованию в разнообразных условиях практической деятельности, а также наделяет соответствующим опытом профессиональной деятельности, что проявляется в формировании творческого подхода, умения, где взять и как использовать нужную информацию.

Литература:

1. Вербицкий А.А. Гуманизация, компетентность, контекст – поиски оснований интеграции // Вестник высшей школы. – 2006. - № 5. – С. 19-25
2. Дремова Н.Б. Маркетинг в фармации / Н.Б.Дремова. – Белгород: БГУ, 2010. – 200 с.
3. Иванов Д.А., Митрофанов К.Г., Соколова О.В. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий. Учебно-методическое пособие. – М.: АПК и ПРО, 2003. – 101 с.

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕНЕДЖМЕНТУ

Громова-Стасюк С.О.

Харківський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України
starla_2@ukr.net

Модернізація та реорганізація системи вищої освіти України відбувається в умовах динамічних соціально-економічних змін в політичному та духовному житті суспільства. Ці зміни вимагають від керівників вищих навчальних закладів (ВНЗ) швидкої адаптації до нових умов та пристосування до управління змінами. Тому особливого значення набуває проблема підготовки та професійного становлення менеджерів-керівників ВНЗ.

Сучасні підходи та особливості державної політики щодо державного управління вищою освітою в Україні та формування системи підготовки керівних кадрів ВНЗ досліджували такі вчені, як Г. Атаманчук, Н. Вельчева, В. Журавський, Д. Карамішев, В. Крижко, С. Крисюк, В. Луговий, І. Мамаєва, В. Огаренко, В. Петков, О. Поступна, В. Шилова та ін.

Рівень професійної компетентності керівника освітнього закладу значною мірою впливає на підвищення конкурентоспроможності та привабливості освітніх послуг. У зв'язку з цим пріоритетними завданнями перед сферою освіти є розвиток людського потенціалу, забезпечення нового рівня якості підготовки спеціалістів, формування високоосвіченої особистості. Саме тому державна політика у сфері вищої освіти Україні спрямована на реформування освітньої галузі на національних традиціях з урахуванням світових освітніх тенденцій та економічних можливостей держави з метою забезпечення всебічного розвитку людини як особистості та найвищої цінності суспільства, розквіту її таланту, підвищення її освітнього рівня, забезпечення народного господарства кваліфікованими фахівцями [1, с. 29].

Управління освітою – складний і багатогранний процес, учасники якого несуть неабияку відповідальність не лише перед державою, але й перед суспільством вцілому. Специфіка управління ВНЗ зумовлює пріоритетне завдання формування особистісних і професійних якостей менеджерів навчального закладу, розширення можливостей цього процесу за рахунок підсилення його цілісності, педагогічного аналізу функцій та особливостей їхнього професійного становлення [3, с. 29]. Професійна діяльність у сфері управління освітою передбачає наявність у керівника ВНЗ не лише фахових знань, навичок організаційної діяльності, а й здатності ефективно діяти в умовах реформування національної системи освіти, її інтеграції в європейський та світовий освітній простір. Управляти освітою означає керувати всіма державно-суспільними компонентами, що її формують, а саме: ресурсами освіти, які включають інформаційно-методичну базу, персонал, фінанси; безпосереднім освітнім процесом, тобто технологією навчання. Саме це найчастіше називають педагогічним менеджментом; правильним використанням результатів освіти; кадровими питаннями [2, с. 136].

Управлінню ВНЗ є одним з елементів управління освітою, який передбачає взаємодію і співробітництво між усіма структурами підрозділів вищої школи – вищою ланкою ВНЗ, викладачами, студентами та слухачами. Тому керівник ВНЗ повинен бути професійним менеджером-управлінцем. Керівник ВНЗ повинен не лише володіти фаховими знаннями, але й бути професійним управителем, який постійно підвищує рівень своїх знань та кваліфікації.

Література:

1. Журавський, В. С. Вища освіта як фактор державотворення і культури в Україні / В. С. Журавський. – К. :Видавничий Дім «Ін Юре», 2003. – 416 с.
2. Крижко В.В., Мамаєва І.О. Аксіологічний потенціал державного управління освітою. Навч. посібник. – К.: Освіта України, 2005. – 224 с.
3. Москальова Л., Шевченко Ю. Професійне становлення у практиці управління [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.ua/school/-manage/general/1079/>

ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС ЯК СУЧАСНИЙ ЕЛЕКТРОННИЙ ОСВІТНИЙ РЕСУРС ТА ВИМОГИ ДО ЙОГО РОЗРОБКИ

Галій Л.В., Серопян Т.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

larisa_galiy@ukr.net

Одним із завдань модернізації вищої фармацевтичної школи є створення інформаційно-освітнього середовища ВНЗ, головною перевагою якого є подання навчального матеріалу в дидактично уніфікованому й формалізованому вигляді та створення умов використання його контенту у будь-якому місці і у будь-який час незалежно від форми навчання студента.

Головним елементом інформаційно-освітнього середовища ВНЗ є електронні освітні ресурси, метою створення яких є змістове наповнення освітнього простору, забезпечення рівного доступу учасників навчально-виховного процесу до якісних навчальних та методичних матеріалів, створених на основі інформаційно-комунікативних технологій.

Окремим видом електронних освітніх ресурсів, поряд з електронними підручниками, електронними навчальними посібниками, є електронні навчальні курси або дистанційні курси (ДК).

Під дистанційним навчальним курсом, відповідно до вимог МОН України, розуміють інформаційну систему, яка є достатньою для навчання окремим навчальним дисциплінам за допомогою опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікативних технологій.

Необхідно зауважити, що особливість ДК, у порівнянні з іншими електронними освітніми ресурсами, полягає у тому, що він призначений для самостійного та систематичного оволодіння студентами навчальним матеріалом під керівництвом викладача. В процесі навчання студентів ДК безперервно змінюється та вдосконалюється.

Враховуючи зазначене, основними характеристиками ДК є:

- 1) структурованість навчально-методичних матеріалів, якість яких надає можливість студентам набути компетентностей, задекларованих у робочій програмі дисципліни;
- 2) відповідність основним структурним елементам процесу вивчення певної дисципліни, зокрема, вхідний та поточний контроль, лекції, практичні (лабораторні) та семінарські заняття, самостійна робота, підготовка до підсумкового контролю;
- 3) наявність наочних матеріалів (відео, графічних та табличних), які б детально розкривали зміст кожної теми та спонукали студента до її активного засвоєння;
- 4) чіткий графік виконання студентами навчального плану і робочої програми певної дисципліни;
- 5) налагоджена система інтерактивної взаємодії викладача і студента, студентів між собою, за допомогою ресурсів ДК та технологій дистанційного навчання, протягом усього часу вивчення курсу;
- 6) система оцінювання результатів навчальної діяльності студентів, яка включає форми та критерії оцінювання всіх видів навчальної діяльності.

Розробку ДК доцільно здійснювати на базі Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning Environment). Функціональні можливості цієї системи управління навчанням дозволяють:

- студенту: отримувати персоніфікований доступ до ДК через Інтернет, відкривати та завантажувати на власний комп'ютер навчально-методичні матеріали курсу, в тому числі і мультимедійні, відправляти виконані завдання для перевірки, проходити електронне тестування; спілкуватися із іншими слухачами курсу індивідуально або в малих групах, ставити викладачеві запитання, переглядати електронний журнал обліку оцінок тощо;

- викладачеві: самостійно створювати та редагувати різноманітні ресурси ДК, надсилати повідомлення студентам, розподіляти, збирати та перевіряти завдання, вести електронні журнали обліку оцінок та відвідування, організовувати електронне обговорення актуальних проблем між студентами в групі в он-лайн та офф-лайн режимах тощо.

Оскільки використання дистанційних курсів у навчально-виховному процесі дозволяється лише у разі проведення науково-методичної експертизи, то важливим питанням для ВНЗ, які готуються до впровадження експерименту з дистанційного навчання, є розробка Положення про проведення експертизи ДК.

Визначальними вимогами до ДК, на нашу думку, є вимоги до його типової структури, яка повинна включати наступні складові:

Загальні відомості про навчальну дисципліну (робочу програму, календарний план, критерії оцінювання, алгоритм навчання, список друкованих та Інтернет-джерел, глосарій, оголошення);

Навчально-методичні матеріали з кожної теми модуля: 1) теоретичний матеріал: структуровані електронні навчальні матеріали, мультимедійні презентації лекцій, аудіо-, відео-, анімаційні навчальні ресурси, посилання на електронну бібліотеку чи репозиторій; 2) практичні (семінарські, лабораторні) роботи: зміст, методичні вказівки щодо їх виконання, в тому числі відео та інші мультимедійні матеріали, список індивідуальних завдань та питань для обговорення, завдання для проектної діяльності, форма подання результатів виконання, критерії та форми оцінювання; 3) завдання для самостійної роботи студентів: додатковий теоретичний матеріал, приклади виконання додаткових завдань, список індивідуальних завдань, методичні вказівки щодо їх виконання, питання для обговорення в он-лайн та офф-лайн режимах, форми подання результатів виконання додаткових завдань, критерії та форми оцінювання; 4) проміжний контроль (контроль змістового модуля): контрольні індивідуальні запитання, запитання для групового обговорення, завдання з критеріями оцінювання та формою подання результатів виконання, тести для самоконтролю та контролю; 5) матеріали для підготовки до підсумкової атестації: контрольні запитання, тест для самоконтролю, підсумковий тест для атестації студента з дисципліни.

Додаткові навчальні матеріали (довідкові та нормативні документи тощо).

Зазначимо, що процес створення ДК повинен передбачати послідовні етапи: підвищення кваліфікації викладачів Національного фармацевтичного університету за програмою «Технології розроблення дистанційних курсів», наповнення ДК електронними навчально-методичними матеріалами у повному обсязі; апробацію ДК протягом одного навчального семестру та його атестацію на рівні ВНЗ та МОН України.

УДК. 615. 6005.591.452:347 (47+57)

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ГАРМОНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА СТРАН СНГ В СФЕРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.

Габриелян Н.В., Кошель М.С., Парфейников С.А.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

naira-gabrielyan@yandex.ru

В статье рассмотрено в качестве объекта исследования законодательство стран СНГ в сфере фармацевтической деятельности и лекарственного обеспечения. По определенным параметрам проведен сравнительный анализ в государствах - участниках. Выявлены особенности функционирования системы лекарственного обеспечения на территории СНГ, а также общие и специфические для каждой страны факторы, влияющие на качество лекарственного обеспечения. Вынесены рекомендации по гармонизации законодательства, регулирующего фармацевтическую деятельность внутри государств, с целью расширения сотрудничества между ними в рамках СНГ.

В настоящее время фармацевтическая отрасль в развитых странах относится к числу наиболее динамичных и рентабельных и в то же время выступает как особый сегмент рынка, регулируемый государственными органами власти. Кроме того, не подлежит сомнению тот факт, что лекарственное обеспечение населения является стратегически важным аспектом в развитии любого государства.

Следует отметить, что после распада СССР отечественный сегмент лекарственного обеспечения стал рынком, на котором лидирующие позиции заняли иностранные фармацевтические компании с ассортиментом как дешевых генерических, так и дорогостоящих оригинальных и высокотехнологичных

препаратов, вытесняя отечественных производителей, которым помимо конкуренции между собой пришлось осваивать правила конкурентной борьбы на международной уровне. Однако за прошедшие 22 года на территории государств, образованных на постсоветском пространстве, произошли значительные изменения, затронувшие и сферу обращения лекарственных средств. Несмотря на различия в экономической и правовой сферах фармацевтические рынки этих стран имеют много общего.

Хотя фармрынок стран СНГ составляет всего 2% от мирового, однако темпы его роста одни из наиболее высоких в мире, что делает его инвестиционно привлекательным.

Таким образом, исследование законодательной базы лекарственного обеспечения населения стран СНГ, с учетом, как общемировых тенденций, так и специфики экономических систем, становится особенно актуальным.

В связи с этим целью нашего исследования является изучение особенностей законодательной и нормативной базы организации лекарственного обеспечения и оценка перспектив дальнейшего развития фармацевтического сектора стран СНГ.

Теоретически ситуация на фармацевтическом рынке в целом поддается экономическим законам, но на практике уникальность состояния рынка ЛС в каждой стране определяется влиянием совокупности факторов. В последние годы на всех фармацевтических рынках стран СНГ наблюдается рост роли государства: реализуются различные национальные программы, осуществляется государственная политика поддержки отечественных производителей. Во многих странах СНГ идет реформирование системы здравоохранения в соответствии со стратегическими целями: улучшение демографической ситуации, повышение качества жизни и реальных доходов населения, обеспечение относительной независимости страны от импорта жизненно необходимых лекарств.

Основным достижением в области лекарственного обеспечения граждан стало создание благоприятных условий для развития цивилизованного

фармацевтического рынка, присутствие на нем ведущих мировых производителей, рыночное регулирование розничных цен, отсутствие НДС на лекарственные средства, оплата медицинских услуг по фактическим затратам [1].

Фоном развития тенденций в сфере обращения лекарственных средств является расширяющаяся глобализация разработки, изучения, производства, продажи и потребления фармацевтических препаратов. Глобализация, в свою очередь, ведет к усилению международной гармонизации требований к безопасности, эффективности и качеству лекарственных продуктов, а также форм проверки соответствия этим требованиям. В результате практика регулирования лекарственного обращения во многих странах развивается в одном направлении и сходными темпами.

В разнообразных механизмах гармонизации можно выделить с одной стороны глобальные, общедоступные механизмы: ВОЗ, FIP, Всемирную медицинскую ассоциацию, с другой - региональные, более или менее эксклюзивные формы сотрудничества: осуществляемые в рамках Европейского Союза и Совета Европы, PIC/S, ICH. Очевидно, что странам СНГ необходимо гармонизировать свои законы и нормативные документы с международными как для обеспечения качества лекарственных средств и их сертификации, так и для развития промышленности, что позволит выйти на зарубежные рынки [2].

Первые действия, направленные на гармонизацию законодательства в сфере оборота лекарственных средств, были предприняты еще в 1995 г. в рамках деятельности Межгосударственной комиссии по стандартизации, регистрации и контролю качества лекарственных средств государств-участников СНГ. Комиссии, образованной в соответствии с Соглашением о сотрудничестве в области стандартизации, регистрации и контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники от 27.07.1993, тогда так и не удалось достичь реальных результатов.

В 2009 году в Киеве состоялась конференция с международным участием «Гармонизация систем государственного контроля лекарственных средств в странах СНГ», в которой приняли участие руководители регулятор-

ных органов в сфере лекарственных средств стран постсоветского пространства. Реформирование системы контроля качества лекарственных средств началось осенью 2008 г. с момента создания нового центрального органа исполнительной власти – Гослекинспекции, легитимность которой подтверждена решением Конституционного Суда Украины. Основные направления ее работы – гармонизация законодательства Украины в сфере обращения ЛС с нормами ЕС, что даст Украине возможность стать членом Системы международного сотрудничества фармацевтических инспекций (The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme – PIC/S) и экспортировать свою фармацевтическую продукцию на междуна-родные рынки. Приняты новые Лицензионные условия, в которых учтены требования стандартов надлежащих практик: производственной (Good Manufacturing Practice – GMP) и дистрибьюторской (Good Distribution Practices – GDP).

Подготовка специалистов по качеству – один из наиболее актуальных вопросов современного фармацевтического образования. Переподготовка кадров с помощью курсов и семинаров не дает всесторонних и полных знаний, а существующая система подготовки в высших фармацевтических учебных заведениях Украины недостаточно ориентирована на формирование профессионалов в сфере качества и нуждается в кардинальных изменениях.

Главным фактором успешной реализации межгосударственной стратегии в политике контроля качества лекарственных средств станет целенаправленное решение следующих задач: гармонизация законодательства в фармацевтической отрасли стран СНГ с нормами ЕС и ВОЗ; совершенствование системы контроля лекарственных средств при ввозе в страну, учитывая, что продукция многих производителей сегодня соответствует требованиям GMP; разработка единых нормативных документов при перерегистрации препаратов.

Диалог первых руководителей регуляторных систем стран бывших социалистических республик и представителей ведущих компаний – производителей лекарственных средств, фармацевтических организаций и ассоциа-

ций – важный шаг на пути гармонизации и взаимного признания нормативных документов и законодательных актов, направленных на обеспечение качества, безопасности и эффективности препаратов. Во всех странах все большее внимание уделяют решению вопросов обеспечения населения ЛС, сохранения и развития фармацевтической промышленности, борьбы с обращением фальсифицированных препаратов, что отражает тенденции к улучшению и стабилизации ситуации на фармацевтическом рынке.

Важность образования Таможенного союза и единого экономического пространства не вызывает сомнений. Однако такой глобальный процесс, как гармонизация национальных систем, не может произойти мгновенно. На это потребуется время. Если в основу единых правил лягут лучшие ведомственные наработки специалистов наших стран, вероятность качественного скачка на всех этапах оборота ЛС очевидна. Одной из главных задач Таможенного союза является создание единой таможенной территории, в пределах которой не применяются таможенные пошлины и ограничения экономического характера. С 1 января 2012 г. существует Единое экономическое пространство. До этого в рамках комиссии Таможенного союза действовала рабочая группа, занимавшаяся вопросами урегулирования и выработки нормативных актов для сферы обращения ЛС. Таким образом, Таможенный союз можно считать одним из главных интеграционных образований внутри СНГ. Таможенный союз и ЕЭП имеют большой потенциал для развития фармацевтических рынков государств-участников. Однако для реализации данного потенциала необходимо ускорить процесс гармонизации законодательства, при этом повышая качество управления и используя лучший мировой опыт.

По оценкам аналитиков объем фармацевтического рынка стран СНГ составляет всего 2% от мирового, однако темпы его роста – одни из наиболее высоких в мире. Значительные объемы фармацевтических рынков России, Украины и Казахстана связаны с реформами в сфере здравоохранения, направленными на улучшение качества жизни и здоровья населения.

Существенное влияние на величину потребления лекарств на душу населения оказывает государственная политика. Так, в России с 2005 г. реализуется программа ДЛО (дополнительного лекарственного обеспечения). В Казахстане в течение 2006 г. активно осуществлялась государственная программа реформирования здравоохранения, направленная на улучшение здоровья нации путем повышения качества и доступности услуг, формирования здорового образа жизни. Она была разработана в соответствии со стратегическим планом развития Казахстана, основной целью которого является вхождение в число 50 наиболее конкурентоспособных стран. 8 октября 2012 г. вышло постановление правительства республики Казахстан №1262 «Об утверждении стандартов государственных услуг в сфере фармацевтической деятельности».

Следует отметить, что за годы своего существования Содружество Независимых Государств превратилось в важный структурообразующий фактор на постсоветском пространстве. Взаимодействие государств в рамках Содружества позволило им не только выйти из затяжного экономического кризиса, но и значительно улучшить общую макроэкономическую ситуацию. Стало очевидным, что дальнейший прогресс невозможен без усиления межгосударственной интеграции, учета взаимных интересов, координации национальных планов и проектов.

В настоящее время концепция многоформатной и разноскоростной интеграции является наиболее приемлемой в рамках СНГ. Формирование единого экономического пространства невозможно без существования единого рынка сырья, товаров и услуг, гармонизации законодательства, тесного сотрудничества регуляторных органов. Все это в полной мере относится к фармацевтическому рынку [3].

В течение многих лет Россия, Украина, Беларусь и Казахстан были объединены в рамках одной страны с единой экономикой. Это обусловило целый ряд общих особенностей развития, которые позволили говорить о формировании единого экономического пространства. Применительно к фармацевтическим рынкам эти схожие специфические черты выражаются в:

- устойчивости отечественного производства лекарственных средств;
- преобладании удельного веса импортных препаратов;
- существенной разнице в цене отечественных и импортных препаратов;
- ориентации на производство и реализацию генерических лекарственных средств;
- недостаточном бюджетном финансировании здравоохранения;
- постепенном реформировании системы здравоохранения, регуляторной базы.

В результате преобразований между странами (членами СНГ) возникли различия в системах регистрации ЛС, критериях отнесения к рецептурному ряду, требованиях к маркировке (относительно ее выполнения на национальном языке), организации клинических и доклинических исследований и оценке их результатов.

Фармацевтические рынки стран СНГ не только растут, но и становятся более цивилизованными. Здесь все больше уделяют внимание решению вопросов обеспечения населения ЛС, сохранения и развития промышленности, борьбы с обращением фальсифицированных препаратов. Все это отражает тенденции к улучшению и стабилизации ситуации на фармацевтическом рынке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Габриелян, Н.В. Комплексная оценка развития фармацевтических рынков стран Содружества Независимых Государств / Н.В. Габриелян [и др.]// Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. - №1 (37). – С. 256-260.
2. Фармация в СНГ // Medicus Pharmaque. – 2012. – Апрель. – С. 22.
3. Международное регулирование в сфере обращения лекарственных средств // Фармацевтические ведомости. – 2005. - №1.
4. Миронишина Е.В. Особенности и перспективы развития фармацевтического рынка стран СНГ // Вісник СумДУ. Серія Економіка. – 2008. – Т. 2., №2. – С. 140-148.

Summary. *In the article considered as the object of study of legislation of the CIS countries in the field of pharmaceutical activities and provision of medicines. According to certain parameters of the comparative analysis was carried out in the member States. Peculiarities of functioning of the system of provision of medicines on the territory of the CIS, as well as the General and country-specific factors influencing the quality of drug supply. Recommendations on harmonization of the legislation regulating the pharmaceutical activity within States, with a view to enhancing cooperation between them in the framework of the CIS..*

ОСОБЛИВОСТІ ОПОДАТКУВАННЯ ТА ПОДАТКОВИХ ПЕРЕВІРОК ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Корнієнко О.М., Бабець М.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

lesyakorn@ukr.net

Актуальність. З прийняттям Податкового кодексу України система оподаткування зазнала численних змін, але кількість податків залишається значною, у середньому на податкову звітність та сплату податків підприємці витрачають 657 годин на рік. Указом Президента України від 24.12.12 №726/2012 шляхом реорганізації Державної митної служби та Державної податкової служби утворено Міністерство доходів і зборів України. На новостворене Міністерство також покладено функцію з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Мета. Дослідити особливості оподаткування діяльності аптечних установ (юридичних та фізичних осіб), а також види податкових перевірок та фінансової відповідальності суб'єктів господарювання.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були Закони України «Про Податковий кодекс України», «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування», нормативні акти та коментарі Державної Податкової адміністрації. Застосовано метод інформаційного пошуку.

Результати. Згідно з Податковим кодексом в Україні є 17 загальнодержавних податків та зборів, але фармацевтичні підприємства та їхні працівники сплачують лише 5 з них, зокрема: податок на прибуток підприємств (юридичні особи на звичайній системі оподаткування), податок на доходи фізичних осіб, податок на додану вартість, плату за землю (крім закладів, що повністю утримуються за рахунок бюджету) та мито (при переміщенні товарів через кордон). Решту податків стосуються підприємств, сферою діяльності яких не є

фармація (акцизний податок, збір за першу реєстрацію транспортного засобу, екологічний податок та низка інших).

З п'яти місцевих податків фармацевтичні заклади сплачують лише збір за провадження деяких видів підприємницької діяльності, якщо працюють на звичайній системі оподаткування (за винятком аптек, що перебувають у державній або комунальній власності) або єдиний податок – на спрощеній системі оподаткування.

Розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (ЄСВ) не залежить від системи оподаткування. Бюджетні аптеки сплачують 36,3 % фонду заробітної плати їхніх працівників. Для юридичних осіб даний внесок залежить від класу професійного ризику виробництва, зокрема, для аптек – 36,8 %, для оптових фірм і фармацевтичних виробництв – 37,26%. Фізичні особи – підприємці, незалежно від виду діяльності сплачують мінімальний внесок у розмірі 34,7%, якщо бажають добровільно збільшити пакет страхових послуг – ставки збільшуються в залежності від виду страхування до 38,11%.

Своєчасність, достовірність, повнота нарахування та сплати усіх передбачених законодавством податків та зборів контролюється за допомогою перевірок. Податкові перевірки поділяють за обсягом контрольованих дій на камеральні, документальні та фактичні.

Двома принциповими ознаками камеральної перевірки є проведення її у приміщенні органу ДПА та наявність як підстав даних, що містяться в податкових деклараціях (розрахунках) платника податку.

Документальні перевірки залежать від періодичності проведення (планові або позапланові) та місця проведення (виїзні і невиїзні). Вони проводяться на підставі податкових декларацій, фінансової, статистичної та іншої звітності, реєстрів податкового та бухгалтерського обліку, ведення яких передбачено законом, первинних документів, які використовуються в бухгалтерському та податковому обліку і пов'язані з нарахуванням і сплатою подат-

ків та зборів, а також податкової інформації за результатами перевірок інших платників податків.

Фактичні перевірки здійснюються за місцем фактичного провадження платником податків діяльності або розташування об'єктів його права власності. Перевіряють дотримання суб'єктами господарювання порядку здійснення вичерпного переліку видів діяльності та операцій, а саме: розрахункові операції, касові операції, наявність ліцензій, патентів, свідоцтв щодо виробництва та обігу підакцизних товарів, дотримання роботодавцем законодавства щодо укладення та оформлення трудових відносин, здійснення фізичною особою підприємницької діяльності без державної реєстрації.

За порушення законів з питань оподаткування до суб'єктів господарювання застосовуються фінансова відповідальність у вигляді штрафних санкцій. Зокрема, за порушення встановленого порядку взяття на облік та внесення змін при реєстрації в органах ДПА, а також неподання або подання з порушенням встановлених строків, не у повному обсязі, з недостовірними відомостями чи з помилками податкової звітності про суми доходів, нарахованих (сплачених) на користь платника податків, суми утриманого з них податку передбачено накладання штрафу на фізичних осіб-підприємців у розмірі 170 грн., на юридичних осіб – 510 грн., за ті ж дії повторно протягом року – штраф 1020 грн. За порушення строку та порядку подання інформації про відкриття або закриття банківських рахунків передбачено штраф у розмірі 340 грн. та 10% суми усіх операцій на рахунку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В залежності від обраної системи оподаткування фармацевтичні заклади сплачують лише один місцевий та до п'яти загальнодержавних та податків та зборів. Розмір ЄСВ залежить від організаційної форми суб'єкта господарювання, класу професійного ризику виробництва та об'єму страхових послуг. Своєчасність, Достовірність, повнота нарахування та сплати усіх передбачених законодавством податків та зборів контролюється за допомогою податкових перевірок та жорсткою системою штрафів.

Подальші дослідження передбачають моніторинг змін до Податкового кодексу, а також коментарів щодо подання звітності суб'єктами господарювання у новому звітному періоді.

СТАНОВЛЕННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ ТА УКРАЇНІ

Немченко А.С., Хоменко В.М., Сушарина І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

economica@ukr.net

Процеси демократизації суспільного життя та розвиток ринкових відносин вимагають від урядів країн СНД розвитку саморегулювання професійних організацій. У Росії, як і в Україні, саморегулювання знаходиться на початкових стадіях розвитку. При цьому у Росії впровадження саморегулювання характеризується як «делеговане саморегулювання» через передачу владою їм деяких прав. Але на практиці, у ході еволюції суспільства у громадян такі права виникають природним шляхом. Тобто у Росії держава повертає саморегулювним організаціям (СРО) їх природні права. Це супроводжується виникненням у останніх низки певних обов'язків, які притаманні саме СРО, а саме, розробки професійних стандартів, забезпечення допуску до професії, введення системи покарань і процедури їх застосувань до недобросовісних членів професійної спільноти.

Запровадження системи саморегулювання у Росії витісняє державні регуляторні функції. Так, наприклад, внаслідок створення СРО керуючих арбітражних організацій вже призвело до ліквідації Федеральної служби РФ з фінансового оздоровлення та банкрутства, а впровадження СРО у будівництві – до ліквідації Росбудівництва.

Законодавством РФ передбачена можливість створення СРО за більш ніж 15 напрямками діяльності (серед яких, до речі, відсутні медицина та фармація). Досвід впровадження СРО в Росії є важливим і для України, яка йде аналогічним шляхом. При цьому в Україні вже опубліковано кілька законопроектів щодо запровадження саморегулювання в Україні, включаючи медицину та фармацію. На жаль, такі законопроекти не втілюються у життя і відхиляються владою незважаючи на проголошену нею ж необхідність впровадження суспільного регулювання.

УДК 615.12:615.277.3:658.71(476)

**ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ
ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ОНКОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РАДИОЛОГИИ
ИМ. Н. Н. АЛЕКСАНДРОВА» РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Ялпы Л.С., Алекперова Н.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

natas@mail.ru

Проанализирована фармацевтическая деятельность аптеки, которая является структурным подразделением Центра онкологии и медицинской радиологии. Выявлено, что ассортимент противоопухолевых лекарственных средств представлен 80 торговыми марками, из которых почти 30% - произведено в Республике Беларусь. Около 60% лекарственных форм исследуемой фармакотерапевтической группы представлены растворами и концентратами для их приготовления. Закупки препаратов в аптеку Центра осуществляются как за счет республиканского, так и за счет местного бюджета. Выявлена тенденция к увеличению доли государственных закупок за счет проведения политики импортозамещения лекарственными препаратами производства Республики Беларусь.

Обеспечение онкологических больных необходимыми противоопухолевыми препаратами является одним из приоритетных направлений политики системы здравоохранения республики Беларусь. Данная деятельность, в основном, финансируется государством и осуществляется централизованно для обеспечения как надлежащего контроля за движением противоопухолевых лекарственных препаратов, так и для формирования оптимального ценового предложения при проведении тендерных процедур.

Целью нашей работы стало изучение фармацевтической деятельности аптеки ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова» Республики Беларусь. Для

реализации цели была изучена система государственных закупок, нормативно-правовая база, регулирующая их проведение, особенности ассортимента противоопухолевых лекарственных препаратов и перспективы дальнейшей политики Республики Беларусь по обеспечению онкобольных необходимыми противоопухолевыми препаратами.

Исследуемое аптечное учреждение является структурным подразделением Центра онкологии и медицинской радиологии. Аптека располагается в отдельно стоящем двухэтажном кирпичном здании, изолирована от помещений другого назначения. Общая площадь аптеки составляет 1572 кв.м. Штат аптеки утвержден в количестве 29 человек. Аптека снабжает стационар на 850 коек, поликлинику на 250 посещений в день, научные подразделения. Свою деятельность аптека осуществляет на основании лицензий на фармацевтическую деятельность; на медицинскую деятельность; на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Аптека проводит отпуск экстемпоральных лекарственных средств и готовых лекарственных средств в отделения центра по накладным – требованиям [1, 3, 5].

Ассортимент противоопухолевых лекарственных средств, отпускаемых в отделения центра из исследуемого аптечного учреждения, представлен более 80 торговыми марками как белорусского, так и иностранного производ-



ства. Почти 30% препаратов исследуемой группы произведено в республике Беларусь; 13,2% - в Германии и в России; в Италии – 9,6%; в Швейцарии – 8,4%. Препараты украинского производства занимают 2,4% исследуемого рынка (рис. 1).



Рис. 1 Распределение производителей противоопухолевых лекарственных препаратов, которые представлены в ассортименте исследуемой аптеки, по странам

Среди лекарственных форм, представленных в аптеке противоопухолевых препаратов, более 80% занимают растворы для инъекций, концентраты и порошки для приготовления растворов для инъекций и инфузий. Твердые лекарственные формы занимают менее 20% в ассортименте изучаемой фармако-терапевтической группы (рис. 2).

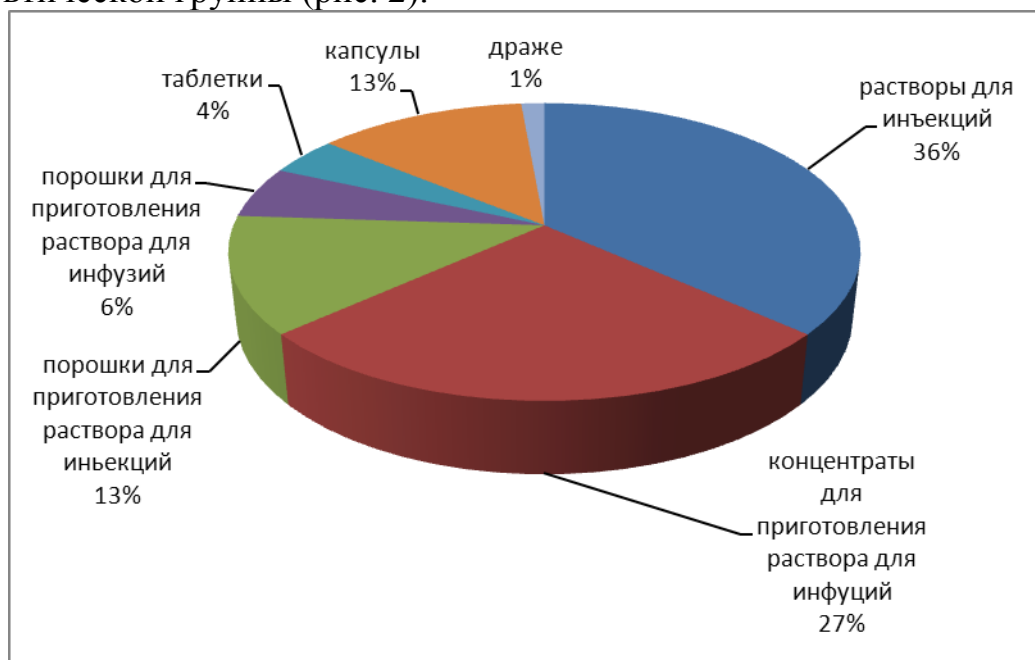


Рис. 2 Распределение противоопухолевых лекарственных препаратов, которые представлены в ассортименте исследуемой аптеки, по формам выпуска

Противоопухолевые лекарственные средства центр получает как централизованно, так и за счет средств местного бюджета (за счет средств РНПЦ ОМР). В начале года приходит утвержденный «Годовой план централизованных конкурсных (и иных видов) закупок ЛС за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерством здравоохранения Республики Бе-

ларусь» с квартальным поступлением противоопухолевых препаратов в РНПЦ ОМР. Отпуск противоопухолевых лекарственных средств в аптеку РНПЦ ОМР производит аптечный склад РУП «Белфармация» [2, 4].

Следует отметить, что доля закупок противоопухолевых лекарственных средств за счет республиканского бюджета значительно возросла: темпы прироста с 2009 по 2010 гг. составили 167% (рис.3). Данная тенденция обусловлена политикой государства по импортозамещению противоопухолевых препаратов: увеличилось производство препаратов данной терапевтической группы на предприятиях Республики Беларусь, и уменьшилась доля препаратов, которые закупаются за рубежом.

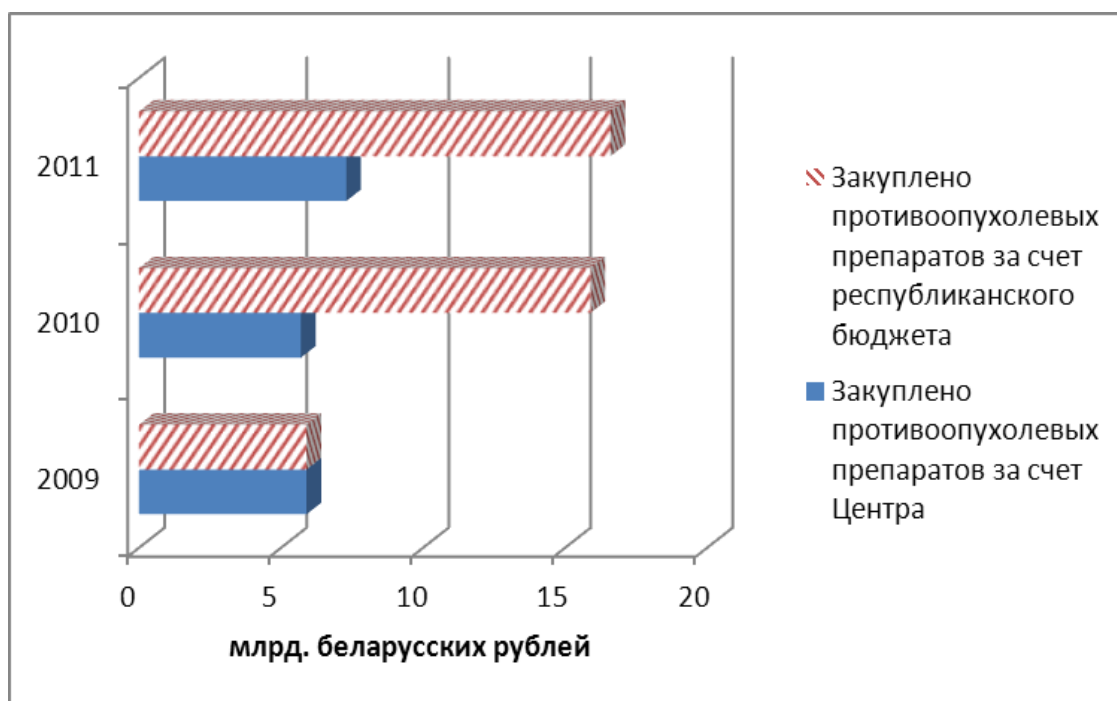


Рис. 3 Динамика финансирования закупок противоопухолевых лекарственных средств в аптеку РНПЦ ОМР за 2009-2011 гг.

Порядок осуществления государственных закупок на территории Республики Беларусь в настоящее время регулируется: Указом Президента Республики Беларусь от 17 ноября 2008 года №618 «О государственных закупках в Республике Беларусь», Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 20 декабря 2008 года №1987 «О некоторых вопросах осуществления государственных закупок», которым утверждено положение о порядке выбора

поставщика (подрядчика, исполнителя) при осуществлении государственных закупок на территории Республики Беларусь; приказом № 187 от 27.02.2009 г. «Об утверждении номенклатуры и объемов поставок (закупок) лекарственных средств, происхождения Республики Беларусь, закупаемых у отечественных производителей за счет средств республиканского бюджета для государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения».

Обеспечение организаций здравоохранения лекарственными средствами, закупленными за республиканский бюджет, по результатам проведения централизованных конкурсов, имеют свои особенности:

- проведение процедур централизованных государственных закупок лекарственных средств возложено на конкурсную комиссию Министерства здравоохранения по закупке лекарственных средств;
- основой организации централизованных закупок являются годовые планы централизованных конкурсных (иных видов процедур) закупок, утверждаемые Министерством здравоохранения Республики Беларусь;
- утвержденные годовые планы могут в течение года корректироваться путем внесения в них изменений и (или) дополнений в соответствии с заявками заказчиков;
- при проведении конкурсов и других процедур закупок в обязательном порядке анализируются цены производителей, результаты конкурсов предыдущих лет (архив цен), уровень цен на аналогичные товары в странах ближнего и дальнего зарубежья [4,7].

Таким образом, можно сделать выводы, что обеспечение пациентов ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова» противоопухолевыми препаратами происходит за счет их закупки за республиканский бюджет и бюджет Центра по результатам проведения тендеров. При этом доля закупки препаратов исследуемой группы за счет государства в 2011 году составила 70%. Кроме того, в Республике Беларусь проводится программа по импортозамещению лекарственных препаратов, в том числе и исследуемой группы, что способствует повышению их доступности для пациентов.

В настоящее время одной из важных задач Центра является необходимость обеспечения безопасности фармацевтического и медицинского персонала при работе с химиопрепаратами. Для решения этого вопроса в аптеке Центра планируется создание кабинета централизованного приготовления растворов цитостатиков.

Литература:

1. Организация аптечной службы и лекарственного обеспечения в лечебно-профилактических учреждениях: учеб.- метод. Пособие / Пермская гос. фармацев. акад: сост. Н.Б. Ростова, А.В. Солонина. - Пермь, 2003. -135с.
2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 20 декабря 2008 года № 1987 «О некоторых вопросах осуществления государственных закупок».
3. Савельева З.А., Зайцева З.И., Карташова О.В. Основы экономики аптек: учебное пособие (цикл лекций). – М., 2003, – 180 с.
4. Указ Президента Республики Беларусь от 17 ноября 2008 года № 618 «О государственных закупках в Республике Беларусь».
5. Управление и экономика фармации. Т.1. Фармацевтическая деятельность. Организация и регулирование: учеб. для студентов высших учебных заведений; под редакцией Е.Е. Лоскутовой. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.
6. Управление и экономика фармации: учебник под ред. В.Л. Багировой. – М.: Изд-во «Медицина», 2004. –720 с.

UDK 615.12:615.277.3:658.71(476)

THE FEATURES OF PHARMACEUTICAL ACTIVITY OF STATE INSTITUTION "REPUBLICAN SCIENTIFIC-PRACTICAL CENTER OF ONCOLOGY AND MEDICAL RADIOLOGY. N.N. ALEXANDROVA" PHARMACY IN THE REPUBLIC OF BELARUS Yalpy L.S., Aliekperova N.V.

The pharmaceutical activities of the Center of Oncology and Medical Radiology pharmacy have been analyzed. The assortment of anticancer medications is represented by 80 brands, 30% from them were produced in the Republic of Belarus . About 60% of these medications are presented by solutions and concentrates for their preparation. Procurement of drugs to the pharmacy of the Center carries out from the national and the local budgets. The tendency to increase of the national procurement share through a policy of import substitution medications which were produced in the Republic of Belarus has been founded.

**РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ
ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Абдельkrim Манар, Багирова В.Л., Пыленко В.И., Парфейников С.А.
Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский
государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

manar72@mail.ru

Любая хорошо функционирующая система здравоохранения является по сути органичной, слаженно действующей структурой. Эффективная система здравоохранения – это больше, чем просто совокупность производителей медицинских услуг, и предполагает значительную степень взаимодействия между последними, как с точки зрения координации между уровнями оказания помощи, так и в плане обеспечения оптимального маршрута движения каждого индивидуального пациента внутри системы.

С точки зрения системы, пациенты получают скоординированную медицинскую помощь, оказываемую на том уровне, на котором интенсивность лечения и затраты на него точно соответствуют состоянию больного. Пациенту обеспечивается преемственность получаемой медицинской помощи на протяжении всего лечебно-диагностического процесса, в котором каждый отдельный производитель медицинских услуг играет строго отведенную ему роль.

Цель любой системы здравоохранения заключается в обеспечении основы для справедливого доступа к безопасным лекарствам одновременно со стимулированием инноваций.

- **По структуре и финансированию:** кто оплачивает лекарственные средства, каковы сферы ответственности основных заинтересованных лиц и насколько проста модель финансирования.

- **По контролю и мотивации:** как можно повлиять на эффективность механизмов назначения лекарств с точки зрения эффективности затрат, как можно обеспечить высокое качество и безопасность лекарств и какова мотивация для внедрения инновационных препаратов.

- **По охвату и правам на получение лекарств:** кто может получать лекарственные препараты, что входит в покрытие и как обеспечить равный доступ к медицинским услугам.

Затраты на здравоохранение составляют более 8,2 % от национального дохода. В процентном отношении расходы на госпитализацию равны 46,7 %, на амбулаторное лечение – 28,8 %, на медикаменты – 20,1% этих затрат. Более 70 % финансов здравоохранения обеспечивается государственными программами ОМС, более 4 % – государством, более 16 % – частными вкладчиками и, наконец, 9 % – обществами взаимопомощи и частными медицинскими программами. С другой стороны, государство выплачивает лишь 2% страховых сборов по общей системе социального страхования

Таблица 1

Основные платежные ставки внебюджетного фонда

Название внебюджетного фонда	Ставки платежа, %
Государственный фонд занятости	1,5%
Фонды обязательного медицинского страхования	3,6%
Фонд социального страхования	5,4%

Размеры финансирования из бюджетов всех уровней и за счет средств ОМС не полностью обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами, т.к. не создана конкуренция на рынке медицинских услуг, не изменена система оплаты труда медицинских работников, не преодолена разобщен-

ность действий структур, ответственных за здоровье населения, не соответствует современным требованиям материально-техническая база медицинских организаций. При этом имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. Новые социально-экономические условия, обусловленные рыночными отношениями, требуют реформирования и системы здравоохранения.

Базисом системы обязательного медицинского страхования является порядок движения финансовых средств от страхователя в медицинской организации МО на возмещение затрат последних за оказанную медицинскую помощь при наступлении страхового события.

Основными источниками лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и страховые фонды, формируемые за счет взносов физических и юридических лиц. Государственный бюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации) и включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

Таким образом, страховые фонды играют роль посредника между МО и населением. Однако максимальный эффект функционирования страховой медицины может быть достигнут лишь тогда, когда потребитель пользуется свободой выбора как МО и врача, так и тех посредников, которые гарантируют пациенту (страхователю) защиту его интересов.

В соответствии со ст.10 Закона РФ «О медицинском страховании» источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

- средства республиканского бюджета (Российской Федерации), бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов;

- средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
- личные средства граждан;
- безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- доходы от ценных бумаг;
- кредиты банков и других кредиторов;
- иные источники, не запрещенные законодательством.

Из этих источников формируются: финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения; финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства государственной системы ОМС предназначены для реализации государственной политики в области ОМС и формируются за счет отчислений страхователей на ОМС.

В России финансовые средства системы ОМС формируются из двух источников: платежи из бюджета; отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд ОМС (3,6% от начисленной заработной платы).

ДМС предназначено для финансирования медицинской помощи сверх социального гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами. Финансовые средства системы ДМС формируются за счет платежей страхователей, которыми при коллективном страховании выступают предприятия, а при индивидуальном – граждане. Страховые медицинские компании по устанавливаемым тарифам оплачивают медицинские услуги, оказываемые МО в рамках программ ДМС. В соответствии с условиями договора часть неизрасходованных средств может быть возвращена страхователю (гражданину).

Государственное медицинское страхования (МС) в основном финансируется системой взносов, определяемых на основе среднего заработка, безотносительно к специфичности ожидаемого риска. Каждый человек платит в соответствии со своими возможностями и получает выплаты по своим потребностям. Этот тип финансирования инициирует обмен финансовых ресурсов

внутри организованной системы коллективного страхования (национальной ответственности).

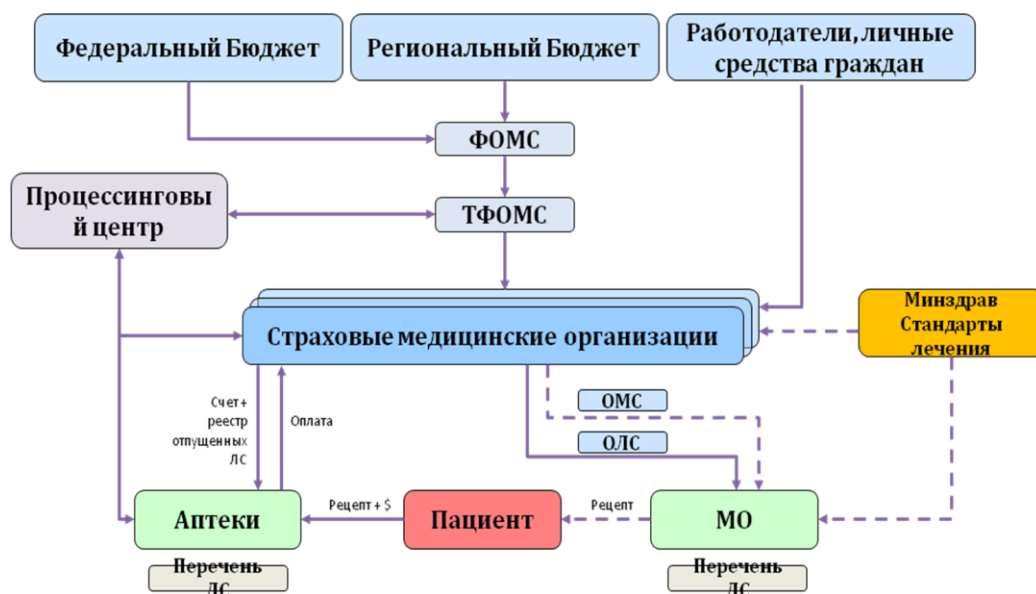


Рис. 1 Модель организации Обязательного лекарственного страхования (ОЛС)

Врач стремится предложить каждому пациенту наиболее эффективное лечение, поставщик медицинских услуг – извлечь максимальную пользу для здоровья населения при доступных финансовых ресурсах. Пациенту (и тем, кто представляет его интересы) сложно гарантировать наиболее качественное доступное лечение, которое может принести ему пользу независимо от организационных и финансовых факторов, которые могут влиять на решения других. Польза различных типов и объема лечения может вычисляться отдельно и различными путями поставщиками услуг, лечебными учреждениями, клиницистами и пациентом; по результатам таких расчетов могут быть сделаны разные выводы. В этой статье рассматриваются взаимосвязи, трудности, иногда и конфликт, который может возникнуть между приоритетами минимизации затрат, клинической эффективности и рентабельности

Необходимо проследить механизмы становления социальной работы как особого вида общественной инициативы и государственной политики.

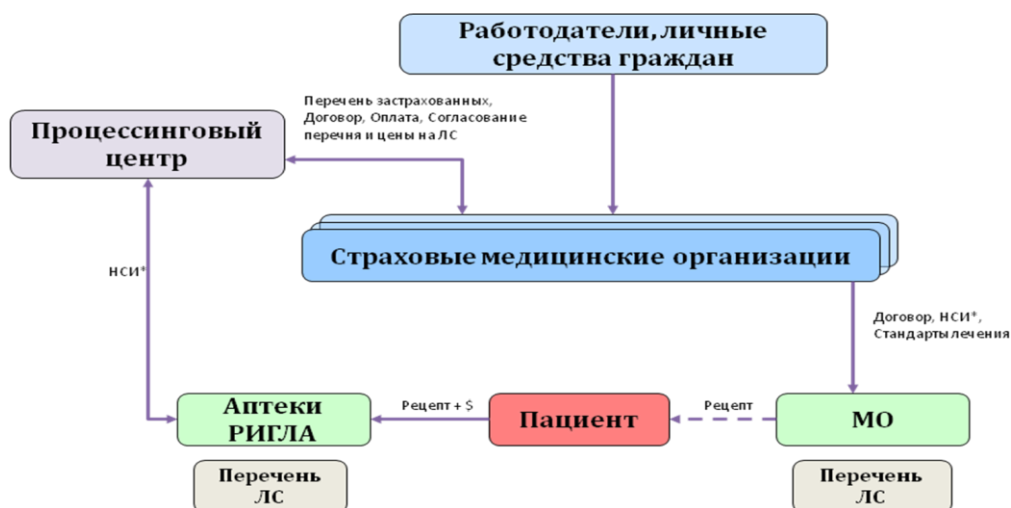


Рис. 2 Особенности совместной оплаты за лекарственные средства в различных странах мира

Выявить те общие принципы, в соответствии с которыми данный процесс протекал в зарубежных странах.

Социальное законодательство европейских стран отличается от американской более высокой степенью участия государства в определении направлений, планировании, финансировании и проведении в жизнь социальной политики. При этом следует подчеркнуть значительную роль в предоставлении социальных услуг местных органов самоуправления и, наконец, большой охват населения различными социальными услугами и видами помощи. Характерен в этом плане опыт Финляндии. В прошлом в этой стране сельская община и церковный приход выполняли многие функции, которые сегодня вошли в сферу деятельности органов социального обеспечения.

В настоящее время социальная политика Финляндии переживает третий этап децентрализации. Если на первом этапе проходила передача прав на ее осуществление от государства к регионам и коммуна, на втором – от коммун к микрорайонам и общинам, то на третьем этапе функции управления передаются коллективам граждан и даже отдельным лицам.

Во Франции уровень потребления ЛП один из самых высоких в мире, в основном вследствие социальной направленности системы медицинского страхования, при этом цены на ЛП одни из самых низких в Европе.

Особенности совместной оплаты за лекарственные средства в различных странах мира

Страна	Механизм сооплаты	Сооплата	Предел сбора с пациента
Австрия	Фиксированный	3,15 евро за упаковку	Нет
Финляндия	Фиксированный + Дифференцированный	0%, 25%, 50%	Свыше франшизы 553 евро в год
Франция	Дифференцированный	0%, 35%, 68%	Нет
Германия	Фиксированный	1,56; 2,60; 3,64 евро	2% от ежегодного дохода; 1% для хронических больных
Великобритания	Фиксированный	7,04 евро за каждое ЛС	100,4 евро ежегодно по сертификату предварительной оплаты

При формировании ключевых идей для успешного использования программы лекарственного страхования необходимо учитывать следующее:

Структура и финансирование.

- ✓ Привлечение дополнительного финансирования;
- ✓ Источники финансирования - временные и постоянные;
- ✓ Четкое разграничение финансовых обязательств между федеральными и региональными бюджетами;
- ✓ Четкое прописывание административных структур и ролей;

Охват и права на получение лекарств.

- ✓ Разработка национального формуляра с фокусом на хронические заболевания;
- ✓ Тестирование участия в сооплате для поддержания желаемого поведения;
- ✓ Пересмотр категорий, освобожденных от сооплат.

Контроль и мотивация.

- ✓ Разработка и внедрение электронных карт и обработки заявок в режиме реального времени.

✓ Разработка руководство для правильного и эффективного выписывания рецептов.

✓ Баланс мотивирующих факторов и устранение барьеров к принятию изменений.

Программа лекарственного страхования может внести значительный вклад в национальную производительность и создать среду, которая привлечет качественные инвестиции,

На примере лучших международных практик универсальный и равный доступ к лекарственным препаратам финансируется обязательными отчислениями в виде налогообложения и социальной защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азаров А.В. «Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда ЛПУ». «Экономика здравоохранения» №2,3, 2006, 29 с.
2. Комаров Г.А. Государственно-общественная модель управления здравоохранением и охраной здоровья населения [Текст] / Г.А. Комаров // Мед. Помощь. - 2009. – № 1. – С
3. Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения. // Вестник государственного социального страхования. – 2005. - № 1.- С.65-75.
4. Шестакова Е.Е. Главные направления реформирования организации и финансирования медицинского обслуживания.// Труд за рубежом 1998. №2. С.57-78.

Summary. *Any well-functioning health system is essentially organic, smoothly functioning structure. Effective health system - it's more than just a collection of providers, and involves a significant degree of interaction between the latter, both in terms of co-ordination between levels of care and in terms of the optimal route of the individual patient in the system.*

АСПЕКТИ ПОСИЛЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА ОБІГОМ НАРКОТИЧНИХ І ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН

Доскоч Є.А., Городецька І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

horodetska@gmail.com

Актуальність. Історія людства нерозривно зв'язана з використанням речовин, що змінюють сприйняття реальності. Довгий час вони не вважались небезпечними і використовувались для лікування різних захворювань. Боротьба з поширенням наркотиків розпочалась 100 років тому з підписання у Гаазі 13 країнами Міжнародної опіумної конвенції. На сьогоднішній день практично у всіх країнах світу контроль за обігом наркотиків базується на конвенціях ООН, найважливішою з яких є "Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р." (з наступними поправками і доповненнями).

Мета. Узагальнення історичних аспектів посилення контролю за обігом наркотичних та психотропних речовин.

Матеріали та методи. Довідники, підручники, посібники з організації фармацевтичної справи, організації та економіки фармації, нормативні документи щодо контролю за обігом наркотичних, психотропних лікарських засобів. Бібліографічний, статистичний, узагальнення.

Результати. Перші відомості про опій з'являються приблизно 5000 р. до н.е. у Нижній Месопотамії, Персії, Єгипті, Індії, Китаї. Його одурманюючі властивості описані Геродотом, про них згадується у Китайських рукописах VIII-IX ст. до н.е. Відродження застосування опію у Європі зв'язане з ім'ям Парацельса (1491-1541). У 18 ст. відбувались опіумні війни Англії з Китаєм. У 1816 р. було виділено у чистому вигляді алкалоїд опію морфін, а вже у 1870 році з'явилися публікації про небезпечність розвитку залежності до морфіну. Подібна історія застосування характерна і для інших речовин. Все змінилося з підписанням у 1912 р. першого міжнародного договору про контроль за обігом наркотичних засобів.

Нами проаналізовано в динаміці зміни у вимогах до обігу наркотичних і психотропних лікарських засобів в СРСР та Україні з початку 60-х років ХХ ст. Список контрольованих речовин у той час становив 12 позицій, причому вони входили одночасно у 2 переліки: наркотичних лікарських засобів, які підлягали відпуску з аптек за спеціальними бланками, та отруйних лікарських засобів, що підлягали предметно-кількісному обліку. Поняття «психотропних» лікарських засобів на той час не мало юридичного значення, як це має місце сьогодні. Більше того, такий термін не використовувався і у фармакології. У довіднику М.Д.Машковського (1972 р.) ліки, які на сьогоднішній день підлягають суворим заходам контролю, були включені до різних підгруп: снотворні засоби, нейролептики, транквілізатори. У наступному виданні довідника (1977 р.) окрема група «Психотропні препарати» об'єднувала 5 підгруп лікарських засобів. Поряд із засобами, які становили загрозу у разі зловживання ними, сюди були віднесені і безпечні безрецептурні ліки. Наказами Міністерства охорони здоров'я СРСР поступово посилювались заходи контролю: до наркотичних та прирівнених до них речовин було віднесено ряд психотропних (в сучасній класифікації) ліків; запроваджувались нові форми рецептурних бланків та терміни їх зберігання в аптеках, норми відпуску за одним рецептом. Вдосконалювались аспекти обігу снодійних ліків, транквілізаторів та ін., збільшувався перелік ліків, що підлягали предметно-кількісному обліку. Разом з тим відзначено суперечливі позиції та різне трактування у нормативних документах, які були чинними одночасно, що не сприяло дієвому контролю за обігом даної групи речовин.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Встановлено основні етапи посилення контролю за обігом наркотичних та психотропних лікарських засобів. Мета подальших досліджень – узагальнення відомостей про комбіновані лікарські засоби з вмістом контрольованих речовин, які на сьогоднішній день відпускаються без рецепта лікаря і вимагають вдосконалення контролю за їх обігом.

РЕГУЛИРОВАНИЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕФЕРЕНТНОЙ ЦЕНЫ ДЛЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Бережная Е.С., Горин С.Ф., Максимкина Е.А., Парфейников С.А.,

Шульга Ю.В., Габриелян Н.В.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

naira-gabrielyan@yandex.ru

Расходы на лекарственные средства продолжают увеличиваться, что наряду с глобальным финансовым кризисом вынуждает правительства разных стран прибегать к различным методам экономии средств, одним из которых является внедрение практики референтного ценообразования, позволяющего значительно ограничить государственные затраты на возмещение стоимости препаратов (реимбурсацию) и систему здравоохранения в целом. Этот подход, получивший широкое распространение в Западной Европе, базируется на взаимозаменяемости препаратов, объединенных в отдельные группы. Тем не менее, даже сейчас не утихают споры о том, насколько обоснованным является использование этого инструмента, одной из причин, которых является увеличение доли доплат (co-payment) пациентов в структуре общих расходов на лекарственные средства.

ВОЗ не относит референтное ценообразование к формам регулирования цен, это инструмент, позволяющий обеспечить ограничение расходов на возмещение стоимости лекарственных средств, поскольку референтная (базовая) цена представляет собой максимально возможный уровень реимбурсации. Система референтного ценообразования призвана контролировать объем государственных затрат на реимбурсацию, а не цены производителя фармацевтической продукции.

Основной целью при создании системы референтного ценообразования является сокращение затрат на лекарственные средства из государственных и/или негосударственных фондов. Этот подход базируется на возможности использования взаимозаменяемых лекарственных средств и установления размера возмещения (на базе референтной цены) для определенной группы препаратов.

Таким образом, референтное ценообразование предполагает, что чаще всего государственная, а в отдельных случаях – частная (например, Нидерланды) система медицинского страхования возмещает стоимость не любого препарата независимо от его цены, а определяет приемлемый уровень цен, позволяющий одновременно предоставлять необходимый объем медицинской помощи и, насколько это возможно, сокращать расходы на лекарственные средства, что является важной задачей в свете постоянного увеличения затрат на них. Если же пациент желает приобрести более дорогое лекарственное средство, то разницу между референтной и реальной стоимостью препарата он погашает самостоятельно в качестве доплаты (co-payment).

По видам ценорегулирования все страны могут быть разделены на 3 основные группы: жесткое регулирование цен на рецептурные лекарственные препараты (Бельгия и Испания); регулирование прибыли фармпроизводителей (Великобритания); установление максимальной розничной цены на лекарственные средства на основании специальной формулы, как в Греции, Нидерландах, Португалии, Италии.

Чаще всего для лекарственных средств, расходы на которые покрываются из государственных и общественных источников, устанавливаются фиксированные (референтные) цены, исходя из средней цены препаратов одного ряда или самой дешевой цены на рынке, в том числе соседних стран. Механизм установления референтной цены может быть различным, например, в Греции наиболее низкие цены на препараты, зарегистрированные на рынке. В Германии существуют референтные цены по базовым препаратам, также жестко регулируется торговая надбавка. Дополнительно во многих странах госу-

дарство снижает ставку налога на добавленную стоимость (НДС) до 8-10% на фармацевтические товары.

Создание национальной системы референтного ценообразования включает:

- определение количества и принципов формирования групп лекарственных средств, для каждой из которых будет определяться референтная цена;
- определение механизма расчета референтной цены;
- разработку процедур для формирования групп и установления приемлемого уровня реимбурсации;
- создание механизмов, позволяющих делать исключения для препаратов, для которых это оправдано.

Существует несколько подходов к определению сегмента рынка, по отношению к которому будет применяться система референтного ценообразования, например, ограничение действия системы в рамках определенных групп лекарственных средств, как правило, аккумулирующих львиную долю расходов на возмещение.

Генерическое референтное ценообразование (Generic-Equivalence Reference Pricing – GRP) объединяет в одну группу оригинатор и его генерические версии, характеризующиеся одинаковым действующим веществом и входящие в одну группу согласно 5-му уровню АТС-классификации. Такой подход используется в Бельгии, Франции, Португалии и Испании.

После объединения препаратов в группы для каждой из них устанавливается свой уровень референтной цены. При этом для ее определения используются различные методы расчета. В качестве референтной цены может быть принята:

- стоимость наиболее дешевого препарата, входящего в группу (Австралия);
- средневзвешенная цена 1 упаковки всех препаратов группы (Нидерланды);

- средняя стоимость всех генерических препаратов, входящих в группу (Франция);
- средняя цена 2 наиболее дешевых ЛС группы (Дания).

В основном референтная цена определяется путем вычисления средневзвешенной розничной стоимости всех препаратов, входящих в группу, на внутреннем рынке.

Тем не менее, в странах, на фармацевтических рынках которых отмечают значительное конкурентное давление со стороны генерических препаратов, часто предпочитают принимать решение об установлении референтной цены на основе стоимости более дешевых лекарственных средств группы. В некоторых странах развитие фармакоэкономики привело к созданию систем референтного ценообразования, базирующихся на определении стоимости наиболее экономически эффективной медикаментозной терапии.

Внедрение референтного ценообразования стимулирует развитие и конкуренцию внутри группы непатентованных лекарственных препаратов. С другой стороны, экономически необоснованное давление на производителей снижает рентабельность всей отрасли, дестимулирует инвестиции на научно-исследовательскую деятельность и может привести к стагнации и снижению инвестиционной привлекательности отрасли в целом, что отчасти происходит в европейских странах. Фармацевтическая промышленность в комплексной системе государственного возмещения является долгосрочным стратегическим партнером, способным обеспечить необходимые объемы потребления и необходимые текущие и будущие инновации, направленные на лечение приоритетных нозологий. Значительную роль приобретает вопрос стабильности и экономической устойчивости всего фармацевтического рынка, от производителя до розничного сегмента, который будет являться проводником и гарантом практической реализации этой системы.

**ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА И
КОНКУРЕНТНОСПОСОБНОСТЬ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ
ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕГИОНАЛЬНУЮ ИНФРАСТРУКТУРУ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА.**

Бережная Е.С., Гончаров Ж.В., Максимкина Е.А., Данилова М.А.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

naira-gabrielyan@yandex.ru

Аптечный сегмент фармацевтического рынка является одной из важнейших и социально-значимых составляющих фармацевтической отрасли. Вместе с тем, государственная политика в области аптечного бизнеса, связанная с регулированием цен на ЖНВЛП (жизненно необходимые и важные лекарственные препараты) и налоговым регулированием поставила аптечные организации в рамки необходимости серьезных преобразований.

Начиная с 2010 г., доходность отдельно взятой аптеки снижается, так в 2011 г. среднероссийский показатель рентабельности отрасли составил – 0,7%, в Москве средняя рентабельность аптек составила в этот период – 2,4%, а в некоторых регионах этот показатель упал ниже 20,0% от нуля.

Розничные фармацевтические организации испытывают определенные трудности, связанные со сложной конкурентной средой, нехваткой квалифицированных кадров, зачастую не соблюдением в работе надлежащих стандартов аптечной практики (GPP), преследованием исключительно коммерческих целей, игнорированием в работе принципов клиенто-ориентированной и персонал-ориентированной политики.

Преимущество крупных аптечных сетей очевидно. Благодаря товарным кредитам они доводят нелекарственный ассортимент до 40,0%. Крупные ап-

течные сети в последнее время делают ставку не на количество открывающихся точек, а на повышение качества работы отдельных аптек и максимальную ориентацию на нужды потребителя. Они широко используют новые стандарты работы: концентрацию аптечного бизнеса, расширение сети аптек-дискаунтеров, увеличение числа интернет-аптек и др.

Сложность функционирования субъектов аптечного бизнеса определяется обусловленностью ее множеством факторов, прежде всего связанных с особенностями личности руководителя и среды, в которой он работает, или как принято сейчас говорить *организационной культурой* (ОК), под которой подразумевают специфическую, характерную для аптечной организации систему связей, взаимодействия и отношений, осуществляющихся в рамках фармацевтической деятельности, а также устойчивую совокупность коллективных ценностей и представлений, формирующихся в ходе адаптации аптечной организации к изменениям окружающей среды.

В соответствии с концепцией К. Камерона и Р. Куинна организационная культура любой фирмы соответствует своим представлениям об эффективности, ценностях, стилях руководства и образует свою типологию. Согласно их концепции, выделяются *четыре* организационных культуры:

- иерархическая (бюрократическая);
- рыночная;
- клановая;
- адхократическая.

Иерархическим культурам свойственны следующие особенности: лидер – наставник; критерии эффективности – рентабельность, гладкое функционирование; главная цель – контроль.

Рыночным культурам свойственны следующие особенности: лидер – жесткий надсмотрщик, соперник, производитель; критерии эффективности – достижение цели; ведущая ценность – конкуренция.

Клановым культурам свойственны следующие особенности: лидер – родитель; климат коллектива – сплоченный, направленный на развитие че-

ловеческих ресурсов; основная ценность – преданность делу.

Отличия *адхократической культуры* заключается в том, что лидер – предприниматель, результаты – творчество и рост, ценности – новаторство.

Нами были выдвинуты следующие гипотезы:

- предположение о том, что одним из ключевых факторов, определяющих успешность организации, является наличие той или иной организационной корпоративной культуры;
- предположение о том, что для организаций с характеристиками различных организационных культур свойственны различные механизмы определения успешности предприятия, разные элементы системы стимулирования, влияющие на трудовую мотивацию персонала.

Данные гипотезы и определили структуру и логику настоящего исследования, связь между рассматриваемыми вопросами и предлагаемыми подходами к их решению.

Методика определения субъективной успешности строилась по принципу теста «Идеального и реального Я» – «Butler & Haigh». В инструментарий включены те характеристики, которые позволяют отличить собственную организацию от идеальной с точки зрения опрашиваемых респондентов (по ранее описанной методике). Метрическая шкала позволяет разделить изученные компании на субъективно успешные и неуспешные по разнице между желаемым и достигнутым результатом. С помощью экспертов установлена шкала успешности и неуспешности.

Разница между идеальным и реальным <10 – успешная; $>10-20<$ – требующая самосовершенствования; > 20 – неуспешная. На этом этапе аптечные компании были разделены на три группы.

Для градации субъективной успешности аптечные организации были разделены на 3 группы по количеству набранных баллов: <10 – успешные; $>10<20$ – требующие самосовершенствования и > 20 неуспешные (табл. 1).

**Характеристика ведущего типа организационной культуры
обследованных аптечных сетей и сопоставление их с субъективной
оценкой успешности**

Компания	Тип организационной культуры	Возраст (лет)			Определение степени успешности
		руководитель	компания	Число аптек	
Компания № 1	рыночная (62,0%), с элементами адхократии (18,0%)	32	>10	21	9 – успешная
Компания № 2	иерархическая (68,0%), с элементами клановой (15,0%)	54	<10	14	16 – требующая самосовершенствования
Компания № 3	иерархическая (62,0%), с элементами рыночной (23,0%)	49	≈10	12	13 – требующая самосовершенствования
Компания № 4	клановая (55,0%), с элементами рыночной (26,0%)	60	>15	11	12 – требующая самосовершенствования
Компания № 5	рыночная (61,0%), с элементами иерархической (25,0%)	40	≈5	10	15 – требующая самосовершенствования
Компания № 6	рыночная (55,0%), с элементами иерархической (38,0%)	42	>15	20	16 – требующая самосовершенствования
Компания № 7	рыночная (70,0%), с элементами клановой (18,0%)	60	>10	1	11 – требующая самосовершенствования
Компания № 8	иерархическая (50,0%), с элементами рыночной (38,0%)	50	>15	1	17 – требующая самосовершенствования
Компания № 9	рыночная (80,0%), с элементами клановой (15,0%)	40	3	5	10 – успешная
Компания № 10	клановая (53,0%), с элементами рыночной (27,0%)	50	<5	3	21 – неуспешная

Анализ данных табл.1 показал, что компании, работающие на розничном фармацевтическом рынке г. Пятигорска, наполовину рыночно-ориентированные и на треть – с бюрократической формой управления. Меньше всего представлены клановые культуры и практически отсутствуют адхократические культуры в управлении аптеками.

Компании при доминировании одной корпоративной культуры в аптеках имели признаки и других организационных структур. Субъективно оценили себя как «успешные» только 2 фармацевтические компании и «неуспешной» – одна. Все остальные считают, что они далеки до идеальной организации, то есть самоактуализация у основной части руководителей аптечных организаций средняя.

Таким образом, мы взяли представителей, которые имеют все четыре (или их сочетания), организационные культуры. Нами проанализированы конкурентные преимущества этих аптечных компаний (табл. 2).

Таблица 2

Конкурентные преимущества аптечных фирм г. Пятигорска

	Компания № 1	Компания № 2	Компания № 3	Компания № 4
Количество аптек в городах КМВ	21	14	12	11
Транспортная доступность	высокая	высокая	высокая	высокая
Реклама наружная	+	+	+	+
Возможность доставки товара на дом и в аптеку	+	–	–	–
Дисконтная система	+	+	+	–
Отдел косметики	+	+	+	–
Аптека-маркет (самообслужи-	–	–	+	–

вание)				
Оптика	+	–	–	–
Централизованный заказ товара	+	+	+	+
Индивидуальный заказ товара	+	–	+	–
Наличие склада	+	–	–	–
Реклама печатная	+	–	–	–
День открытых дверей	+	–	+	–

Следует отметить, что Компания № 1 использует больше конкурентных преимуществ в своей работе, чем представители других организационных культур. В частности, обеспечивается собственная доставка товара с оптовых компаний, а также на дом клиентам; в аптеках представлен широкий выбор товаров аптечного ассортимента, в том числе оптика; предприятие имеет свой внутренний склад, что позволяет пользоваться скидками у оптовиков. Система заказа централизованная, но, в то же время, возможен индивидуальный заказ на оптовую фирму от любой аптеки компании. Деятельность аптечной сети ориентирована на потребителя и поэтому прилагает все усилия по привлечению и удерживанию своих потребителей. Для этого издается собственный журнал с рекламой товаров аптечного ассортимента, широко применяются дисконтные программы.

Явным преимуществом компании № 1 является 21 аптечная организация в сети, что свидетельствует, прежде всего, о шаговой доступности для потребителя. За компанией № 1 по наличию конкурентных преимуществ в работе следует компания № 3. Из тринадцати конкурентных преимуществ используется семь. Наименее (из возможных конкурентных преимуществ) оснащена компания № 4 – с клановой организационной культурой, которая, видимо, ослабляет ориентацию аптеки на внешние факторы развития, то есть на конечного потребителя и партнеров.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что организационная куль-

тура фирмы влияет на выбор стратегии развития и выживание в условиях конкуренции на рынке. Наиболее активны в конкурентной борьбе фирмы с рыночной организационной культурой, которые, прежде всего, нацелены на успех. Преимущества в борьбе за влияние на рынке дает использование элементов адхократической культуры, ориентированной на применение новых методов работы, гибкости в принятии решений в ответ на изменение внешней среды.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гончаров, Ж.В. Некоторые параметры успешной деятельности фармацевтической организации / Ж.В. Гончаров [и др.] // *Фундаментальные науки и практика: сб. науч. работ с материалами трудов участников 3 Междунар. телеконф.* – Томск: СГМУ, 2010. – Т.1. – № 4. – С. 111.

2. Гончаров, Ж.В. Формирование детерминанты успеха деятельности фармацевтической организации / Ж.В. Гончаров, С.А. Парфейников, Н.В. Габриелян // *Фармация и общественное здоровье: материалы ежегодн. конф.* – 25 февр. 2010 г. – Екатеринбург: УГМА, 2010. – С. 362-365.

3. Гончаров, Ж.В. Маркетинговый анализ управления персоналом залог успеха фармацевтических организаций / Ж.В. Гончаров [и др.] // *Актуальные проблемы фармации: сб. статей межрегион. науч. конф.* – Владикавказ: СОГМА, 2010. – С. 84-87.

4. Гончаров, Ж.В. Оценка успеха деятельности фармацевтической розничной сети / Ж.В. Гончаров [и др.] // *Медицинский вестник Северного Кавказа.* – Ставрополь, 2010. – № 4. – С. 62-64.

Summary. *Pharmacy segment of the pharmaceutical market is one of the most important and socially significant components of pharmaceutical industry. However, public policy on pharmaceutical business associated with the regulation of the prices of VED (vital and essential drugs) and tax regulations put pharmacy organizations within the need for major change.*

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ МАКРОСЕРЕДОВИЩА НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФІРМ

Федурця О.В., Грушковська Д.Т.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

dzvinka3005@gmail.com

Вступ. В сучасних умовах підвищення рівня динамічності середовища функціонування фармацевтичних фірм питання оцінки впливу факторів макросередовища на їх діяльність стає дедалі актуальнішим. Оскільки, для збереження і посилення свого положення на ринку, важливо вчасно помітити зміни, які впливають на діяльність фармацевтичної фірми, визначити та реалізувати заходи, спрямовані на адаптацію до нових реалій і тенденцій.

Мета. Проаналізувати динаміку розвитку факторів макросередовища та визначити особливості їхнього впливу на фармацевтичний ринок.

Матеріали та методи. При виконанні роботи використані методи інформаційного пошуку, анкетного опитування, порівняння та аналізу.

Результати. На підставі виконаного дослідження сучасних підходів до визначення складу факторів макросередовища і з урахуванням специфіки галузі виокремлено такі складові впливових компонент, як економічна, демографічна, екологічна, політико-правова, соціально-культурна, науково-технічна. З метою ранжування факторів макросередовища, нами було проведено опитування студентів щодо вагомості кожного з них. За отриманими результатами, 80% респондентів на перше місце ставлять економічні фактори, 2-ге - політична сфера, 3 і 4 – науково-технологічні і соціо-культурні чинники відповідно. Оскільки успішна діяльність на міжнародному ринку обумовлюється здатністю оцінити і правильно зрозуміти соціально-культурні особливості країни, де фармацевтична компанія прагне здійснювати свою діяльність, нами був зроблений акцент саме на соціо-культурних факторах, що включають соціальні інститути, особливості пануючих у суспільстві традицій, звичок, рівня освіти. Фармацевтичне підприємство для досягнення успіху в ринковому се-

редовищі повинно враховувати зміну таких факторів і орієнтувати свою діяльність на певний рівень культури споживачів, а також позиціонувати свій продукт таким чином, щоб якнайкраще задовольнити потреби цільової групи споживачів. Зокрема, нами було досліджено вплив релігійної складової на розвиток фармацевтичного ринку. Об'єктами дослідження обрали Іслам та Іудаїзм, як представники найбільш контрастних віросповідань. Провели анкетне опитування студентів 5 курсу фармацевтичного факультету (англомовне відділення), за результатами якого 59% респондентів володіють інформацією про поділ лікарських засобів на «Харам» (Haram-pharmaceuticals) та «Халяль» (Halal-pharmaceuticals), 43% чітко диференціюють ці поняття між собою, і тільки 1,2 % (всі респонденти є мусульманами) при виборі фармакотерапії віддають перевагу виключно ЛЗ, що є дозволеними до використання згідно Шаріату, тобто, Halal-pharmaceuticals. Встановлено, що частка «Халяль» ЛЗ становить 26% від усієї частки ринку, частка Кошерних ЛЗ (дозволені в Іудаїзмі) становить 13% відповідно.

Висновок. З урахуванням сучасних наукових підходів і специфіки функціонування фармацевтичної галузі до основних факторів макросередовища, що впливають на функціонування фармацевтичних фірм, віднесено економічну, демографічну, політико-правову, соціально-культурну, науково-технічну та екологічну компоненти зовнішнього бізнес-середовища. Результати виконаного аналізу перспектив розвитку макрофакторів в Україні свідчать про позитивні зміни зовнішнього макросередовища фармацевтичної галузі. Постійний моніторинг і аналізування впливу факторів макросередовища уможливорює розроблення та впровадження заходів для забезпечення стійкої позиції і конкурентоспроможності фармацевтичних фірм на ринку.

Перелік використаних джерел інформації.

1. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк, О.Р. Левицька. — Вінниця: Нова книга, 2004. — 464 с.

2. Дубодєлова А.В. Особливості впливу макрофакторів бізнес-середовища на забезпечення конкурентоспроможності вітчизняних виробників лікарських засобів /А.В.Дубодєлова, .Х.Ю.Малкуш// Управління, економіка та забезпечення якості в фармації.- 2011.- № 4.-С.38-42.

3. Мнушко З.М. Оцінка впливу факторів макросередовища на роботу аптечних закладів /З.М.Мнушко, І.В.Підліснюк, І.В.Пестун//Вісник фармації. – 2008.-№2.-С.34-37.

4. Немченко, А. С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно з міжнародними нормами та стандартами / А. С.Немченко, А. А. Котвицька //Фармац. журн. — 2007. — № 5. — С. 11–19.

5. Пестун І.В. Взаємозв'язок інноваційності аптек з оцінкою та реакцією на зміни макросередовища /І.В. Пестун, І.В. Бондарєва, З.М. Мнушко, М.М. Нессонова// Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2011.- випуск XXIV, -№3.-С.62-66.

НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРИНЦИПИ ПОЕТАПНОЇ ПІДГОТОВКИ РЕКОНСТРУКЦІЇ, МОДЕРНІЗАЦІЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПрАТ "ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА "ДАРНИЦЯ"

Загорій Г.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,

м. Київ

lorik1910@yandex.ru

У зв'язку з поетапним входженням України до Європейського Союзу (ЄС, ES) підприємствам промислової фармації, урядом України було поставлене завдання до 1998 року провести підготовку підприємств до роботи в умовах вимог та стандартів GMP ES. Основною умовою передбачалося те, що кожне нове проектування та будівництво і реконструкція підприємств фармацевтичної галузі повинно здійснюватися у суворому дотриманні стандартів GMP ES. Отже на першому (стартовому) етапі ще у 1995 році нами була створена науково-організаційна рада, яка опрацювала основні концептуальні підходи, принципи, прийоми системних заходів щодо поетапної реконструкції та модернізації основних виробничих дільниць ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця". До 2001-2002 року робочою групою, а у 2006 р. Науково-організаційним центром (рис. 1), підготовлені й опрацьовані питання щодо перепланування приміщень під реконструкцію й модернізацію одночасно двох виробничих цехів, а саме: технічного переоснащення виробництва готових лікарських засобів (2001 р.) та цеху стерильних лікарських засобів. Науково-практичне обґрунтування Проекту було надзвичайно складною технікою й технологічною проблемою в стратегії розвитку фірми "Дарниця", так як це був перший проект в Україні, який планувалося реалізувати з урахуванням вимог GMP (належної виробничої практики) європейського співтовариства на всіх етапах життєвого циклу проекту. Тобто, всі процедури формування технічних завдань, специфікацій на проект, вибір постачальників обладнання, мон-

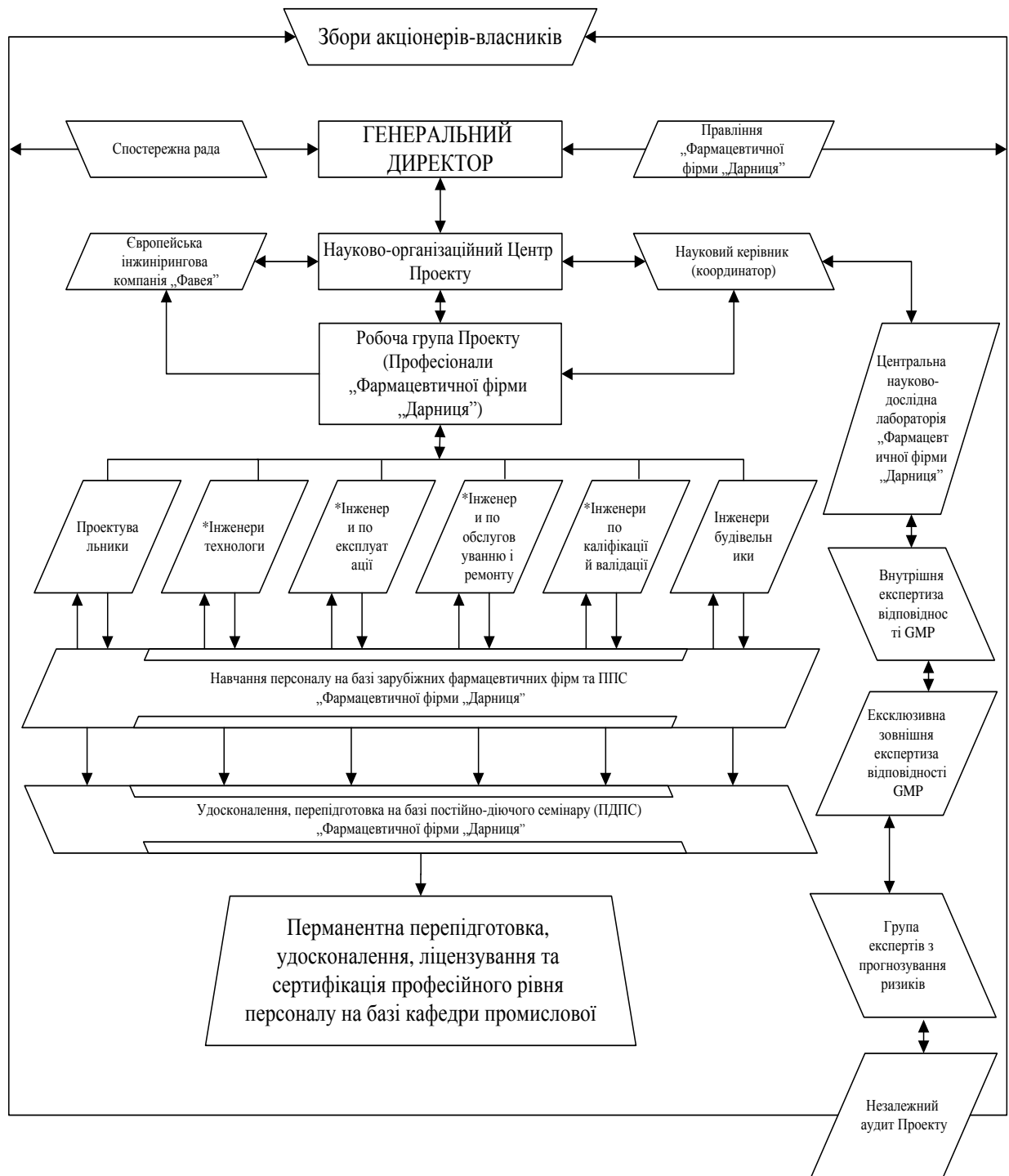


Рис. 1. Оптимізована схема-алгоритм підготовки й реалізації Програми реконструкції та модернізації виробництва лікарських засобів за вимогами GMP ES
Примітки:

* інженерна група, яка набула практики у міжнародних фармацевтичних фірмах й приймала участь у реалізації проєкту. Резерв керівного складу в умовах реально діючого виробництва;

↓↑- навчання персоналу за кордоном та на робочому місці ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця" іноземними фахівцями (відповідно);

ПДС – постійно-діючий семінар.

таж, пуск, налагодження, кваліфікацію обладнання і систем, введення в експлуатацію об'єкта необхідно було реалізувати з використанням європейських норм, правил, вимог і рекомендацій до процесів такого типу. З цією метою за науково-обгрунтованою пропозицією Науково-організаційного центру, керівництвом фірми було ухвалено рішення щодо залучення й участі у реалізації цього проекту одну з відомих європейських інжинірингових компаній «Фавеа». З боку ПрАТ «Фармацевтичної фірми «Дарниця» для участі в реалізації проекту була створена оновлена Робоча група, яка складалася з фахівців усіх напрямків і спеціальностей – проектувальники, технологи, інженери по експлуатації, інженери по обслуговуванню й ремонту, інженери по кваліфікації й валидації, фахівці лабораторій і будівельники. Перспективні фахівці Робочої групи стали у подальшому (2012 р.) надійним резервом потенційних керівників й співробітників створеного виробництва та які особисто брали безпосередню участь у процесі з перших кроків проектування. Оскільки методологія комплексної реалізації таких проектів в Україні була новою і незнайомою, провідні спеціалісти ФФ "Дарниця" паралельно пройшли навчання на базі компанії «Фавеа», які опановували інноваційні технології з управління відносно прийомів і навичків створення виробництва, його кваліфікації й валидації, подальшої експлуатації та на робочих місцях ФФ "Дарниця" – під патронатом іноземних фахівців.

ПРО ВПЛИВ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ АПТЕКИ

Мнушко З.М., Харченко А.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

alina-harchenko3@mail.ru

В Україні сьогодні спостерігається тенденція до зменшення кількості аптек, що займаються виготовленням лікарських засобів. Екстемпоральну рецептуру майже витіснив широкий асортимент готових ЛЗ. А отже, поступово аптеки втрачають свою первісну функцію та перетворюються на заклади торгівлі. Але організм кожного є індивідуальним, тому і підхід до лікування захворювання окремої людини повинен бути індивідуальним. При виготовленні ЛЗ промислового виробництва використовуються наповнювачі, консерванти, барвники та інші допоміжні речовини, які можуть викликати алергічні реакції у хворого. Аптечне виготовлення дозволяє індивідуалізувати склад препаратів та їх доз.

Зменшення виготовлення ліків в аптеках найчастіше пояснюється необхідністю додаткових витрат на обладнання та оформлення приміщень відповідно до вимог ліцензування, відсутність субстанцій, необхідність додаткового персоналу тощо.

Метою роботи було вивчення і обґрунтування впливу екстемпорального виготовлення ліків на ефективність роботи аптеки.

Показано, що індивідуальне виготовлення ліків в аптеці є одним із засобів забезпечення її привабливості для споживачів, підтримання позитивного іміджу як професійного закладу охорони здоров'я та формування лояльності клієнтів. Проведено аналіз поширених екстемпоральних прописів. Опрацьована можливість здійснення комплексних покупок в аптеці споживачами екстемпоральних ліків. Визначена вартість поширених екстемпоральних прописів з використанням відповідних методичних рекомендацій та розрахована вартість можливих супутніх придбань фармацевтичного товару. Наприклад,

пропис екстемпорального виготовлення розчину калію йодиду, який застосовується для лікування стоматитів, коштує 6,74 грн. Серед можливих додаткових покупок можуть бути кератопластичні засоби, що пришвидчують епіталізацію виразки; протівірусні мазі, полівітаміни, імуномодулятори – загальна можлива вартість супутнього придбання складе понад 125 грн. Пропис порошку еуфіліну, який використовується як спазмолітичний і заспокійливий засіб при бронхіальній астмі, коштує 7,90 грн. Можливі додаткові покупки – засоби для купірування бронхоспазму, муколітики, стабілізатори тучних клітин – загальна вартість 88 грн.

Таким чином, наявність екстемпоральної рецептури може забезпечувати конкурентоспроможність аптеки й надавати значний доход, зокрема, за рахунок здійснення комплексних покупок.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНОГО И СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Карнышева Н.Г., Бозрова Ж.М., Бережная Е.С., Парфейников С.А.
Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России

naira-gabrielyan@yandex.ru

Конституция Российской Федерации (РФ) декларирует равное право граждан на получение специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе и лекарственной помощи. Равноправие в вопросах охраны здоровья определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как равная и справедливая возможность для граждан полностью реализовать свой «потенциал здоровья», независимо от того, в каком регионе они проживают. Сделать это на практике особенно сложно в переходный период: в субъектах РФ налицо экономическое и социальное неравенство, что наиболее характерно для удаленных регионов, в частности Южного и Северокавказского Федеральных округов.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) используется российской системой здравоохранения достаточно давно, однако актуальность проблемы совершенствования оказания медицинской помощи, в том числе и лекарственной, с использованием сложных и уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий, значительно возросла с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Одним из важнейших направлений которого является повышение доступности и качества ВМП, приближение ее к самым различным слоям населения.

За последние годы наблюдается увеличение объемов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи из средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. Так, в 2006 году на эти

цели было выделено 9,98 млрд. руб. (на 56,4% выше уровня 2005 года), а в 2013 году запланировано увеличение средств в 4 раза. Тем не менее, отмечается сохраняющийся разрыв между потребностями населения в ВМП и их обеспечением системой здравоохранения. На сегодняшний день медицинской помощью с использованием новейших технологий обеспечено лишь 75,5% нуждающегося населения, наблюдаются недостатки в ее планировании. С каждым годом растет количество пациентов, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а, следовательно, необходимо увеличение финансовых средств, выделяемых на оказание данного вида услуг, в том числе и соответствующее лекарственное обеспечение.

В условиях недостаточного, а зачастую и нерационального финансирования инновационных медицинских технологий, внедрение которых осуществляется через государственные окружные специализированные медицинские центры федеральной формы собственности, «размытости» и «непрозрачности» бюджетного и внебюджетного финансирования, должна быть повышена ответственность за организацию эффективной экономической системы государственных закупок фармацевтической продукции, обеспечения лекарственными препаратами (ЛП), изделиями медицинского назначения (ИМН) и медицинской техники на уровне как государственного учреждения, так и регионального, федерального органа исполнительной власти в сфере фармацевтического обеспечения.

Модернизация здравоохранения, реализация национальных инновационных проектов в системе лекарственного обеспечения населения должны, прежде всего, нивелировать неравенство в оказании медицинской и лекарственной помощи. Происходящие изменения в состоянии здоровья социально уязвимых и других контингентов населения в этот период служат индикатором того, насколько эффективно проводится социально-экономическая политика в целом и в конкретных субъектах РФ, в частности.

Необходимость модернизации фармацевтического сектора здравоохранения на региональном уровне помимо общих тенденций социально-экономи-

ческого развития определяется рядом серьезных причин, возникших в последние годы. Отмечаются высокие темпы роста затрат на лекарственную помощь, при этом рост финансовых затрат не всегда обеспечивает увеличение объемов и улучшение качества этой помощи. Происходит снижение объемов оказания лекарственной помощи внегосударственных и региональных программ ввиду недоступности для большинства населения современных эффективных ЛП из-за отсутствия необходимых финансовых средств. Изменения в современной законодательной базе серьезно изменили порядок межбюджетных отношений, источники и каналы финансирования государственного здравоохранения. Изменилась система обеспечения ЛП социально уязвимых категорий населения, а также лекарственного обеспечения населения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) оказания бесплатной медицинской помощи. Главное – поэтапное реформирование системы здравоохранения РФ в целом.

Для совершенствования и повышения качества управления системой оказания специализированной высокотехнологичной медицинской и лекарственной помощи должен быть предусмотрен переход от жесткого централизованного управления на основе регионально-экономической обособленности развития отрасли в каждой конкретной территории; усиление экономических стимулов; переход к показателям оценки эффективности по конечному результату. Однако в настоящее время, попытки реформирования здравоохранения, не привели к успеху – во многом из-за того, что не затрагиваются основы самой системы, которая исчерпала свои возможности и не соответствует новым экономическим, социальным и политическим условиям.

Как показывают международный опыт и практика последних лет, в РФ, механизм рыночных отношений в фармацевтической сфере может быть реализован эффективно только при внедрении четкого профессионального регламента, контроля, при наличии объективной информации, стимулов для субъ-

ектов лекарственного обеспечения (производителей ЛП, оптовых и розничных структур и потребителей (медицинские организации и население)).

Государство и региональные власти должны координировать процессы, происходящие в фармацевтической сфере, с учетом большой социальной значимости лекарственного обеспечения населения. Они имеют достаточно действенные механизмы воздействия на рынок ЛП: совершенствование законодательной базы; реализация различных федеральных и региональных медико-социальных проектов и программ (обеспечение необходимыми ЛП отдельных категорий граждан при оказании ВМП в рамках ТПГГ); регулирование ценообразования; нормы для общественных поставок (тендеры); лицензирование; повышение уровня контрольно надзорных мероприятий в субъектах РФ; увеличение роли общественных саморегулируемых организаций.

При модернизации инфраструктуры лекарственного обеспечения в регионах, с одной стороны, необходимо предусматривать эффективность административного управления, а с другой – решать задачи по максимальному использованию ресурсов в условиях всех субъектов, участвующих в организации лекарственной помощи, и в полном объеме реализовывать возможности рыночной экономики.

Элементы децентрализации в сфере здравоохранения и лекарственного обеспечения целесообразно рассматривать с позиции социально-экономической эффективности с учетом особенностей и различных подходов в конкретных регионах, в частности, с учетом особенностей ЮФО и СКФО. В общих чертах границы механизма сферы лекарственной помощи фокусируются на трех основных субъектах: государство, поставщики услуг (как государственные, так и частные) и население. Успех предпринимаемых реформ зависит от оптимальности учета интересов этих трех субъектов и их роли в достижении основных целей здравоохранения. Координация участников процесса модернизации региональной системы здравоохранения должна осуществляться на основе общественного договора (системы договоров субъектов лекарственного обеспечения и медицинской ВМП в рамках ТПГГ).

Регионализация в системе здравоохранения и, в частности, лекарственного обеспечения требует от субъектов РФ нового механизма ресурсопользования, инвестиционной политики, пересмотра системы организации и регулирования интеграционных связей.

Политика в области качества, оказываемой ВМП, может быть определена как выполнение установленных медико-экономических стандартов. Иными словами, объективное суждение о качестве деятельности здравоохранения при оказании ВМП может быть сформулировано только на основе широкого применения стандартов медицинской помощи. Особенно важным данное положение становится применительно к ВМП, где медицинские манипуляции регламентируются стандартами МЗ РФ и внутренними стандартами медицинской организации (МО). Управление качеством медицинской помощи, в том числе и лекарственной, на основе внедрения медико-экономических стандартов позволяет сократить сроки пребывания пациентов в стационарном лечебно-профилактическом учреждении в среднем на 40%, уменьшить количество осложнений, и тем самым расширить возможности оказания медицинской помощи большему количеству нуждающихся пациентов. Кроме того, на наш взгляд, внедрение стандартов медицинских технологий в МО будет способствовать сокращению дефицита финансирования ТППГ оказания бесплатной медицинской помощи.

Что касается стандартов медицинских технологий в рамках оказываемой ВМП, то, по нашему мнению, важно различать два специфических аспекта:

➤ Стандарты как регламенты сложных медицинских технологий. Реализация ВМП, т.е. деятельность отдельной медицинской команды, выполнение сложного комплекса диагностических и лечебных процедур, использование дорогостоящей техники и расходных материалов – все это может быть основано на регламентации всех компонентов данной медицинской технологии.

➤ Стандарты как критерии оценки качества ВМП. Оценка качества ВМП должна быть основана на сопоставлении фактически достигнутых результатов с установленными стандартами.

Оценивая международный и отечественный опыт реформирования сферы организации лекарственной помощи, необходимо отметить следующее. Стратегия модернизации должна базироваться на целевых подходах, которые определяют суть понятия лекарственного обеспечения. Они должны быть совместимы с макроэкономическими моделями развития региона и государства в целом. Реформы в сфере организации лекарственной помощи должны быть поэтапными, последовательными, системными. Введение ограничительных мер и структурных изменений в рамках реформирования сферы лекарственной помощи целесообразно проводить в государственном и муниципальном секторах, поскольку этот процесс можно четко контролировать и регламентировать, что гораздо сложнее реализовать в частном секторе. Стратегия реформирования должна иметь идею, которая в своей основе не может быть искажена некомпетентностью, халатностью исполнителя и посредников, ведомственными или частными интересами.

Международный опыт свидетельствует о неэффективности проведения реформ на базе устаревших структур, т.к. существовавшие ранее структуры во многом предопределили имеющиеся проблемы и не могут адекватно реагировать на новые требования, стоящие перед системой лекарственного обеспечения медицинских организаций (МО) и населения.

Разумеется, все проводимые реформы в области здравоохранения и, в частности лекарственного обеспечения, будут малоэффективны, если не будет обеспечен государственный контроль и надзор за качеством, эффективностью и безопасностью поступающих в обращение ЛП, поскольку они составляют 95% всех врачебных назначений в клинической практике.

Модернизация должна реализовываться в рамках комплексной системы, которая предусматривает целевые установки со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административной

реформы. Для этой комплексной системы наиболее подходит термин «*региональная лекарственная политика*». Формирование и реализация совместных федеральных и региональных программ с участниками различных форм собственности требуют соблюдения единства в решении проблем.

На наш взгляд, целевые функции региональной лекарственной политики при оказании ВМП в рамках ТПГГ, должны реализовываться по следующим направлениям:

- совершенствование организации лекарственного обеспечения населения, направленное на реализацию всего комплекса задач и функций по предоставлению гражданам эффективной и своевременной лекарственной помощи;
- разработка механизмов по обеспечению граждан качественной, безопасной, доступной и современной, фармакологически и экономически эффективной лекарственной помощью;
- обеспечение максимального использования ресурсов системы здравоохранения, стандартизация, оптимизация организации лекарственного обеспечения здравоохранения и населения;
- создание систем, заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения (развитие рынка страховых услуг);
- определение подходов к формированию квалифицированного кадрового потенциала системы организации лекарственной помощи;
- разработка и внедрение новых технологий;
- расширение возможностей для получения современной лекарственной помощи населению.

Опыт последних лет реализации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (в рамках ТПГГ) в нашей стране и в ряде зарубежных стран, доказывает необходимость внедрения перечисленных направлений.

Кроме того, организация лекарственной помощи льготным категориям граждан также свидетельствует о том, что государство берет на себя заботу об

обеспечении доступности ЛП в достаточном количестве, в необходимых формах и дозах, по приемлемым ценам.

Таким образом, при оптимизации системы лекарственной помощи отдельным категориям населения при оказании ВМП в РФ необходимо принять во внимание многие принципы и механизмы льготного лекарственного обеспечения населения, созданные в экономически развитых странах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карнышева, Н.Г. Совершенствование лекарственного обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в Южном окружном медицинском центре / Н.Г. Карнышева, С.А. Парфейников, Е.С. Бережная // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки: сб. статей междунар. науч. – практ. конф. – Владикавказ: 2012. – С. 123-125.

2. Особенности оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи жителям Южного и Северокавказского федеральных округов / Н.Г. Карнышева, С.А. Парфейников, И.Н. Андреева, Е.А. Максимкина, Е.С. Бережная [и др.] // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее: материалы науч. конф. с междунар. участием, посв. 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогов – 25-27 ноября 2010 г. – СПб., 2010. – С. 181.

**ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ И МАРКЕТИНГОВОЕ
УПРАВЛЕНИЕ ИМИ**

Пестун И.В., Мнушко З. Н., Тутутченко Е. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

ДП «Аптека 208», ООО «Сигма-Рент»

mnushko.nfau@gmail.com

В статье представлены положительные стороны, преимущества, составляющие системы сбалансированных показателей (ССП) как современной технологии стратегического управления предприятием. Описаны особенности СПП аптечных предприятий. Приведены маркетинговые мероприятия, способствующие выполнению показателей СПП.

В составе стратегического управления предприятиями актуальным является использование системы сбалансированных показателей, которая позволяет всесторонне обосновывать и своевременно контролировать степень достижения целей, корректировать стратегию, привлекать современные управленческие технологии.

В условиях высококонкурентной рыночной среды аптечные предприятия, их сети заинтересованы в поиске и использовании механизмов управления, способствующих расширению показателей контроля и мотивации персонала, оценки уровня обслуживания клиентов, их удовлетворенности, лояльности, внутренних бизнес-процессов и т.п. При этом важно не только определение составляющих системы сбалансированных показателей (ССП) аптеки, но и понимание и использование маркетинговых мероприятий по их выполнению.

Система сбалансированных показателей – сравнительно новая технология. Balanced Scorecard разработана на основе выводов исследования, проведенного в 1990 году профессорами Гарвардской школы экономики Дэвидом

Нортоном и Робертом Капланом [4,8]. Исследование проводилось с целью выявления новых способов повышения эффективности деятельности и достижения целей бизнеса.

К положительным сторонам и преимуществам ССП относятся следующие:

- ССП позволяет переводить функциональные стратегии предприятия в конкретные цели и тактические действия, позволяет контролировать ситуацию и отслеживать конкретные действия, корректируя стратегию;
- ССП проходит через всю структуру предприятия, обеспечивает согласованность действий персонала по реализации стратегии, способствует установлению целей для каждого сотрудника;
- ССП способствует выделению, оптимизации и согласованию ключевых бизнес-процессов со стратегией и показателями эффективности;
- ССП является действенным средством ответственности и мотивации каждого отдельного сотрудника, стимулирует повышение эффективности работы;
- существуют возможности применения ССП в различных сферах деятельности предприятий (коммерческой, финансовой, некоммерческой, государственной, здравоохранении и т.п.) и др. [1,2].

Основной принцип ССП, который во многом стал причиной высокой эффективности этой технологии управления – управлять можно только тем, что можно измерить.

Главными элементами этой концепции являются [3]:

- функциональные направления деятельности компании, такие, как производство (точнее внутренние процессы), финансы, маркетинг и кадры (выбор направлений зависит от специфики деятельности предприятия);
- стратегические цели, вытекающие из стратегии предприятия (3-5 целей по каждому направлению деятельности);
- измерители – показатели, отражающие уровень достижения поставленных целей. При этом следует избегать ошибок выбора очень большого ко-

личества показателей и неправильного их сочетания во времени, концентрации только на денежных показателях;

- оперативные цели, отвечающие требованиям ориентации во времени, измеримости, достижимости и связаны с другой целью;
- инициативы – мероприятия, способствующие достижению оперативных целей.

ССП учитывает четыре направления группировки показателей: финансовые показатели (1-й уровень – проекция финансов), показатели успешности работы с клиентами (2-й уровень – проекция маркетинга), оценка внутренних бизнес-процессов организации (3-й уровень – проекция внутренних бизнес-процессов) и профессионального уровня персонала компании (4-й уровень – проекция обучения и развития). Собранные воедино эти показатели дают целостную картину текущего состояния предприятия и его будущих перспектив.

Аптечные предприятия, функционируя в условиях высококонкурентной среды, главной современной стратегией определяют содержание или усиление конкурентных преимуществ. Соответственно, на это направляется и ССП.

Составляющие ССП аптечных предприятий, предложенные нами, включают общие показатели, характерные для других производственно-коммерческих предприятий, и специфические, в известной мере позволяют оценить деятельность аптеки как учреждения здравоохранения с использованием социальных функций [5,7]. В частности, в группе показателей финансовой деятельности специфическими для аптек нами определены:

- соотношение объемов продаж ЛС по рецептам и без рецептов свидетельствует об уровне сотрудничества работников аптеки с врачами и населением о соблюдении существующих правил отпуска ЛС из аптек, реализация безрецептурных ЛС зависит от профессионализма и мотивированности действий провизора;
- соотношение объемов продаж инновационных (оригинальных) и гене-

рических, учитывая разницу в ценах, демонстрирует, кроме предпочтений самих потребителей, степень нагрузки на провизоров по отпуску лекарств, временные, финансовые, информационные расходы и т.п.;

- прибыль от новых видов товаров, в том числе ЛС, является свидетельством инновационной приверженности сотрудников аптеки, показателем результативности обучения персонала и его информационного обеспечения, уровня качества оказания фармацевтических услуг.

Среди показателей клиентской составляющей ССП аптечного предприятия следует выделить:

- численность постоянных клиентов, которая свидетельствует о лояльности к определенной аптеке;

- средняя стоимость покупки (чека) на первый взгляд воспринимается как сугубо финансовый показатель, однако в системе фармацевтического обеспечения населения этот показатель косвенно демонстрирует степень рациональности фармакотерапии, приобретение необходимых сопутствующих препаратов, уровень фармацевтической опеки;

- среднее время обслуживания клиента аптеки является свидетельством знания провизорами ассортимента ЛС и ИМН, фармакологии, фармакотерапии, взаимозаменяемости препаратов, порядка цен на них, а также в определенной степени - знание клиентов;

- индекс удовлетворенности клиента является всеобъемлющим показателем, поскольку фактически оценивает ассортиментную, ценовую, коммуникативную, сервисную политику аптеки;

- расходы на маркетинг в значительной степени влияют на обеспечение конкурентоспособности аптеки, хотя их трудно рассчитать в полном объеме. Однако в рамках ССП аптечного предприятия определяются затраты на акции по стимулированию сбыта, рекламу на месте продажи и мерчандайзинг, создание имиджа аптеки, формирование бренда и др.;

- количество дополнительных услуг, которые предоставляет аптека, является свидетельством уровня сервиса, средством привлечения внимания и

формирования лояльности клиентов, влияет на увеличение общей и постоянной численности клиентов.

Показатели результативности внутренних бизнес-процессов на первый взгляд имеют общий характер для производственно-коммерческих предприятий, однако на их определение влияет специфичность деятельности руководителей аптек, распространенность сочетания ими управленческих и производственных функций.

Среди определений понятия «бизнес-процесс» доминируют такие, где делается акцент на создании ценности для потребителя. Например, «бизнес-процесс - это структурированный, измеряемый набор действий, созданный для того, чтобы выработать определенный выход для конкретного клиента или рынка» [6]. Таким образом, проработка показателей внутренних бизнес-процессов в составе ССП аптечного предприятия или оптовой фармацевтической фирмы вполне логична.

В составляющей ССП «внутренние бизнес-процессы» к наиболее специфичным для фармацевтического рынка можно отнести:

- оборачиваемость товарных запасов, которая демонстрирует, с одной стороны, обоснованность ассортиментной структуры, объема и периодичности заказов на фармацевтический товар, а с другой – соответствие созданных запасов спросу, степень удовлетворения населения и лечебных учреждений лекарственными средствами и ИМН определенной аптекой, оценивает уровень маркетинговой деятельности работников аптеки;
- количество информационных баз данных имеет непосредственную связь со сбытовой и снабженческой деятельностью, информационным обеспечением руководителей и фармацевтических работников по ЛС, изменениями законодательной и нормативно-правовой базы, тенденциями развития фармацевтического рынка и т.п.;
- стабильность ассортимента ЛС и ИМН способствует как достижению

определенных финансово-экономических результатов, так и удовлетворенности работников аптеки и клиентов;

- количество проведенных анализов с целью контроля качества ЛП и сумма списаний в связи с истечением срока годности ЛС являются показателями качества ЛС и в целом качества предоставления фармацевтической помощи населению.

Анализируя составляющую ССП аптечного предприятия «обучение и развитие», следует подчеркнуть важность осознанного вложения капитала собственниками и руководителями в это направление деятельности: от полноты и инновационности знаний специалистов аптеки зависят количественные показатели работы предприятия и его привлекательность для клиентов. Соответственно, этому способствуют расходы на подготовку и переподготовку персонала, освоение новых продуктов, информационные технологии, на подготовку и установление долгосрочных отношений с клиентами.

Несмотря на то, что аптечные предприятия, за исключением отдельных аптечных сетей и оптово-розничных объединений, не имеют в своей структуре служб маркетинга, следует учитывать, что при достижении показателей ССП аптек важную роль играют маркетинговые мероприятия. Функции маркетинга выполняются различными должностными лицами (директором или заведующим аптеки, его заместителями, провизорами), поэтому нами определен перечень маркетинговых мероприятий, направленных на выполнение ССП аптечного предприятия (табл.). Одновременно перечень этих мероприятий способствует формированию подцелей ответственных должностных лиц.

В целом система сбалансированных показателей может быть использована не только для планирования и оценки стратегической деятельности предприятия, но и для контроля за реализацией функциональных стратегий.

**Структура ССП аптечного предприятия
и маркетинговые мероприятия по их выполнению**

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ССП АПТЕКИ	МАРКЕТИНГОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ССП
1	2
<p>Финансовые показатели:</p> <ul style="list-style-type: none"> √ увеличение объема продаж, %; √ рентабельность продаж, %; √ соотношение объемов реализации инновационных (оригинальных) и генерических ЛП; √ соотношение объемов продаж ЛС по рецептам и без рецептов; <p>объем продаж в розницу групп товаров аптечного ассортимента, грн.;</p> <ul style="list-style-type: none"> √ объем продаж в розницу групп товаров аптечного ассортимента, грн.; √ прибыль от новых видов товаров, грн.; √ объем продаж на одного сотрудника, грн.; √ объем продаж на кв. м площади аптеки, грн.; √ доходность активов, %; √ общая сумма расходов, грн. 	<p>Изучение структуры и тенденций реализации ЛС и ИМН на национальном и региональном рынке</p> <p>Сегментация потребителей, выделение целевого рынка</p> <p>Определение конкурентных преимуществ и недостатков по сравнению с аптеками района</p> <p>Формирование оптимального ассортимента ЛС и ИМН для аптеки</p> <p>Анализ показателей доходности, скорости реализации ЛС и ИМН</p> <p>Обеспечение устойчивости ассортимента товаров в аптеке</p> <p>Анализ эластичности спроса на ЛС и ИМН</p> <p>Рекламно-информационная работа в лечебных учреждениях и среди населения</p> <p>Сотрудничество с медицинскими (фармацевтическими) представителями зарубежных и отечественных фирм</p> <p>Использование мерчандайзинга</p>
<p>2. Внутренние бизнес-процессы</p> <ul style="list-style-type: none"> √ удельный вес административных расходов в общем объеме выручки; √ оборачиваемость товарных запасов; √ рост производительности труда √ количество информационных баз данных (о клиентах, предложения поставщиков, информационно-справочные системы с базами данных по ЛС и их регистрационный статус, аналоги, синонимы, генерики, фармакологическое действие и побочные эффекты, взаимодействие лекарственных средств, база данных о субстандартных и фальсифицированных сериях лекарственных препаратов, база законодательных и нормативных докумен- 	<p>Оптимизация объема и периодичности заказов на товар</p> <p>Управление товарными запасами</p> <p>Экспертно-аналитический выбор поставщиков ЛС и ИМН</p> <p>Сотрудничество с дебиторами</p> <p>Формирование и использование маркетинговой информационной системы</p>

<p>тов; аналитические данные о тенденциях развития фармацевтического рынка, объемы реализации отдельных фармакотерапевтических групп и позиций ЛС, их динамика, доли рынка, рейтинги компаний и т.д.);</p> <ul style="list-style-type: none"> √ уровень сервиса (дефектура); √ количество проведенных анализов с целью контроля качества лекарственных препаратов; <p>сумма списаний в связи с истечением срока годности лекарственных препаратов</p>	
<p>4. Обучение и развитие</p> <ul style="list-style-type: none"> √ расходы на исследования и разработки (например, на маркетинговые исследования, разработку стратегии, рекламной кампании, логотипа, внешнего и внутреннего дизайна и т.д.); √ затраты на обучение сотрудников; √ инвестиции на подготовку или установление отношений с клиентами; √ индекс удовлетворенности сотрудников; √ количество работников; √ текучесть персонала; <p>время, затраченное на подготовку и переподготовку персонала (дней в году)</p>	<p>Обеспечение эффективности затрат на маркетинговые исследования и маркетинговые коммуникации</p> <p>Внутренний маркетинг персонала (профессионального и возрастного состава, текучести, удовлетворенности сотрудников, потребности в переподготовке и повышении квалификации)</p> <p>Организация семинаров и тренингов</p>

Выводы:

1. Показано значение системы сбалансированных показателей в стратегическом управлении аптечным предприятием.
2. Приведены показатели ССП для аптеки, описана их специфика, соответствующая деятельности аптечных организаций как учреждений здравоохранения.
3. Определены необходимые маркетинговые мероприятия по достижению поставленных целей в рамках составляющих ССП.

Литература:

1. Лясовська О. О. Переваги та недоліки збалансованої системи показників / О. О. Лясовська // Актуальні проблеми економіки. – 2008. – № 7 (85). – С. 119-126.
2. Мнушко З. М. Методичне обґрунтування збалансованої системи показників для оцінки ефективності роботи аптечного підприємства / З. М. Мнушко, О. В. Тутутченко, І. В. Пестун // Фармац. журн. – 2006. – № 1. – С. 11-17.
3. Нифаева О. В. Применение системы сбалансированных показателей в маркетинге / О. В. Нифаева // Маркетинг в России и за рубежом. – 2005. – № 5. – Режим доступа: www.mavriz.ru.
4. Нортон Дейвид. Внедрение BSC: советы от автора концепции / Дейвид Нортон // Финансовый директор. – 2006. – № 4. – Режим доступа: www.fd.ru.
5. Пестун І. В. Науково-методичне обґрунтування комунікативної компоненти збалансованої системи показників аптечного закладу : метод. рек. / І. В. Пестун, О. В. Тутутченко, З. М. Мнушко. – Х. : Вид-во НФаУ, 2009. – 21 с.
6. Рубцов С. В. Уточнение понятия «бизнес-процесс» / С. В. Рубцов // Менеджмент в России и за рубежом. – 2001. – № 6. – С. 26-33.
7. Тутутченко О. В. Стратегічні цілі аптечних підприємств, орієнтованих на надання високоякісного сервісу / О. В. Тутутченко, З. М. Мнушко // Вісник фармації. – 2007. – № 3. – С. 47-50.
8. Kaplan R. S. The balanced scorecard: translating strategy into action / R. S. Kaplan, D. P. Norton. – Harvard Business School Press., 1996. – 346 p.

Summary. *In the article the positive aspects, advantages and components of the Balanced Scorecard (BSC) as a modern technology of the strategic management have been presented. The features of the BSC of pharmacies have been described. Marketing activities influencing for the implementation of the BSC indicators have been shown.*

ИНСТРУМЕНТЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ПРЕДПРИЯТИЕМ

Бережная Е.С., Максимкина Е.А. Москвитин А.А.,

Парфейников С.А., Подберезный А.А.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Три главных вопроса стоит перед любым менеджером современного, быстроразвивающегося предприятия:

- Что менять?
- На что менять?
- Как менять?

Четкие ответы на эти вопросы – гарантия успешного бизнеса.

Управление любым современным предприятием требует применения современных методов анализа его деятельности. Существует достаточно много методов и средств, в основе которых лежит аппарат системного анализа.

Рассматриваемые далее методы по временному признаку можно отнести к одному из двух классов. Одни базируются на теории затрат, а другие – на теории ограничений.

Первая группа методов предполагает наличие накопленных данных на значительном промежутке времени, например, в течение года. Эти методы получили название – *теория затрат*. К ним относятся: метод **ABC** (**Activity Based Costing**); метод **UDP** (**User Defined Properties**); метод **BPR** (**Business Process Reengineering**); **SWOT**-анализ (**Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats** – сильные стороны, слабые стороны, благоприятные возможности, угрозы); метод **VCM** (**Value Chain Model** – модель цепочек ценности) и другие.

Вторая группа методов (*теория ограничений*, разработанная Э. Голдратом) основывается на оперативном анализе текущих данных, полученных в процессе деятельности предприятия.

Первая группа методов достаточно хорошо представлена, как теоретически, так и практически (ним разработаны соответствующие программные инструменты), а вот вторая группа – в основном содержит только теоретические описания, но не подкреплена практическим инструментарием (особенно компьютерным).

Обе теории обладают и еще одним ограничением – их практическая реализация достаточна непростая в усвоении, особенно рядовым пользователем (например, фармацевтом).

Предлагается два инструментария: VisualТОСManager – для оперативного анализа и управления деятельностью предприятием и Visual Discovery – позволяющего анализировать интегральные характеристики деятельности и разрабатывать стратегические основы управления предприятием. Оба инструментария прошли апробацию и успешно применяются.

Начнем с описания VisualТОСManager – инструмента оперативного анализа и управления предприятием. В основе данного метода лежит следующая идея. Весь процесс производства рассматривается как цепочка бизнес-процессов (рис. 1).

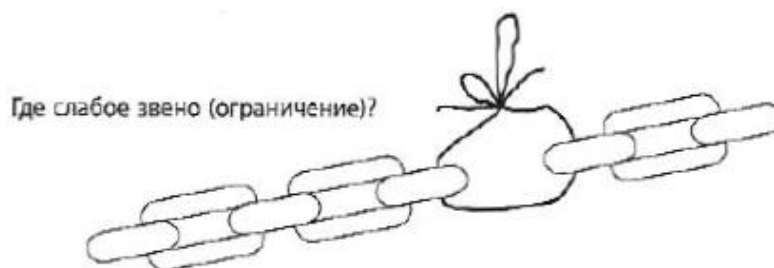


Рис. 1 Иллюстрация теории ограничений

Оценивается потребность рынка в товарах или услугах, производимых или оказываемых данным предприятием. Далее, по трем параметрам [1]: Т – производительности по денежному потоку, I – вложениям (инвестициям) и ОЕ – операционным расходам оценивается каждое звено цепи (бизнес-процесс) и

ищется самое слабое; т.е. такое звено, которое по указанным параметрам является минимальным и не удовлетворяет потребности рынка (Голдратт Э.М. Синдром стога сена.). Найденное звено усиливается (рис. 2) внедрением новых технологий, инвестирования или в изменении процесса производства и др.



Рис. 2 Управленческие приоритеты по T, I и OE

Этот процесс продолжается до тех пор, пока каждое звено не выйдет на параметры потребностей рынка. Дальнейшее совершенствование деятельности предприятия может идти либо в направлении расширения рынка сбыта, либо перепрофилирования деятельности предприятия.

Пример работы инструментария VisualTOCManager при анализе деятельности предприятия [2] показан на рис. 3.

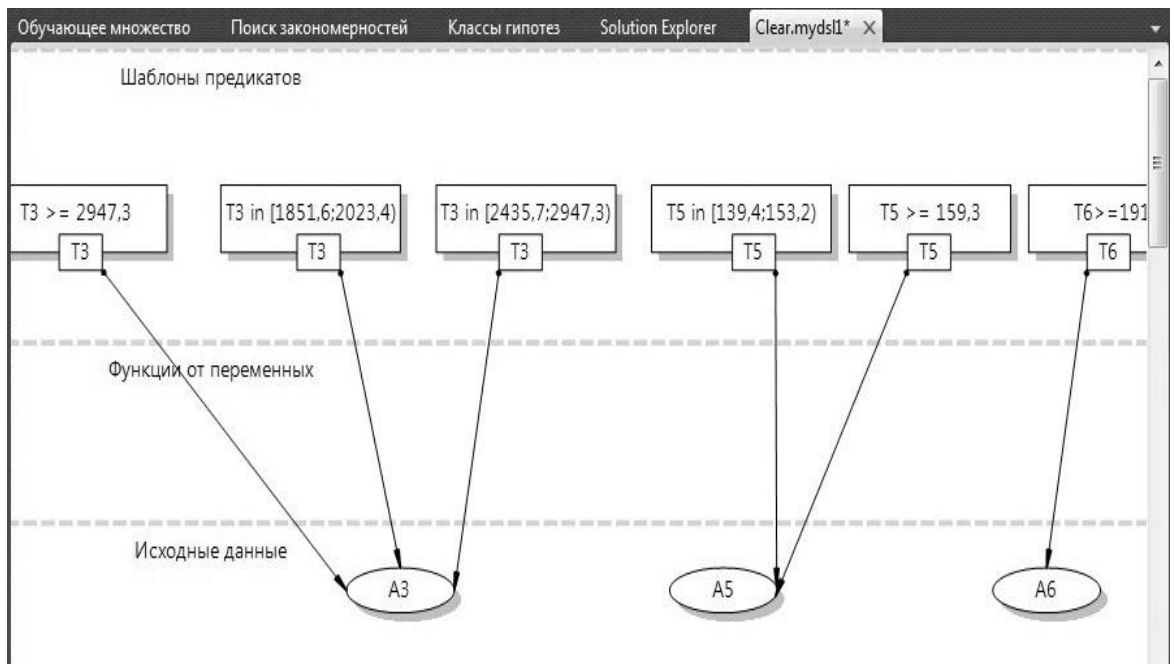


Рис. 3 Формирование шаблонов предикатов

Для анализа деятельности предприятия и стратегического управления им

разработана система Visual Discovery [3]. В данной системе решается несколько задач: *выбор информативной подсистемы признаков* (позволяет уменьшить объем анализируемой информации, оставляя только самое важное); *подсистема классификации* – (группирует исследуемые объекты по сходным характеристикам); *подсистема прогнозирования* (указывает варианты дальнейшего развития предприятия).

Интерфейс и алгоритм системы визуальный и прост в освоении специалистом в своей предметной области, а не специалистом – в области computer science (рис. 4).

Например, признак А3 (товарооборот на 1 специалиста) был разбит на три интервала:

1. $T3 \text{ in } [1851,6;2023,4)$;
2. $T3 \text{ in } [2435,7;2947,3)$;
3. $T3 \geq 2947,3$

Литература:

1. Детмер У. Теория ограничений Голдратта. Системный подход к непрерывному совершенствованию. М.: Анд Роржект, 2007.
2. Москвитин А.А., Подберезный А.А.
3. Витяев Е.Е., Москвитин А.А., Подберезный А.А. Инструментальное средство Visual Discovery решения задач интеллектуального анализа данных. Вестник СибГУТИ, № 2, 2008.

**ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ
РАБОТНИКОВ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ И
ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Бережная Е.С., Максимкина Е.А., Гончаров Ж.В.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

naira-gabrielyan@yandex.ru

Опыт зарубежных стран показал, что феномен преуспевания фармацевтических компаний не связан ни с одним рыночным конкурентным преимуществом. Главной отличительной особенностью всех преуспевающих компаний, их самым важным конкурентным преимуществом, наиболее мощным фактором, который все они выделяют как ключевую составляющую своего успеха, является культура их организаций.

Успех фирм определяется скорее ценностями компаний, чем отношением к рыночным силам; скорее заповедями личностного свойства, чем завоеванием позиций в конкурентной борьбе; скорее заботой о понимании ситуации, чем проблемами ресурсного преимущества. По существу, даже трудно назвать хотя бы одну процветающую компанию, которая воспринималась бы лидером в своем деле и не обладала бы вполне различимой, без труда связываемой только с нею организационной культурой. Буквально каждая лидирующая организация, будь она малой или крупной, обладает с ложившейся, хорошо видимой культурой, четко распознаваемой ее наемными работниками.

Большинство ученых, занимающихся организационными проблемами, ныне осознает, что культура оказывает мощное влияние на производственные показатели деятельности и долгосрочную эффективность предприятий, она является определяющим фактором долгосрочного финансового успеха.

Поэтому было проведено исследование по определению степени влияния организационной культуры, определяющей стиль управления персоналом, на экономическую эффективность деятельности аптечной организации. Были изучены следующие факторы, определяющие эффективность работы предприятия: товарооборот на одного фармацевта в год (тыс. руб.); средний доход на одного фармацевта в год (тыс. руб.); прибыль на одного фармацевта в год (тыс. руб.); издержки на одного фармацевта в год (тыс. руб.); доля издержек на весь персонал в объеме реализации товаров (%); среднее число часов профессионального обучения на одного специалиста; доля часов, затраченных на профессиональное обучение в общем балансе рабочего времени фармацевтов аптечной организации (%); доля издержек на обучение в объеме реализации товаров (%); коэффициент текучести специалистов.

Однофакторным дисперсионным анализом с помощью программного продукта «Statistica-06» проводили корреляционный анализ между обозначенными выше показателями.

Корреляционный анализ выявил тесную связь между производительностью труда и величиной прибыли на одного специалиста ($K = 0,79$ при $P < 0,05$); прибыли на одного специалиста и издержками на одного специалиста ($K = 0,76$ при $P < 0,05$); долей издержек на весь персонал и прибыли на одного специалиста ($K = 0,81$ при $P < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что доля издержек на персонал слабо связана с объемом товарооборота аптечной организации. Это свидетельствует о том, что она в большей степени связана с кадровой политикой, чем с экономическими возможностями аптечной организации, и вложение средств в персонал как основной источник конкурентоспособности организации еще не стало приоритетной задачей менеджмента аптечных организаций.

Вместе с тем установлено, что чем больше организация вкладывает средств в обучение, тем выше текучесть кадров. Полученные результаты свидетельствуют о невысоком уровне стабильности в аптечных коллективах, что

согласуется с полученными ранее показателями уровня и степени организационной приверженности фармспециалистов. Это связано как с национальной тенденцией изменения традиционной модели трудовых отношений, так и с кадровой политикой аптечных организаций, не ориентированной на удержание специалистов.

Для оценки взаимосвязи между показателями, характеризующими качество управления персоналом аптечных организаций, был проведен анализ корреляционных связей и выявлена положительная корреляция показателя качества профессионального обучения – среднее число часов профессионального обучения – с показателями экономической эффективности (производительность труда, доход на одного специалиста и прибыль на одного специалиста). Умеренные и слабые корреляционные связи положительной направленности установлены между долей издержек на обучение в объеме реализации и производительностью труда и величиной прибыли на одного фармспециалиста. Следовательно, качество профессионального обучения создает условия для повышения экономической эффективности аптечных организаций.

Слабые корреляционные связи отрицательной направленности установлены между коэффициентом текучести специалистов и производительностью труда; величиной дохода и прибыли на одного фармацевтического специалиста. Это свидетельствует о том, что текучесть фармацевтических специалистов повышает риск снижения экономической эффективности.

Таким образом, анализ взаимосвязи экономических показателей подтвердил зависимость экономической эффективности от качества управления персоналом и, в связи с этим, необходимость совершенствования системы управления кадрами аптечных организаций.

Первоначально исследовались особенности организационной культуры с помощью методики «OCAI», разработанной Кимом Камероном и Робертом Куинном.

Для анализа системы мотивации в компании был разработан опросник на основе анкеты А. Майера, профессора Мюнхенского университета. Опрос-

ник предназначался для оценки удовлетворенности работников с различными аспектами деятельности организации, в том числе существующей системой стимулирования. Оценивались как объективные характеристики труда, так и субъективное отношение к ситуации.

В соответствии с концепцией К.Камерона и Р. Куинна организационная культура любой фирмы соответствует своим представлениям об эффективности, ценностях, стилях руководства и образует свою типологию. Согласно их концепции, выделяются четыре организационных культуры:

иерархическая (бюрократическая); рыночная; клановая; адхократическая. (табл.1)

Таблица 1

Характеристика различных видов корпоративных культур

<p><u>Клановая культура</u> Очень дружное место работы, где люди имеют много общего и доверяют друг другу. Связующая сущность организации: традиции; обязательность и преданность сотрудников. Управление наемными работниками: организация поощряет бригадную работу, участие людей в бизнесе и согласие.</p>	<p><u>Адхократическая культура</u> Динамичное и творческое место работы. Люди готовы «подставлять свои шеи» и идти на риск. Связующая сущность организации: преданность экспериментированию и новаторству. Управление наемными работниками: организация поощряет личную инициативу и свободу.</p>
<p><u>Иерархическая культура</u> Очень формализованное и структурированное место работы. Тем, что делают люди, управляют процедуры. Связующая сущность организации: формальные правила и официальная политика. Управление наемными работниками: акцент – на гарантии занятости и обеспечении долгосрочной предсказуемости.</p>	<p><u>Рыночная культура</u> Организация, ориентированная на результаты, главной заботой которой является выполнение поставленной задачи. Люди целеустремленны и соперничают между собой. Связующая сущность организации: организацию связывает воедино акцент на стремлении побеждать. Управление наемными работниками: поощрение внутренней конкуренции.</p>

Для определения удовлетворенности трудовых мотивов работников проводили с помощью опросника Майера [57, 128].

Оценивалась удовлетворенность:

- принципами оплаты труда, вознаграждений и льгот;
- отношением администрации к нуждам работников;
- организацией труда;
- возможностью карьерного роста;
- объективностью оценки работы с руководителем;
- стилем и методами работы руководителя;
- информированностью о делах в организации;
- возможностью влиять на дела в коллективе;
- морально-психологический климатом в коллективе;
- возможностью проявить творчество, продемонстрировать способности;
- возможностью ощутить собственную значимость;
- возможностью профессионального роста.

Для количественной оценки все факторы были проранжированы по показателю степени удовлетворенности мотива применяемыми стимулами (A_i). Используемая методика расчета предполагала следующие заключения в зависимости от принимаемых значений рассматриваемого показателя:

A_i = от 5 до 7: высокий уровень удовлетворенности;

A_i = от 3,5 до 5: удовлетворенность выше среднего уровня;

A_i = от 2 до 3,5: удовлетворенность ниже среднего уровня;

A_i = от 0 до 2: низкий уровень удовлетворенности.

Сравнение степени удовлетворенности трудовых мотивов персонала компаний с различным типом организационной культуры приведено в табл. 2.

Сравнение полученных показателей демонстрирует, что степень удовлетворенности трудовых мотивов выше в компаниях с ведущим типом клановой культуры и с элементами адхократической культуры (в чистом виде отсутствовала). Оценки в баллах соответственно 5,3 и 5,5. Высокие баллы получены из-за удовлетворенности в клановых культурах принципами организации труда, морально-психологическим климатом, возможностями карьерного и профессионального роста, признанию значимости личности; адхокра-

тические – дали высокий балл по удовлетворению потребности в творчестве, профессиональном и карьерном росте, справедливой оценке результатов.

Таблица 2

Степень удовлетворенности трудовых мотивов персонала компаний с различным типом организационной культуры (в баллах)

Фактор/тип культуры	A	B	C	D
Оплата труда, вознаграждения и льготы	5	6,0	6,5	6,0
Отношение администрации к нуждам работников	3,0	3,5	5,0	4,0
Организация труда	2,0	4,0	5,5	4,5
Возможность карьерного роста	2,0	5,0	6,0	6,0
Объективность оценки работы руководителем	2,0	3,7	3,0	5,5
Стиль и методы работы руководителя	3,0	3,0	4,0	4,0
Информированность о делах в организации	4,0	5,0	5,0	6,0
Возможность влиять на дела в коллективе	6,0	4,0	5,0	6,0
Морально-психологический климат в коллективе	5,5	5,5	6,0	5,0
Возможность проявить творчество, продемонстрировать способности	5,0	1,5	5,0	6,0
Возможность ощутить собственную значимость	6,0	2,4	7,0	7,0
Возможность профессионального роста	4,5	7,0	6,0	7,0
Средний балл	4,0	3,8	5,3	5,5

A – компании с рыночным типом организационной культуры.

B – компании с иерархическим типом организационной культуры.

C – компании с клановым типом организационной культуры.

D – компании с адхократическим типом организационной культуры.

Оплата труда удовлетворяет работников примерно на одном уровне 5-6 баллов, это подтверждает мнения других исследователей, что материальные стимулы меньше всего мотивируют персонал. Однако работники организаций с ведущим типом рыночной и иерархической культур в наименьшей степени удовлетворены существующей в этих организациях системой стимулирования труда. В частности в иерархической организации работники не могут проявлять творчество, демонстрировать свои способности, они не ощущают собственную значимость для фирмы. В рыночной культуре администрация уделяет мало внимания организации труда, карьерному росту, проявляется необъективность оценки работы руководителем.

Далее с помощью программы «Discovery» находили закономерности взаимоотношений между организационными культурами и изучаемыми фак-

торами. Технология анализа данных программной системы «Gene Discovery» находит логико-статистически значимые правила в языке первого порядка. Программная система «Gene Discovery» обобщает данные через «законоподобные» логические вероятностные правила. Концепция вероятностной обусловленности является краеугольным камнем этого подхода при выводе того, что X есть вероятностная причина $Y (X \Rightarrow Y)$ когда вероятность X при данном Y отлична от вероятности X . Так установлено наличие связи между типом организационной культуры и величиной товарооборота.

Так, максимальный товарооборот 2950-3300 тыс. руб. на одного человека в год обеспечивает рыночная и иерархическая культуры, ориентированные на стабильность (Fisher Criterion = 0,041893); между типом организационной культуры и прибылью на одного специалиста. Рыночная и иерархическая культуры также обеспечивают максимальную прибыль – от 159 до 163,5 тыс. руб. на одного специалиста; между типом организационной культуры и текучестью кадров на производстве. Наивысшая текучесть кадров от 15,3% до 19,3% также наблюдалась при рыночной и иерархической культуре; между клановой культурой и временем, выделенным на фирме на обучение персонала, которая достигает максимальной величины – 1,5% от всего времени (Fisher Criterion = 0,025573); при клановой культуре наблюдается минимальная текучесть кадров (Fisher Criterion = 0,026895).

Таким образом, с помощью программного комплекса «Discovery» установлены прямые закономерные связи между типами организационной культуры и величиной товарооборота; прибылью на одного специалиста и текучестью кадров. Максимально возможные показатели финансово-хозяйственной деятельности обеспечиваются при рыночной и иерархической организационных культурах. При клановой культуре уделяется максимальное внимание обучению персонала и отмечается минимальная текучесть кадров.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бочарова, Т.Н. Основные принципы механизма оптимального стимулирования труда сотрудников аптечного предприятия / Т. Н. Бочарова // Управление персоналом в условиях кризиса. – Владивосток, 2009. – С.24-26.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА В АПТЕКАХ

Гореньков В.Ф., Гореньков С.В., Трусъ С.А.

Белорусский государственный университет, г.Минск

ОДО «Везуна», СООО «Брититрейд», г.Минск

Svagor67@rumbler.ru

На базе 46 минских городских аптек различных форм собственности проведены социологические исследования, позволившие установить стабильность их кадрового потенциала, причины текучести кадров. На основе хронометражных наблюдений за специалистами аптек в режиме недельного баланса рабочего времени выявлена интенсивность потоков населения для получения фармацевтической помощи по часам работы. Проанализированы ассортимент, механизм пополнения дефицитных лекарственных средств в аптеках. Даны рекомендации руководству Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ТПРУП «Белфармация», аптек по повышению эффективности менеджмента в системе оказания фармацевтической помощи населению.

Анализ особенностей управления фармацевтической деятельностью в Республике Беларусь имеет первостепенное значение в условиях все более обретающей реальные контуры рыночной экономики. Развитие рыночной концепции фармацевтической деятельности происходит с учетом множества трудностей, которые являются специфическими для современного состояния белорусской экономики. Парадокс сегодняшней жизни фармацевтической отрасли заключается в том, что зачастую невозможно реально планировать, реализовывать оптимальные и комплексные ситуации, управленческие решения, которые объективно прозрачны в условиях открытого рынка, но не всегда поддерживаются чиновниками различного уровня управления, пытающихся взять под свой контроль все виды хозяйственной деятельности подведомственных структур.

Именно в этих условиях использование огромного потенциала менеджмента призвано сыграть решающую роль в повышении эффективности дея-

тельности субъектов хозяйствования. В равной степени это относится и к фармацевтической отрасли.

В экономике под **менеджментом** понимают функцию управления, вид профессиональной деятельности по управлению трудовыми ресурсами в любой отрасли народного хозяйства страны, если она направлена на получение прибыли или социального продукта как конечного результата [1].

Эффективность менеджмента в фармацевтической деятельности предполагает использование принципа **целеполагания**, который необходим для:

- выработки стратегии деятельности;
- укрепления позиции организации, предприятия на фармацевтическом рынке;
- стимулирования сотрудников к более творческой и продуктивной деятельности для достижения поставленных целей;
- выработки тактики действий на основе уяснения приоритетности долгосрочных целей в рамках согласованных действий структурных подразделений и деловых партнеров.

Эффективность менеджмента в фармацевтической деятельности характеризуется оптимальным результатом работы предприятия в использовании трудовых, материальных и финансовых ресурсов, его устойчивостью и конкурентоспособностью на внутреннем и внешнем фармацевтическом рынке.

Результаты исследования.

В настоящем сообщении рассматриваются некоторые аспекты применения менеджмента в управлении трудовыми ресурсами аптек различных форм собственности в процессе оказания населению фармацевтической помощи.

Кадровые ресурсы – важнейшая составляющая успеха фармацевтического предприятия, так как хорошо сформированный коллектив, команда единомышленников и партнеров способна осознать и успешно реализовать стоящие перед ней задачи. Процесс формирования кадрового потенциала не только сложен с позиций интеллектуальных, финансовых и других затрат, но про-

должителен по времени, что особенно характерно для вновь создаваемых коллективов.

По итогам проведенных нами в 2010-2012 гг. социологических исследований, хронометражных наблюдений на базе 46 минских городских аптек различных форм собственности выявлены резервы повышения эффективности их фармацевтической деятельности в процессе оказания населению фармацевтической помощи.

Основные цели исследований: выяснить стабильность кадрового потенциала, его профессионализм; провести хронометражные замеры по часам работы предприятий в течение недели; выявить нерациональные потери времени специалистов при оказании фармацевтической помощи населению, затраты времени населения в очередях на получение фармацевтической помощи, качество и доступность последней.

В исследование включены 3 производственные и 23 аптеки готовых лекарственных средств системы ТПРУП «Белфармация», 20 частных аптек готовых лекарственных средств (табл. 1).

Таблица 1

Кадровый потенциал аптек, включенных в анализ

Показатели	Аптеки		Всего	
	государственные	частные	аптек	уд. вес, %
Число аптек, всего	26	20	46	100,0
из них: производственные	3	-	3	6,5
готовых лексредств	23	20	43	93,5
Штатная численность, всего	259	141	400	100,0
в том числе - провизоров	93	32	125	31,2
фармацевтов	79	79	158	39,6
прочих работников	87	30	117	29,2

Исследования показали недостаточный профессионализм специалистов аптек, оказывающих населению фармацевтическую помощь.

В штате аптек числятся 400 сотрудников, из них 31,2% (125 чел.) - провизоров, 39,6% (158 чел.) – фармацевтов и 29,2% (117 чел.) - прочего персо-

нала без фармацевтического образования. Среди фармацевтического персонала аптек 49% пенсионного возраста, более 26% – вакантных должностей. Последнее обусловлено крайне малым направлением в г. Минск выпускников фармацевтического профиля из Витебского государственного медицинского университета. Есть основания полагать, что с открытием в г. Минске в Белорусском государственном медицинском университете фармацевтического факультета в ближайшие 3-5 лет данная ситуация положительно изменится.

Стабильность кадрового потенциала, как известно, характеризуется его текучестью, позволяющей оценить эффективность кадровой политики предприятия. Исследования показали, что аптечные предприятия не имеют правового лица, находятся на балансе вышестоящих организаций, которые и осуществляют кадровую политику в подведомственных им структурах.

Текучесть кадров – это движение сотрудников организации, предприятия (прием на работу, карьерный рост и увольнение), обусловленное условиями труда работников, их материальным и моральным стимулированием.

За 2010-2012 гг. в анализируемых аптеках уволены 58 сотрудников, или 14% их численности на начало 2010 г. (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика текучести кадров в аптеках

Показатели	Аптеки		Всего	
	государственные	частные	число работников	уд.вес, %
Всего сотрудников	259	141	400	100,0
Уволено	34	24	58	14,0
Причины увольнения:				
выход на пенсию	8	7	15	25,9
неудовлетворенность условиями труда	5	5	10	17,2
конфликты в коллективе	3	2	5	8,6
смена места жительства	2	3	5	8,6
нет карьерного роста, слабое моральное стимулирование	9	4	13	22,5
неудовлетворенность зарплатой	7	3	10	17,2

В качестве причин увольнения сотрудниками названы: выход на пенсию (25,9%), неудовлетворенность условиями труда (17,2%), неудовлетворенность заработной платой (17,2%) и отсутствием карьерного роста, слабое моральное стимулирование (22,5%). Из 9 уволившихся сотрудников с 25-30 - летним стажем работы в аптеках только двое получили грамоту и благодарность в связи с юбилейными датами. Практически все уволившиеся не имели карьерного роста в процессе их трудовой деятельности. В связи со сменой места жительства уволились с прежнего места работы 5 сотрудников. Обращает на себя внимание, что пять сотрудников сменили место работы по причинам плохого морального микроклимата в коллективах.

Полностью устранить текучесть кадров в аптечных коллективах невозможно как по объективным, так и по субъективным причинам. В то же время отсутствие текучести кадров также негативно влияет на работу предприятия: замедляется развитие коллектива, в нем наблюдается застой, утрата профессионализма сотрудников, происходит их профессиональное выгорание на работе, что не позволяет специалистам найти работу в других коллективах.

Следовательно, управление текучестью кадрового потенциала является одним из важнейших направлений повышения эффективности менеджмента в системе фармацевтической помощи.

Режим работы аптек оказывает существенное влияние на финансовую эффективность оказания фармацевтической помощи, ее доступность для населения, затраты времени последнего на ее получение в аптеках. Большинство обследованных аптек в будние дни работают в режиме 8-22 ч, в субботние дни в режиме 8-18 ч, воскресенье – выходной день. Одна государственная и две частные аптеки работают в круглосуточном режиме, т.е. являются дежурными. Одна частная аптека в круглосуточном режиме предлагает населению доставку лекарственных средств на платной основе.

Социологические исследования среди посетителей аптек свидетельствуют о том, что в целом население удовлетворено режимом работы аптек. В

то же время посетители отмечают значительные потери времени в очередях в аптеках на получение фармацевтической помощи в часы пик. Не всегда посетители имеют возможность ориентироваться, на каком рабочем месте фармацевтов можно получить лекарственное средство, что вынуждает их повторно обращаться к специалистам разных отделов аптек.

Проведенные хронометражные наблюдения за потоками посетителей в недельном режиме рабочего времени аптек показали нерациональную расстановку специалистов по часам их работы, что снижает эффективность труда последних, вызывает потери времени посетителей в очередях, снижает доступность и качество фармацевтической помощи.

В табл. 3 приведены расчетные средние значения посещаемости аптек населением по часам работы в течение рабочей недели. В среднем за рабочий день в государственных аптеках обслуживается около 300, в частных аптеках – около 250 посетителей.

Таблица 3

Характеристика потоков посетителей в аптеках

Часы работы аптек	Число посетителей в аптеках		По всем аптекам	
	государственных	частных	число посетителей	уд.вес, %
с 8 до 10	15	15	30	5,5
с 10 до 12	48	38	86	15,6
с 12 до 15	66	50	116	21,1
с 15 до 17	75	65	140	25,5
с 17 до 20	72	57	129	23,5
с 20 до 22	24	25	49	8,8
Итого посетителей за день	300	250	550	100,0

Хронометражные замеры показали, что в период с 8 до 12 и с 20 до 22 часов сотрудники аптек до 25% рабочего времени используют нерационально на выполнение операций, не требующих их профессиональных знаний, имеются простои в работе. В тоже время, посетители аптек в часы пик с 12 до 20 часов на получение фармацевтической помощи в очередях затрачивают до 15-

20 и более мин., что естественно вызывает объективные недовольства с их стороны.

Анализ расстановки специалистов по часам работы и потоков посетителей в аптеки позволил нам дать рекомендации менеджерам аптечных предприятий по внедрению гибкого графика выхода специалистов фармацевтического профиля на работу в соответствии с интенсивностью потоков посетителей.

В часы пик предложено выделять по 2-3 специалиста на обслуживание населения, привлекать на это время к обслуживанию административный персонал, выделять консультантов для информации посетителей, на каком рабочем месте можно получить необходимые лекарственные средства. В свою очередь в часы минимальных потоков рекомендовано увеличивать зону обслуживания рабочих мест специалистами аптек. Это позволит повысить эффективность использования рабочего времени специалистами по оказанию фармацевтической помощи населению до 15-18%, сократить потери времени в очередях посетителей в аптеках на 8-9%, увеличить объем реализации лекарственных средств до 10%.

Важнейшая задача фармацевтических предприятий – обеспечение доступной и качественной фармацевтической помощи населению региона, что характеризуется выполнением врачебных назначений и, прежде всего, по льготным рецептам хронических больных и других льготированных категорий населения.

Исследования показали, что в государственных аптеках шире ассортимент отечественных лекарственных средств, в частных – импортных. Эти различия обусловлены тем, что фармацевтические производства в первую очередь обеспечивают отечественными лекарственными средствами предприятия системы ТПРУП «Белфармация» и по остаточному принципу – частные фармацевтические предприятия регионов. Это не соответствует требованиям нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, предусматривающим обязательное наличие в аптеках всех форм собственнос-

ти установленного ассортимента отечественных лекарственных средств. В свою очередь ТПРУП «Белфармация» не имеет финансовых возможностей достаточно оперативно и в полном объеме закупать напрямую дефицитные импортные лекарственные средства у их производителей.

До настоящего времени частным аптекам, к сожалению, не разрешено оказывать фармацевтическую помощь населению по льготным рецептам. В итоге больные вынуждены, иногда в течение длительного времени, ожидать поступления дефицитных импортных лекарственных средств в государственные аптеки, что не только затягивает получение фармацевтической помощи, делает ее недоступной, а в ряде случаев и малоэффективной.

Учитывая то обстоятельство, что частный фармацевтический сектор в Республике Беларусь обеспечивает 40-45% фармацевтического рынка страны, нам представляется возможным рекомендовать Министерству здравоохранения Республики Беларусь и ТПРУП «Белфармация» предоставить одинаковые права государственным и частным аптечным предприятиям на оказание фармацевтической помощи населению по льготным рецептам на равных условиях. Это позволит закрыть дефицит импортных лекарственных средств в государственных аптеках, повысить доступность и качество, эффективность фармацевтической помощи, оказываемой населению, сократить бюджетные валютные ресурсы на закупку напрямую от зарубежных производителей импортных лекарственных средств через ТПРУП «Белфармация».

И, наконец, эффективность фармацевтической помощи определяется наличием в распоряжении аптек необходимого ассортимента и количества лекарственных средств. Аптеки г. Минска всех форм собственности находятся на балансе вышестоящих организаций, не имеют права самостоятельно заказывать дефицитные импортные лекарственные средства у частных региональных дистрибьютеров. Практически руководители аптек не участвуют в формировании заявок на импортные лекарственные средства, поступающие на ведомственные аптечные склады. Вследствие этого заявленные дефицитные импортные лекарственные средства, поступающие на ведомственные ап-

течные склады, проходят длительный срок до поступления их на реализацию в аптеки. Нередки случаи отсутствия в аптеках импортных дефицитных лекарственных средств, поступивших на ведомственные аптечные склады. Нами рекомендован для использования РУП «Фармация» упрощенный механизм формирования заказов дефицитных лекарственных средств у региональных частных дистрибьютеров с их адресной поставкой напрямую в подведомственные аптеки, минуя аптечный склад [2]. Такой порядок позволяет сократить до 7-10 дней срок поступления дефицитных импортных лекарственных средств в аптеки, обеспечить максимальную доступность фармацевтической помощи населению, ее качество и эффективность, уменьшить расходы аптечного склада по приемке, хранению и передаче лекарственных средств, поступающих от частных региональных поставщиков, в аптеки на реализацию.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие **выводы:**

- Руководству Министерства здравоохранения Республики Беларусь и ТПРУП «Белфармация» целесообразно изучить возможность оказания частными аптеками населению фармацевтической помощи по льготным рецептам.

- Руководству ТПРУП «Белфармация» необходимо делегировать права руководителям подведомственных аптек самостоятельно заявлять дефицитные импортные лекарственные средства у частных региональных дистрибьютеров, согласованные ВСО с последними по ценам и номенклатуре.

- Руководству аптек необходимо:

- периодически изучать интенсивность потоков посетителей в режиме рабочей недели, в соответствии с которыми составлять гибкий график выхода специалистов по часам работы для оказания фармацевтической помощи населению;

- чаще проводить в аптечных коллективах корпоративы, шире практиковать моральное поощрение сотрудников для повышения стабильности кадрового потенциала и активности работников в решении поставленных задач.

Литература:

1. Гореньков, В.Ф., Рязкина, Л.П. Анализ эффективности управления фармацевтическим персоналом / В.Ф. Гореньков, Л.П. Рязкина // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы X междунар. конф., 6-7 апр.2012 г., Минск. – Минск : Изд.центр БГУ, 2012. – С.373-376.

2. Гореньков, В.Ф., Гореньков, С.В., Козырев, И.А. Способ формирования заявки и адресной поставки лекарственных средств в структурные подразделения субъекта фармацевтической деятельности / В.Ф.Гореньков, С.В. Гореньков, И.А.Козырев // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы VI междунар. конф., 4-5 апр. 2008 г., Минск. – Минск : Изд.центр БГУ, 2008. – С.145-147.

PHARMACY MANAGEMENT EFFICIENCY Gorenkov V.F., Gorenkov S.V., Trus S.A.

On the basis of 46 Minsk city pharmacies of various forms of ownership, the social researches have been performed, which allowed to determine the stability of their staff potential, and the reasons of personnel turnover. On the basis of pharmacy specialists' labor time measurements in the weekly work schedule mode, the activity of the flow of population for obtaining pharmaceutical assistance has been revealed on the working hours' basis. The range and the mechanism of short supply medical products stocktaking in pharmacies have been analyzed. The advice have been given to the Management Boards of the Ministry of Public Health of the Republic of Belarus, of Commercial Enterprise Republican Unitary Enterprise "Belapharmatsiya", and of the pharmacies with respect to improvement of efficiency of pharmaceutical assistance rendering system management.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ

Кобец Ю.Н., Опанасенко А.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

mail@ukrfa.kharkov.ua

Проблематика управления в организациях на сегодняшний день является одной из наиболее часто обсуждаемых в научной и практической литературе по менеджменту [2].

Умение эффективно управлять персоналом становится одним из факторов конкурентоспособности компаний в современной динамичной среде [1].

В связи с важностью и значимостью данной проблемы **целью работы** является изучение современных методов управления персоналом в аптечных учреждениях.

Основные задачи заключались в оценке сотрудниками аптек своего непосредственного руководства по ряду показателей.

Также проводилось исследование проблем с подчиненными, которые возникают у руководства во время работы и пути их решения.

Методы исследования. Изучение данной проблемы проводилось методом анкетирования. Было опрошено 100 сотрудников аптек, а также 40 заведующих.

Результаты исследования.

В результате опроса установлено, что при подборе сотрудников руководство чаще всего предпочитает специалистов с высшим фармацевтическим образованием (75%).

58% опрошенных руководителей считают, что главными требованиями к сотрудникам являются знание фармакологии, соблюдение принципов фармацевтической этики (22%) и умение найти подход к посетителю аптеки (11%).

Недостатками работы молодых специалистов названы невысокий уро-

вень знаний фармакологии (46%), низкая коммуникабельность (19%) и отсутствие умения работы с кассовым аппаратом (13%).

Вышеизложенные проблемы в работе молодых специалистов решаются путем учебы на базе аптеки (79%), а также испытательного срока (19%). Наиболее распространенным социально-психологическим стилем управления персоналом является демократический (96%).

Доминирующие методы повышения эффективности работы персонала – улучшение условий труда (54%), повышение квалификации кадров (33%).

В свою очередь сотрудники оценили условия работы в аптеке и отношение к ним руководства. 76% опрошенных назвали среду, в которой им приходится работать, переменчивой. 36% опрошенных оценили отношение к руководству отрицательно.

Большинство опрошенных провизоров/фармацевтов считают, что основными причинами ухода с работы являются низкий уровень заработной платы (66%) и конфликт с руководством (29%).

Вывод. Данные исследования показали, что в связи с высокой конкуренцией в фармацевтической сфере аптечные учреждения могут эффективно работать при условии высокого уровня подготовки специалистов и разумном подходе руководства к процессу управления.

Результаты могут быть использованы для повышения уровня работы управленческого персонала, способствовать улучшению деятельности аптечных учреждений и качества обслуживания населения.

Литература

1. Армстронг М. Управление персоналом (HRM): Практика управления человеческими ресурсами. Изд-во «Питер». – 2008.
2. Клемина Т.Н. Управление человеческими ресурсами и результаты деятельности организации: теоретические дебаты и эмпирические исследования / Т.Н. Клемина // Российский журнал менеджмента. – Том 6, № 3, 2008. – с. 51 – 58.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОТИВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНИЗАЦИИ

Калайчева С.Г., Горчанюк А.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

economica@ukr.net

Фармацевтический рынок сегодня характеризуется динамичностью развития и сложным конкурентным окружением. В условиях быстро меняющейся внешней среды успешная рыночная адаптация предприятия прямо зависит от действенной системы мотивации. Поэтому проблема мотивации персонала находится сейчас в центре внимания управленцев всех уровней и стала объектом нашего исследования.

Успешная работа организации прежде всего включает полное и эффективное использование кадрового потенциала посредством реализации мотивационных принципов управления персоналом. С учетом этого главная цель внедрения системы мотивации в аптечных организациях базируется на формировании и развитии профессионалов высокого уровня, способных реализовать стратегию и повысить конкурентоспособность организации. Для достижения желаемых результатов необходимо учитывать комплекс организационно-экономических и социально-психологических факторов.

В ходе исследования нами были выявлены и ранжированы основные мотивы деятельности фармацевтических работников. Результаты показывают, что заработная плата и льготы высоко ценятся всеми респондентами независимо от пола, возраста и т.д. Стаж работы респондентов от 2 до 14 лет: 78% из них довольны работой, 15% не смогли определиться (имеют минимальный стаж работы), 7% - недовольны работой (имеют стаж работы больше 10 лет). Участие женщин и мужчин представлено соотношением 19:1. Мужчины-респонденты придают значительно меньшее значение “Благосклонности коллег”, чем женщины. Женатые провизоры оценили “гарантию занятости” значительно выше, в то время как неженатые считают “интересную работу” важ-

нее, чем их коллеги. Респонденты в возрасте 26-30 лет определяют “оплату труда и дополнительные выплаты” важнее, чем в возрасте между 20-25 годами. Респонденты, имеющий опыт работы между 6-10 годами, оценили “хорошо рабочие условия” значительно выше, чем с опытом более 10 лет. Все демографические подгруппы респондентов, за исключением провизоров с опытом работы более 10 лет, подчеркнули гарантию занятости в качестве одного из главных мотивов. Вероятно, это следствие распространения безработицы в стране.

Необходимо отметить, что карьера и продвижение по службе вошли в пятерку основных мотивов для фармацевтических работников. Результаты также свидетельствуют о существенных различиях в мотивационной активности продвижения по службе, обеспеченности работой, интересной работы и заработной платы и льгот среди большинства демографических переменных.

Таким образом, рекомендуется, чтобы лица, принимающие решения по системе мотивации, принимали во внимание различия, используя отдельные разработки мотивационных программ для фармацевтов.

Во время исследования ценностных ориентаций по методике Басса Б. были определены соотношения, приемлемые для различных должностей персонала аптеки. Так, для управленческого персонала (заведующий аптекой, заместитель заведующего аптекой, заведующий отделом и др.) наиболее подходит соотношение ориентаций на дело > на общение > на себя. Провизору по приему рецептов и отпуску лекарственных средств эффективнее иметь такое соотношение на общение > на дело > на себя. При таком подходе к расстановке кадров можно повысить эффективность работы аптеки без дополнительных материальных затрат.

На основании проведенной работы были определены мотивационные подходы управления персоналом, среди которых усовершенствование системы оплаты, бонусов и вознаграждений, улучшение социально-психологического климата, разработка и применение системы нематериальной мотивации. Соединение материальных интересов работников с целью организации, разработка механизма системы материальной и нематериальной вознаграждения за труд позволит аптеке привлекать и удерживать наиболее квалифицированный персонал, стимулировать производственное поведение, оптимизировать затраты на оплату труда.

ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ПРОФЕСІЇ

Червоненко Н.М., Ткаченко Н.О., Галицька О.С.

Запорізький державний медичний університет

tkachenko@zsmu.zp.ua

Правильний вибір професії кожною людиною, згодом відкладає відбиток на ставлення до професійних обов'язків та прав. Від цього залежить і моральне задоволення від отриманих результатів виконаної роботи. Цей процес обумовлений багатьма різними факторами.

Виходячи з цього метою дослідження стало вивчення факторів, що впливають на вибір професії – провізор.

Для вивчення питань даної теми був використаний один з методів маркетингових досліджень – анкетування. Була розроблена анкета.

Об'єктами дослідження були обрані студенти 4-го курсу фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету денної форми навчання. Анкетування проводилося наприкінці 2011 – 2012 навчального року.

За результатами аналізу анкет студентів фармацевтичного факультету встановлено, що вирішальними у виборі професії анкетовані називають найрізноманітніші фактори – від одного до чотирьох в кожній анкеті.

Наведені дані свідчать про те, що найважливішим фактором більшість студентів вважають «хороші умови праці» - їх обрали 40,3% опитаних.

Приємно відмітити, що досить велика кількість респондентів з дитинства мріяли працювати в фармацевтичній сфері – їх частка склала 37,7%. Трохи менше тих, хто обрав майбутню спеціальність через власне бажання допомагати людям – це 31,2% опитаних.

Для 29,9% респондентів пріоритетним став матеріальний фактор, бо робота добре оплачується. Крім того, за результатами анкетування досить важливим є престиж спеціальності у суспільстві – даний фактор сприяв на вибір 23,4% респондентів.

Цікаво, що майже п'ята частина студентів вирішили обрати цей напрямок в кар'єрі через професію своїх батьків: 13,0% опитаних бажають продовжити династію фармацевтів та 7,8% - династію медичних працівників.

Негативним проявом є те, що 22,1% анкетованих обрали дану професію через наполягання батьків, і 6,5% студентів вважали, що головним є отримання вищої освіти в будь-якому вищому навчальному закладі.

Крім перелічених факторів 2,6% студентів зазначили що на їх вибір вплинуло: любов до хімії, складання іспитів зовнішнього незалежного тестування з хімії і біології, можливість створення власного бізнесу.

Для подальшого аналізу вирішальні фактори у виборі професії розподілили на три групи: I – фактори на користь вибору професії, II – фактори на користь задоволення особистих потреб, III – фактори на користь вибору професії і на користь задоволення особистих потреб.

До першої групи були віднесені такі фактори: мрія з дитинства, бажання допомагати людям, продовження династії фармацевтів, продовження династії медичних працівників.

До групи «На користь задоволення особистих потреб» увійшли наступні фактори: хороші умови праці, висока заробітна плата, престиж спеціальності у суспільстві, принцип «головне – отримання вищої освіти», наполягання батьків.

В результаті цього розподілу встановлено, що 27% респондентів відмітили тільки фактори «на користь вибору професії». Тільки фактори «на користь задоволення особистих потреб» обрали 33% опитаних. Решта студентів – 40% - в своїх відповідях відмічали обидві групи факторів: «на користь вибору професії» і «на користь задоволення особистих потреб».

Таким чином, найбільш впливовим на вибір професії визначено групу факторів - фактори на користь вибору професії і на користь задоволення особистих потреб.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВУЗІВ

Жирова І.В., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

economica@ukr.net

Сучасний рівень вимог до професійної фармацевтичної діяльності значно підвищився, що пов'язано із переходом України до нових ринкових відносин. Тому сучасний фармацевтичний ринок сьогодні вимагає висококваліфікованих фармацевтичних кадрів, які мають різнобічні знання, стратегічне та варіативне мислення, організаторські та новаторські здібності, комунікабельність, самостійність, завзятість та наполегливість у діяльності. Окрім того, сучасний рівень розвитку українського суспільства також висуває нові, все більш високі вимоги щодо підготовки фармацевтичних фахівців. При цьому особливої важливості набуває питання набуття новітніх професійних знань. У зв'язку з цим, дослідження мотиваційної направленості студентів фармацевтичних вузів у оволодінні професією постає особливо актуальним у наш час.

Нами було проведено дослідження мотивації до навчання студентів Національного фармацевтичного університету (НФаУ). З цією метою було використано методика Ільїної Т.І., за допомогою якої було визначено мотивацію до успіху та страх невдачі. У ході дослідження були вивчені основні мотиви вибору професії провізора студентами 1 і 4 курсів. Було встановлено, що провідним мотивом вибору професії у студентів 1 курсу виступає бажання бути фахівцем-провізором. Навпаки, студенти 4 курсу продемонстрували превалювання мотиву особистого престижу, а саме, перспективу досягнення пристойного положення у житті та пошану з боку оточуючих.

Отже, можна зробити висновок, що студенти-першокурсники спираються, як правило, на свої ідеальні уявлення про майбутню професію, які при зіткненні з реаліями піддаються помітним змінам.

Під час вивчення мотивації навчання у НФаУ за вищезначеною метою

дикою було виявлено зниження мотивації студентів за трьома шкалами від 1 до 4 курсу: найбільше її падіння припадає на I шкалу «придбання знань» - 22%; III шкалу ціль «отримання диплома» знижується на 5,92%, а найменше знижуються показники за II шкалою мотивації «оволодіння професією» - 3,65%. Необхідно відзначити, що відповідно до досліджуваних курсів переважають студенти з середнім рівнем мотивації оволодіння професією, але практично в 4 рази збільшується група студентів з низьким рівнем професійної мотивації, що викликає занепокоєння.

Бажання набувати знання з 1-го по 4-й курс у цілому зменшується у 2 рази. Слід відмітити, що більшість змін обумовлена збільшенням віку респондентів, бажанням швидше почати професійну діяльність, обзавестися сім'єю, виникненням інших інтересів. Необхідно відмітити, що в цілому за всіма показниками мотивація студентів, що отримують другу вищу освіту, значно перевищує мотивацію студентів, що вступили до НФаУ після закінчення школи. До того ж в останніх в цілому за всіма показниками спостерігається зниження мотивації протягом навчання. Цей факт можна пояснити більш усвідомленим вибором професії при отриманні другої вищої освіти.

Виходячи з одержаних даних можемо зазначити, що середній та нижчий за середній показники рівня мотивації оволодіння професією провізора у студентів є невисоки. Встановлено, що частка студентів з вищим за середній рівнем мотивації до оволодіння професією планомірно збільшується у ході навчання: з 38,5% (1 курс) до 56% (4 курс). Більше 80% студентів мають вищий за середній рівень показника мотивації отримання диплома на обох курсах.

Виходячи з того, що перші 2 шкали свідчать про адекватний вибір студентом професії і задоволеності нею, ми дійшли до висновку, що більше 50% студентів задоволені вибором професії фахівця-провізора. Серед студентів другої вищої освіти цей показник перевищує 70%.

Отже, на нашу думку, дослідження мотивації професійної діяльності у вузі дозволить удосконалити навчальний процес, зробити його плідним та особистісно-орієнтованим.

ИЗУЧЕНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Кобец Ю.Н., Бабак Т.Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

mnushko.nfau@gmail.com

Для эффективной работы каждого члена коллектива необходима четко выработанная система мотивации. Руководитель аптеки должен разработать комплексную систему факторов морального и материального стимулирования для побуждения работников к деятельности, направленной на достижение общих целей.

Целью работы является изучение системы мотивации на базе сети коммунальных аптек «Полтавафарм».

Методы исследования. В работе использованы полевые исследования. Проведено анкетирование специалистов (провизоров/фармацевтов).

Результаты исследования. На данный момент в опросе приняло участие 54 человека. В результате исследования установлено, что для 60% специалистов на первом месте, среди критериев выбора данной сети аптек были достойная заработная плата и соответствующие условия труда. Для 35% опрошенных важным критерием при выборе места работы является дружный коллектив и понимающее руководство. 5% респондентов пошли работать в коммунальную аптеку из-за ее социальной значимости. Ключевым фактором, влияющим на мотивацию сотрудника, является его непосредственный руководитель. Согласно нашим исследованиям, непосредственный руководитель на 70% обеспечивает мотивацию своих подчиненных, компания (т.е. система управления, безопасность, условия труда, оплата труда) определяет 20% мотивации, а 10% – личная мотивация сотрудника.

Вывод. Изучив мотивацию аптечных работников на базе сети аптек «Полтавафарм» можно сделать вывод, что благодаря правильно разработанной системе мотивации можно: сделать работу персонала эффективной (снизить текучесть кадров, повысить квалификацию сотрудников), улучшить обслуживание клиентов, сформировать позитивный имидж аптеки у клиентов.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОБРАНОЇ СТРАТЕГІЇ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОГО РОЗВИТКУ НА ПОТРЕБУ В ТРУДОВИХ РЕСУРСАХ

Літвиненко М.В.

Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

dozeent@mail.ru

Наслідки економічної кризи в Україні впродовж 90-х рр. ХХ ст. та у 2008-2009 рр. призвели не тільки до погіршення фінансових показників роботи підприємств, але й до здешевлення вартості робочої сили в порівнянні з розвиненими європейськими країнами. Як наслідок, значна кількість сучасних підприємств надає перевагу не модернізації та технічному переозброєнню виробництва, а розширенню штату працівників та збільшенню часу роботи обладнання.

За даними Державного комітету статистики на більшості сучасних вітчизняних підприємств знос основних засобів складає понад 50 %. Внаслідок цього в межах науково-технічного розвитку актуальним є оновлення складу основних засобів підприємств та впровадження інноваційних технологій.

Метою роботи є дослідження впливу обраної стратегії науково-технічного розвитку на потребу в трудових ресурсах.

Методи дослідження базуються на використанні системного підходу до організації науково-технічних та інноваційних процесів на підприємстві, прогнозування тенденцій науково-технічного розвитку, економіко-математичних методів [1–3].

Загалом проаналізувавши праці світових фахівців і українського досвіду, можна систематизувати характеристики стратегій у розрізі впливу нової технології на потребу в трудових ресурсах та їхній вигляд (рис. 1).

Кожній з розглянутих стратегій властивий свій набір факторів, що визначають стратегію, зумовлених сферою поширення стратегії, умовами її застосування (складністю робочого завдання) і найбільш доцільним періодом застосування стратегії. Кожний тип стратегії має свої соціально-економічні результати й наслідки: посилення мотивації праці й конкурентоздатності фі-

рми за рахунок тих або інших факторів з одного боку, і зміна положення робітників на ринку праці – з іншого.

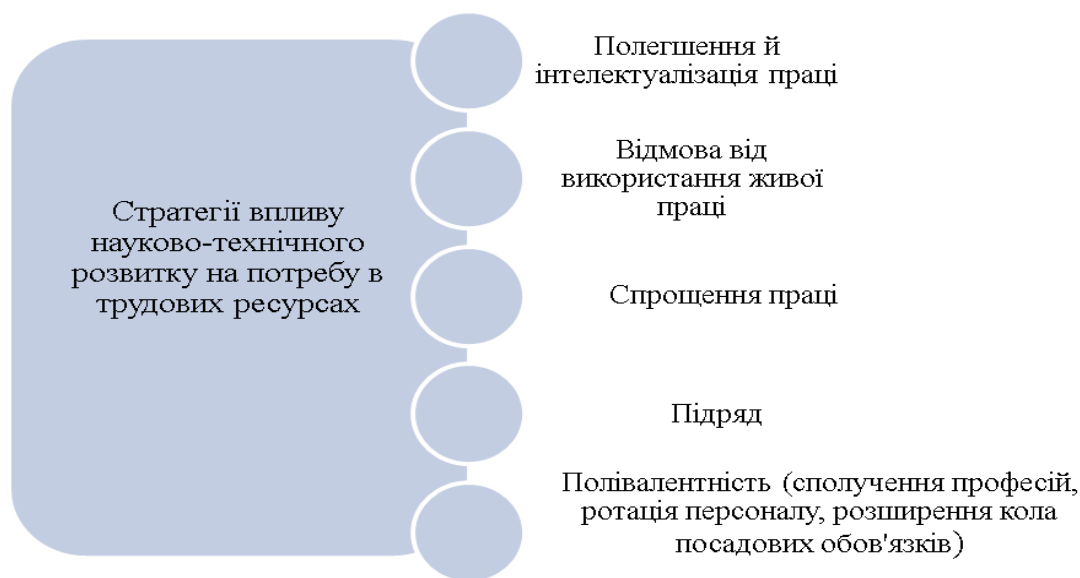


Рис. 1. П'ять типів стратегій впливу науково-технічного розвитку на потребу в трудових ресурсах

В результаті дослідження з'ясовано, що науково-технічний розвиток докорінно впливає на мотивацію праці особистості соціальних груп, підсилюючи одні мотиви й послабляючи інші. Найбільший вплив здійснюється на внутрішні мотиви – задоволеність процесом й результатами праці, у тому числі творчої праці конструкторів, технологів та інших фахівців, що задіяні у процесах створення нової продукції й нових технологій. При цьому в учасників процесів дослідження, розробки й виготовлення продукції, що мають високий рівень внутрішньої мотивації, з'являється прагнення до подальшої інтелектуалізації своєї праці. Підвищення змістовності праці й зниження його ваги забезпечують можливість сполучення професій, що призводить до підвищення заробітної плати працівників та скорочення штату.

Література:

- 1 Должанський І.З. Управління потенціалом підприємства. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 362 с.
- 2 Круш П.В., Подвігіна В.І. Економіка підприємства. Навчальний посібник. – К.: Ельга-Н, КНТ, 2009. – 780 с.
- 3 Йохна М.А., Стадник В.В. Економіка і організація інноваційної діяльності: Навчальний посібник. – К: Видавничий центр «Академія», 2005.– 400 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ВИБОРУ ПРОВІЗОРСЬКОГО ФАХУ

Громовик Б.П., Панькевич О.Б., Унгурян Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Одеський національний медичний університет
ostap.pankevych@rambler.ru, lianau@ukr.net

Вибір професії є визначальним чинником самоствердження та самореалізації, яка за А. Маслоу є найвищою споживчою потребою людини.

Метою роботи було дослідження мотивації вибору провізорського фаху студентами першого року навчання фармацевтичних факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (далі – ЛНМУ) та Одеського національного медичного університету (далі – ОНМУ).

Для проведення дослідження застосували метод опитування за допомогою спеціально опрацьованої анкети. Опитано 73 студенти першого курсу фармацевтичного факультету ОНМУ та 46 студентів ЛНМУ. Середній вік респондентів в обох опитуваннях становив 17 років при діапазоні від 16 до 21. За статеву приналежністю значно переважали жінки (85% студентів ОНМУ та 87% – ЛНМУ).

Встановлено, що 98% студентів ЛНМУ та 96% студентів першого року навчання ОНМУ вступили до цих навчальних закладів після завершення середньої школи. Виявлено актуальність проблеми вибору навчального закладу, позаяк понад 65% студентів ЛНМУ та 58% зарахованих на навчання до ОНМУ подавали документи для вступу до кількох освітніх закладів, серед яких були й вищі навчальні заклади немедичного спрямування. При цьому лише 41% опитаних в ЛНМУ та 49% в ОНМУ подавали документи для вступу лише на фармацевтичний напрямок.

У ході опитування встановлено, що на професійний вибір опитаних у Львові найбільше вплинули особисті спостереження – 57%, поради батьків – 41% та інформація по телебаченні – 2%. Професійний вибір студентів ОНМУ формувався схожим чином, адже 59% респондентів керувались особистими спостереженнями, а 32% - порадами батьків. Інші 4% студентів ОНМУ брали

до уваги поради та приклад знайомих, така ж кількість студентів робила вибір на основі інформації в друкованих засобах масової інформації та Інтернеті, інформація на телебаченні вплинула на професійний вибір 1% опитаних. При цьому слід зазначити, що 85% студентів ОНМУ стверджують, що їхній професійний вибір відповідає порадам батьків, натомість серед опитаних у Львові таких 96%. До складу сім'ї 38% студентів ОНМУ та 43% опитаних в ЛНМУ входять фармацевтичні або медичні працівники.

Студентів ОНМУ фармацевтичний фах привабив перспективою кар'єрного росту – 34%, престижністю – 29%, можливістю допомагати людям – 21%, можливістю легко знайти роботу – 7%, доступністю навчання – 5% та високими заробітними платами – 4%. Натомість для студентів ЛНМУ визначальним фактором була можливість допомагати людям – близько 31%. Серед інших факторів респондентів ЛНМУ привабляли: престижність – 26% опитаних, перспектива кар'єрного росту – 26%, високі заробітні плати – 11%, доступність навчання – 4%. Лише 2% вважали фармацевтичний фах своїм покликанням.

Встановлено, що 87% опитаних студентів обох вищих навчальних закладів мають намір працювати у фармацевтичних організаціях приватної форми власності. Інші 13% студентів ЛНМУ надають перевагу державним підприємствам, тоді як респонденти ОНМУ мають намір працювати на підприємствах як державної (5%), так і колективної (8%) форми власності.

Таким чином встановлена актуальність проблеми вибору навчального закладу, позаяк понад 65% студентів ЛНМУ та 58% зарахованих на навчання до ОНМУ подавали документи для вступу до кількох освітніх закладів, серед яких були й вищі навчальні заклади немедичного спрямування. Визначено, що основними мотивами вибору провізорського фаху для студентів ЛНМУ та ОНМУ була перспектива кар'єрного росту, можливість допомагати людям та престижність. Майже дев'ять з десяти респондентів обох вищих навчальних закладів мають намір працювати у фармацевтичних організаціях приватної форми власності.

ЩОДО ІНФОРМОВАНOSTІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ З ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.

Запорізький державний медичний університет

tkachenko@zsmu.zp.ua

На сьогоднішній день проблема соціальної відповідальності розглядається в усіх сферах людського буття: економічній, політичній, соціальній, психологічній, екологічній тощо.

Трансформація суспільних цінностей та пріоритетів вимагає внесення змін до практики менеджменту, забезпечення інтеграції принципів, методів та інструментів СВ у діяльність фармацевтичних підприємств.

Метою дослідження стало вивчення розуміння у фахівців фармацевтичної галузі поняття «соціальної відповідальності бізнесу» (СВБ) та використання її елементів в практичній діяльності.

Матеріали і методи дослідження. Збір інформації здійснювався методом анкетування. Структура розробленої анкети передбачала умовне розділення питань на два блоки.

Досліджували суб'єкти роздрібної і оптової реалізації лікарських засобів фармацевтичного ринку різних форм власності м. Запоріжжя.

Респондентами виступали фахівці фармацевтичного профілю в процесі своєї професійної діяльності, а також слухачі курсів підвищення кваліфікації.

Перший блок питань анкети передбачав характеристику респондентів за демографічними і психологічними критеріями: стать, вік, освіта, посада, стаж роботи, форма власності підприємства.

Другий блок питань дав можливість визначити рівень розуміння СВБ і використання її елементів в практичній діяльності.

Дослідження показали, що серед опитаних переважну більшість становлять жінки - 88%. Основну частку респондентів складають фахівці у віці від

30 – 40 років – 48% далі 24% склали особи у віці до 30 років, 16% – старше 50 років, 12% – від 30 до 40 років.

В результаті обробки анкет визначено, що всі респонденти мають вищу спеціальну освіту. Серед них 48% – завідувачі і заступники завідуючих аптек, оптових фірм, 52% – провізори. Місцем роботи переважно є фармацевтичні підприємства приватної форми власності (88%).

Другий блок анкети складався з низки запитань запропонованих для з'ясування інформованості спеціалістів фармації СВБ.

Перше питання передбачало з'ясувати, що мають на увазі провізори під поняттям «СВБ». На це питання змогли відповісти тільки респонденти зі стажем роботи до 10 років у віці від 30-40 років. Однак, не дивлячись на це, позитивна відповідь цього сегменту анкетованих на друге питання: «Чи відомо Вам про якісь соціальні програми, що проводяться фармацевтичними компаніями України і зарубіжними компаніями?» – була надана лише 8% респондентів. Інші 92% спеціалістів залишили це питання без відповіді.

Далі респондентам було запропоновано перелік напрямів соціально спрямованої діяльності, які можуть використовуватись, на їх думку, фармацевтичними підприємствами, де вони працюють. Серед 12 запропонованих в анкеті напрямів анкетовані відзначили вісім.

В результаті аналізу з'ясовано, що найвищий показник серед перелічених у анкеті напрямів належить напрямку «Участь в добродійних заходах» - 50%. Далі слідує напрям «Пасивна участь в соціальних програмах регіонального рівня» – 34%. Напрями «Активна участь в соціальних програмах регіонального рівня», «Спонсорська допомога конкретним людям і окремим організаціям», «Організація передплати або фінансова підтримка періодичних медичних (фармацевтичних) видань для фахівців» – склали по 24%; «Фінансування поїздок медичних і фармацевтичних спеціалістів на вітчизняні і світові конгреси, конференції» відзначили 16% анкетованих. Незначну частину відповідей вказали респонденти по напрямках «Підтримка студентської молоді» і «Надання гуманітарної допомоги у вигляді лікарських засобів

лікувально-профілактичним закладам, дитбудинкам і будинкам старезних».

Останнє питання анкети мало метою з'ясувати думку респондентів фармації: «чи вважають вони, що вирішення соціальних проблем країни є загальним для підприємств фармацевтичної галузі». Результати аналізу цього питання розподілилися таким чином: 24% опитаних вважають, що участь у рішенні цих проблем обов'язкове для оптових, роздрібних компаній і фірм-виробників. Обов'язкову участь у рішенні соціальних задач бачать тільки для роздрібних компаній 6 % анкетованих. Значна частина фахівців (58%) відзначили, що це вибір самої компанії. 12% респондентів не змогли дати відповідь на це питання.

Проведені дослідження свідчать, що обізнаність спеціалістів у галузі фармації з соціальної відповідальності на сьогодні не сформована. Слід приділяти значну увагу питанням соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу на всіх рівнях підготовки кваліфікованих фахівців.

ОЦЕНКА БРЕНДА НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Байгуш Ю. В., Дударь А.Н., Слободянюк Н.Н.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет*

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

uliya.baygush@ukr.net

***Резюме.** В статье приведено обобщение понятия «бренд» как основных экономических ценностей современного бизнеса, сильнейшего инструмента продаж и стоимости корпораций. Проанализированы подходы, методы и отдельные методики, используемые при оценке бренда. Выделены основные показатели, характеризующие ценность бренда лекарства, и проведена оценка потребителями антигипертензивных лекарственных средств. Апробирована методика оценки лекарственных препаратов как бренда..*

Ключевые слова: бренд, ценность, оценка, антигипертензивные лекарственные средства

Постановка проблемы в общем виде. Последние годы характеризуются повышенным вниманием как зарубежных, так и отечественных ученых-теоретиков и практиков к проблеме сущности торговой марки (ТМ) и брендов как основного нематериального актива компаний, дополнительной прибыли и предмета купли-продажи. Если товарным знаком обозначается конкретный товар, зарегистрированный государственным органом, то бренд – это тот образ, который возникает в сознании потребителя при виде товарного знака. Анализ публикаций и отчетной документации показывает, что материальные активы компаний, которые включают основные и оборотные средства, финансовые и др. ресурсы, в информационную эпоху составляют незначительную (до 15%) часть общей стоимости ведущих компаний [4, 5]. Подавляющую часть оценочной стоимости составляют нематериальные активы. При этом выделяют стратегические активы (патенты, лицензии, свидетельства), техно-

логические активы (собственная технология, производственные секреты, специальные ноу-хау), человеческие ресурсы (умения, навыки и способности сотрудников к адаптации), организация и культура (ценности и социальные нормы, которые формируют лояльность сотрудников) и репутационные активы (название фирмы и ее ТМ).

Зарубежные исследователи и компании при этом используют различные классификации моделей марочного капитала, показатели и отдельные методики определения [2, 5, 6, 12]. Даются оценки стоимости ТМ, брендов и марочного капитала. Стоимость бренда или аналитическую оценку его цены важно получить в случае продажи бренда. Считается, что она отражает совокупную экономическую выгоду, которую может получить фирма в виде дополнительного дохода, получаемого за счет использования бренда. Продажа товаров с использованием бренда помогает не только увеличить среднюю стоимость единицы продукта (по сравнению с такими же продуктами, не имеющими бренда), но и получить дополнительную выручку за счет продажи дополнительных единиц товара. Маркетологи утверждают, что стоимость бренда – это любовь покупателей, а марочный капитал возникает с уверенности покупателей в ценности ТМ, сформированных устойчивых связях и лояльности к товарам под такой ТМ.

Необходимость оценки стоимости ТМ как бренда может возникать при составлении бухгалтерской отчетности, покупке или продаже фирмы, уточнении отношений с инвесторами, для целей внутреннего менеджмента, при использовании франчайзинга, обоснования кредитоспособности, аргументом в правовом решении деловых и партнерских компромиссов и др. [2, 10, 12]. Управление ТМ представляет собой маркетинговую и финансовую составляющие, дающие возможность использования ценовой стратегии «премиум».

На современном этапе все большая роль в повышении конкурентоспособности лекарственных препаратов (ЛП) и фармацевтических предприятий в целом отводится на формирование ТМ и дальнейшей деятельности компаний по превращению их в бренды [6, 7]. Фактически бренд, в отличие от обычной

ТМ, служит гарантом будущих продаж, соответственно, если марка стала брендом, значит, её хорошо знают и у неё есть база постоянных покупателей, которые составили о ней позитивное мнение [3, 6, 9]. Эффективное управление ТМ лекарств в рыночном пространстве должно осуществляться на основании определения и корректировки основных составляющих капитала бренда (осведомленности о бренде, восприятий качества бренда, лояльности к бренду) [1, 7, 8, 9].

Поэтому анализ и оценка бренда ЛП, его составляющих и стоимости бренда в целом для участников фармацевтического рынка является актуальной.

Анализ последних исследований и публикаций. Бренд как основной нематериальный актив компании, который приносит ей дополнительную прибыль и является предметом купли-продажи, широко представлен в работах зарубежных теоретиков и практиков. Изучению бренда, его капитала, потенциала, силы, эффективности, силе структурных компонентов, а также брендингу посвящены работы таких ученых, как Домнин В., Коркунов С., Подушко М., Пустотин В. Иностранцы специалисты в области брендинга Д. Аакер, П. Дойль, Д. Макленнан и другие в своих работах дают рекомендации по увеличению эффективности марок [1, 4, 6]. Анализ научных публикаций и работ корпораций подтверждает многообразие методов и показателей, используемых при определении ценности и стоимости ТМ [2, 10, 12]. Их применение зависит от целей, задач, открытости и доступности данных. Используется два понятия при оценке бренда «brand valuation» (ценность бренда) и «brand evaluation» (стоимость бренда), которые имеют принципиальные различия. Принятие маркетинговых решений относительно марки базируется, прежде всего, на маркетинговой информации, которая должна быть объективной, достоверной, своевременной и наиболее полной.

Выделение не решенных ранее частей общей проблемы. В Украине активно проводят оценку ценности и стоимости различных торговых марок, однако такая оценка в области фармации практически отсутствует [2, 7, 9].

Необходимость оценки стоимости брендов и ТМ ЛП обуславливается активной коммерциализацией в фармации, организационными и структурными изменениями, объединением (реорганизацией) фирм, изменением состава учредителей (акционеров) и др.

Формулирование целей статьи. Целью данной статьи является апробация методики по оценке бренда лекарственного препарата на примере антигипертензивных средств.

Изложение основного материала исследования. Для выбора методики по оценке бренда нами был проведен детальный анализ подходов в предложенных работах [1, 5, 10, 11].

В работе [1] представлена оценка состояния бренда, его марочного капитала по набору соответствующих показателей (лояльности к бренду, лидерства, ассоциации, рыночного поведения и др.). По мнению Д. Аакера марочный капитал – это известность бренда, восприятие его качества, лояльности потребителей, ассоциации, которые связаны с брендом. Бренды создают покупателей.

Автором работы [5] предложено матричное представление для оценки ценности бренда. Здесь характеризуется взаимосвязь эмоциональной и функциональной ценности торговой марки.

Недостатком данных подходов является то, что в них не выделяются отдельные показатели, а характеризуется набор показателей. В них финансовый учет «приносят в жертву» связи марки с разными маркетинговыми функциями и перспективами долгосрочного роста.

В основе другой методики [11] лежит перевод субъективных и объективных показателей ТМ в конкретные цифры. Иными словами, происходит численное измерение восприятия потребителями того или иного бренда, что в свою очередь, позволяет в дальнейшем работать с этими показателями: обнаружить отличия между реальным и декларированным позиционированием бренда (что хочет показать производитель и что видит покупатель), увидеть положение конкурентов, как в целом, так и по отдельным показателям, полу-

чить наглядный инструмент (шкалу) для измерения динамики развития бренда, планировать и моделировать пути развития бренда.

Преимущества такой методики: даёт инновационное и комплексное виденье положения брендов на рынке, т.к. совмещает в себе не только объективные данные (объем продаж, стоимость, узнаваемость и т.д.), но и субъективные (личное восприятие, ценность бренда), демонстрирует комбинацию сильных и слабых сторон каждого бренда. Все показатели сводятся к одному показателю – общей ценности бренда, что позволяет моделировать развитие бренда, оценивая все возможные сценарии его развития (от простых тактических задач, до сложных и затратных) [2, 10, 12].

Взяв за основу данную методику, мы провели анализ и выборку наиболее значимых ценностных характеристик как «силы бренда» для нескольких лекарственных препаратов антигипертензивного действия: эффективность, доступность, безопасность ЛС, побочные эффекты, длительность действия, перспективность применения и индивидуальный стиль.

С использованием специально разработанной анкеты нами изучено мнение потребителей по отношению к выбранным характеристикам (276 потребителей антигипертензивных ЛП в двух регионах Украины: гг. Харьков и Ивано-Франковск). Определяли их отношение и восприятие как к исследуемому сегменту рынка в целом, так и каждой из ТМ в отдельности.

По результатам анкетирования определена степень значимости каждого из показателей (метод ранжирования); соответствие каждой из исследуемых ТМ этим показателям (по 10-ти бальной шкале); знание исследуемых ТМ, выраженное в процентах; восприятие граничных показателей ценового восприятия (низкостоймостная, среднестоймостная-1, среднестоймостная-2, высокостоймостная).

Полученные результаты представлены в табл. 1.

Все данные обрабатываются по специальным формулам авторских методик BrandAid. По результатам расчетов формируется линейная шкала, ото-

Показатели характеристик силы бренда лекарственных препаратов

Важность показателя	Показатель	Соответствие критериям					
		Энап	Фози-кард	млоди-пин-3до-ровье	Лерка-мен	Ренитек	Атено-бене
1	Эффективность	8,87	9,89	7,68	9,65	8,95	8,25
2	Доступность	9,95	7,45	8,56	7,25	8,25	9,58
3	Безопасность	8,50	9,25	8,42	9,34	9,28	7,44
4	Побочные эффекты	7,60	8,80	7,00	8,68	7,95	7,15
5	Длительность действия	6,50	9,20	7,30	9,30	7,40	6,30
6	Перспективность	6,30	9,80	7,00	9,90	8,80	7,10
7	Отличие от конкурентов (индивидуальный стиль)	7,50	8,10	6,50	8,20	9,30	6,80
Знание ТМ, %		100	53	100	75	88	93
Цена, грн.		15,68	49,90	33,41	98,36	55,02	17,60

бражающая положение всех основных участников рынка с точки зрения отношения к ним потребителей и уникальности товара.

При обработке показателей учитываются не только субъективное мнение потребителей, но и основные объективные факторы, имеющие прямое влияние на восприятие бренда (узнаваемость, стоимость, представленность в точках продаж).

Расчет показателей ценности бренда изучаемых ЛП проводили по следующей формуле:

$$Цб = (X_1 * Y_1 + X_2 * Y_2 + X_3 * Y_3 + X_4 * Y_4 + X_5 * Y_5 + X_6 * Y_6 + X_7 * Y_7) * Z / S,$$

где: $X_1, X_2, X_3, \dots, X_7$ – степень значимости показателя каждого из показателей,

$Y_1, Y_2, Y_3, \dots, Y_7$ – степень соответствия ТМ каждому из показателей,

Z – степень известности бренда, S – цена продажи.

Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели ценности бренда лекарственных препаратов

Энап	Фозикард	Амлодипин-здоровье	Леркамен	Ренитек	Атенобене
13,23	2,64	6,05	1,91	3,83	10,57

На основании полученных результатов формируются направления по составлению стратегических и тактических задач направленных на дальнейшее усиление конкретных составляющих ценности бренда ЛП.

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы.

Лекарственные препараты под ТМ Фозикард и Леркамен не имеют высокого показателя узнаваемости, хоть и имеют высокие показатели соответствия характеристикам. Это может быть связано со сравнительно высокой стоимостью лекарства и увеличить показатель «ценность бренда» можно путём снижения цены или дополнительных инвестиций в восприятие бренда.

ТМ Энап является фаворитом, поэтому для нее характерен запас маркетингового пространства для увеличения доходности через увеличение продаж и стоимость товара без потери лидерства.

ТМ Амлодипин и Ренитек имеют неплохие показатели соответствия качества и невысокую стоимость. В последующий период это будет способствовать повышению ценности ее как бренда.

Для ТМ Атенобене характерен незначительный разрыв от «преследователей» и любое активное действие со стороны конкурентов неизменно повлечёт снижения показателя ценности как бренда. Отмечена невысокая значимость показателей, в которых данный ЛП имеет преимущество. И, наоборот, отмечено проигрывание данной ТМ в более значимых показателях. Для сохранения и укрепления на рынке позиции ТМ Атенобене, необходимо применить более активные средства маркетинговых коммуникаций на укрепление и углубление связей с потребителем.

Безусловно, в каждом отдельном случае необходимо принимать комплексные меры влияния на показатель «силы бренда». Полный пошаговый план действий составляется индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от задач и возможностей клиента.

Выводы и перспективы дальнейших разработок в данном направлении. Апробированная методика дает возможность объективно оценить и измерить отношение покупателя к характеристикам товара как бренду. Представленная методика позволяет получить реальное обоснование для принятия как тактических, так и важных стратегических решений в развитии бренда и бизнеса, которые зачастую принимаются интуитивно.

Так как оценка ценности и стоимости бренда пока практически не применяется по отношению к лекарственным препаратам, полученные результаты апробации приведенной методики могут иметь перспективное значение по ее использованию в научном и практическом направлении.

Список использованной литературы

1. Аакер Д. Создание сильных брендов. – М.: Издательский дом Гребенникова, 2003. – 440 с.
2. Бажеріна К.В. Теоретико-методичні підходи до оцінки торгової марки // Економіка АПК. – 2009. – №18. – с. 45-51.
3. Божук С.Г. Маркетинговые исследования. Основные концепции и методы / С.Г. Божук. — СПб.: Вектор, 2005.
4. Дойль П. Маркетинг ориентированный на стоимость Пер. с англ. Под ред. Ю. Н. Каптуревского. – СПб: Питер, 2001. – 480 с.
5. Коркунов С., Подушко М. Equity Engine: капитал бренда и сила его структурных компонентов / Бренд-менеджмент. – 2002. – №3 (7). – С. 47–50.
6. Макленнан Д. Планирование брэндов в фармацевтической индустрии / Д. Макленнан; пер. с англ. В.Г. Круглик. – М. : Технологии, 2004. – 242 с.
7. Слободянюк М.М. Брендинг у діяльності фармацевтичних підприємств / М. М. Слободянюк, С. В. Жадько // Фармац. журн. – 2008. – №1. – С. 10–16.

8. Слободянюк М.М. Методи оцінки конкурентних позицій торговельних марок лікарських препаратів : метод. рек. / М. М. Слободянюк, С. В. Жадько. – Х., 2008. – 23 с.

9. Слободянюк М.М. Оцінка ринкових позицій лікарських препаратів на основі концепції капіталу бренду / М. М. Слободянюк, О. С. Самборський, С. В. Жадько // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2010. – № 3. – С. 15–25.

10. Старов С.А. Классификация основных подходов при оценке стоимости торговых марок в российских компаниях / С.А. Старов, В.С. Вилков // Вестник СПбГУ. – Сер. 8. – 2002. – (№16). – С. 120-133.

11. <http://mazoo.net>

12. Interbrand Group. About the Value of Valuation. Interbrand Zintzmeyer & Lux, 2004.

УДК 615.225.2:338.516

ASSESSMENT OF THE BRAND ON THE EXAMPLE OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS

*Baygush Yu.V., Dudar A.N., Slobodyanyuk M.M.

Summary. *This paper contains a generalization of the concept of "brand" as a major economic value of modern business, the most powerful sales tool and corporate cost. Approaches, methods and specific procedures used for estimate the brand. The basic indicators of the value of the brand medicine have been defined. The evaluation of antihypertensive medicines by consumers has been carried out. Methodic of evaluation of medicines as a brand has been tested.*

Keywords: brand, value, evaluation, antihypertensive medicines.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА ТА СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ

Байгуш Ю.В., Семенів Д.В., *Слободянюк М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет

Національний фармацевтичний університет*, Харків

mihael.s.b@mail.ru

***Резюме:** Охарактеризовано сучасний стан соціальної та економічної проблеми підвищеного артеріального тиску. Проведено дослідження арсеналу лікарських препаратів, що застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії відповідно до клінічних протоколів, що рекомендовані Українською асоціацією кардіологів. Проаналізовано структуру споживання та конкурентне середовище антигіпертензивних лікарських засобів.*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ринок антигіпертензивних препаратів, обсяг продаж, конкурентне середовище.

Вступ. Несприятлива епідеміологічна ситуація, що склалася в Україні щодо гіпертонічної хвороби і спричинених нею ускладнень, вимагає негайного вирішення на державному рівні. В умовах реформування системи охорони здоров'я України особливого значення набуває запровадження якісно нових заходів щодо профілактики захворювань та діяльності з формування здорового способу життя.

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) давно вийшла за рамки суто медичної. Сьогодні весь світ визначає її як соціальну проблему, яка впливає на здоров'я суспільства і тривалість життя громадян. Україна не є винятком: рівень поширюваності цього захворювання та смертності від нього в нашій країні досить високий [1, 2].

За даними офіційної статистики МОЗ у 2011 році в Україні налічувалося 12 122 512 громадян, у яких було діагностовано гіпертонічну хворобу (32,2%

дорослого населення). Тобто кожна третя людина дорослого віку сьогодні страждає на гіпертонічну хворобу різної форми. Щорічно при зверненні людей уперше до лікувально-профілактичних закладів виявляється понад 1 млн. хворих на АГ [2].

АГ є одним із основних чинників серцево-судинних захворювань. Відомо, що наявність високого артеріального тиску (АТ) провокує та прискорює розвиток атеросклерозу, що в свою чергу суттєво (у 3-4 рази) підвищує захворюваність на ішемічну хворобу серця та інсульт, а також на серцеву та ниркову недостатність, в 7 разів частіше спричиняє порушення мозкового кровообігу. Якщо проаналізувати структуру загальної смертності населення України, стає очевидним: 66,3% смертей є наслідком хвороб системи кровообігу. Тому усунення АГ, яка є вагомим чинником зменшення ризику серцево-судинних захворювань, сприятиме поліпшенню стану здоров'я суспільства в цілому [1, 5].

Не викликає сумнівів, що завдання боротьби з АГ є посильним для України. Діагностика цього захворювання не потребує великих затрат, проте значних економічних збитків для держави завдають витрати, пов'язані з лікуванням і реабілітацією зазначеної категорії хворих (лікарські препарати, обладнання, медичний персонал, амортизація основних фондів тощо).

Аналіз показників поширеності, захворюваності, інвалідності та смертності від серцево-судинних хвороб свідчить, що значна їх частина припадає на працездатний вік. І з кожним роком гіпертонія "молодіє" [2].

В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, стандартизований за віком показник поширеності АГ серед працездатного населення України становить 34,1%: серед чоловіків – 34,7%; серед жінок – 33,4%.

Наявність підвищеного тиску як захворювання знають лише 46,9% сільських і 85,1% міських мешканців, лікуються відповідно всього 12,4 та 61,2%, з них ефективно – 6,2 та 20,5%. Отже, ситуація щодо контролю АГ незадовільна як у сільській популяції, так і в міській, проте в сільській місцевості вона вкрай несприятлива [1, 2].

Основна частина. Саме на збільшення тривалості життя, його якості, та зменшення смертності, особливо серед людей працездатного віку, і спрямована прийнята нещодавно урядом постанова КМУ від 25.04.2012 р. №340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою». Реалізація його відбуватиметься у два етапи: перший етап передбачає продаж лікарських засобів для лікування гіпертонічної хвороби за цінами, що не перевищують рівень порівняльних (референтних) цін, а другий – запровадження механізму компенсації громадянам вартості ліків від гіпертонічної хвороби (реімбурсації) за рахунок державного та місцевих бюджетів. Доступна ціна на ліки сприятиме значному поліпшенню прихильності хворих до систематичного, постійного лікування і підвищенню його ефективності. Лікування АГ, завдяки наявності якісних та ефективних вітчизняних препаратів, стане доступним для всіх верств населення.

Завдяки реалізації проекту вдасться зберегти життя та здоров'я мільйонам громадян працездатного віку, які досягли найвищого інтелектуального і творчого розвитку та здатні принести суспільству максимальну користь.

У клінічну практику запроваджуються низка антигіпертензивних препаратів (АГП) різних класів, які викликають зниження системного АТ. Частина із них, переважно оригінальні препарати, проходили багатоцентрові контрольовані клінічні дослідження, на базі яких розроблялися безпечні і надійні технології лікування [2].

На основі результатів багатоцентрових досліджень з лікування АГ експертами встановлено, що основні позитивні результати лікування зумовлені застосуванням конкретних груп АГП, а також фактором зниження АТ. Деякі групи препаратів мають перевагу, і тому, за рекомендаціями експертів, вони становлять основу антигіпертензивної терапії і є так званими препаратами основної групи (першого ряду). В якості препаратів першого ряду рекомендується використовувати антигіпертензивні засоби 5-ти класів:

- 1) діуретики;

- 2) інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) ;
- 3) антагоністи кальцію тривалої дії;
- 4) блокатори (антагоністи) рецепторів ангіотензину II ;
- 5) бета-адреноблокатори.

Препарати першого ряду при застосуванні в еквівалентних дозах призводять до однакового зниження АТ та суттєвого зменшення ризику серцево-судинних ускладнень.

Як препарати додаткової групи (другого ряду) слід використовувати:

- 1) альфа-1-адреноблокатори;
- 2) алкалоїди раувольфії;
- 3) центральні α -2-агоністи (клонідин, гуанфацин, метилдопа);
- 4) агоністи імідазолінових рецепторів (моксонідин).

Докази ефективного зниження ризику серцево-судинних захворювань при застосування препаратів другої лінії значно менші порівняно з препаратами першої лінії [1, 2].

Найбільш прийнятними для лікування АГ з групи діуретиків є тіазидові та тіазидоподібні діуретики. Вони запобігають розвитку серцево-судинних ускладнень при АГ, особливо мозкового інсульту. Діуретики знижують тиск завдяки зменшенню реабсорбції натрію і води, а при тривалому застосуванні – зниженню судинного опору, що є основою їх антигіпертензивного ефекту. Основними представниками цієї групи препаратів можна назвати гідрохлор-тіазид, індапамід [1].

Петльові діуретики (фуросемід, торасемід) застосовуються для лікування АГ за наявності ниркової недостатності, а також у хворих з серцевою недостатністю, коли тіазидові діуретики неефективні.

Антагоністи кальцію зменшують АТ завдяки зменшенню судинного тону, зумовленого зменшенням концентрації кальцію в гладких м'язах судин.

Антагоністи кальцію ділять на три групи:

- похідні фенілалкіламіну (верапаміл, галопаміл);
- похідні бензотіазепіну (дилтіазем);

- похідні дигідропіридину (амлодипін, ніфедипін, німодипін).

Слід застосовувати лише антагоністи кальцію тривалої дії, оскільки корот-кодуючі дигідропіридинові похідні можуть справляти негативний вплив на перебіг АГ.

Інгібітори АПФ – це препарати, котрі зменшують концентрацію ангіотензину II в крові та тканинах, а також збільшують у них вміст брадикініну, завдяки чому знижується тонус судин та АТ.

Блокатори рецепторів ангіотензину II – препарати, котрі запобігають реалізації основних фізіологічних ефектів ангіотензину II. За механізмом дії та клінічною ефективністю ці препарати близькі до інгібіторів АПФ.

Блокатори бета-адренорецепторів знижують АТ завдяки зменшенню частоти серцевих скорочень і серцевого викиду та пригніченню секреції реніну. Для лікування АГ застосовують всі групи бета-адреноблокаторів: селективні та неселективні, із внутрішньою симпатоміметичною дією і без такої.

Масштабний мета-аналіз результатів досліджень підтверджує, що основні класи АГП – діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, блокатори рецепторів ангіотензину та бета-блокатори – істотно не відрізняються між собою за загальною здатністю знижувати АТ при артеріальній гіпертензії.

Загальні показники обсягу реалізованих АГП характеризують діяльність лікарів і провізорів щодо впливу на покупця (пацієнта) в плані придбання та застосування ліків. Високі рейтингові позиції займають лікарські засоби, яким на даному етапі розвитку медицини і фармації найбільш оптимальними та прийнятними є співвідношення показників « ефективність \ безпечність \ доступність (вартість) » [4].

У ході дослідження був проведений збір інформації, на основі якого проводився документальний аналіз. Основними джерелами інформації були використані матеріали офіційного сайту МОЗ України, Компендіум 2011-2012 року, електронний Internet-довідник ЛЗ, результати моніторингу фармацевтичного ринку аналітичної системи «Фармстандарт» компанії «Моріон», та інші.

Посилаючись на інформаційні джерела, у 2012 році в Україні було зареєстровано 10320 готових лікарських засобів (ГЛЗ), з яких 3034 – ЛЗ вітчизняного виробництва, 7286 – ЛЗ іноземного виробництва. Частка вітчизняних ГЛЗ складала майже третину від зареєстрованих ГЛЗ на території України.

Аналіз показує, що загальний обсяг роздрібного товарообігу ЛЗ на фармацевтичному ринку за I-ше півріччя 2012 р. склав 13,1 млрд. грн. Спостерігається стабільна тенденція до збільшення з кожним роком обсягів роздрібного товарообігу ЛЗ. Зростає довіра українських лікарів і пацієнтів до препаратів вітчизняного виробництва.

На основі аналізу обсягів продажу ЛП охарактеризували структуру споживання антигіпертензивних ЛП. Встановлено, що загальний товарообіг АГП за I-ше півріччя 2012 р. склав 910990,89 тис. грн., з яких 95,86% (873235 тис. грн.) становить роздрібна і 4,14% (37755,89 тис. грн.) госпітальна реалізація.

При цьому найбільший сегмент ринку АГП у 2012 році за кількістю позицій та сумою реалізації посіли препарати інгібіторів АПФ (рис.1).

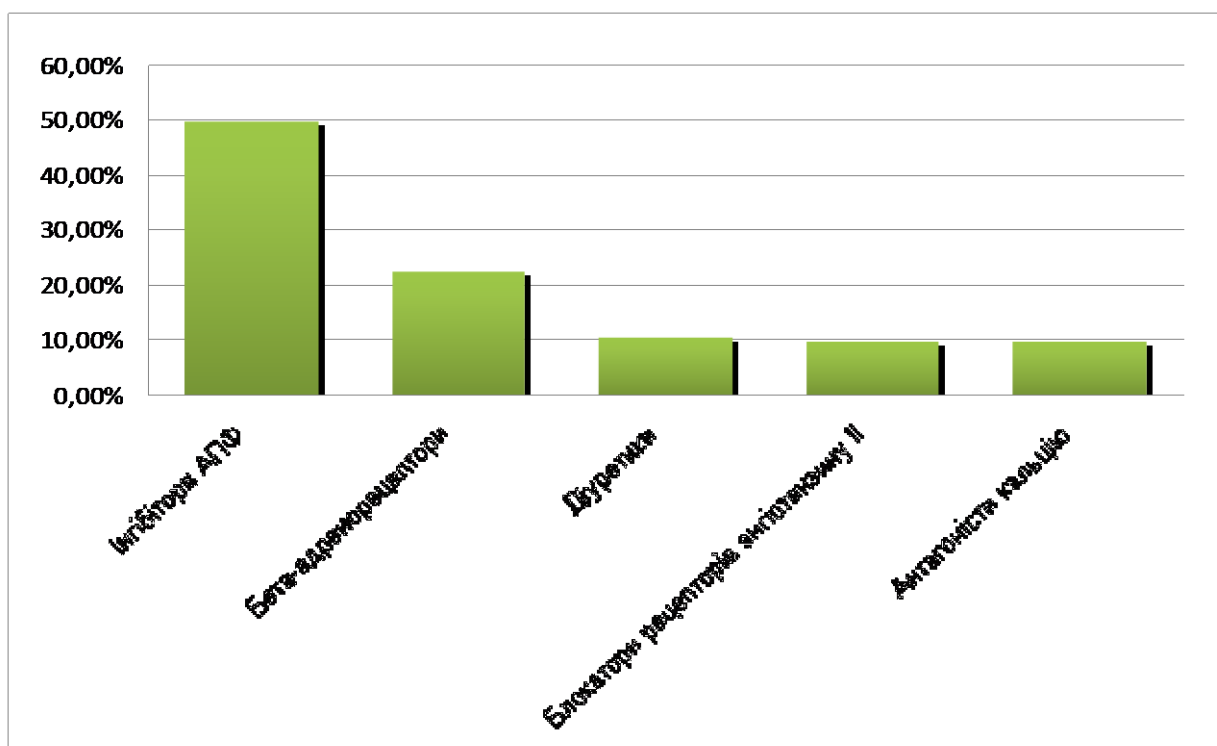


Рис. 1. Структура споживання зареєстрованих АГП у 2012 році

Реалізація препаратів АПФ складає 49,9% або 427 113,14 тис. грн., бета-адренорецепторів – 22,6% (206 246,45 тис. грн.), діуретиків – 10,5% (95 790,51 тис. грн.), блокаторів рецепторів ангіотензину II – 10% (91 109,05 тис. грн.) та антагоністів кальцію – 9,96% (90 731,73 тис. грн.).

Збільшення обсягів госпітальних продаж АГП за період 2011-2012 рр. відмічено майже по всіх групах таких ліків (табл.1).

Таблиця 1

Госпітальні продажі антигіпертензивних лікарських засобів
у 2010-2011 роках та I-му півріччі 2012 року

№ п/п	Назва препарату	К-ть позицій ТМ	Обсяг продаж за I-ше піврічч. 2012 р., тис. грн.	Обсяг продажу за 2011 р., тис. грн.	Обсяг продажу за 2010 р., тис. грн.	Темп приросту (спад), %
1	Амлодипін	45	1358,88	2 575,25	2 417,43	106,53
2	Атенолол	8	6,13	25,77	62,49	41,24
3	Бісопролол	27	3897,00	4 794,92	3 553,50	134,94
4	Верапаміл	11	1027,06	1 455,96	938,74	155,10
5	Гідрохлортіазид	3	386,99	378,93	175,14	216,36
6	Дилтіазем	7	116,77	9,45	5,7	165,79
7	Еналаприл	25	2920,55	6 727,14	6 883,41	97,73
8	Індапамід	11	1455,53	118,39	305,55	38,74
9	Ірбесартан	2	603,18	2 900,73	1 405,43	206,39
10	Каптоприл	6	892,44	971,52	726,65	133,70
11	Лізіноприл	42	1877,99	1 972,84	1 206,90	163,46
12	Лосартан	20	468,42	15,01	62,21	24,13
13	Метопролол	17	408,29	380,93	491,47	77,51
14	Ніфедипін	19	852,37	44,63	54,79	81,46
15	Спіронолактон	4	1301,64	813,25	752,04	108,14
16	Фелодипін	6	126,30	303,58	374,76	81,01
17	Фозиноприл	3	25,27	394,79	537,66	73,43
18	Фуросемід	12	3520,97	8 186,69	6 373,46	128,45
Всього:			21245,78	32 069,78	26 327,33	121,12

При цьому найбільші темпи приросту використання АГП у стаціонарах становлять гідрохлортіазид, ірбесартан, лізіноприл, верапаміл, бісопролол, найбільші обсяги в грошовому вимірі – фуросемід (25,53%), еналаприл

(20,98%) та бісопролол (14,95%), а в натуральних показниках (упаковках) – фуросемід (44,99%), еналаприл (26,02%) та каптоприл (6,04%).

Встановлено, що більше 35% торгових марок АГП – це продукція фармацевтичних компаній України, близько 18% – індійського, 11,2% – німецького виробництва, по 5,3% – виробництва Словенії та Угорщини, 4,8% – Чехії, 3,7% - Болгарії, 2,7% – Польщі, 1,6% – Македонії. Інші 12,2% ліків випускаються іноземними фармацевтичними компаніями 19 країн.

Структура ринку АГП України (2010-2011 р.р. та I-ше півріччя 2012 р.) залишається відносно стабільною. Узагальнені показники подані на рис. 2.

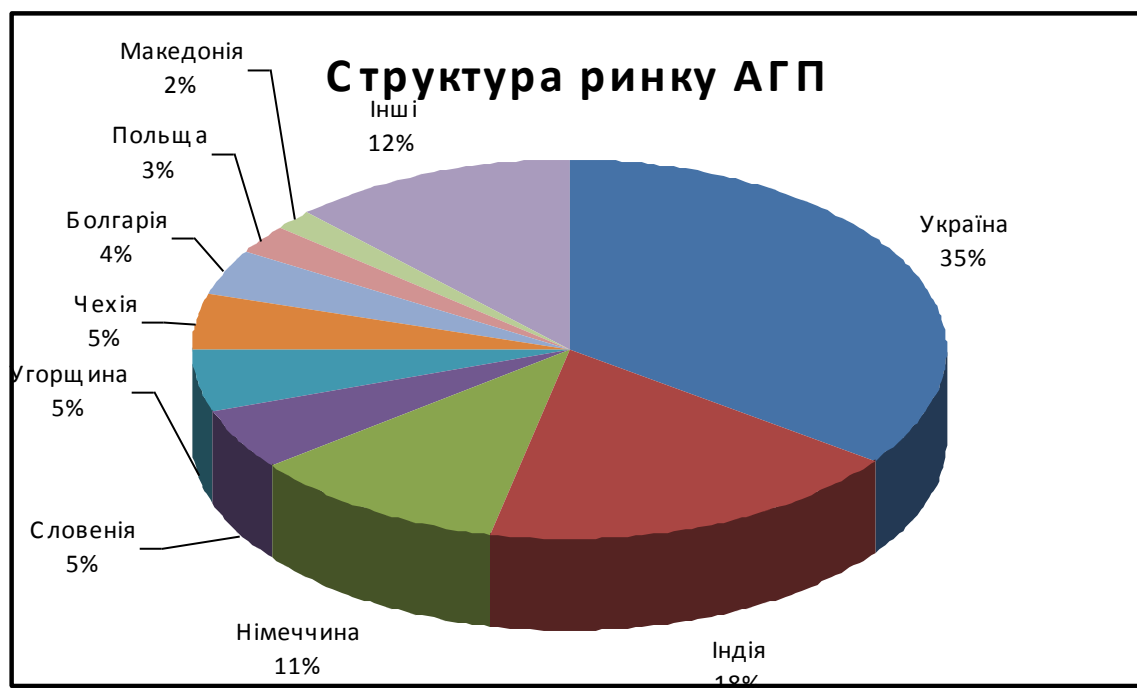


Рис. 2. Структура ринку АГП України

Вітчизняні антигіпертензивні лікарські препарати випускаються 22 вітчизняними фармацевтичними компаніями, провідними з яких є: ТОВ «Астрафарм», ЗАТ НВЦ «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод», ПрАТ Фармацевтична фірма «Дарниця», ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», ТОВ «Астрафарм», ВАТ «Фармак», ОАТ «Луганський ХФЗ» та інші.

Висновки

1. Зберігається зростаюча тенденція до поширеності захворювання на артеріальну гіпертензію, особливо у молодому та юному віці, що веде до важких соціально-економічних наслідків.

2. Встановлено, що загальний товарообіг у I-му півріччі 2012 року препаратів інгібіторів АПФ склав 49,9% (427 113,14 тис. грн.), бета-адренорецепторів – 22,6% (206 246,45 тис. грн.), діуретиків – 10,5% (95 790,51 тис. грн.), блокаторів рецепторів ангіотензину II – 10% (91 109,05 тис. грн.) та антагоністів кальцію – 9,96% (90 731,73 тис. грн.).

3. За результатами аналізу госпітальних продаж антигіпертензивних лікарських засобів у 2010-2011 роках та I-му півріччі 2012 року встановлено, що найбільшу частку реалізованого товару в грошовому вимірі складають препарати фуросемід (25,53%), еналаприл (20,98%) та бісопролол (14,95%), а в натуральних показниках (упаковках) – фуросемід (44,99%), еналаприл (26,02%) та каптоприл (6,04%).

4. Сучасний ринок антигіпертензивних лікарських засобів представлено фармацевтичними компаніями 28 країн світу, при цьому АГП випускаються 22 українськими фармацевтичними компаніями. Продукція фармацевтичних компаній України складає 35% вітчизняного фармацевтичного ринку антигіпертензивних препаратів.

Література

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік) / Є.П. Свіщенко, А.Е. Багрій, Л.М. Єна [та ін.] // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 1(21). – С.96-119.

2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Первинна медична допомога (догоспітальний етап). Вторинна (спеціалізована) медична допомога (2012 рік) // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 1(21). – С.67–95.

3. Ревяцький І.Ю. Аналіз асортименту лікарських засобів для лікування артеріальної гіпертензії у дітей та підлітків / І.Ю. Ревяцький. // Фармацевтичний менеджмент, маркетинг та логістика. – 2012. – №2. – С. 95–101.
4. Стрилець О.П. Аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку антигіпертензивних лікарських препаратів / О.П. Стрилець, Ю.Л. Стрельникова, Л.С. Стрельников.// Запорозький медичний журнал – 2011. – Т. 13. – с. 54.
5. Горбась І.М. Оцінка поширеності та контролю артеріальної гіпертензії серед населення України / І.М. Горбась // Новини медицини і фармації. – 2007. – № 229. – С.22–24.
6. Коваленко В.М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Український кардіологічний журнал [Електронний ресурс]. – Режим доступу до інформації: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/539>
7. Компендіум он-лайн. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до інформації: <http://www.compendium.com.ua/atc/N03>
8. Настанова з кардіології / за ред. В.М. Коваленка. – К.: МОПІОН, 2011. –1368 С.

УДК 615.225.22

HYPERTENSION AND CONSUMPTION OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICINES IN UKRAINE

Baygush Yu. V., Semeniv D.V., Slobodyanyuk M.M.

mihael.s.b@mail.ru

Summary: *The current state of social and economic problems of high blood pressure has been characterized. A study of the arsenal of medicines used to treat of hypertension according to clinical protocols recommended by the Ukrainian Association of Cardiologists has been carried out. The structure of consumption and competition environment of antihypertensive medicines has been analyzed.*

Keywords: hypertension, market of antihypertensive medicines, the volume of sales, competitive environment.

STRENGTHS AND WEAKNESSES OF CHAOS THEORY IN MARKETING

Mnushko Z.M., Timanyuk I.V.

National University of Pharmacy

timanjuk@rambler.ru

When examining more closely the reasons why marketing is an increasingly complex discipline, the concept of "chaos" in the scientific sense may be attributed: one thinks immediately of the distortion of results that is observed between the initial conditions of a product test conducted in a focus group for example and the actual results of sales a few weeks or months after the effective launch of the product and its marketing.

Indeed, this equation cannot appear that the findings of a customer study are equal to consumer events predictive of the "chaotic" Marketing". Because the change of initial states (here the variation and inaccurate responses of panelists for example) will cause an opposite reaction and very serious consequences for the subsequent events that are normally "predictable" (launch failure of a new product on the market following a study by the declarative bias of participants who say the opposite of what they think), but "not achieved" within the meaning of the term probability.

This complexity can become totally chaotic and erratic and generate a deterministic noise. It is in this sense that marketing gets into trouble when there is an extremely sensitive dependence on initial conditions. A very small initial change can impact in very important and unexpected ways. This is what is called «the chaotic behavior». The transition from stable to chaotic dynamics depends on the combination and the relative strength of different elements. Therefore, the impact of a minimal change in the initial state of a chaotic system is unpredictable and can cause changes dramatically different with considerable differences in outcomes. Consequently, one can doubt the ability to model a prediction in marketing: it is indeed a problem of the method and a paradigm shift required to make marketing become a form of predictive science.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Бушина Н.С., Дремова Н.Б.

Курский государственный медицинский университет

n-bush@mail.ru

Фармацевтическая отрасль на современном этапе занимает одно из ведущих мест среди отраслей экономики. Это объясняется рядом причин: относительная простота и легкость прогнозирования изменений спроса, динамично развивающиеся рынки сбыта готовых лекарственных средств, внимание государства к здоровью нации и др. [3]. Наиболее объемным по числу участников рынка является розничный фармацевтический сектор, представленный различными формами аптечных организаций (АО). Стабильный рост доходов розничных торговцев обуславливает их заинтересованность в развитии бизнеса и открытии новых АО. Данные обстоятельства приводят к обострению конкуренции между участниками фармацевтического рынка и, как следствие, обуславливают необходимость постоянно осуществлять мониторинг конкурентной среды с целью сохранения рыночной ниши и укрепления конкурентных позиций.

Цель исследования – мониторинг состояния конкурентной среды на региональном фармацевтическом рынке (на примере Курской области).

Методы исследования: вариационная статистика, группировка, ранжирование, сравнительный анализ.

Объекты исследования: количество участников рынка (по числу зарегистрированных лиц и торговых точек), число АО на 1000 населения (источники – данные отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и территориального органа федеральной службы государственной статистики по Курской области).

В связи с тем, что уровень конкуренции на рынке определяется количеством продавцов, предлагающих фармацевтическую и парафармацевтическую продукцию, проведен анализ субъектов, получивших лицензию на осуществление фармацевтической деятельности на территории Курской области (табл. 1).

Таблица 1

Структура и динамика АО на фармацевтическом рынке Курской области за 2007-2011 гг.

Год	Зарегистрированные лица							Число торговых точек				
	Юридические лица			Индивидуальные предприниматели			Итого					
	Абс. знач, ед.	Прирост, %	Доля, %	Абс. знач, ед.	Прирост, %	Доля, %	Абс. знач, ед.	Прирост, %	Абс. знач., ед.	Прирост, %	На 1000 населения	Прирост, %
2007	181	-	54,5	151	-	45,5	332	-	528	-	0,46	-
2008	127	-29,8	46,9	144	-4,6	53,1	271	-18,4	570	1,08	0,50	8,7
2009	96	-24,4	44,4	120	-16,7	55,6	216	-20,3	580	1,02	0,51	2,0
2010	121	26,0	53,5	105	-12,5	46,5	226	4,6	615	1,08	0,55	7,8
2011	123	1,6	53,0	109	3,8	47,0	232	2,6	635	1,03	0,57	3,6
Ср. зн	119	-9,2	50,2	118	-8,0	49,8	237	-8,3	586	1,05	0,52	5,5

В ходе анализа установлены следующие факты:

1) количество субъектов – юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с в первые три исследуемых периода снижается, начиная с 2010 наблюдается рост; отрицательные темпы прироста обусловлены кризисными явлениями в экономике;

2) распределение долей между субъектами предпринимательской деятельности примерно равное: доля юридических лиц в среднем за 5 лет 50,2%, индивидуальных предпринимателей - 49,8%;

3) в динамике наблюдается незначительный, но стабильный рост числа торговых точек (средний темп прирост 1,05%); этот факт может свидетельст-

воват о формировании аптечных сетей и перераспределении конкурентных сил;

4) наблюдается рост количества торговых точек из расчета на 1000 населения области (средний прирост 5,5%); увеличение числа потенциальных потребителей может повлиять на силу конкуренции на локальном рынке.

В рамках настоящего исследования осуществлено прогнозирование количества участников рынка (по числу торговых точек) для установления возможности появления новых конкурентов на рынке и обострения уровня конкурентной борьбы в ближайшей перспективе. Сравнительный анализ и многовариантное математическое моделирование осуществлялось по программе ТРЕНД [1,2]. Ниже представлена интерпретация полученных результатов:

- 1) коэффициент вариации составляет 6,34%, значение находится в допустимых пределах (нормативное - 33%); полученные данные свидетельствуют о незначительных колебаниях индивидуальных значений признаков, следовательно, об однородности изучаемой совокупности;
- 2) значение коэффициента корреляции равно 0,986, что подтверждает практически функциональную зависимость показателей от времени и доказывает возможность применения метода аналитического выравнивания для выявления трендов;
- 3) из 13 математических моделей по критериям оптимальности отобраны 3 уравнения: прямой линии, модифицированной экспоненты, параболической кривой;
- 4) коэффициенты корреляции ($R=0,99$) и детерминации ($R^2=0,97-0,98$) свидетельствуют о тесной функциональной зависимости динамики показателя от времени; оставшиеся 2-3% определяются случайными факторами; справедливость сделанных выводов подтверждают показатели MAPE (0,8%-0,96%);
- 5) наиболее реальными являются прогнозные значения, рассчитанные по модели модифицированной экспоненты (значения меньше других), составляющие 643 и 654 участников рынка соответственно в 2012-2013 гг.

Таким образом, мониторинговые исследования позволяют выявить тенденции в изменении числа участников-продавцов на рынке, которые необходимо учитывать при оценке конкурентных позиций; использование статистических методов повышает научную обоснованность выявленных тенденций.

Литература:

1. Демидов, Н. Фармацевтический бизнес в России - больше чем бизнес [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalru.ru>
2. Дремова, Н.Б. Изучаем окружающую среду аптечного учреждения / Н.Б. Дремова // Новая аптека. Эффективное управление. – 2007. - №3. – С. 33-40.
3. Дремова Н.Б. Маркетинг в аптеке: шаг за шагом. – М.: МЦФЭР, 2008. – 190с.

ВІДОМЧА ЛІКАРНЯНА ФАРМАЦІЯ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кричковська А.М.¹, Ушкалова О.М.², Громовик Б.П.³, Хоменко І.М.⁴,
Паращин Ж.Д.¹, Новіков В.П.¹

¹Національний університет «Львівська політехніка»

²Львівський госпіталь Державної прикордонної служби України

³Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

⁴Військово- медичний клінічний центр Західного регіону

vnovikov@polynet.lviv.ua

Резюме. Проаналізовано практичний досвід проведення процедури закупівель лікарських засобів і виробів медичного призначення відомчими закладами охорони здоров'я за держбюджетні кошти.

Ключові слова: лікарняна фармація, відомчі заклади охорони здоров'я, тендерні торги.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. Лікарняна фармація – це частина фармації, що займається теорією і практикою фармацевтичної допомоги хворим, які перебувають у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) [1]. Однією з найважливіших її функцій є створення оптимальної системи закупівлі лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП). В умовах обмеженого фінансування ЗОЗ одним з дієвих шляхів оптимізації використання наявних коштів є запровадження новітніх технологій управління закупівлею ЛЗ, а саме: ефективних методів визначення пріоритетних ЛЗ і визначення потреби в них, конкурсних закупівель (тендерів) на засадах прозорості та раціональності використання бюджетних коштів, технологій добору та моніторингу діяльності виробників (постачальників), програм управління закупівлями ЛЗ та ін. [4].

Аналіз останніх досліджень з публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спираються автори. Вивчення фактографічних матеріалів показало, що досягнення нового, якісного рівня фармацевтичної допомоги ЗОЗ в умовах жорстких бюджетних обмежень неможливе без удосконалення ефективності використання коштів, що направляються на закупівлю ЛЗ [5-7].

Щодо національної системи охорони здоров'я, то здійснено дослідження з управління тендерними закупівлями медичної та фармацевтичної продукції. Вказано на неефективність системи державних закупівель ЛЗ. Встановлено, що обсяги децентралізованих закупівель окремих областей не відповідають реальній потребі, внаслідок чого ЛЗ не використовуються до закінчення терміну придатності при одночасному дефіциті аналогічних ЛЗ в інших регіонах [9]. При цьому проаналізовано ризики державних закупівель медичної та фармацевтичної продукції, а також визначено прямі та опосередковані наслідки реалізації ризиків бюджетних закупівель та їх взаємозв'язок [2].

На прикладі військово-медичного складу науково обґрунтовано та опрацьовано методичні підходи до організації та удосконалення медикаментозного забезпечення військовослужбовців з погляду концепції логістичного управління [8].

Виділення невирішених частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття. Аналіз даних літератури показав, що питанням закупівлі ЛЗ і ВМП для потреб відомчих ЗОЗ не приділялось належної уваги, що й визначило мету роботи.

Формування цілей статті. Метою нашого дослідження був аналіз досвіду проведення закупівлі ЛЗ і ВМП відомчими ЗОЗ м. Львова.

Виклад основного матеріалу дослідження з новим обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Об'єктами дослідження обрано дані щодо проведення процедури закупівлі ЛЗ і ВМП за три роки ЗОЗ двох різних відомств, що умовно позначені як ЗОЗ₁ і ЗОЗ₂.

Як видно з даних табл. 1, відомчі ЗОЗ відрізнялися за кількістю стаціонарних відділень та поліклінічних кабінетів, ліжко-місць, контингентом пацієнтів, що обслуговувалися тощо.

Таблиця 1

Характеристика загальних показників ЗОЗ, що досліджуються

Кількість:	ЗОЗ ₁					ЗОЗ ₂				
	2009	2010	Тпр*	2011	*Тпр	2009	2010	*Тпр	2011	*Тпр
стаціонарних відділень	10	11	10	12	9,1	35	35	0	35	0
поліклінічних відділень (кабінетів)	1 (13)	1 (13)	0	1 (13)	0	2 (15)	2 (15)	0	2 (15)	0
ліжко-місць	250	200	-20	100	-50	625	625	0	625	0
пацієнтів, що обслуговувалися	3179	2864	-9,9	3015	5,3	12275	13117	6,9	13091	-0,2
*Тпр – ланцюговий темп приросту (спаду)										

У ЗОЗ₁ склалась, на перший погляд, парадоксальна ситуація - при зростанні кількості стаціонарних відділень ($T_{пр2010} = 10\%$ і $T_{пр2011} = 9,1\%$) значно зменшилась кількість ліжко-місць ($T_{пр2010} = -20\%$ і $T_{пр2011} = -50\%$). Однак, детальний аналіз ситуації дозволив встановити, що зменшення кількості ліжко-місць відбулось внаслідок реорганізації та об'єднання двох відділень - інфекційних хвороб і шкірно-венерологічного. При цьому в 2010 р. було відкрито амбулаторно-поліклінічне відділення з денним стаціонаром, а у 2011 р. – відділення нетрадиційної медицини. Загальна кількість пацієнтів внаслідок перерозподілу між стаціонарними та поліклінічними підрозділами залишилась протягом трьох років відносно стабільною: у 2010 кількість пацієнтів по відношенню до попереднього року зменшилась на 9,9%, а у 2011 році збільшилась на 5,3%.

Щодо ЗОЗ₂, то протягом досліджуваних років усі показники, окрім кількості пацієнтів, були сталими величинами. Динаміка показника «кількість пацієнтів, що обслуговувалися» мала тенденцію до зростання у 2010 р. по відношенню до 2009 року на 6,9%. Зазначене пояснюється епідемією грипу в цей

період та не пов'язане зі збільшенням ліжко-місць або відкриттям нових відділень. У 2011 р. цей показник дещо ($T_{пр} = -0,2\%$) зменшився.

Крім того, нами було проаналізовано динаміку держбюджетних коштів, що були виділені на проведення закупівель, динаміку кількості закупівельних лотів, кількість угод, а також досвід проведення процедури торгів і процесу постачання ЗОЗ ЛЗ і ВМП згідно з укладеними угодами.

Таблиця 2

Статистичні показники закупівель ЛЗ і ВМП

Показники закупівель ЛЗ і ВМП	ЗОЗ ₁					ЗОЗ ₂				
	2009	2010	T _{пр} *	2011	*T _{пр}	2009	2010	*T _{пр}	2011	*T _{пр}
Обсяг коштів на ЛЗ та ВМП (бюджет), тис. грн.	500	600	20	650	8,3	3010	2870	-4,7	1931	-32,7
Кількість закупівельних лотів, од.	2	0	-100	0	0	16	17	5,9	13	-23,5
Кількість укладених тендерних угод, од.	2	0	-100	0	0	16	17	5,9	13	-23,5
Кількість відхиленних пропозицій, од.	1	0	-100	0	0	6	4	-33,3	8	100
Кількість фірм-посередників, що приймали участь, од.	3	0	-100	0	0	15	12	-20	9	-25
*T _{пр} – ланцюговий темп приросту (спаду)										

Як видно з даних табл. 2, обсяг коштів, виділених на ЛЗ і ВМП у ЗОЗ₁, має тенденцію до зростання відповідно до попереднього періоду – у 2010 р. на 20%, а в 2011 р. на 8,3%. Однак загальна сума у декілька раз менша порівняно з асигнуваннями держбюджетних коштів, виділених ЗОЗ₂. Ріст обсягу коштів ЗОЗ₁ відбувався за рахунок поповнень держбюджетних надходжень із спецфонду внаслідок співпраці із страховими компаніями та обслуговування страхових пацієнтів.

Аналіз проведених тендерних закупівель ЗОЗ₁ дозволив встановити, що процедура відкритих торгів проводились лише у 2009 р., позаяк у 2010 р. відповідно до законодавства змінились умови застосування і проведення процедури запиту цінових пропозицій [3]. Для замовників ЛЗ і ВМП за умови, що їх вартість не перевищує 200 тис. грн., з'явилась можливість застосовувати простішу процедуру закупівлі та одночасно забезпечити весь діапазон необхідних ЛЗ і ВМП. Тому у 2010-2011 рр. для закупівлі використовували процедуру запиту цінових пропозицій, а також закупівлю в одного учасника (для наркотичних, психотропних і отруйних ЛЗ та прекурсорів списку 1).

Вивчення статистичних даних щодо закупівель ЗОЗ₂ показало, що досліджувані показники з року в рік зменшувалися ($T_{пр2010} = -4,7\%$ і $T_{пр2011} = -32,7\%$). Зменшення обсягів асигнувань впливали опосередковано на зміну інших показників. На практиці ЗОЗ₂ застосовує одну процедуру проведення закупівель – відкриті торги, оскільки він має напрацьовану базу даних фармацевтичних підприємств-посередників, які у них приймають участь відповідно до закупівельних лотів.

Процедура відкритих торгів проводиться з метою залучення великих фармацевтичних підприємств-посередників, які мають максимальний асортимент ЛЗ і ВМП, а також можуть представити листи авторизації від вітчизняних виробників і постачальників імпортованих ЛЗ. Все вищесказане дозволяє не залучати до участі в торгах фірм-посередників, які не спроможні представити тендерну документацію у повному обсязі та фактично займаються перепродажем ЛЗ великих фармацевтичних підприємств-посередників. Також такий підхід дозволяє зменшити ціну за одиницю продукції, збільшити кількість придбаних ЛЗ за визначений обсяг коштів і зменшити ризики щодо можливої закупівлі фальсифікованих ЛЗ.

Проте, варто зауважити, що кількість закупівельних лотів знижується із зменшенням виділених на закупівлю коштів. Закупівля ЛЗ і ВМП проводиться за ступенем пріоритетності. Перевага надається закупівлі ЛЗ для надання невідкладної допомоги (наркотичні, психотропні, обезболюючі, засоби для нар-

козу, антибіотики, серцево-судинні ЛЗ тощо). Потім закупаються ЛЗ і ВМП для базового лікування – стерильні розчини, системи для вливання розчинів, шприци одноразового застосування, дезінфікуючі засоби, рентгенівська плівка тощо. За умови залишку коштів купують ЛЗ третьої черги – для надання спеціалізованої вузької допомоги залежно від профілю стаціонарних відділень.

Висновки з даного дослідження та перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

На підставі проведеного нами дослідження процесу забезпечення ЛЗ і ВМП двох відомчих ЗОЗ, встановлено, що:

- в одному випадку (ЗОЗ₁) обрано процедуру запиту цінових пропозицій, яка зменшила кількість необхідної супровідної документації та пришвидшила проведення самої процедури;

- в іншому випадку (ЗОЗ₂), було обрано процедуру відкритих торгів, яка дала можливість користуватися послугами вивічених фармацевтичних підприємств-постачальників для повного забезпечення потреби лікувального процесу при зменшенні обсягів асигнувань, однак викликало необхідність ранжування закупівлі ЛЗ і ВМП за ступенем пріоритетності.

Перспективним для оптимізації та удосконалення ефективності використання держбюджетних коштів є аналіз досвіду роботи ЗОЗ різного відомчого підпорядкування для створення статистичної бази даних щодо динаміки використання певних процедур закупівлі, фармацевтичних підприємств – переможців торгів, переліків ЛЗ і ВМП, що формують лоти.

Література:

1. Громовик Б.П. Наукове обґрунтування взаємозв'язку сучасних складових фармації, спрямованих на кінцевого споживача /Б.П.Громовик, В.В.Пропіснова, І.А. Зупанець //Клінічна фармація. – 2010.-Т.14. - №2.- С.3-6.

2. Євтушенко О.М. Вивчення ризиків у сфері державних закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення / О.М. Євтушенко, З.М.

Мнушко, В.Д. Немцова //Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2010. - № 4(12). – С. 50-56.

3. Закон України від 01.06.2010р. № 2289-VI «Про здійснення державних закупівель» (зі змінами згідно Закону України від 08.07.2011р. № 3681-VI «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань державних закупівель» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/46270>.

4. Карнаух М. Державні закупівлі ліків [Електронний ресурс] /М.Карнаух. – Режим доступу: <http://amm.net.ua/2011-09-07-07-06-55.html>.

5. Моніторинг державних закупівель [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/98596>.

6. Посилкіна О.В. Шляхи удосконалення технології бюджетування на фармацевтичних підприємствах / О.В. Посилкіна, Н.М. Мусієнко // Фармац. журн. – 2008. – № 3. – С.10-16.

7. Результати державних закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення за державні кошти [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/159404>.

8. Убогов С.Г. Наукове обґрунтування медикаментозного забезпечення військовослужбовців на основі концепції логістичного управління: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / С. Г. Убогов. – К. – 2008.– 26 с.

9. Шолойко Н.В. Оптимізація управління тендерними закупівлями медичної та фармацевтичної продукції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи»/ Шолойко Н.В. - К., 2010. - 23 с.

Resume. *Practical experience in procurement of medicines and medical products by departmental health care institutions for the state budget funds were analyzed.*

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ –
ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕЙ
ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАЦИИ**

Мырина А.Л., Геллер Л.Н.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Иркутский государственный медицинский университет»

Anna812481@mail.ru

Резюме. *Исследования, проводимые на кафедре управления и экономики фармации, показывают целесообразность развития специализированной фармацевтической помощи, как основы формирования и выстраивания новых форм организации, а также функционирования и взаимодействия медицинской и фармацевтической составляющих на стационарной ступени оказания медицинской помощи.*

Введение. Значимость социальной роли здравоохранения и фармации определяется их местом по обеспечению жизнедеятельности общества. Поэтому характерной тенденцией российской системы здравоохранения и фармации становится поиск более эффективных способов повышения качества оказания медицинской и фармацевтической помощи (МП и ФП) и разработка путей оптимизации баланса интересов социального и коммерческого направлений отечественного фармацевтического рынка.

Высокая социальная приоритетность ЛП диктует необходимость разработки научно обоснованной адекватной лекарственной политики, способствующей концентрации финансовых ресурсов лечебно–профилактического учреждения (ЛПУ) по закупу лекарственных препаратов (ЛП) с высокими потребительскими свойствами.

По мнению ряда ученых страны (Дремова Н.Б., Овод А.И., Коржавых Э.А., Мошкова Л.В., Геллер Л.Н. и др.) одним из перспективных направлений фарма-

цевтической науки и практики, учитывающим в должной мере современные теоретические и практические аспекты этой области, является специализированная ФП. Перспективы и тенденции развития специализированной ФП, в частности на этапе реанимации и интенсивной терапии (ЭРИТ), являются фрагментом исследований кафедры управления и экономики фармации ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» по проблеме «Фармация» №01960009204.

Целью настоящей работы является представление результатов исследований кафедры управления и экономики фармации ГБОУ ВПО «ИГМУ» в области фармацевтического менеджмента и маркетинга на примере организации специализированной ФП стационарным больным на ЭРИТ.

Материалы и методы. С позиций теории менеджмента основой исследований явилась концепция наличия терапевтических взаимоотношений (ТВ) в системе: врач – провизор. Обязательным условием данного направления явилось принятие всеми участниками и партнерами ТВ единых стандартов и подходов по оказанию МП и ФП [1, 2]. В результате, в формате исследований, ТВ явились основой оказания своевременной и качественной МП и ФП, что позволило объединить и представить данные виды помощи в виде единой и неразрывно функционирующей системы, направленной на своевременную и оперативную выработку и реализацию разнопрофильными специалистами единой тактики действий. Преимущество подобного подхода подразумевает не только своевременное, а подчас и одновременное оказание услуг, связанных как с терапией, так и с использованием соответствующих ЛП в строго определенной последовательности и целесообразном сочетании. Описываемый подход также подразумевает, что основной формой взаимодействия врача и провизора является разработка совместных программ по реализации стоящих целей с четкой координацией действий.

Объектами исследований явились данные медицинских карт пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за период 2004-2010 гг. (7228), в том числе 123 медицинских карт тяжелых больных; анкеты экс-

пертной оценки для врачей-реаниматологов (16); показатели российского и регионального рынка ЛП для фармакотерапии таких больных (данные Государственного реестра лекарственных средств РФ 2012 г. и крупнейших национальных и региональных дистрибьюторов); массив отечественных и иностранных публикаций по оптимизации и рациональному ФП на стационарной ступени (243 публикации за период 1999-2012 гг.).

Комплексность исследования в целом обеспечивалась последовательным применением методов исторического, системного, логического, ретроспективного и социологического, маркетингового анализов, анализа иерархий и контент-анализа, экспертной оценки, логико-математического моделирования, кластерного подхода, статистического (попарное межгрупповое сравнение показателей по U-критерию Манна-Уитни и ранговой корреляции Спирмена, фармакоэкономического («затраты-эффективность») методов. Статистический анализ данных проведен с помощью пакета SPSS Statistics 19. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Проведенный нами контент-анализ предметной области отечественных исследований по проблеме ФП показал, что российскими учеными фактически сформирована и разработана пошаговая стратегия оптимизации ФП различным категориям больных на уровне конкретного субъекта РФ. Однако формирование такой стратегии в отношении ФП на ЭРИТ затруднено небольшим количеством исследований, фактического материала и моделей, в частности, по организации ФП пациентам ОРИТ, имеющим осложнения заболеваний.

Зарубежными исследователями установлено наличие зависимости между возникновением лекарственных взаимодействий и количеством назначенных ЛП, длительностью пребывания больного в отделении. Основное направление исследований в вопросах реанимации и интенсивной терапии заключается в определении содержания синдромальной фармакотерапии критических состояний и одного из важнейших клинических состояний, приводящих к полиорганной недостаточности, – сепсиса. В публикациях подчеркивается также

специфика взаимодействия ОРИТ с профильными подразделениями, аптекой, что требует разработки нового комплексного и структурно-функционального подхода к формированию единых правил, стандартов при определении потребности в ЛП и расходном материале. Все это означает необходимость и целесообразность обновления существующей практики оказания ФП на ЭРИТ.

Таким образом, на основании анализа и обобщения литературных данных – 1 этап работы, установлена актуальность и целесообразность проводимых исследований, направленных на выявление содержания деятельности провизоров на ЭРИТ, участков и аспектов их взаимодействия с врачами-реаниматологами, оптимизацию ассортимента ЛП для ОРИТ и фармакотерапии в целом, т.е. на оптимизацию ФП реанимационным пациентам. При выполнении 2 этапа исследований, нами выявлена необходимость в оптимизации ФП реанимационным больным на территории Кемеровской области, для которой характерны неблагоприятная экологическая обстановка, сокращение численности населения на 3,9% (за период 2004-2011 гг.), рост общей заболеваемости, высокий уровень госпитальной заболеваемости, рост промышленного травматизма. Нередки случаи аварий и катастроф на предприятиях химической и угледобывающей отраслей региона, повышающие нагрузку на отделения реанимации и интенсивной терапии. Выявленные факторы и тенденции служат объективными предпосылками повышения уровня МП и ФП пациентам реанимационных отделений.

В результате контент-анализа 7228 медицинских карт пациентов ОРИТ ЛПУ г. Новокузнецка за период 2004-2010 гг. сформирован социально-демографический и медицинский портрет больных. Среди реанимационных больных 60% составляют мужчины, 63% - лица трудоспособного возраста, большинство (85%) – с хирургическими патологиями. Основные нозологии представлены перитонитами, острым и деструктивным панкреатитами, гнойными пиелонефритами, осложненным течением беременности и послеродового периода, отягощенные сепсисом, тяжелым сепсисом и септическим шоком. Дли-

тельность пребывания больного в отделении составляет в среднем четверо суток. ЛП назначаются в количестве 5-7 наименований, в соответствии с действующими стандартами.

Полученные данные свидетельствуют о такой специфике фармакотерапии реанимационных больных, как преобладание хирургических патологий, отягощенных сепсисом, что не только ухудшает состояние больных, но и требует проведения синдромальной фармакотерапии, обусловленной необходимостью лечения пациентов не просто по основной нозологии, а по комплексу определенных синдромов. Данными обстоятельствами обусловлены такие потенциальные проблемы фармакотерапии как необходимость применения своевременной и адекватной антибактериальной фармакотерапии новейшими антибактериальными препаратами из-за высокого риска устойчивости возбудителей сепсиса к существующим лекарствам, так и риск развития взаимодействий ЛП из-за вынужденной полипрагмазии. Выявлена также большая потребность в формировании оптимального лекарственного ассортимента, поскольку реанимационные мероприятия и интенсивная терапия – одни из самых дорогостоящих видов МП и ФП.

Основными мероприятиями на ЭРИТ являются: антибактериальная, инфузионная и трансфузионная терапия, инотропная и вазопрессорная поддержка, использование антикоагулянтов, профилактика стрессовых язв, нутритивная поддержка. При этом синдромальный характер терапии существенно влияет на используемый лекарственный ассортимент. Установлено, что основные затраты приходятся на закуп препаратов из следующих шести фармакотерапевтических групп: антибактериальные препараты, антикоагулянты прямого действия, плазмозаменители, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, средства клинического питания.

Проведенный нами контент-анализ Государственного реестра лекарственных средств показал, что к началу 2012 г. в России были зарегистрированы 33 международных непатентованных наименований и 318 торговых наименований ЛП, рассматриваемых шести фармакотерапевтических групп для лечения

больных на ЭРИТ. Тридцать препаратов из 318 – это средства парентерального клинического питания. Показатели ассортиментного контура регионально-го рынка в разрезе основных фармакотерапевтических групп, применяемых в ОРИТ, весьма близки к показателям регистрации, принятым за 100%. Самый высокий показатель полноты ассортимента на региональном рынке – 93% – выявлен для группы средств парентерального клинического питания, самый низкий – 58% – для ингибиторов протонной помпы и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов. Таким образом, региональный лекарственный ресурс по ассортименту является достаточно полным для выбора адекватной и рациональной фармакотерапии больных на ЭРИТ.

На следующей стадии 2 этапа исследований была изучена рациональность лекарственных назначений с применением ABC- и VEN-анализа с последующей их интеграцией. Установлено, что за период 2004-2010 гг. рациональность фармакотерапии на стадии назначения ЛП повысилась. Так, в 2010 г. преобладающая часть средств лекарственного бюджета – до 94% – была направлена на приобретение современных и наиболее эффективных препаратов (оригинальные антибактериальные препараты широкого спектра действия, низкомолекулярные гепарины импортного производства и т.д.). Однако выявлены и случаи неэффективного использования лекарственного бюджета, что подтверждается присутствием во врачебных назначениях препаратов из групп AN и BN – почти до 20%.

Методом экспертных оценок врачей-реаниматологов на заключительной стадии 2 этапа исследований нами был изучен уровень организации ФП реанимационным больным. Выявленные нами ограниченный объем и весьма слабое развитие ТВ в системе «врач-реаниматолог – провизор» указывают на необходимость оптимизации ФП больным на ЭРИТ по таким направлениям, как: 1) учёт особенностей основного контингента больных данного этапа (тяжелые больные) и специфики их лечения; 2) расширение области ТВ врачей-реаниматологов и провизоров и установление всех точек их профессиональ-

ного взаимодействия; 3) повышение уровня и качества ФП реанимационным больным с учетом необходимых критериев.

Разработка методических подходов базировалась на использовании АРАСНЕ II – системы комплексной оценки тяжести состояния пациента ОРИТ, представляющей собой градуированную шкалу, значения которой (в баллах) соответствуют определенному исходу лечения. Значения по шкале АРАСНЕ II ≥ 9 баллов свидетельствуют о тяжелом состоянии больного (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок). Значения в интервале от 0 до 9 баллов свидетельствуют о «легком» течении заболевания на ЭРИТ. Показатель по шкале АРАСНЕ II, а также характер источника инфекции являются иницирующими элементами выбора тактики антибактериальной терапии конкретного больного на ЭРИТ [интенсивная терапия, сепсис]. Тяжелые больные (123 чел.) с учетом тактики антибактериальной терапии были подразделены на две группы: 1 (экспериментальная) – с деэскалационным и 2 (основная) – с эскалационным принципом назначения антибактериальных препаратов. В группе 2 были выделены: подгруппа 1 (положительный исход лечения) и подгруппа 2 (летальный исход). По полу, возрасту, основной и сопутствующей патологии, степени тяжести больных группы исходно статистически не различались. Установлено, что деэскалация антибактериальной терапии способствует снижению летальности (в 2,6 раза), позволяет сократить длительность пребывания больного в отделении реанимации (в 2,4 раза) и существенно снизить затраты на лекарственное лечение (в 1,86 раз).

В результате последующего корреляционного анализа получены значения коэффициента корреляции между клиническими, фармакоэкономическими и временными параметрами лечения в интервале от 0,6 до 0,9 при $p < 0,05$. То есть, наблюдается сильная, прямая, статистически значимая связь. Следовательно, результаты лечения зависят от скоординированности действий врача-реаниматолога и провизора в процессе проводимой фармакотерапии. При подобном комплексном управленческом воздействии на клинические, фармакоэкономические и временные параметры терапии значительно повышаются

уровень, объем и качество ФП. Таким образом, подтверждены возможность и целесообразность применения критерия степени тяжести состояния больного ОРИТ для выбора тактики фармакотерапии и, соответственно, ЛПУ.

Особенность фармацевтической помощи на ЭРИТ состоит в том, что пациент является пассивным элементом системы: «врач-реаниматолог – пациент – провизор», и основная ответственность за уровень, объем и качество МП и ФП ложится на врача и провизора. Наиболее полно коммуникативные функции на ЭРИТ реализуются при интеграции деятельности всех участников и партнеров системы ТВ. Исходя из этого, на основе теории маркетинга партнерских отношений нами разработана организационная, кластерная модель процесса оказания ФП. Для этого в ходе исследования были логически отобраны, изучены и сформированы кластерные группы однородных услуг по оказанию специализированной МП и ФП. Выполняя параллельно разные по содержанию, но однонаправленные трудовые операции, врачи-реаниматологи и провизоры своевременно и оперативно разрабатывают, формируют и реализуют единую тактику действий. При этом кластерный подход к организации ФП позволяет установить точки соприкосновения, так называемые «предикаты», определяющие цели и содержание действий врача и провизора на всех уровнях модели. Функционирование кластерной модели, начиная с процесса запуска (момента поступления пациентов на ЭРИТ), способствует формированию ТВ, в ходе чего достигается индивидуальное и информационно-консультационное сопровождение МП. Одновременно, благодаря наличию единого справочно-информационного поля ЛПУ, аптека оперативно получает сведения о пациентах и запускается сам процесс оказания специализированной ФП.

Предложенные нами методические подходы к оптимизации ФП больным на ЭРИТ обобщены в концептуальной модели. Концептуальная модель базируется на принципах кластерного взаимодействия врача с провизором, поэтапного формирования единого справочно-информационного поля ЛПУ и предусматривает последовательную реализацию трех этапов:

I – формирование банка исходных данных о больных на ЭРИТ с применением метода группировки; II – формирование массива аналитических данных, полученных путем маркетингового анализа, интегрированного ABC-, VEN-анализа и экспертных оценок оптимального ассортимента ЛП; III – разработка рациональных схем фармакотерапии на ЭРИТ и формирование оптимального ассортиментного портфеля ЛПУ по запуску препаратов с учетом ценовой составляющей.

Представленная модель позволяет сформировать фармацевтическое досье (базу данных) реанимационных больных.

Задачи по разработке рациональных схем фармакотерапии и формированию оптимального ассортимента для больных ОРИТ решались на заключительной стадии 3 этапа исследований с применением комплекса методов, в том числе – экспертного ранжирования, логико-математического моделирования и информатизации. Моделирование базировалось на результатах, полученных в ходе выполнения 2 этапа исследований.

Путем декомпозиции многокритериальной задачи получен логически структурированный граф принятия решения, в котором выделена задача, поставленная перед специалистами (врачами и провизорами) – принятие оптимального управленческого решения в отношении фармакотерапии больных ОРИТ, возможные варианты ее решения, рассчитываются возможные варианты решения и осуществляется выбор альтернативы наилучшего решения (E_{max}). Расчет E_{max} проводится по разработанной нами многокритериальной комплексной модели, которая позволяет формировать оптимальное качественное и количественное наполнение лекарственного портфеля, а также планировать лекарственный бюджет ЛПУ. Данная комплексная модель положена в основу программного модуля, в котором величина показателя E_{max} используется для оценки уровня, объема и качества ФП на ЭРИТ. Чем выше величина E_{max} , тем рациональнее выбранная тактика фармакотерапии и выше качество ФП. Рассчитанные нами значения E_{max} по четырем базовым нозологиям ЭРИТ позволяют сделать вывод о приоритетности деэскалации старто-

вой эмпирической антибактериальной терапии в лечении реанимационных больных.

Предложенный нами программный модуль положен в основу аналитической компьютерной программы «Эффект». ТВ врача-реаниматолога и провизора представлены в программе «Эффект» двумя блоками – фармацевтическим и медицинским. Задача фармацевтического блока состоит в обеспечении врачей-реаниматологов информацией об ассортиментном портфеле ЛП с учетом ценовых и временных параметров, а также в обязательном фармакоэкономическом анализе результатов проведенного лечения. Работа медицинского блока направлена на фиксацию выбора направления лечения и перечня применяемых ЛП с указанием последовательности приема и анализом полученного терапевтического эффекта. Компьютерная аналитическая программа «Эффект» автоматизирует поиск и обосновывает рациональные схемы фармакотерапии с учетом ценовой составляющей. В результате достигнута возможность в автоматическом режиме формировать ассортиментный портфель по закупке ЛП и обосновывать лекарственный бюджет ЛПУ.

Компьютерная аналитическая программа зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам России (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Эффект» №2012614165, от 19 марта 2012 г.) апробирована и внедрена в практическое здравоохранение и учебный процесс на региональном и учрежденческом уровнях.

Выводы. Таким образом, результаты исследований, проводимых на кафедре УЭФ ИГМУ, показали, что теории маркетинга и менеджмента являются действенным способом повышения качества специализированной ФП и способствуют персонификации фармацевтических услуг.

Литература:

1. Мымрина, А.Л. Моделирование процесса оказания фармацевтической помощи больным отделения реанимации и интенсивной терапии /А.Л. Мымри-

на, Л.Н. Геллер, С.В. Воеводин и др.//Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2011. – Т.107, № 6. – С. 57-61.

2. Мымрина, А.Л. Кластеризация коммуникаций во взаимодействии врачей и провизоров на этапе реанимации и интенсивной терапии /А.Л. Мымрина, Л.Н. Геллер, Н.М. Жилина//Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2012. – Т. 112, № 5. – С. 124-127.

3. Геллер, Л.Н. Моделирование фармацевтической помощи стационарным больным (на примере отделения реанимации и интенсивной терапии): учеб.-метод. пособ. / Л.Н. Геллер, **А.Л. Мымрина**. – Иркутск, 2012. – 94 с.

Summary. *Researches conducted at the Department of management and Economics of pharmacy, show and prove the expediency of development of a specialized pharmaceutical care, as a basis for establishing and building new forms of organization, functioning and interaction of medical and pharmaceutical components on a stationary stage of rendering medical assistance.*

ИЗУЧЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНОГО И СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Карнышева Н.Г., Бозрова Ж.М., Бережная Е.С., Парфейников С.А.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
naira-gabrielyan@yandex.ru

Конституция Российской Федерации (РФ) декларирует равное право граждан на получение специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе и лекарственной помощи. Равноправие в вопросах охраны здоровья определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как равная и справедливая возможность для граждан полностью реализовать свой «потенциал здоровья», независимо от того, в каком регионе они проживают. Сделать это на практике особенно сложно в переходный период: в субъектах РФ налицо экономическое и социальное неравенство, что наиболее характерно для удаленных регионов, в частности Южного и Северокавказского Федеральных округов.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) используется российской системой здравоохранения достаточно давно, однако актуальность проблемы совершенствования оказания медицинской помощи, в том числе и лекарственной, с использованием сложных и уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий, значительно возросла с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Одним из важнейших направлений которого является повышение доступности и качества ВМП, приближение ее к самым различным слоям населения.

За последние годы наблюдается увеличение объемов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи из средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. Так, в 2006 году на эти цели было выделено 9,98 млрд. руб. (на 56,4% выше уровня 2005 года), а в

2013 году запланировано увеличение средств в 4 раза. Тем не менее, отмечается сохраняющийся разрыв между потребностями населения в ВМП и их обеспечением системой здравоохранения. На сегодняшний день медицинской помощью с использованием новейших технологий обеспечено лишь 75,5% нуждающегося населения, наблюдаются недостатки в ее планировании. С каждым годом растет количество пациентов, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а, следовательно, необходимо увеличение финансовых средств, выделяемых на оказание данного вида услуг, в том числе и соответствующее лекарственное обеспечение.

В условиях недостаточного, а зачастую и нерационального финансирования инновационных медицинских технологий, внедрение которых осуществляется через государственные окружные специализированные медицинские центры федеральной формы собственности, «размытости» и «непрозрачности» бюджетного и внебюджетного финансирования, должна быть повышена ответственность за организацию эффективной экономической системы государственных закупок фармацевтической продукции, обеспечения лекарственными препаратами (ЛП), изделиями медицинского назначения (ИМН) и медицинской техники на уровне как государственного учреждения, так и регионального, федерального органа исполнительной власти в сфере фармацевтического обеспечения.

Модернизация здравоохранения, реализация национальных инновационных проектов в системе лекарственного обеспечения населения должны, прежде всего, нивелировать неравенство в оказании медицинской и лекарственной помощи. Происходящие изменения в состоянии здоровья социально уязвимых и других контингентов населения в этот период служат индикатором того, насколько эффективно проводится социально-экономическая политика в целом и в конкретных субъектах РФ, в частности.

Необходимость модернизации фармацевтического сектора здравоохранения на региональном уровне помимо общих тенденций социально-экономического развития определяется рядом серьезных причин, возникших в по-

следние годы. Отмечаются высокие темпы роста затрат на лекарственную помощь, при этом рост финансовых затрат не всегда обеспечивает увеличение объемов и улучшение качества этой помощи. Происходит снижение объемов оказания лекарственной помощи внегосударственных и региональных программ ввиду недоступности для большинства населения современных эффективных ЛП из-за отсутствия необходимых финансовых средств. Изменения в современной законодательной базе серьезно изменили порядок межбюджетных отношений, источники и каналы финансирования государственного здравоохранения. Изменилась система обеспечения ЛП социально уязвимых категорий населения, а также лекарственного обеспечения населения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) оказания бесплатной медицинской помощи. Главное – поэтапное реформирование системы здравоохранения РФ в целом.

Для совершенствования и повышения качества управления системой оказания специализированной высокотехнологичной медицинской и лекарственной помощи должен быть предусмотрен переход от жесткого централизованного управления на основе регионально-экономической обособленности развития отрасли в каждой конкретной территории; усиление экономических стимулов; переход к показателям оценки эффективности по конечному результату. Однако в настоящее время, попытки реформирования здравоохранения, не привели к успеху – во многом из-за того, что не затрагиваются основы самой системы, которая исчерпала свои возможности и не соответствует новым экономическим, социальным и политическим условиям.

Как показывают международный опыт и практика последних лет, в РФ, механизм рыночных отношений в фармацевтической сфере может быть реализован эффективно только при внедрении четкого профессионального регламента, контроля, при наличии объективной информации, стимулов для субъектов лекарственного обеспечения (производителей ЛП, оптовых и розничных структур и потребителей (медицинские организации и население)).

Государство и региональные власти должны координировать процессы, происходящие в фармацевтической сфере, с учетом большой социальной значимости лекарственного обеспечения населения. Они имеют достаточно действенные механизмы воздействия на рынок ЛП: совершенствование законодательной базы; реализация различных федеральных и региональных медико-социальных проектов и программ (обеспечение необходимыми ЛП отдельных категорий граждан при оказании ВМП в рамках ТППГ); регулирование ценообразования; нормы для общественных поставок (тендеры); лицензирование; повышение уровня контрольно надзорных мероприятий в субъектах РФ; увеличение роли общественных саморегулируемых организаций.

При модернизации инфраструктуры лекарственного обеспечения в регионах, с одной стороны, необходимо предусматривать эффективность административного управления, а с другой – решать задачи по максимальному использованию ресурсов в условиях всех субъектов, участвующих в организации лекарственной помощи, и в полном объеме реализовывать возможности рыночной экономики.

Элементы децентрализации в сфере здравоохранения и лекарственного обеспечения целесообразно рассматривать с позиции социально-экономической эффективности с учетом особенностей и различных подходов в конкретных регионах, в частности, с учетом особенностей ЮФО и СКФО. В общих чертах границы механизма сферы лекарственной помощи фокусируются на трех основных субъектах: государство, поставщики услуг (как государственные, так и частные) и население. Успех предпринимаемых реформ зависит от оптимальности учета интересов этих трех субъектов и их роли в достижении основных целей здравоохранения. Координация участников процесса модернизации региональной системы здравоохранения должна осуществляться на основе общественного договора (системы договоров субъектов лекарственного обеспечения и медицинской ВМП в рамках ТППГ).

Регионализация в системе здравоохранения и, в частности, лекарственного обеспечения требует от субъектов РФ нового механизма ресурсопользо-

вания, инвестиционной политики, пересмотра системы организации и регулирования интеграционных связей.

Политика в области качества, оказываемой ВМП может быть определена как выполнение установленных медико-экономических стандартов. Иными словами, объективное суждение о качестве деятельности здравоохранения при оказании ВМП может быть сформулировано только на основе широкого применения стандартов медицинской помощи. Особенно важным данное положение становится применительно к ВМП, где медицинские манипуляции регламентируются стандартами МЗ РФ и внутренними стандартами медицинской организации (МО). Управление качеством медицинской помощи, в том числе и лекарственной, на основе внедрения медико-экономических стандартов позволяет сократить сроки пребывания пациентов в стационарном лечебно-профилактическом учреждении в среднем на 40%, уменьшить количество осложнений, и тем самым расширить возможности оказания медицинской помощи большему количеству нуждающихся пациентов. Кроме того, на наш взгляд, внедрение стандартов медицинских технологий в МО будет способствовать сокращению дефицита финансирования ТППГ оказания бесплатной медицинской помощи.

Что касается стандартов медицинских технологий в рамках оказываемой ВМП, то, по нашему мнению, важно различать два специфических аспекта:

- Стандарты как регламенты сложных медицинских технологий. Реализация ВМП, т.е. деятельность отдельной медицинской команды, выполнение сложного комплекса диагностических и лечебных процедур, использование дорогостоящей техники и расходных материалов – все это может быть основано на регламентации всех компонентов данной медицинской технологии.
- Стандарты как критерии оценки качества ВМП. Оценка качества ВМП должна быть основана на сопоставлении фактически достигнутых результатов с установленными стандартами.

Оценивая международный и отечественный опыт реформирования сферы организации лекарственной помощи, необходимо отметить следующее. Стратегия модернизации должна базироваться на целевых подходах, которые определяют суть понятия лекарственного обеспечения. Они должны быть совместимы с макроэкономическими моделями развития региона и государства в целом. Реформы в сфере организации лекарственной помощи должны быть поэтапными, последовательными, системными. Введение ограничительных мер и структурных изменений в рамках реформирования сферы лекарственной помощи целесообразно проводить в государственном и муниципальном секторах, поскольку этот процесс можно четко контролировать и регламентировать, что гораздо сложнее реализовать в частном секторе. Стратегия реформирования должна иметь идею, которая в своей основе не может быть искажена некомпетентностью, халатностью исполнителя и посредников, ведомственными или частными интересами.

Международный опыт свидетельствует о неэффективности проведения реформ на базе устаревших структур, т.к. существовавшие ранее структуры во многом предопределили имеющиеся проблемы и не могут адекватно реагировать на новые требования, стоящие перед системой лекарственного обеспечения медицинских организаций (МО) и населения.

Разумеется, все проводимые реформы в области здравоохранения и, в частности лекарственного обеспечения, будут малоэффективны, если не будет обеспечен государственный контроль и надзор за качеством, эффективностью и безопасностью поступающих в обращение ЛП, поскольку они составляют 95% всех врачебных назначений в клинической практике.

Модернизация должна реализовываться в рамках комплексной системы, которая предусматривает целевые установки со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административной реформы. Для этой комплексной системы наиболее подходит термин *«региональная лекарственная политика»*. Формирование и реализация совместных федеральных и региональных программ с участниками различных форм собственности требуют соблюдения единства в решении проблем.

На наш взгляд, целевые функции региональной лекарственной политики при оказании ВМП в рамках ТППГ, должны реализовываться по следующим направлениям:

- совершенствование организации лекарственного обеспечения населения, направленное на реализацию всего комплекса задач и функций по предоставлению гражданам эффективной и своевременной лекарственной помощи;
- разработка механизмов по обеспечению граждан качественной, безопасной, доступной и современной, фармакологически и экономически эффективной лекарственной помощью;
- обеспечение максимального использования ресурсов системы здравоохранения, стандартизация, оптимизация организации лекарственного обеспечения здравоохранения и населения;
- создание систем, заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения (развитие рынка страховых услуг);
- определение подходов к формированию квалифицированного кадрового потенциала системы организации лекарственной помощи;
- разработка и внедрение новых технологий;
- расширение возможностей для получения современной лекарственной помощи населению.

Опыт последних лет реализации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (в рамках ТППГ) в нашей стране и в ряде зарубежных стран, доказывает необходимость внедрения перечисленных направлений.

Кроме того, организация лекарственной помощи льготным категориям граждан также свидетельствует о том, что государство берет на себя заботу об обеспечении доступности ЛП в достаточном количестве, в необходимых формах и дозах, по приемлемым ценам.

Таким образом, при оптимизации системы лекарственной помощи отдельным категориям населения при оказании ВМП в РФ необходимо принять во внимание многие принципы и механизмы льготного лекарственного обеспечения населения, созданные в экономически развитых странах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Карнышева, Н.Г. Совершенствование лекарственного обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в Южном окружном медицинском центре / Н.Г. Карнышева, С.А. Парфейников, Е.С. Бережная // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки: сб. статей междунар. науч. – практ. конф. – Владикавказ: 2012. – С. 123-125.
2. Особенности оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи жителям Южного и Северокавказского федеральных округов / Н.Г. Карнышева, С.А. Парфейников, И.Н. Андреева, Е.А. Максимкина, Е.С. Бережная [и др.] // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее: материалы науч. конф. с междунар. участием, посв. 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова – 25-27 ноября 2010 г. – СПб., 2010. – С. 181.

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕК НА ПРИКЛАДІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Демчук М.Б., Курило Х.І., Грошовий Т.А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського»
marjana-pavljuk@rambler.ru

З кожним днем кількість аптечних підприємств збільшується, що зумовлює зростання конкуренції на фармацевтичному ринку. У конкурентній боротьбі аптек за споживача вагому роль відіграє кожна складова комплексу маркетингу. Так, асортимент аптеки сьогодні формують лікарські препарати, вироби медичного призначення, біологічно-активні добавки, лікувально-косметичні засоби та засоби по догляду за дітьми. В умовах низької платоспроможності важливими для клієнтів залишається економічна складова – доступність цін на фармацевтичні товари. До маркетингових заходів, що вживають аптечні організації щодо залучення споживача можна віднести: привабливий дизайн аптеки та атмосфера у ній, рівень сервісу обслуговування в торговому залі, наявність знижок та дисконтних карток, режим роботи аптечної організації. Тому, споживачі мають можливість вибору саме тієї аптеки, яка більшою мірою задовольнятиме їхні потреби. Аптекам доводиться докладати значних зусиль для залучення клієнтів, підтримання конкурентоспроможності і досягнення максимального прибутку.

Рішення щодо прийомів і методів приваблення до себе споживача і стимулювання здійснення ним покупки приймають керівники аптечних організацій. Інформація про клієнтів аптеки дозволяє керівництву скорегувати підходи до формування ринкової політики підприємства, краще зрозуміти бажання і потреби споживачів.

З метою визначення соціально-демографічного, поведінкового та економічного профілю сучасного клієнта аптечного закладу нами було проведено анкетне опитування відвідувачів аптек у Тернопільській області.

Структура анкети містила три блоки запитань, які стосувалися загальних оцінювальних факторів; рівня сервісу обслуговування; оформлення аптеки.

Опитування проводилося серед міських та сільських жителів, які відвідували аптеки, що функціонують у Тернопільській області. Вибірку сформували 200 респондентів. Споживачам було запропоновано оцінити важливість факторів при виборі аптеки з присвоєнням їм відповідних рангів в порядку зростання їх значущості від 1 до 10. Цифра „10” присвоюється фактору, який на думку опитуваного є найбільш вагомим при виборі аптеки. Фактору, який за думкою експерта йде за своїм значенням наступним за попереднім, присвоюється ранг „9” і т.д. Дозволяється двом або декільком факторам присвоювати один і той же ранг. Статистичну обробку результатів проводили з використанням методу апріорного ранжування факторів за допомогою програми Microsoft Excel.

Серед клієнтів аптек більш активно брали участь в опитуванні жінки, які становили 66 %. Частка одружених людей – 66 %, решта – 34 % - неодружені. Серед опитаних респондентів 59 % виховували дітей. Також проводили сегментацію споживачів аптечних закладів за віком. У вибірку потрапили 33 % людей віком до 30 років, 40 % – опитаних віком від 31 до 50 років, 27 % - віком від 51 року. Серед клієнтів аптек, що взяли участь в анкетуванні 52 % осіб мали вищу освіту (із них 2,5 % – науковий ступінь), 31,5 % – середню спеціальну освіту, решта – середню освіту. При проведенні анкетування включали також географічний профіль: 66 % відвідувачів аптек місцем проживання вказали місто, 34 % – сільську місцевість.

Враховуючи економічні реалії країни та нашого регіону, зокрема, актуальним є розподіл споживачів на групи економічними параметрами, наприклад, рівнем доходів цільових споживачів. З усієї кількості опитуваних відвідувачів: 63 % респондентів вказали, що їх середньомісячний дохід становить до 2000 грн. 47 % опитаних здійснюють покупку в аптеці 2-3 рази на місяць, і лише 20 % респондентів відвідують аптечний заклад з метою купівлі фарма-

цевтичних товарів більше як 3 рази на місяць. При цьому сумарно 71 % опитаних витрачають на покупку в аптеці від 20 до 100 грн.

Результати проведеного анкетного опитування споживачів аптечного асортименту свідчать про те, що найважливішим для більшості клієнтів залишається все таки економічна складова – доступність цін на фармацевтичні товари. Низька платоспроможність населення, досить складна економічна ситуація в області, і у країні загалом несе значний відбиток на вибір споживача.

Незважаючи на достатньо велику кількість аптечних закладів на території країни респонденти відзначили вагомість такого чинника як зручність розташування аптеки. Також клієнти аптек акцентують увагу на важливості наявності в аптеках широкого асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення. Важливими чинниками при виборі аптек споживачами залишається рівень обслуговування. Саме якісний рівень фармацевтичного обслуговування значною мірою забезпечує високу конкурентоспроможність аптечних закладів. Проведено опитування підтвердило, що головною послугою, яку надає аптека є професійна порада провізора. У поняття якісного обслуговування споживач вкладає високу культуру спілкування, компетентну професійну пораду провізора, що набуває значної актуальності в умовах використання концепції відповідального самолікування.

Аналіз даних стосовно впливу інтер'єру, оформлення торгового залу, зовнішнього вигляду працівників, а також низки комунікаційних заходів, які може проводити аптека свідчать, що для всіх сегментів споживачів найважливішим є наявність місця відпочинку споживача та дитячого куточка. Тому, керівникам аптечних установ варто акцентувати увагу на оформленні комфортного, окремо відведеного місця для відвідувачів і їх діток.

Варто вказати, що узагальнюючи результати дослідження можна також описати середньостатистичного відвідувача аптек у Тернопільській області. У значній більшості це – жінка середнього віку, одружена з вищою освітою, відвідує аптеку в районі свого житлового будинку 2 - 3 рази на місяць, має дохід близько 2000 грн.

РОЗВИТОК ПРОГРАМИ ЛОЯЛЬНОСТІ СПОЖИВАЧІВ У РОЗДРІБНОМУ СЕКТОРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ

Котвіцька А.А., Чмихало Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

socpharm@ukr.net

В даний час в роздрібному секторі сфери обігу лікарських засобів України спостерігаються тенденції використання сучасних технологій управління і форм обслуговування, впровадження яких дозволяє забезпечити адекватне задоволення потреб людини, соціальних груп і суспільства в цілому. Однією з провідних технологій залучення споживачів є технологія їх лояльності до певної аптеки. Метою дослідження стало теоретичне узагальнення програми лояльності, спрямованої на оптимізацію взаємодії зі споживачами.

Нами встановлено, що основними теоретичними передумовами формування програм лояльності є теорії і гіпотези, які пояснюють механізм поведінки споживачів на фармацевтичному ринку, зокрема - теорії мотивації. Контент-аналіз літературних даних показав, що термін «лояльність» розуміється по-різному. Тому, з метою вибору адекватного інструменту діагностики та побудови ефективної системи управління лояльністю споживачів нами виявлено головні атрибути категорії «лояльність», а також здійснено систематизацію основних видів їх купівельної лояльності в аптечній організації на основі різних критеріїв («лояльність», «прихильність»; оцінка споживачів та їх поведінки). Головними атрибутами категорії «лояльність», на нашу думку, є: суб'єктивна оцінка організації, товару або послуги з позиції індивідуальних переваг; ступінь стійкості переваг; поєднання факторів раціонального та емоційного вибору (з пріоритетом останніх).

Таким чином можна стверджувати, що основу поведінки споживачів при формуванні програм лояльності складають раціональні та емоційні фактори, що, в свою чергу, дозволяє приймати науково обґрунтовані рішення з питань формування та практичної реалізації програм лояльності аптечній організації, з подальшим їх моніторингом та корегуванням.

ПРО ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-САЙТІВ АПТЕК

Пестун І.В., Лактіонова Ю.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

mnushko.nfau@gmail.com

На сьогодні для підвищення конкурентоспроможності та фінансової стійкості аптек важливого значення набувають нецінові чинники стимулювання споживачів, до яких відноситься якість фармацевтичного обслуговування населення, спрямована на залучення нових відвідувачів та завоювання їхньої лояльності при утриманні наявних споживачів. Одним із завдань трейд-маркетингу є підтримання конкурентоспроможності підприємства, зокрема, забезпечення більш повного задоволення потреб споживачів, збільшення числа лояльних до підприємства покупців, закріплення у свідомості споживача позитивного образу аптечного підприємства та асортименту товарів.

Враховуючи сучасні тенденції, притаманні фармацевтичному ринку, аптечні заклади мають можливість реалізувати ключові аспекти підвищення ефективності діяльності, тобто в умовах загострення конкуренції запропонувати споживачам широкий асортимент, високий рівень аптечного сервісу та максимальний спектр послуг. Наведені чинники в найбільшому обсязі можуть бути реалізовані в аптеках, які входять до складу аптечних мереж. Основними напрямками розвитку яких є: оптимізація локалізації роздрібних точок, розширення асортименту, підвищення рівня якості обслуговування клієнтів, формування програм клієнтської лояльності, розширення спектру послуг, розвиток мережевого бренду та створення власних торговельних марок, ефективне використання функцій маркетингу тощо.

Метою даної роботи є аналіз функціонування сайтів інтернет-аптек як сучасної форми роздрібною торгівлі. Створення інтернет-сайту аптеки дає можливість розширити канали збуту товарів. Він виконує як рекламну, так і представницьку функцію, формує лояльність клієнтів та створює клієнтську базу аптечної мережі.

Нами проведено порівняльний аналіз функціонування інтернет-сайтів аптек за структурою та за такими якісними критеріями як імідж сайту, навігація на сайті, наповненість сайту інформацією, наявність зворотного зв'язку, використання сайтів для просування товару і особистої діяльності, інтереактивність сайтів, купівля та доставка. В результаті аналізу було виявлено, що сайти мають спільні характеристики та відмінності, які дали можливість розподілити їх на чотири групи. При аналізі груп 30 інтернет-сайтів аптек, було виявлено, що 15 із аптек здійснюють надання попереднього замовлення «самовивозом» (самостійного придбання товару споживачем) і з аптеки, вказуючи при цьому на чинні Ліцензійні умови, решта 15 сайтів аптек свідчать про те, що поряд з «самовивозом» попередньо замовленого товару з аптеки використовується кур'єрська служба. Такі дії законодавчо і нормативно в Україні не врегульовані. В окремих випадках це може бути сприйнятливим стосовно виробів медичного призначення. Доставка додому лікарських засобів у разі необхідності має здійснюватись фармацевтичним працівником.

При аналізі асортименту товарів на сайтах аптек було виявлено, що асортимент представлений великою кількістю позицій, більшу частку з яких мають парафармацевтичні товари. Для проведення порівняльного аналізу між цінами на лікарські препарати на сайтах аптек та цінами в роздрібній торгівлі було виділено чотири цінових групи: лікарські препарати, вартість яких до 12 грн, від 12 до 60 грн., від 60 до 150 грн, та вище 150 грн. Для порівняння брали середньозважену роздільну ціну на препарати в аптеках України. При порівнянні отримано, що ціни на лікарські препарати до 12 грн. та вище 150 грн. мають найбільшу різницю. Препарати другої та третьої цінової категорії мають ціни здебільшого на рівні звичайних аптек. У цілому використання інтернет-сайтів аптек є позитивним явищем, оскільки сприяє підвищенню ефективності роботи та розвитку інноваційного рівня обслуговування клієнтів аптек.

УДК: 614.27 + 615.12

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ О ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Морозов В.А., Дремова Н.Б.

Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова

Курский государственный медицинский университет

moroz36@yandex.ru, dremova@mail.ru

В статье приведены результаты изучения мнения населения сельской местности Республики Северная Осетия-Алания о доступности лекарственного обслуживания. Исследование проводилось с применением комплекса социологических методов. Обозначены основные, по мнению респондентов, проблемы, дана потребительская оценка доступности лекарственного обслуживания. В результате получены выводы, характеризующие ее недостаточность. Обозначена целесообразность разработки национальной лекарственной политики республики.

В Российской Федерации, в условиях рынка, и влияния экономических факторов, обострилась проблема обеспечения лекарственными средствами (ЛС) и другими товарами аптечного ассортимента населения районов отдаленных от краевых, областных и республиканских центров регионов страны и районов с немногочисленным, по сравнению с городскими центрами, населением. Следует отметить, что данная проблема характерна не только для России, с этим сталкиваются системы здравоохранения и других стран мирового сообщества [2]. В РФ это обусловлено: недостаточно развитой инфраструктурой системы лекарственного обеспечения населения, значительной удаленностью и труднодоступностью населенных пунктов, низкой укомплектованностью кадрами, как фельдшерами, акушерками, медсестрами, так и провизорами и фармацевтами, недостаточной квалификацией специалистов, а также преобладанием населения с низким уровнем доходов [1]. Привлечение коммерческих структур для работы в обозначенных условиях представляется

весьма затруднительным, так как рентабельность деятельности практически равна нулю, а значит, необходима разработка комплекса мер для оптимизации данного процесса на уровне каждого отдельно взятого региона. Региональный подход в данном случае представляется несомненным, так как различия в географическом положении, социально-экономическом, а зачастую и политическом устройстве субъектов России обуславливают применение индивидуальных мероприятий. Вместе с тем, задачей фармацевтической науки на современном этапе является предоставление органам федеральной и региональных властей четкого механизма организации деятельности, направленной на оказание полного и своевременного лекарственного обеспечения населения в рамках единой государственной политики в области обеспечения лекарственными РФ, основанной на стратегическом планировании.

Республика Северная Осетия – Алания (РСО – А) входит в состав РФ на правах самостоятельного субъекта, является территориальной единицей Северо-Кавказского федерального округа. В своем составе имеет 8 районов, 6 городов и 7 поселков городского типа, 209 сельских населённых пунктов, из которых 26 заброшено. Население республики составляет 712,9 тысяч человек, из которых 564,2 тысячи городских (79,1%) и 148,7 тысяч сельских жителей (20,9%).

Лекарственное обслуживание в районах республики (за исключением г. Владикавказа) осуществляют 162 аптечных организации (АО) различных форм собственности, в том числе: 1) принадлежащие ОАО «Фармация», реорганизованному из государственного унитарного предприятия – 43 АО или 26,5%; 2) организации акционерных обществ 50 или 30,9%; 3) АО индивидуальных предпринимателей – 69 или 42,6%.

Территориальный анализ показал, что из 162 АО районов республики 43,8% (или 71 АО) располагаются в сельских поселениях, остальные 91 (или 56,2%) в районных центрах являющихся городскими поселениями. При этом, в 82,8% сельских поселений имеются АО, остальные 17,2% остаются без доступной лекарственной помощи, что затрудняет приобретение нужных меди-

цинских и фармацевтических товаров. Из 112 лечебно-профилактических учреждений (фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории) 38 (33,9%) осуществляют реализацию лекарственных средств (ЛС) на основании выданных юридическим лицам лицензий.

Цель настоящего исследования заключается в изучении мнения населения сельской местности РСО-А о доступности лекарственного обслуживания.

В качестве метода исследования использован социологический опрос – анкетирование по специально разработанной анкете. Согласно формуле бесповторной выборки для получения репрезентативных результатов необходимо опросить 280 человек, распространено 330 анкет, для статистической обработки отобрано 300 анкет, явившихся объектом исследования. Для статистической обработки использовались математические методы: вариационная статистика, структурный и логический анализы, группировка, ранжирование.

В результате обработки первичных данных получены следующие результаты:

✓ Установлена недостаточная доступность лекарственной помощи жителям сельской местности РСО-А, так как почти четверть населения (22,6%) отметили, что не могут позволить себе приобретать все необходимые ЛС, потому что 61,2% испытывают материальные затруднения при покупке ЛС. Данный факт свидетельствует о низкой ценовой доступности ЛС, что предопределяет серьезные опасения по реализации фармакотерапии многих заболеваний. Кроме того, это усугубляется наличием в 51,6% семей респондентов имеют в семьях хронических больных. Значительному большинству сельского населения (76,6%) приходится приобретать ЛС только по мере необходимости, а в 40,1% случаев экономить на покупке медикаментов.

✓ По ответам респондентов для большинства из них (82,3%) в пунктах проживания или непосредственной близости есть возможность приобретать ЛС в АО, что свидетельствует о территориальной доступности лекарственной помощи. Вместе с тем, значительная часть опрошиваемых (63,3%) отметила, что в период сезонных заболеваний в населённом пункте ассортимент необ-

ходимых ЛС и других аптечных товаров представлен не полностью. Свыше 70% респондентов также указали, что в АО в их населенных пунктах часто отсутствуют необходимые им средства (часто 28,7%, иногда 46,6%).

✓ Треть респондентов (33,3%) считают, что цены в АО их населенного пункта выше, чем на других территориях. Однако большая часть опрошенных (48,4%) не сравнивает стоимость ЛС, а в необходимых случаях приобретают медикаменты независимо от цены, но в пределах их доступности с учетом доходов. Это также еще раз подчеркивает известную истину, что «для здоровья денег не жалко».

✓ Удовлетворенность режимом работы АО в настоящем социологическом опросе имеет паритетные оценки: «да» ответили 53,4% респондентов, «нет» 46,6%. Следует отметить и высокий авторитет АО у населения т.к. 71,9% доверяют работникам АО в их населенных пунктах, хотя 25,3% хотели бы получать больше информации о приобретаемых ЛС. Полученный результат подтверждает факт имиджа АО как серьезных учреждений здравоохранения.

✓ Если у потребителя есть проблемы с приобретением нужных ЛС или медицинских и фармацевтических товаров в населенном пункте, то почти половина (46,6%) обращается к знакомым с просьбой приобрести их во Владикавказе, или же им приходится ехать в районный центр (40,1%), а большей частью во Владикавказ или Моздок. Интересно, что 38,3% опрошенных отметили более низкую стоимость ЛС, чем в сельской местности, где они проживают, полученный факт обусловлен увеличением издержек на доставку товаров в отдаленные сельские пункты и особенностями ценовой политики АО.

✓ Одним из решения проблемы доступности ЛС в сельской местности является возможность приобретения их в амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность. Однако, чуть больше половины респондентов (53,7%) выразили положительное отношение к этому решению, но предпочитают покупать ЛС в аптеках. В актив стоит добавить еще 26,6% тех, кто не видит разницы, т.е. 80,3% респондентов

поддерживают такой путь повышения удовлетворенности территориальной доступностью ЛС.

✓ В итоге примерно треть населения – 36,6% респондентов в целом положительно оценили состояние лекарственного обеспечения и работу АО в сельской местности РСО-Алания. На наш взгляд, полученные результаты в исследовании свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы фармацевтической помощи в республике и влекут за собой целый ряд проблем здравоохранения, в частности: невозможность обеспечить, прежде всего оптимальную фармакотерапию больных в полной мере, профилактические мероприятия по укреплению здоровья и сезонных заболеваний, формирование здорового образа жизни и др.

Выводы.

1. В результате социологического исследования доступности лекарственного обслуживания в РСО-А выявлены факты, характеризующие ее недостаточность с позиций территориальных, физических, ценовых аспектов, что сказывается на состоянии здравоохранения и здоровье населения в целом.
2. Для решения установленных проблем фармацевтического сектора РСО-А целесообразны разработка стратегических направлений национальной лекарственной политики республики с учетом специфики ее территории, развития здравоохранения, культурных и социально-демографических особенностей общества.

Литература:

1. Крупнова, И.В. Лекарственное обеспечение сельского населения – важная социально значимая задача / И.В. Крупнова// Вестник Росздравнадзора. – 2011. - № 1. – С. 27-30.
2. Tan, A.C. A review of the medication pathway in rural Queensland, Australia / W.a, Emmerton, L.ac , Hattingh, H.L.// International Journal of Pharmacy Practice. - October 2012, Volume 20, Issue 5, P. 324-339

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OPINION OF THE POPULATION IN RURAL AREAS OF NORTH OSSETIA ALANIA ON AFFORDABLE MEDICINES SERVICE

In this study, the views of the rural population of the Republic of North Ossetia-Alania, the availability of drug services. The study was conducted using a set of sociological methods. Outlines the key, according to respondents, problems, given consumers' assessment of the availability of drug services. As a result of the findings obtained, characterizing its failure. Denotes the desirability of developing national drug policy of the country.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОБСЛУЖИВАНИЯ В АПТЕКАХ ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ

Кобец М.Н., Ильинская Н.И.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

mnushko.nfau@gmail.com

В настоящее время в аптеках появляется новая тенденция торговли товарами, находящимися в свободном доступе покупателей через залы самообслуживания. Эффективное использование самообслуживания – один из самых актуальных вопросов развития аптечного бизнеса. Это достаточно привлекательно, т. к. специа-листы-аналитики утверждают, что при переходе на такую систему происходит значительное увеличение товарооборота.

Целью работы является изучение особенностей процесса обслуживания в аптеках формата самообслуживания на примере аптек г. Харькова.

Методы исследования. В работе использованы полевые исследования. Проведено анкетирование потребителей.

Результаты исследования. Нами было проведено анкетирование потребителей, относительно предпочтения формата аптек. В результате исследования установлено, что 50% опрошенных положительно относятся к аптекам формата самообслуживания, поскольку предпочитают сами выбирать необходимые лекарственные препараты; 30% считают, что стандартный формат аптек имеет преимущества перед аптеками самообслуживания, т.к. им нужна помощь провизора/фармацевта; для 20% опрошенных не имеет значения формат аптеки.

Вывод. Аптеки с залом самообслуживания имеют ряд преимуществ: увеличение ассортимента, товарооборота, увеличение прибыли. Но следует учитывать, что переход аптеки на самообслуживание требует больших затрат. В Украине система аптек самообслуживания еще не до конца изучена, однако количество аптек, рискнувших перейти на новый формат обслуживания, постепенно увеличивается.

FACTORS LEADING TO THE PERSISTENT INCREASE OF IRRATIONAL DRUG USE IN UGANDA

Harriet Bonabaana, Timanyuk Iryna

National University of Pharmacy

bonharriet24@gmail.com

Relevance. It is surprising to notice despite the professional graduates being certified each year there is still an uprising irrational use of drugs in the country. Rational use of medicines according to WHO requires that the patient receives medicines appropriate to their clinical needs in doses that meet their individual requirements for an adequate period of time and at the lowest cost for them and their community.

When simply put it means the use of medicines by the right person for the right illness at the right time in the right dose for the appropriate length of time at the lowest cost possible, short of this its referred to as irrational use for example if any of these happens like misdiagnosing, prescription errors like wrong doses, over prescribing etc Because this problem has not been properly dealt with it has left devastating effects in the community regarding patient safety and welfare. Situations where the patient turns up to the hospital in aggravated stages of the disease, as well as a rise in a number of drug induced diseases such as diabetes mellitus type1, hyperlipidemia, kidney and renal failure Public health interventions, pharmaceutical care, rational medicine use and effective medicines supply management are key components of an accessible, sustainable, affordable and equitable health care system which ensures the efficacy, safety and quality of medicines. It is clear that pharmacy has an important role to play in the health sector reform process. To do so, however, the role of the pharmacist needs to be redefined and reoriented. Pharmacists have the potential to improve therapeutic outcomes and patients' quality of life within available resources, and must position themselves at the forefront of the health care system.

Formulation of purpose. The main goals of this research were to detect the factors which leading to the persistent increase of irrational drug use in Uganda.

Methods and scope of research. This study was carried out on an observatory basis in both hospital and 4 community pharmacies in the city. This study reveals that that up to 80% of the problem it's the responsibility of the health workers. Although according to previous studies it's been blamed on the public, it has been blamed on poverty, lack of information etc but accordingly the public relies on the professional to provide such information and the necessary medical care at costs affordable by the public.

Main results. *Absentee pharmacists.* Pharmacists also have a vital contribution to make to patient care through managing drug therapy and concurrent non-prescription or an alternative therapy, which is why the state requires that for every pharmacy there must be a licensed pharmacist overseeing the activities of this pharmacy. This is however not the case the pharmacist in most cases only stops at registering the pharmacy and collecting his pay check at month end, or only comes when he is called upon. This leaves his duties to be done by the pharmacy owner and the dispensing assistants. This indeed is a big factor when it comes to rational use of medicines because he is the specialist in this case but he is absent.

Lack of pharmaceutical care; the pharmacist's primary role is to provide pharmaceutical care to the patient and the community, this includes giving additional information to the patient regarding the drug that is being dispensed, in cases of OTC drugs or self treatment drugs the pharmacist should pay heed to such and enlighten the patient on the dangers of self medication, if there are warning signs the patient should be encouraged to see a doctor. There is a situation where private clinics are expensive and there are long quest at public hospitals so in attempt to avoid this, the patient continues to self medicate and this is dangerous for chronic diseases as a result we have seen an increasing resistance to antibiotics overuse of antihistamines and cold medications etc. in most cases such patients turn up at the hospital in aggravated stages of the disease.

Doctors responsibility to the patient is still lacking; there is a situation where the doctor just prescribes the medicines to the patient leaving all the educative work to the pharmacist, however in an ideal situation the doctor is supposed to educate the patient on the disease but like earlier said there always long queue in public hospitals so the doctor does not get to spend enough time with the patient to give the required information. Besides providing information he also needs to take time to make the proper diagnosis make follow up analysis and work up an ideal regime of drug therapy, in this case there is a situation of over prescribing, and the prevalence of long term side effects of these drugs for example it is required that for diabetic patients on oral hypoglycemic like thiozides and sulfonylurea's over a long time to do a liver function test, or cholesterol level tests. But because care is not being taken we have many patients admitted with liver failure, kidney failure, drug induced diseases etc

Prescription errors; this is very common especially prescribing with trade names, inappropriate doses because of the gap between clinicians and pharmacists in most cases the clinicians don't really know the dosage forms available in stock and on the market. There is a poor feedback method for correcting the wrong prescription as well as providing the doctors with the necessary information about the drugs because there is still a gap between doctors and pharmacists

Poor supervision of pharmaceutical and medical activities; this has lead to a rise in unqualified persons posing as medical doctors and pharmacists nurses and other medical practitioners that's why the majority of problems we are facing with irrational use of medicines. Once there was an operation done by the ministry to expose such quark practioners and there was an number of implicated personnel's even in the hospitals. This only exposed a greater problem that has prevailed over a long time.

Poor medical record keeping; there are such departments as medical record department but what do they actually keep according to what was witnessed they only keep a medical card of the patient with the patient name age and address and form number. This leaves the patient to manage the other part of the medical rec-

ords which include the diagnosis, the tests done and the drug regimen prescribed. Whereas this is an essential part of the record for further reference in management of the patient it is left in the patient's care. Now this patient turns up to the hospital the next time without these records and the medical worker expects the patient to narrate his previous medical results including history of the disease and what drug therapy he was on, of course there are gaps in this kind of arrangement in most cases the doctor either starts diagnosing afresh or relies on what he has been told to work up a drug regime. This has led to many cases being missed diagnosed and over prescribing certain drugs which has led to cases of resistance and toxicity.

Poor storage and management of drugs; this is in reference to the drugs that have been dispensed to the patient, there are so many times when the patients have been prescribed to long courses of drugs and these drugs are dispensed to them at once, however the pharmacist or prescriber does not know under what conditions this patient is going to keep them these are medicines with active ingredients which are biodegradable if not stored according to their respective properties they will degrade and become poisons once taken in such a state. Cold chain medicines like neoplastics insulin given that there is an unstable supply of electricity and some people don't even own a refrigerator caution should be taken while choosing a suitable regimen and preferably short course treatments at least to ensure proper storage and patient safety.

Under developed health care system; whereas a good percentage of the national budget goes into health care and there also lots of foreign funding for this ministry a lot is still lacking in the ministry like establishing an ideal reimbursement program so that health care is affordable for all, improving on drugs stocking and supply chain to make sure that the people at grass root level have access to essential drugs and good healthcare. There was a situation of drugs expiring at the medical stores and there were no medicines in public hospitals, this left the patients to turn to private pharmacies to meet their medical needs, but who does the patient find at the pharmacy the pharmacy manager or nurse who has no background in pharmacotherapy and pharmacology of drugs she probably will sell the expensive wrong

drugs for business's sake. To add to this there is still a prevalence in cases of negligence at public hospitals so in most cases the patients prefer private hospitals but these are not affordable for all, so the patient takes treatment according to how much they can afford so that's why most people are resorting to self medication which has its dangers.

Conclusion. According to this study the prevalence of irrational drug use is mainly a problem posed by administrators; these include the drug monitoring body, pharmaceutical and medical boards, the pharmacist the doctor, the nurse and other medical practioners.

It is important to design a harmonized communication framework connecting all practioners ensuring that the necessary information is passed on to all. With this regard an ideal feedback channel should be place respond to any arising issues. For example the case of prescribing errors the pharmacist should be able to get back to the prescribing doctor and they confer on the issue. The prescriber should be able to consult with the pharmacist on what drugs are available and in what dosage forms.

The pharmaceutical and medical boards need to continuously monitor the activities of their members to ensure that they are present on duty and are performing their duties according to the stipulated guidelines. This would solve the case of absenteeism and negligence of duty. This would also eliminate the case of quark practioners while ensuring patient safety.

Designing a computerized system for medical records keeping, this will enhance data retrieval at every patient review; this will help the doctor in reviewing the patient and establishing the correct diagnosis. This removes the responsibility of keeping such records from the patient as his medical records can be accessed whenever and wherever he chooses to visit for review.

The national drug monitoring body needs to vigilantly carry out drug monitoring activities monitoring pharmaceutical activities, ensuring that drugs are available in public hospitals up to grass root levels. This eliminates cases of drug theft and stagnation of the drug supply chain that has led to drugs expiring at the warehouses. They should be vigilant in ensuring that the necessary information on drug

use is available to the population such information that covers the dangers of self medication, over use of over the counter drugs, the importance of regime adherence etc.

References:

1. Kafuko J.M. Rational drug use in rural health units of Uganda: effect of national standard treatment guidelines on rational drug use. **Access mode** – [http://archives.who.int/icium/icium1997/posters/2f3_text.html].
2. World Bank. The importance of pharmaceutical and essential drug programs: Better health in Africa, Experience and Lessons learned. Available from: web.worldbank.org.
3. Chukwuani C.M. Survey of drug use practices and antibiotic prescribing pattern at a general hospital in Nigeria. / C.M. Chukwuani, K Onifade, K Sumonu. // *Pharm World Sc.* – 2002. – No. 24. – P. 188-195.
4. Erah P.O. Prescribing practices in two health care facilities in Warri, Southern Nigeria: a comparative study. / P.O. Erah, G.O. Olumide, A.O. Okhamafe. // *Trop J Pharm Res.* – 2003. – No. 2. – P. 175-182.
5. Otoom S. Evaluation of drug use in Jordan using WHO patient care and health facility indicators. / S. Otoom, A. Batieha, H. Hadidi. // *East Med Hlth J.* – 2002. – No. 8. – P. 537-543.
6. Abah S.J. There's hope - early observations of ARV treatment roll out in South Africa. / S.J. Abah. // *Essential Drugs Monitor.* – 2011. – No.34. – P. 16-17.
7. Kalyango J.N. Increased use of community medicine distributors and rational use of drugs in children less than five years of age in Uganda caused by integrated community case management of fever. / J. N. Kalyango. // *Am J Trop Med Hyg.* – Nov. 2012. – No. 87(5 Suppl). – P. 36-45. doi: 10.4269/ajtmh.2012.11-0733.
8. Igbiks Tamuno. Drug Prescription Pattern in a Nigerian Tertiary Hospital. / Igbiks Tamuno, Joseph O Fadare. // *Tropical Journal of Pharmaceutical Research.* – February 2012. – No. 11 (1). – P. 146-152.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАРЕЇ

Федяк І.О., Максименко О.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

irynaf@tvnet.if.ua

За даними ВООЗ у світі щороку реєструється від 68,4 до 275 млн. випадків діарейних захворювань, кількість яких постійно зростає. Серед дітей рівень захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ) приблизно утричі вищий, ніж у дорослих, при цьому половина зареєстрованих випадків захворювань припадає на дітей раннього віку (до 3 років). Етіологічний чинник ГКІ вдається виявити у 70-80% хворих. Це можуть бути бактерії, віруси, гриби або ж найпростіші.

Метою роботи стало дослідження роздрібного сегменту українського фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування діареї для оцінки реальних можливостей провізорів (фармацевтів) першого столу стандартних аптек рекомендувати безрецептурні лікарські препарати (ЛП) відповідно до Протоколу.

За Протоколом провізора для цієї категорії пацієнтів рекомендовано 6 фармакологічних груп ЛП: пробіотики і пребіотики, ентеросорбенти, засоби, що пригнічують перистальтику, препарати електролітів з вуглеводами, сольові сполуки для пероральної регідратації, препарати ферментів, протимікробні препарати, що застосовуються при кишкових інфекціях.

Маркетинговий аналіз був проведений на базі аптек з найбільш повним асортиментом у спальних районах м. Івано-Франківська. Серед пробіотиків і пребіотиків представлено: 11 міжнародних непатентованих назв лікарських засобів (МНН) і 21 відповідна їм торгова назва (ТН) препаратів, з них 17 імпорتنих і 4 вітчизняні; серед ентеросорбентів – 3 МНН і 7 відповідно ТН (імпорتنих – 2, вітчизняних – 5); серед засобів, що пригнічують перистальтику – 2 МНН і 6 ТН (імпорتنих – 3, вітчизняних – 3); препарати електролітів з вуг-

леводами, сольові сполуки для пероральної регідратації – 2 МНН і 3 ТН (імпортних – 3); препарати ферментів – 4 МНН і 16 ТН (імпортних – 11, вітчизняних – 5) та протимікробні препарати, що застосовуються при кишкових інфекціях – 1 МНН і 2 ТН препаратів вітчизняного виробництва. В асортименті виявлено монокомпонентні і комбіновані лікарські засоби, при чому монокомпонентні препарати складають 70 % всього асортименту і відповідно комбіновані – 30 %. Дані лікарські засоби представлені переважно в твердих лікарських формах – порошки, таблетки та капсули. Їх частка складає 74 % асортименту представленого в аптеці. Незначна кількість ЛП наявна у двох дозуваннях. За результатами аналізу фірм-виробників встановлено переважання ЛП закордонного виробництва – 65 %, які пропонують фармацевтичні фірми з 14 країн (Німеччина, Франція, Італія, Словенія тощо). Домінують німецькі ЛП (13 % всього асортименту). Меншу частку лікарських засобів (35%) представлено 10 фармацевтичними компаніями України. В залежності від виробника ціни варіюють в досить широких межах: роздрібна ціна упаковки Лоперамиду-Здоров'я (виробник ПАТ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна) по 2 мг № 20 становить 2,90 грн., а упаковка препарату, що вміщує аналогічну діючу речовину – лоперамід – капсули «Імодіум», по 2 мг № 20 виробництва фірми «Янссен» (Франція) – 41,80 грн., що майже в 15 раз дорожче.

Отже, український фармацевтичний ринок безрецептурних ЛП усіх фармакологічних груп, передбачених Протоколом провізора для симптоматичного лікування діареї, представлений достатнім асортиментом ЛП, як українських, так і закордонних виробників зі значним ціновим діапазоном. Хоча, на нашу думку, доцільним є збільшення асортименту деяких груп лікарських засобів при згаданій патології, наприклад, препаратів електролітів (наявні тільки 3 ЛП – «Регідрон» і «Регідрон оптім» (Оріон, Фінляндія) та «Гастроліт» (АТ ТЕВА, Польща)). Також варто рекомендувати ширше використання БАДів, які застосовуються для лікування діареї («Лактіале», ПАТ «Фармак», «Біле вугілля», ТОВ "ОМНІФАРМА КИЇВ").

**ИССЛЕДОВАНИЕ НОМЕНКЛАТУРЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ
ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

Цахилова Е.Н., Андреева И.Н., Хачатрян М.М.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России

naira-gabrielyan@yandex.ru

Борьба против рака в большинстве стран мира стала неотъемлемой составной частью программ здравоохранения. Она включает целый комплекс мероприятий, построенных на основе достижений современной медицинской науки в области профилактики, раннего выявления, диагностики, лечения, последующего наблюдения и восстановления трудоспособности больных злокачественными опухолями.

С целью повышения эффективности лечения особое значение приобретает проблема совершенствования организации специализированной помощи больным раком молочной железы. Ведущее место в данном направлении принадлежит лекарственной терапии, что является основанием для её изучения.

Нами предварительно была изучена структура номенклатуры противоопухолевых лекарственных средств в РФ, определены критерии эффективности каждого препарата в применении для лечения больных раком молочной железы. Исходные данные получены в ходе контент-анализа информационных источников: «Государственного реестра лекарственных средств», «Регистра лекарственных средств России», Справочника «Видаль. Лекарственные препараты в России», «Видаль специалист». Справочник «Онкология», «Федерального руководства по использованию лекарственных средств (формулярная система)», перечня «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты» (ЖНВЛП), российского стандарта лечения РМЖ, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ № 700 от 09.10.2006 г. и

показания в инструкциях к ЛП [1, 2].

Отбор противоопухолевых ЛП базировался на изучении основных методов современной лекарственной терапии РМЖ.

Так, к началу 2011 г. в России зарегистрировано 135 торговых названий противоопухолевых средств на основе 28 международных непатентованных наименований, из которых 21 (75%) включено в перечень ЖНВЛП, 26 вошло в стандарт оказания помощи больным с РМЖ.

При проведении маркетингового анализа ассортимента лекарственных препаратов для лечения рака молочной железы, использовались следующие характеристики.

По производственному признаку из 135 наименований противоопухолевых лекарственных средств 40 препаратов (29,7%) отечественного производства; 95 препаратов (70,3%) – импортного производства.

Рынок лекарственных препаратов для лечения РМЖ характеризуется разнообразием и значительным числом конкурентов – 20 стран-производителей. Лидерами по предложению противоопухолевых ЛП на отечественном фармацевтическом рынке являются: Россия – 29,7%; США, Швейцария, Израиль – по 6,5%; Германия – 6,1%; Великобритания – 4,9%; Мексика – 4,3%; Индия – 3,8%; Италия, Франция, Австралия – по 3,4%; Бельгия – 3,0%; Китай – 2,5% (рис.).

Таким образом, индекс обновления ассортимента из 135 к 2012 г. по России составил 11,1%.

С 2007 г. по 2012 г. на отечественном фармацевтическом рынке появилось 15 новых зарегистрированных торговых наименований противоопухолевых препаратов, используемых для лечения РМЖ. Рынок этих средств расширился не только за счёт дженериков, но и за счёт введения новых оригинальных лекарственных препаратов.

Индекс обновления 11,1% свидетельствует об активном внедрении ЛП для лечения рака молочной железы на фармацевтическом рынке России и быстром обновлении номенклатуры указанных средств.

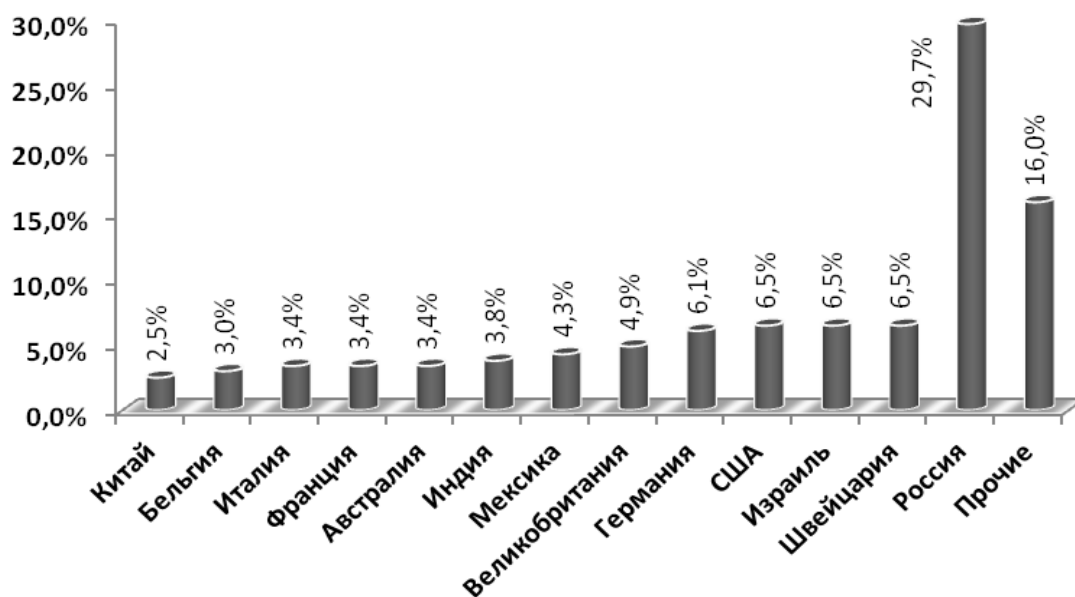


Рис. Удельный вес предложений противоопухолевых ЛП стран-производителей

Потребительский фармацевтический рынок ЛП для лечения РМЖ в РСО-Алания на конец 2012 г. представлен 60 торговыми наименованиями около 11,0% из них отечественного производства.

Индекс обновления ассортимента ЛП, используемых для РМЖ в РСО-Алания в 2010 г. составил 15,39%. На рынке региона появилось 8 новых торговых наименований противоопухолевых препаратов.

Анализ ассортимента ЛП, применяемых для лечения РМЖ, представленный на фармацевтическом рынке РСО-Алания значительно меньше перечня этой группы ЛП, официально зарегистрированных в России. Товарный ассортимент, а точнее его полнота, имеет важное социально-экономическое значение, так как его качество определяет полноту удовлетворения потребительского спроса. Узкий ассортимент может быть одним из факторов, сдерживающих процесс удовлетворения индивидуальных потребностей каждого потребителя. Определение оптимального ассортимента является ключевым моментом экономической стратегии каждой аптечной организации и позволяет обеспечить максимальную экономическую эффективность её деятельности [3]. Для маркетинговой характеристики ассортимента (Кп) был рас-

считан коэффициент полноты ассортимента, который вычисляется как соотношения числа ассортиментных позиций, применяемых для лечения РМЖ и имеющихся на рынке региона (полнота фактическая), к числу ассортиментных позиций, зарегистрированных в России и применяемых также для лечения данного заболевания (полнота базовая) (1).

$$K_n = P_{\text{факт}} / P_{\text{базов}} \quad (1)$$

$P_{\text{базовая}}$ для фармацевтического рынка ЛП, применяемых для лечения РМЖ составляет 135 препаратов. В аптеках и фирмах–поставщиках РСО-Алания обнаружено 60 позиций, соответственно $K_n = 0,444$ или 44,4% препаратов, из которых большинство представлены иностранными производителями.

В настоящее время на фармацевтическом рынке Республики в основном присутствуют противоопухолевые ЛП, включенные в Перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов.

Таким образом, основываясь на вышеизложенном, можно заключить, что номенклатура противоопухолевых лекарственных препаратов, присутствующих на региональном фармацевтическом рынке, способствует оказанию качественных медицинских услуг при лечении рака молочной железы у женщин Республики Северная Осетия-Алания.

Литература:

1. Дрёмова, Н.Б. Лекарственные средства для лечения рака молочной железы / Н.Б. Дрёмова, Т.М. Литвинова // В мире лекарств. – 2000. – № 4(10). – С. 36-41.
2. Семиглазов, В.Ф. Индивидуализация адъювантной терапии рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов [и др.] // Фарматека. – 2011. – № 7. – С. 8-13.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ

Чепель Ю.Г., Ткаченко Н.О.

Запорізький державний медичний університет, Україна

www.foxy07@mail.ru

Профілактика і лікування кардіологічних хвороб і хвороб системи кровообігу є однією з важливих медико – біологічних та соціальних проблем, що стоїть перед сучасною медициною. Це обумовлено значними втратами, які завдають дані захворювання у зв'язку із смертністю і інвалідністю. Виникнення та широке розповсюдження захворювань судин та серця зумовлює необхідність розробки ефективних лікарських засобів для боротьби з ними. Такими лікарськими засобами є група антагоністів кальцію (АК). Основними традиційними показаннями до застосування антагоністів кальцію є артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, аритмії, недостатність кровообігу і т.д.

Метою роботи стало вивчення українського ринку антагоністів кальцію. У роботі використано метод аналізу вторинної маркетингової інформації.

Об'єктами дослідження стали вітчизняний ринок антагоністів кальцію, система постачання препаратами даної групи амбулаторних хворих, цінові характеристики даних препаратів. Матеріалом для дослідження послужив Державний реєстр лікарських засобів України, клінічні протоколи надання медичної допомоги пацієнтам з серцево–судинними захворюваннями, прайс – листи найбільших оптових фармацевтичних компаній України, звітна і інша ділова документація роздрібних фармацевтичних підприємств.

В ході дослідження було встановлено що за АТС класифікацією препаратів, що впливають на серцево-судинну систему групі антагоністів кальцію належить 11,11%. При вивченні асортиментної структури ринку блокаторів кальцієвих каналів було встановлено, що на даний момент в Україні зареєстровано більше 100 торговий найменувань препаратів для лікування серцево–судинних захворювань (з урахуванням всіх форм випуску), більш ніж 50 фірм

– виробників. Процентне співвідношення зареєстрованих в Україні антагоністів кальцію виглядає таким чином: 33,3 % препарати вітчизняного виробництва та 66,7 % зарубіжні препарати.

Серед імпортованих ЛЗ 23,3 % складають препарати країн Азії, 73,3 % належить препаратам країн західної Європи, 3,3 % країн Америки та Канади.

При вивченні асортиментної структури встановлено, що в асортименті за формами випуску антагоністи кальцію розподілилися у наступному співвідношенні: Ін'єкційні розчини, каплі для перорального застосування – 8,9 % та таблетки, капсули – 91,1 %.

В результаті аналізу ринку даних препаратів, який проводився на основі АТС-класифікації, було встановлено, що найбільша частина препаратів належить зарубіжним фірмам – виробникам. Лідерами серед них є Sandoz та Bayer по 20% від всієї кількості препаратів. Препаратами фірми Sandoz які зареєстровані в Україні є: Амло (таблетки по 5мг №30, таблетки по 10мг №30), Фелодипін (таблетки з пролонгованим вивільненням по 5мг №20, таблетки з пролонгованим вивільненням по 10мг №20), Ніфекард (таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 60 мг №30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30мг №30), Лекоптин (таблетки, вкриті оболонкою по 40 мг №50, таблетки, вкриті оболонкою по 80 мг №50). Препаратами фірми Bayer які зареєстровані в Україні є: Адалат (розчин для інфузій, 0,1 мг/мл по 50 мл у флаконах №1 у комплекті зі шприцом), Адалат СЛ (таблетки рапід – ретард, вкриті оболонкою по 20мг №30), Осмо – Адалат (таблетки, вкриті оболонкою, з контрольованим вивільненням по 30 мг №28, таблетки, вкриті оболонкою з контрольованим вивільненням по 60 мг №28), Німотоп (розчин для інфузій, 10 мг/50мл у флаконах №5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30мг №30, №100).

Отже, група кальцієвих блокаторів займає досить великий сегмент серед препаратів для лікування серцево-судинних захворювань та являється лідером по частоті призначень лікарями. У переліку антагоністів кальцію, що зареєстровано в Україні переважають імпортовані препарати.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ ПРОТИАЛЕРГІЙНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ

Самборський О.С., Слободянюк М.М., Байгуш Ю.В., Поварчук Т.Я.

Івано-Франківський національний медичний університет
Національний фармацевтичний університет
aptekar05@mail.ru

На ринку України представлено 157 препаратів протиалергійної дії усіх трьох поколінь 15 МНН (група R06A за АТС-класифікацією), частка обсягів продажів протиалергійних ЛП (ПАЛП) на роздрібному ринку становить 1,4% у натуральних і 1,2% у грошових показниках, середній річний приріст обсягів продажів у групі складає майже 25%. Близько 50% ЛЗ даної групи виробляється вітчизняними виробниками. ПАЛП представлені на ринку України у вигляді таблеток (34% найменувань), аерозолів (22%), розчинів для ін'єкцій (12%), драже (8%), сиропів (6%). Найбільш чисельним за кількістю МНН (9) є ПАЛП I покоління, для яких характерним є зменшення обсягів продажів у натуральних показниках. Обсяги продажів ПАЛП II покоління (4 МНН) є більш стабільними; ПАЛП III покоління (4 МНН) мають найбільший приріст обсягів продажів у натуральних і грошових показниках. У цілому на роздрібному фармацевтичному ринку препарати I покоління займають 36,6% обсягів продажів ПАЛП; II – 22,4% і III – 41%. У розрізі поколінь найбільшими є обсяги продажів препаратів підгруп мебгідроліну – 50% серед ПАЛП I покоління; лоратадину – 95% серед II покоління і цетиризину – 42% серед препаратів III покоління. ЛП трьох поколінь по різному представлені на ринку вітчизняними і зарубіжними виробниками, мають різний діапазон цін і рівень дохідності.

На наступному етапі на прикладі препаратів лоратадину й дезлоратадину нами проаналізовано уподобання споживачів щодо ПАЛП. Серед препаратів лоратадину найбільшу частку ринку мають оригінальний препарат Кларитин (Шерінг-Плау Лабо США), генерики Лоратадин (ВАТ «Фармак») і Лорано (ФК Сандоз, Швейцарія); за показником penetрації лідирують ТМ Клаторин,

Алерік (Фармація Інтернешнл, США) і Лорано, які присутні в асортименті близько 50% аптек. Серед препаратів дезлоратадину найбільші обсяги продажів мають Еріус (Мерк, США) та Едем (ВАТ «Фармак»); найбільш поширений в аптечній мережі ЛП Едем.

За оцінками споживачів, найбільш прийнятна ціна за ПАЛП – від 20 до 40 грн., яку готові сплачувати 45% споживачів, а також до 20 грн. – 25% споживачів. Менше споживачів схильються до ціни від 40 до 60 грн. – 15%. Найменш бажана ціна – від 60 до 80 грн. (для 10% споживачів) і понад 80 грн. – лише для 5% споживачів. Лідерами за обізнаністю споживачів є ТМ Кларитин, Едем і Еріус, добре відомі споживачам також ЛП Лорано ОДТ, Лоратадин-Дарниця. Найчастіше споживачі купували такі ЛП: Кларитин, Еріус, Лорано ОДТ, Лоратадин (ТОВ «Астрафарм»). Дещо меншу популярність серед покупців мали: Едем, Лоратадин-Дарниця, Лоратадин-Здоров'я, Лорано, Лорфаст, Лоратадин (ВАТ «Фармак»), Алерго-норм, Алерік. Інші препарати були придбані менше, ніж 2% споживачів.

Аналіз обсягів реалізації ПАЛП на базі аптек м. Івано-Франківська протягом 2009-2012 рр. показав, що найбільші обсяги продажів мали ЛП Діазолін, Лоратадин, Цетрин і Супрастин. Загалом, для більш відомих препаратів, характерне збільшення кількості проданих упаковок у квітні та липні-вересні, для решти препаратів значних коливань протягом року не спостерігалось, відмічено зростання кількості реалізованих упаковок ПАЛП у 2010 р.

За результатами експертних оцінок провізорів і даними аналітичних маркетингових систем встановлено високу забезпеченість аптек України такими ПАЛП, як Лоратадин (Корпорація Артеріум), Діазолін (ВАТ «Фармак»), Феністил (Новартіс, Швейцарія), Супрастин (Егіс, Угорщина), Кларитин (Мерк, США). Аналіз прихильності провізорів до ПАЛП показав, що в першу чергу провізорами аптек рекомендуються такі препарати, як представник I покоління – Діазолін (понад 30% опитаних провізорів) і II покоління – Кларитин (21,5%), а також Лоратадин (ВАТ «Фармак»), Тавегіл, Лорано, Алерон, Фрібріс, L-цет та ін. Серед препаратів лоратадину і дезлоратадину найбільш відомі

ним є Кларитин (25% респондентів), значну обізнаність мають препарати Лорано, Едем, Еріус, Алерик, Лоратек.

За оцінками провізорів аптек отримано рейтинг препаратів лоратадину і дезлоратадину за показниками рівня сприйнятої якості (з урахуванням довіри до ТМ і виробника), попиту і прихильності споживачів. Лідером є оригінальний препарат Кларитин, до трійки лідерів також увійшли Едем та Еріус, дещо менші показники мають Лорано, Лорано ОДТ, Лоратадин-Дарниця, Лоратидин (ВАТ «Фармак»). Проведено розподіл препаратів згідно з їх популярністю за катего-ріями: непопулярний, мало популярний, досить популярний препарат, умовно бренд і бренд. Близько 80% провізорів аптек віднесли препарат Кларитин до категорії бренду; Еріус назвали брендом близько 55% опитаних.

На думку провізорів аптек, найбільший вплив на популярність ТМ ПАЛП мають ціна, робота медичних представників з лікарями, відомість фірми-виробника; високо оцінені реклама у ЗМІ, робота медичних працівників з провізорами, порівняна ефективність і безпечність препаратів, швидкість настання терапевтичного ефекту та зручність прийому; незначний вплив має назва препарату та дизайн упаковки.

Таким чином, при розробці підходу щодо формування інноваційного потенціалу ПАЛП необхідно враховувати цілий комплекс чинників, що характеризують і фармацевтичний ринок в цілому і впливають на процес вибору ЛП кінцевим споживачем.

З метою подальшого встановлення рівня інноваційності ПАЛП та їх інноваційного потенціалу проведено оцінку переваг і недоліків трьох поколінь ПАЛП і встановлено можливості і загрози для подальшого розвитку у сегментах за допомогою SWOT-аналізу з урахуванням фармакотерапевтичних характеристик, особливостей застосування, прояву побічних ефектів. Враховуючи відсутність більшості побічних дій, що притаманні препаратам попередніх поколінь, більш швидку і тривалу дію, ПАЛП III покоління значною мірою відповідають складовим інноваційного препарату, також нами підтверджено значні перспективи для розвитку ПАЛП III покоління.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЦІНОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Немченко А.С., Сімонян Л.С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
economica@ukr.net

Одним з найпоширеніших інфекційних захворювань людства є грип. Це захворювання викликає велику кількість ускладнень з боку серцево-судинної системи, респіраторного тракту, а у більшості випадків призводить до швидко прогресуючої вірусно-бактеріальної пневмонії.

Для визначення динаміки цінових змін, притаманних вітчизняному оптовому фармацевтичному ринку, нами були проаналізовані пропозиції дистриб'юторів щодо наявності противірусних препаратів, які використовуються для лікування грипу. Було проведено дослідження динаміки середньоарифметичних зважених оптових цін за період 2009-2012 роки.

За результатами дослідження був розрахований середній індекс цін на противірусні лікарські засоби (ЛЗ) для лікування грипу за період 2012-2009, який склав 1,28. Тобто, в середньому за останні три роки ціни на противірусні ЛЗ, що досліджуються, зросли на 28%. Аналіз індексу цін за фармакотерапевтичними групами встановив, що найбільшим ростом за 2009-2012 рр. характеризувалася група препаратів амізону (за міжнародною непатентованою назвою), а саме: Амізон 250 мг №10 (Фармак, Україна) – 1,80; Амізон 125 мг №20 (Фармак, Україна) – 1,58 та Амізон 250 мг №10 (Фармак, Україна) – 1,56. Таким чином, індекси цін на вищезначені противірусні препарати за останні три роки зросли майже у два рази.

Справедливо зазначити, що за період 2009-2012 рр. для 17,78% противірусних ЛЗ спостерігалось незначне зниження середніх оптових цін. Загальну тенденцію до збільшення цін можна пояснити домінуванням на вітчизняному оптовому фармацевтичному ринку імпорتنих противірусних ліків, вартість яких залежить від коливання курсу валют та специфікою вітчизняного виробництва ЛЗ, яке базується на застосуванні у виробництві ЛЗ імпорتنих субстанцій.

МІСЦЕ АМІЗОНУ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА РЕЗУЛЬТАТ АНАЛІЗУ ЙОГО ОПТОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Федяк І.О., Іванюлик І.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

irynaf@tvnet.if.ua

За останні 10-15 років у клінічну практику впроваджено невелику кількість вітчизняних препаратів, які є справді оригінальними і фактично не мають закордонних аналогів. У цьому плані безсумнівним успіхом є амізон – препарат, що належить до групи противірусних засобів для системного застосування. Пре-парат створено в Інституті фармакології та токсикології АМН України, він пройшов повний цикл експериментальних та клінічних досліджень і згідно з рішенням Фармакологічного комітету МОЗ України дозволений до використання (протокол № 8 від 31.10.1996 р.).

Після опрацювання медичних джерел літератури було встановлено, що амізон виявився ефективним при лікуванні таких вірусних інфекцій як кір, краснуха, вітряна віспа, епідемічний паротит. У хворих на кір, які приймали амізон, зменшувалась кількість ускладнень запального генезу, особливо пневмоній і отиту, поліпшувався загальний стан хворих. У хворих на краснуху при прийомі амізону зменшувалась тривалість періоду лихоманки, швидше зникали симптоми інтоксикації та лімфаденопатія. При вітряній віспі прийом амізону сприяв зменшенню тривалості періоду лихоманки і висипань, попереджував пустулізацію везикул, суттєво зменшував вираженість ексудативного компонента. Застосування амізону дає змогу оптимізувати лікування хворих з епідемічним паротитом. Раннє призначення препарату не тільки прискорює зникнення явищ інтоксикації і запалення в уражених слинних залозах, але й попереджує розвиток таких ускладнень, як орхіт і орхоепідидиміт у чоловіків і оофорит у жінок.

Тому подальшою метою нашого дослідження став маркетинговий аналіз препарату Амізон, який рекомендовано до використання для лікування дітей, хворих на дитячі вірусні інфекції відповідно до протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей (наказ МОЗ України № 354 від 09.07.04). У Державному реєстрі лікарських засобів України зареєстровано 5 препаратів амізону (Amizonum, J05A X11), які відрізняються дозуванням, кількістю одиниць на 1 упаковку, лікарською формою. Під торговою маркою амізон діючу речовину енісаміум йодид випускає ВАТ “Фармак” (Київ). За даними “Еженедельника “Аптека” ТОВ “Моріон” станом на 01.02.2013 р. встановлено, що Амі-зон® табл. по 0,125 г блістер, №10 на вітчизняному ринку пропонували 25 оп-тових операторів з 44 (що складає 57 %); Амізон® табл. по 0,25 г блістер, №10 – 24 з 43 (56 %); Амізон® табл. по 0,25 г блістер, №20 – 26 з 45 (58 %), Амізон® Макскапс. 0,5 г блістер, в пачці, №10 – 25 з 44 (57 %); Амізончик сироп 10 мг/мл фл. 100 мл, з дозов. ложк., №1 – 24 з 43 (56 %). Отже, оптові оператори не віддавали переваги якомусь із препаратів амізону.

Середня оптово-відпускна ціна кожного препарату становила: Амізончик сироп 10 мг/мл фл. 100 мл, з дозов. ложк., №1 – 28,04 грн.; Амізон® табл. по 0,125 г блістер, №10 – 15,39 грн.; Амізон® табл. по 0,25 г блістер, №10 – 18,47 грн.; Амізон® табл. по 0,25 г блістер, №20 – 32,92 грн.; Амізон® Макскапс. 0,5 г блістер, в пачці, №10 – 34,35 грн. Коефіцієнт ліквідності ціни коливався від 0,15 (Амізон® табл. по 0,25 г блистер, №10) до 0,177 (Амізон® табл. по 0,25 г блистер, №20), що можна вважати коректним і етичним по відношенню до платоспроможності громадян України.

Отже, завдяки поєднанню противірусних, інтерференогенних, протизапальних, жарознижувальних, анальгезуючих, антиоксидантних та імуномодуючих властивостей та низької токсичності амізон знайшов широке застосування при лікуванні вірусних інфекцій, а також запальних ускладнень, які виникають на їх фоні. Маркетинговий аналіз виявив, що препарат за своїм інноваційним потенціалом є привабливим для операторів оптового ринку, а за ціною та зручністю у дозуванні – і для споживачів.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВАННЯ ГІПОЛІПІДЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ

Райкова Т.С., Масюта Ю.А., Пругло Є.С., Кутова Д.В.

Запорізький державний медичний університет

pruglo@bk.ru

В ході дослідження було проведено анкетування 30 кінцевих споживачів – відвідувачів аптек міста Запоріжжя, які звернулися за препаратами, що знижують рівень холестерину в крові.

В ході анкетування споживачам було запропоновано запитання, які стосуються гіполіпідемічних препаратів, рівня попиту на ці препарати і впливу ціни на них, та запитання, які дозволили визначити вікову та соціальну приналежність респондентів, розподілити їх в залежності від рівня середньомісячного доходу.

В результаті анкетування було встановлено, що препарати аторвастатин, симвастатин, розувастатин, фенофібрат, частіше купують чоловіки, у відсотковому співвідношенні – 53,3% чоловіки, 46,7% – жінки. Серед опитуваних: 19 осіб (63,3%) працюють, 8 осіб не працюють і 3 особи (10%) навчаються.

Серед запитань в анкеті, були запитання щодо виду діяльності. Сім осіб, що у відсотковому співвідношенні складає 23,3% (7 осіб) – це робітники, 7 (23,3%) осіб пенсіонери та підприємці. Службовців – 4 особи (13,3%), студентів – 3 особи (10%), 1 домогосподарка (3,4%), та 1 особа (3,4%) - це безробітний.

Більша частина споживачів відноситься до вікової групи 20-40 років, що у відсотках складає 40% (12 абсолютний показник), осіб віком 41-50 років – 36,7% (11 абс. показник); 51-60 років – 3 особи (10%) і осіб старше 61 року – 13,3% (4 абс. показник). Ці споживачі мають рівень доходів: високий

– 7 осіб (23,3%), середній рівень доходів мають найбільше споживачів, а саме – 19 осіб (63,3%) і з низьким рівнем доходів – 4 особи (13,3%).

Зіставлення отриманих відповідей споживачів лікарських засобів гіполіпідемічної дії, на запитання: "при появі найменших сумнівів зі сторони здоров'я, Ви звертаєтесь до...", ми отримали такі результати: до лікаря звертаються 66,7% (20 абс. показник) та до аптечного робітника 33,3% (10 абс. показник).

Згідно отриманих результатів анкетування, ми змогли визначити частоту звернення споживачів в аптеку. 36,7% із числа опитуваних звертаються до аптеки 1 раз за тиждень, 26,7% купують лікарські засоби 1 раз на місяць, лише 6,6% відвідують аптеку 2 рази на місяць, а 30% споживачів, які брали участь в анкетуванні, звертаються в аптеку за лікарськими засобами 3 рази на місяць.

При опитуванні споживачів було задано запитання про уподобання певних виробників лікарських засобів. 36,6% споживачів, які брали участь в анкетуванні, воліють купувати препарати вітчизняного виробника, 43,4% – віддають перевагу імпортному виробнику лікарських засобів, та 20% респондентів відповіли, що виробник лікарських засобів для них не має важливого значення.

Анкети також включали запитання, щодо зв'язку ефективності лікарських засобів з їх вартістю. 12 осіб, а це 40%, відповіли, що пов'язують ефективність лікарських засобів з їх вартістю, та 18 осіб (60%) – не пов'язують ефективність лікарських засобів з їх вартістю.

Одним із наступних запитань до споживачів було: "яким аптекам Ви віддаєте перевагу: державним; комунальним; приватним; не має значення". На це запитання респонденти відповіли наступним чином: державним аптекам віддають свою перевагу 33,3% (10 абс. показник), комунальним – 3,4% (1 абс. показник), приватним – 30% (9 абс. показник), та 10 осіб (33,3%) відповіли, що форма власності для них не має значення.

В одному із запитань, споживачам було запропоновано обрати препарат, понижуючий рівень холестерину (гіполіпідемічної дії), який їм призначив лікар і він їх придбав в аптеці. Із 30 споживачів, які брали участь в анкетуванні, 12 особам було призначено аторвастатин (Атокор, Аторвакор, Аторіс, Вазоклін, Лівостор, Сторвас, Торвакард), що у відсотковому співвідношенні складає 40%; 13 особам (43,3%) призначали симвастатин (Вабадін, Вазостат, Вазиліп, Зокор, Зостат, Симватін, Симгал); 3,3% (1 абс. показник) пацієнтам лікарі призначали розувастатин (Крестор), та 4 пацієнтів (13,4%) звертались до аптеки за фенофібратом (Ліпікард, Трайкор).

Також, одним з не менш важливих питань, було вказати захворювання, які мають споживачі: 23,3% (7 абс. показник) відвідувачів аптеки мали ішемічну хворобу серця, чотири з 30 респондентів, мали цукровий діабет (13,4%), 10 осіб , що складає 33,3% і це найвищий показник, мали артеріальну гіпертензію, 6,7% (2 абс. показник) перенесли інфаркт міокарда та 23,3% (7 абс. показник) мали інші захворювання.

Отримані результати дають змогу проаналізувати роль споживача в формуванні рівня фармацевтичного забезпечення певною групою лікарських препаратів.

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МАРКЕТИНГОВОГО АНАЛІЗУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Прилипко Н.А.

Одеський національний медичний університет

natalia.anatolivna@gmail.com

Сучасне становище туберкульозу в Україні, слід характеризувати, як серйозну і бурхливо зростаючу епідемію. Це захворювання міцно і з великим відривом посіло перше місце серед всіх інфекцій і продовжує швидко поширюватися. За останні роки основні його епідеміологічні показники зросли більш ніж у два рази і стали найвищими в Європі. Однією з серйозних проблем залишається вдосконалення забезпечення лікарськими препаратами населення, яке потерпає соціально-значущими захворюваннями, в тому числі хворих на туберкульоз. Призначення і використання протитуберкульозних лікарських засобів (ПТЛЗ) є складним завданням, оскільки торкається не тільки питання ефективності та безпеки, але і економічної доцільності.

Фармацевтична складова маркетингового аналізу ПТЛЗ базується на вивченні специфіки даного захворювання, підходів та методів лікування, арсеналу лікарських засобів з встановленням відповідних тенденцій розвитку. Тому нами, перш за все, проаналізовано специфічні аспекти туберкульозу як захворювання, шляхи його фармакотерапії та вивчено динаміку вітчизняного асортименту за даними 2010 р. та 2012 р.

Об'єктом нашого аналізу була суцільна вибірка всіх ПТЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва (з врахуванням лікарських форм та доз) з акцентуванням уваги на розподіл вітчизняного асортименту між окремими виробниками.

Ми провели порівняльний маркетинговий аналіз зареєстрованого арсеналу ПТЛЗ (група за АТХ-кодом – J04A) згідно з Державним реєстром лікарських засобів України станом на 01.11.2010 р. та 01.11.2012 р. Була зафіксована наявність 14 міжнародних непатентованих назв ПТЛЗ: етамбутол, етіонамід, ізоніазид, капреоміцин, натрію аміносаліцилат, піразінамід,

протіонамід, рифабутин, рифампіцин, рифапентин, теризидон, феназид, фтивазид, циклосерин. В порівняльному плані, на 01.11.2010 р. всього зареєстровано 152 ПТЛЗ (із врахуванням лікарської форми, дози та форми випуску), з яких 95 – вітчизняного виробництва і 57 – іноземного. Станом на аналогічну дату 2012 р. всього зареєстровано 177 ПТЛЗ (із врахуванням лікарської форми, дози та форми випуску), з яких 82 – вітчизняного виробництва і 95 – іноземного. Таким чином, питома вага ПТЛЗ вітчизняного виробництва в Україні за два роки суттєво зменшилась: від 67,5 % до 46,3 %. Питання централізації закупівлі ПТЛЗ, що фактично застосовуються в Україні та виготовляються в інших державах є актуальним.

Перелік використаних джерел інформації

1. Прилипко Н. А. Аналіз арсеналу лікарських засобів для лікування туберкульозу / Н. А. Прилипко // Фармацевтичний часопис. – 2010. – № 1 . – С. 45 – 48.
2. Парновський Б. Л. Проблеми інтеграції систем медичної та фармацевтичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні / Б. Л. Парновський, Н. А. Прилипко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2010. – № 1. – С. 40 – 44.
3. Маркетинговий аналіз та проблеми оптимізації арсеналу протитуберкульозних лікарських засобів в Україні / Н. А. Прилипко, А. І. Бойко, М. В. Слабий, Б. Л. Парновський // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – № 1. – С. 32–35.
4. Державний реєстр лікарських засобів України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.drlz.kiev.ua.
5. Грушковська Д. Т. Оптимізація лікарського забезпечення хворих туберкульозом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармац. наук : спец. 15.00.01 “Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація” / Д. Т. Грушковська. – Львів, 2011. – 20 с.
6. Речкіна О. О. Туберкульоз у дітей в період епідемії: епідеміологія, клініка, патоморфоз, лікування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук : 14.01.26 “Фтизіатрія ” / О. О. Речкіна. – Київ, 2010. – 31 с.

МАРКЕТИНГОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НООТРОПНОЇ ДІЇ ІЗ ШОЛОМНИЦІ БАЙКАЛЬСЬКОЇ

Півень О.П., Сліпченко Г.Д.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Piven Elena Pt@mail.ru

Завдяки наявності в рослинах багатьох активних речовин з різноманітною фармакологічною дією є можливість застосовувати фітопрепарати для лікування багатьох захворювань. Не є винятком і шоломниця байкальська, яку широко використовують для лікування цілого ряду захворювань: серцево-судинних, при порушенні діяльності центральної нервової системи, показана її ефективність при гострих хронічних інфекційних захворюваннях, суглобовому ревматизмі, алергічних захворюваннях, бронхіальній астмі. Також відома ноотропна, тонізуюча, антигіпоксична, антиоксидантна активність шоломниці байкальської.

Метою наших досліджень є аналіз українського ринку ноотропних препаратів та обґрунтування доцільності виробництва нового лікарського препарату (ЛП) таблеток «Скутекс» на основі шоломниці байкальської.

Показаннями для застосування таблеток «Скутекс» є астеничні та астенично-депресивні стани соматогенного і психогенного генезу, енцефалопатія різного генезу, стресовому стані, церебральному атеросклерозі в поєднанні з гіпертонічною хворобою. Нейрометаболічні стимулятори збільшують загальну стійкість організму, в тому числі нервової системи, покращують пам'ять та розумову діяльність. Препарати цієї групи широко використовують в психіатричній практиці. А також при захворюванні нервової системи. Поширеність захворювань в Україні перелічених хвороб досить висока і складає 2,3 млн осіб.

Ринок ноотропних ЛП в Україні в основному представлено препаратами на основі субстанцій синтетичного походження (препарати пірацетаму, піритинолу, цитоколіну, вінпоцетину, гідролізатів та дериватів тканин, кислоти гамаамінобутирової та їх похідних). При захворюваннях, які супроводжуються зниженням інтелекту, порушенням пам'яті, запамороченнями широко вико-

ристовуюють препарати рослинного походження - гінкго дволопатевого. Сьогодні на українському ринку представлено 18 торгових найменувань препаратів на основі гінкго білоба, з яких 14 найменувань – моно препарати та 4 комбіновані. Виробниками продукції цього сегменту є переважно зарубіжні підприємства. Серед вітчизняних підприємств тільки ТОВ «Астрафарм» та ВАТ «Монфарм» випускають препарати гінкго білоба у формі капсул та Житомирська фармацевтична фабрика у формі орального розчину. На сьогодні ноотропні засоби на основі шоломниці байкальської вітчизняною промисловістю не випускаються. Тому у якості препаратів порівняння обрано препарати на основі гінкго білоба.

Рівень цін на препарати гінкго білоба в пропозиціях оптових фірм знаходиться в широкому діапазоні – від 8,43 до 216,09 за упаковку залежно від дозування та кількості препарату в упаковці. Для оцінки рівня конкуренції на цьому сегменті ринку нами використано коефіцієнт ліквідності цін (C_{liq}). Проведені дослідження показали, що сегменти ринку препаратів гінкго білоба з дозуванням 40 та 80 мг № 60 характеризуються високою конкуренцією ($C_{liq}=0.2$ та $C_{liq}=0,36$ відповідно). Сегменти ринку гінкго білоба з дозуванням 40 мг № 20 та №30 та дозуванням 80 мг № 20 характеризуються низьким рівнем конкуренції ($C_{liq}>0,5$). Тобто упаковка гінкго білоба № 60 є більш доцільною для споживачів.

Прогнозування рівня оптово-відпускної ціни на таблетки «Скутекс» 0,05 г №10 показало, що нижня межа ціни може знаходитися на рівні 3,7 грн. за упаковку. Приведена ціна відноситься до групи низьких цін серед цін, встановлених на препарати гінкго білоба. У порівнянні з ціною капсул «Гінкго білоба» 40 мг № 30 (ТОВ «Астрафарм») 12,5 грн. за упаковку ціна таблеток «Скутекс» 0,05 г № 30 (11,1 грн.) буде в 1,12 рази нижча, тобто розрахована ціна є конкурентоспроможною.

Таким чином, у зв'язку з широкою поширеністю захворювань в Україні, при яких показані ЛЗ ноотропної дії, а також враховуючи, що ноотропні препарати шоломниці байкальської на ринку відсутні, організація вітчизняного виробництва таблеток «Скутекс» за конкурентною ціною є доцільною і дасть змогу задовольнити потребу населення в ефективних і безпечних лікарських засобах.

ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ РИНКУ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ГРУПИ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ

Півень О.П., Ціхонь Г.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Piven Elena Pt@mail.ru

Протягом останніх десятиліть гіпотензивні засоби групи інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) остаються самими вживаними препаратами, що застосовуються в кардіології. Найвищу частку в структурі захворювань серцево-судинної системи в Україні займає гіпертонія – 39%, цією хворобою вражено більше 11 мільйонів населення. Це викликає необхідність покращення поінформованості населення про стан здоров'я та надання фармацевтичної допомоги.

Інгібіторам АПФ на відміну від лікарських препаратів (ЛП) інших груп властива висока антигіпертензивна активність і добра переносимість. Від ривня терапевтичної ефективності, нешкідливості, кратності прийому й інших споживчих властивостей кожного з препаратів, а також вартості лікування залежать переваги лікарів і споживачів.

Метою досліджень є аналіз світового й українського ринків інгібіторів АПФ і визначення споживчих переваг на цьому ринку.

Для проведення маркетингових досліджень ринку інгібіторів АПФ як об'єкти були обрані ринки США, Німеччини, Швейцарії, Великобританії, які займають провідне положення на світовому ринку в фармацевтичній галузі, а також ринок України. На підставі історичного, документального, логічного, економіко-статистичного, патентно-ліцензійного аналізу, та анкетування відвідувачів аптек визначені тенденції у споживанні інгібіторів АПФ.

Інгібітори АПФ в даний час є лідируючою за обсягами споживання групою антигіпертензивних засобів як в усьому світі, так і в Україні. Світовий ринок препаратів цієї групи представлений лікарськими препаратами (ЛП) на основі 20 субстанцій і характеризується значним товарним асортиментом. Проте, як показали проведені нами дослідження фармацевтичних ринків провідних країн світу, найбільше поширення одержали ЛЗ на основі 12-ти суб-

станцій. На світовому ринку антигіпертензивних препаратів також широко представлені комбіновані препарати, створені на основі інгібіторів АПФ, як основної діючої субстанції, та сечогінних препаратів або блокаторів кальцевих каналів. Проте лідерами за обсягом продажів і числом лікарських призначень продовжують оставатися препарати еналаприлу і лізиноприлу, вони займають перше і друге місця серед антигіпертензивних засобів. Більш нові ЛП і, відповідно, менш відомі на ринку і зазвичай більш дорогі, характеризуються меншим обсягом продажів.

Аналіз українського ринку інгібіторів АПФ свідчить про те, що на ньому діє 83 власники ліцензій, які реалізують препарати на основі найбільш розповсюджених субстанцій (12). Ємкість цього ринку формують 109 препаратів (без урахування кількості дозованих одиниць в упаковці), з них – 60 простих препаратів (55%) і 49 – комбінованих (45%), тобто перевага в споживанні надається простим препаратам. Проте більшість препаратів, зареєстрованих в Україні, виробляються іноземними підприємствами (64) з 30 країн світу. Вітчизняна галузь представлена 19 виробниками, які випускають інгібітори АПФ на основі каптоприлу, еналаприлу, лізиноприлу. Тобто більш нові субстанції українськими підприємствами не використовуються, хоча вони і вийшли з під патентного захисту.

Для дослідження споживчих уподобань на ринку інгібіторів АПФ нами було проведено анкетування відвідувачів аптек. Серед опитаних респондентів 35% були чоловіки і 65% – жінки різного достатку, соціального статусу і віку. Результати анкетування показали, що 80% респондентів самі приймали інгібітори АПФ або ці препарати приймали члени їхньої родини. Викладене свідчить про довіру населення до препаратів цієї групи. Аналіз рівня обізнаності респондентів про інгібітори АПФ показав, що найбільш знайомими і вживаними є наступні ЛП: для 50 % опитаних – Каптопрес, 46,6% – Каптоприл і Еналаприл, 40% – Ліприл, 33,4% – Берліприл, 21, 5% – лізиноприл та 19% – Енап. Тобто найбільш вживаними серед відвідувачів аптек є препарати на основі каптоприлу, еналаприлу і лізиноприлу (для порівняння: за кордоном лі-

дерами споживання остаються еналаприл і лізиноприл). Ці препарати вже давно на ринку України і більшість із них випускаються вітчизняними виробниками за доступними цінами. Проте більш нові препарати на основі моєксіприлу, периндоприлу, раміприлу, беназеприлу, трандолаприлу і, відповідно більш дорогі, значно менше знайомі і вживані відвідувачами аптек (6-8%).

Проведені дослідження показали, що більшість респондентів при купівлі інгібіторів АПФ віддають перевагу лікарським препаратам (ЛП) вітчизняного виробництва – 55% (імпортного – 45%). Це можна пояснити достатньою якістю препаратів вітчизняних виробників, а також тим, що імпортні препарати коштують значно дорожче. У зв'язку з цим нами було з'ясовано, яке значення для респондентів має ціна при купівлі інгібіторів АПФ. Так, для 40% опитаних ціна має велике значення, адже саме ціна відіграє один із найбільших впливів на рішення про купівлю ЛП. Для 35% опитаних ціна має значення, а для 15% – ціна має найбільше значення, що свідчить про низький достаток населення. Тобто, замість дорогих брендових препаратів в аптеці можна запропонувати більш доступні за ціною генерики. Проведений аналіз сприйняття респондентами рівня цін на інгібітори АПФ показав, що більшість опитаних вважає ціни на ЛП середніми (55%), 30% – високими, 10% – дуже високими і тільки 5% населення – низькими. 70% респондентів відповіли, що у разі підвищення цін на лікарський препарат, який вони приймають, звернуться до більш дешевого аналога, проте 30% не звернуть уваги на ціну, продовжуючи купувати звичний для них ЛП.

Таким чином інгібітори АПФ в даний час є лідируючою за обсягом споживання групою антигіпертензивних засобів як в усьому світі, так і в Україні. Вітчизняними виробниками інгібітори АПФ III-го покоління випускаються на основі лізиноприлу, тобто більш нові субстанції не використовуються, хоча вони і вийшли з-під патентного захисту. Найбільш знайомими і вживаними для відвідувачів аптек є препарати на основі каптоприлу, еналаприлу і лізиноприлу, що відповідає уподобанням в споживанні (крім препаратів каптоприлу) і за кордоном. Ціна має один із найбільших впливів на рішення споживача про купівлю інгібіторів АПФ (для 90% опитаних). 70% респондентів звернуться до більш дешевого аналога у разі підвищення цін на лікарський препарат, який вони приймають.

АЛГОРИТМ РОЗРОБКИ АНКЕТИ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

Молодожонова О.О., Бушуєва І.В.
Запорізький державний медичний університет
pogorelovaolga@bigmir.net

Анкетування, на нашу думку, є одним із найбільш гнучких механізмів для виявлення тих чи інших закономірностей у поведінці споживачів, що є передумовою не тільки маркетингового аналізу, а й проектування складних систем, у тому числі інформаційних. Саме тому нами було розроблено анкету для дослідження людей похилого віку для виявлення їх потреб та наступного проектування інформаційної системи. Процесу передувало формулювання гіпотези, а безпосередньо розробка включала в себе такі етапи як розробка пошукових питань, визначення способу анкетування, розробка алгоритму подальшої обробки даних.

Розроблена анкета, традиційно, складалася з кількох блоків: 1) преамбула «Шановний споживач! На кафедрі управління та економіки фармації проводиться дослідження комплексу фармацевтичного підприємства, у зв'язку з чим просимо Вас прийняти участь в анкетуванні! Заздалегідь вдячні за Вашу допомогу!»; 2) основна частина: «Блок 1. Відбірковий», який включає питання відносно віку респондентів, статі та придбаних лікарських засобів, «Блок 2. Виявлення змісту необхідної інформації людьми похилого віку», що включає в себе питання, які допомагають зрозуміти спосіб сприйняття інформації людьми похилого віку та «Блок 3. Виявлення шляхів сприйняття інформації людьми похилого віку», спрямований на з'ясування оптимального засобу комунікації.

При розробці пошукових питань особливу увагу ми приділили змісту запитань та послідовності їх розміщення у анкеті. Намагаючись використовувати як відкриті так і закриті запитання нами було встановлене оптимальне їх співвідношення задля комфортного самопочуття та відкритості респондентів; 3) заключна частина.

Таким чином, нами було розроблено анкету для опитування людей похилого віку та проведено дослідження, результатом якого стало проектування інформаційного комплексу.

ПОЗИЦІОНУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Романчук М.І., Корнієнко О.М.,

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

lesyakorn@ukr.net

Актуальність. Згідно з даними МОЗ України останнім часом спостерігається значне розповсюдження захворювань ЛОР-органів, зокрема гострі первинні тонзиліти за частотою виникнення посідають друге місце після грипу й складають 3-7% усіх інфекційних захворювань. Як свідчать літературні дані, частота призначення протимікробних засобів у терапії оториноларингологічних захворювань сягає в поліклініках 65–85%, в стаціонарах - 98%, хоча необхідна лише у 6–8% випадків. Протікання даної групи захворювань залежить від того, на якому етапі розпочато лікування. При перших симптомах захворювань ефективним є застосування засобів рослинного походження, які не пригнічують стан імунної системи організму.

Мета. Узагальнення інформації про підходи та засоби для лікування основних груп ЛОР-захворювань, встановлення найбільш вживаних та ефективних лікарських засобів, а також чинників, що впливають на цей вибір.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження був арсенал лікарських засобів, які застосовуються у ЛОР-практиці. Використовувались методи інформаційного пошуку, узагальнення та системного аналізу. З метою збору первинної інформації проведено опитування 100 респондентів за допомогою опрацьованої нами анкети. Експертну оцінку синтетичних протимікробних лікарських засобів у порівнянні з препаратами рослинного походження проводили 20 експертів – лікарів та медичних сестер.

Результати. Встановлено, що найбільше досвіду у респондентів було з приводу лікування захворювань гортані (90% респондентів ця проблема торкалась безпосередньо), носа та навколоносових синусів (83%). Близько третини опитаних свого часу скаржилися на біль у вухах (37%). Майже всі рес-

понденти застосовували лікарські засоби для лікування названих захворювань, хоча лише близько половини з них звертались до лікаря (56%). Виявлено високий рівень довіри щодо вибору безрецептурних лікарських засобів до рекомендацій провізорів або фармацевтів (54%), значна частина опитаних скористалася порадами знайомих (41%). Ціна, реклама в засобах масової інформації, власний досвід, виробник незначно впливали на вибір препаратів (16%, 11%, 10% та 5% відповідно). Більшість респондентів відзначили значний та частковий позитивний ефект від застосування вживаних ними засобів (75% та 22% відповідно). Спостерігались поодинокі скарги на виникнення проблем зі шлунком після вживання антибіотиків, головний біль після судиннозвужуючих засобів для лікування ринітів, сухість слизової тощо.

Найчастіше для лікування захворювань вуха опитані вживали софрадекс, отипакс, ципрофлоксацин, норфлоксацин та аурісан; носа та навколоносових синусів – нокспрей, фармазолін, синупрет, віброцил, евказолін-аква; гортані – стрепсілс, фарингосепт, трахісан, хлорофіліпт, інгаліпт, септефрил.

Анкета експерта включала дві частини – ознайомчу та експериментальну. В ознайомчій частині містилися питання, що дозволяли з'ясувати професійні дані експерта (освіту, наявність кваліфікаційної категорії, стаж роботи за спеціальністю, джерела інформації тощо). Близько третини експертів були сімейними лікарями (35%), дещо менше – дільничими педіатрами та медсестрами (по 20%), оториноларингологами та хірургами (по 10%), лікарями-інфекціоністами (5%). Характерним для більшості експертів була наявність першої або вищої кваліфікаційної категорії (40% та 35% відповідно) та стажу роботи понад двадцять та від 5 до 20 років (50% та 45% відповідно). Інформацію про засоби для лікування ЛОР-захворювань більшість з них отримували на конференціях від медичних та торгових представників (90%), з інтернету та спеціалізованої літератури (75% та 70% відповідно). На власний досвід, узагальнення та інтуїцію посилалися 40% опитаних нами експертів.

Експериментальна частина анкети передбачала оцінювання відібраних лікарських засобів за наступними критеріями: інформованість, частота реко-

мен-дацій для лікування, ефективність та частота виникнення алергічних реакцій. Для порівняльного аналізу синтетичних протимікробних засобів та препаратів рослинного походження з арсеналу лікарських засобів, які застосовуються у ЛОР-практиці, було відібрано ліки, яким найбільше довіряють пересічні споживачі. Встановлено, що більшість експертів для лікування захворювань вуха рекомендують софрадекс, горла – біопарокс та стрепсилс (60% та 85% експертів відповідно), носа – синупрет (60%).

Висновок. Проведені дослідження підтверджують літературні дані про те, що лікарі та медсестри рекомендують для лікування оториноларингологічних захворювань протимікробні засоби значно частіше, ніж засоби рослинного походження. Напрямок подальших досліджень є покращення інформаційного забезпечення щодо методів народної медицини та засобів рослинного походження, які є особливо ефективними на початкових стадіях протікання даної групи захворювань.

Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України від 23.03.2011 № 159 "Про затвердження третього випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності" [Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov>.]
2. Наказ МОЗ України від 16.05.2011 N 284 «Про затвердження протоколу провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів» [Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov>.]
3. Індивідуальна терапія оториноларингологічних захворювань [Електронний ресурс. Режим доступу: http://www.ortho.ru/agents/herb/Echinacea_En.htm]

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРОТИ ДЕМОДЕКОЗНОЇ ІНВАЗІЇ

Кузнецов О.А., Ткаченко Н.О.
Запорізький державний медичний університет
Kuzne4ik-oleg@mail.ru

Застосування антидемодексних препаратів системної дії набуває важливого значення для терапії таких етіологічно і патогенетично пов'язаних дерматозів, як розацеа, демодекоз. Ці захворювання шкіри займають провідні місця серед хронічних дерматозів людини. Пацієнти, що страждають на демодекоз зустрічаються в роботі дерматовенеролога в умовах дерматологічного прийому практично щодня.

Сегмент ринку лікарських засобів проти хронічного демодекозу знаходиться на стадії формування. Представлені групи препаратів, не виділені окремо у класифікації засобів для лікування демодекозу тому, що мають широкий спектр показань для лікування інших захворювань. Тобто, даний сегмент ринку не однозначний і відокремити його дуже складно. Це пов'язано з етіопатогенетичною роллю демодекса.

Сегмент ринку, орієнтований на пацієнтів із захворюванням демодекозу представляє собою гетерогенну систему, яка включає у собі як групу лікарських препаратів так і широкий вибір засобів професійної косметики. Підхід до лікування демодекозу повинен бути комплексним.

Для проведення системного аналізу фармацевтичного ринку засобів для лікування демодекозу нами враховано гетерогенну структуру даного сегменту, який має обмежену кількість препаратів, з системною протидемодексною дією. Вони представлені здебільшого однією групою – похідними імідазолу (метронідазол, тинідазол, орнідазол).

Об'єктом дослідження стали Державний реєстр лікарських засобів України, Державний формуляр лікарських засобів, державний реєстр ЛЗ Росії, офіційні веб-сайти виробників продукції, прайс-листи, рекламні буклети, каталоги продукції, а також фармацевтичні препарати, засоби лікувальної косметики та супровідна документація на продукцію, що є в наявності в аптеках. Мето-

дологія збору та аналізу даних включає у собі: системний аналіз, комплексний підхід, методи інформаційного пошуку, аналіз та узагальнення даних.

Структура даного сегменту містить різноманітні фармакологічні групи препаратів: протимікробні препарати, антисептики, гормони, протигрибкові препарати для місцевого застосування, засоби з пом'якшувальною то захисною дією. В результаті аналізу ринку даних препаратів, який проводиться на основі АТС класифікації, було встановлено, що найбільша кількість засобів для лікування демодекозу, належать до фармакологічної групи: протимікробні і протипаразитарні препарати; засоби, що діють на ектопаразитів, включаючи препарати, застосовуються при корості, репеленти.

У результаті досліджень виявлено, що широта ринку нараховує 5 асортиментних груп. Глибина першої групи склала 4 позиції, всіх інших груп по одній позиції. Більшість із них - монопрепарати.

В аналізованому асортименті лікарські форми представлені, як традиційними розчинами, кремами, порошками, так і більш новими формами у вигляді гелів, лосьонів, емульсій. Серед яких переважають мазі та креми і розчини.

Асортиментний ряд засобів для лікування демодекозу нараховує препаратами, що відпускаються населенню без рецептів (69%) і за рецептами (31%).

У ході дослідження даного сегменту ринку, згідно Наказу МОЗ України від 29.11.2011 р. № 1000 «Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту (соціально орієнтованих) лікарських засобів і виробів медичного призначення для аптек» нами було виявлені препарати, які входять до переліку засобів, вказаних у додатку, а саме – мазь сірчана проста.

Незважаючи на те, що на сьогодні вивчено чимало етіопатогенетичних чинників цих хвороб, досі не уявляється можливим визнати наявність цілісного підходу до пояснень причин їхнього виникнення та розвитку. Саме брак такої загальної концепції, яка б охоплювала та пояснювала якомога більше положень проблеми, заважає осмислити численний фактичний матеріал, що його було накопичено багатьма попередніми дослідженнями. Узагальнення поглядів на етіологію розацеа, демодикозу та періорального дерматиту, а також деяких близьких до них дерматозів, являє собою важливе завдання сучасної дерматовенерології.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АКНЕ

Кроль Я.Ю., Ткаченко Н.О.

Запорізький державний медичний університет

angel22@yandex.ru

Акне – хронічний рецидивуючий дерматоз, що відрізняється полівалентністю пускових чинників і торпідністю течії. Згідно статистичних даних, дві третини звернень населення до лікувально-профілактичних та косметологічних установ складають хвороби шкіри, а саме сальних залоз. Сегмент ринку засобів для лікування акне – препарати фармацевтичних підприємств та широкий вибір професійної косметичної продукції, тому актуальним стає питання дослідження ринку засобів даної групи, проведення комплексного аналізу, оцінки номенклатури та асортименту препаратів. **Метою** наукової роботи став аналіз сегменту фармацевтичного ринку засобів для лікування акне. **Матеріали та методи.** У ході дослідження були використані аналітичні, економіко-математичні та графічні методи аналізу. Матеріалом послужили: Державний реєстр лікарських засобів, офіційні веб-сайти виробників продукції, прайслисти, рекламні буклети, каталоги продукції, а також фармацевтичні препарати. Аналіз та обробка даних проводилась за допомогою: програмного комплексу «Фармзаказ Аптека», довідника «Компендіум», електронного ресурсу «Нормативно-директивні документи МОЗ України» та Державного формуляру лікарських засобів.

Результати. В результаті аналізу ринку даних препаратів, який проводився на основі АТС-класифікації було встановлено, що найбільша кількість засобів для лікування акне, зареєстрованих в Україні, належать до фармакологічної групи D10 – Засоби для лікування акне (76,2%). Підхід до лікування акне є комплексним, тому терапія захворювання включає у собі препарати інших фармакологічних груп: D11 – Інші дерматологічні препарати (4,76%), D01 – Протигрибкові препарати для місцевого застосування (4,76%), D02 –

Засоби з пом'якшувальною та захисною дією (4,76%) та G03 – Препарати жіночих статевих гормонів та їх синтетичні аналоги (4,76%). Групу лікарських засобів формують оригінальні препарати – 23,8% та препарати-генерики – 76,2%. Асортиментний ряд засобів для лікування акне представлений препаратами, що відпускаються населенню як без рецептів (67%) так і за рецептами (33%). Асортиментний ряд лікарських засобів включає у собі як моно препарати – 15 позицій або 71%, так і комбіновані лікарські засоби – 6 позицій або 29%. Серед лікарських форм вітчизняного виробництва переважають розчини (33%), серед зарубіжних виробників, представлених на ринку переважають м'які лікарські форми – гелі (43,75%).

У ході маркетингового дослідження також була проаналізована фірмова структура іноземних та вітчизняних компаній, що мають місце на українському фармацевтичному ринку. На сьогоднішній день більша частка даного сегменту представлена зарубіжними фірмами-виробниками – 71,4%, частка українських виробників склала 28,6%. Лідером, серед зарубіжних країн, представлених на фармацевтичному ринку стала Індія, яка налічує 5 фірм. Другу позицію займає Німеччина (3 фірми), всі інші країни представили по одній фірмі-виробника. Вітчизняний ринок України налічив 6 фірм-виробників, що вказує на активний розвиток даного сегменту ринку.

Аналіз цінової кон'юнктури даного сегменту фармацевтичного ринку, показав, що більша частка препаратів є доступною для середньостатистичного споживача. Коефіцієнт ліквідності та адекватної платоспроможності також вказує на доступність даної групи препаратів для кінцевого споживача, включенням є препарати ізотретіноїну (Роаккутан та Акнетин).

Висновки. У результаті вивчення сегменту ринку засобів для лікування акне, встановлено, що основу ринку складають фармацевтичні препарати, що входять до групи D-10 за АТС-класифікацією. Аналіз асортиментного ряду та фірмової структури вказує на активну динаміку та розвиток даного сегменту ринку. Дослідження цінової кон'юнктури даного сегменту фармацевтичного ринку, показало що більша частка препаратів є доступною для середньостатистичного споживача, що вказує на соціальну направленість динаміки розвитку даного сегменту.

ВИВЧЕННЯ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кобець М. М., Крапивна Ю. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

krapivnajulia@gmail.com

За статистикою ВООЗ, у 60-90% дітей шкільного віку та майже у 100% дорослих людей є карієс. Важка форма пародонтиту виявляється у 15-20% пацієнтів у віці від 35 до 44 років. Серед усіх захворювань пародонту 90-95% доводиться на запальні, такі як гінгівіт і пародонтит. За висновками експертів, саме каріозні і запальні захворювання ротової порожнини є основними причинами випадіння зубів. У глобальних масштабах приблизно у 30% літніх людей у віці 65-74 років повністю відсутні природні зуби. Крім того, майже у половини (40-50%) ВІЛ-позитивних людей розвиваються грибкові, бактеріальні або вірусні інфекції порожнини рота, які також рано чи пізно можуть призвести до повної або часткової адентії [1, 2].

Метою роботи є дослідження та аналіз поведінки споживачів стоматологічних препаратів.

Методи дослідження.

Нами був використаний польовий метод. Дослідження проводилось за допомогою анкетного опитування.

Результати дослідження.

На даний момент в дослідженні взяли участь 74 респонденти. Як свідчать отримані дані, більшу кількість респондентів складають жінки віком від 21 до 30 років.

Стоматологічні препарати представлені різноманітними лікарськими формами, такими як: таблетки, аерозолі, спреї, розчини, гелі, ЛРС (кора, листя, трава), настойки, олія, капсули, краплі, екстракти, збори, пасти, пастилки.

Аналізуючи результати, було встановлено, що найпоширенішими у досліджуваній групі препаратів є тверді лікарські форми (ЛРС, таблетки, пасти-

лки, капсули, збори). Їх частка сягає майже половину асортименту – 45,16%. Дещо меншу кількість складають рідкі засоби (розчини, настойки, екстракти, краплі, олії) – 25 найменувань, тобто 26,88% від загальної кількості. М'які лікарські форми (гелі, пасти) – 18,28% від усіх препаратів досліджуваної групи, а ЛЗ, що знаходяться під тиском – 9,68%.

До факторів, що впливають на вибір лікарського засобу споживачем відносяться: ефективність, безпечність, якість, ціна, зручність застосування (лікарська форма, спосіб застосування).

Найбільше значення мають якість препарату, ефективність, безпечність (відсутність побічних ефектів). Також певне, але не вирішальне значення має ціна препарату.

Досліджувалося питання про вплив смаку лікарського препарату на вибір споживача. В ході анкетування було встановлено, що для більшості опитованих смак лікарського засобу не має значення.

Під час опитування споживачів виявлено, що найбільшим попитом користуються такі стоматологічні препарати: Трахісан, Стопангін, Тантум Верде, Лісобакт, Евкаліпта настоянка.

Висновок. За допомогою отриманих результатів досліджень була вивчена поведінка споживачів стоматологічних препаратів. Виявлені соціально-психологічні особливості процесу прийняття рішень різними категоріями споживачів і специфіка факторів, що впливають на цей процес.

Література:

1. ВОЗ опублікувала статистику распространения стоматологических заболеваний во всем мире (по материалам ВОЗ). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://xn--80agpkdlcbvkd5n.xn-p1ai/novosti/voz_opublikovala_statistiku_ras-prostraneniya_stomatologicheskikh_zabolevaniy_vo_vsem_mire.

2. Грудянов А.И. Лечение и профилактика болезней пародонта / А. И. Грудянов // Журнал Consilium Provisorum. – 2001. – Том 1. – № 6.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НОВОГО КЛАСУ ПРОТИПУХЛИННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Дацко А.Й., Главатчук А.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
olenkaglavatchuk@rambler.ru

Вступ. Одним з важливих напрямків, що на сьогодні визначає перспективи розвитку онкології є таргетна терапія. Напрямок системної терапії злоякісних пухлин, яка відрізняється цілеспрямованим впливом на певні "мішені", пов'язаний з рецепторними впливами. Засобами для таргетної терапії є вакцини, лікарські засоби (ЛЗ) на основі моноклональних антитіл (МКА) і малих молекул, які з кожним роком все більш активно застосовуються для лікування онкологічних захворювань.

Мета. Провести маркетингові дослідження фармацевтичного ринку нового класу протипухлинних ЛЗ на основі МКА.

Матеріали та методи. У дослідженні використано бібліографічні, аналітичний, статистичні методи аналізу, дані Державного реєстру лікарських засобів.

Результати. Показано, що у терапії пухлин використовують два типи ЛЗ на основі МКА: прості (некон'юговані, не пов'язані ні з якими цитотоксичними речовинами) і кон'юговані (лікувальний ефект, яких зумовлений приєднаними до антитіла речовинами, а саме радіоактивними частинками, цитостатиками або токсинами).

Food and Drug Administration у США для лікування онкохворих дозволила до застосування 7 простих ЛЗ на основі МКА - Ритуксимаб (Ритуксан), Трастузумаб (Герцептин), Алемтузумаб (Кампат), Бевацизумаб (Авастин), Цетуксимаб (Ербітукс), Гемтузумаб (Мілотарг), Панітумумаб (Вестібікс) і 2 кон'югованих - Ібрітумомаб (Зевалін), Тозітумомаб (Бексар).

В ряді країн таргетні препарати включені в стандарти та протоколи лікування злоякісних захворювань. Широкого застосування у світі та Україні набули: Ритуксимаб (Мабтера), Трастузумаб (Герцептин).

На даний час ЛЗ на основі МКА є найбільш швидкозростаючим сегментом фармацевтичного ринку. Середньорічні темпи зростання продаж МКА складають понад 14%. На ринку лідером продажів ЛЗ на основі МКА є швей-

царська компанія Хоффманн-Ля Рош, що виробляє протипухлинні лікарські засоби Герцептин, Авастин і Мабтера. Більше 50 біотехнологічних компаній проводять клінічні випробування нових протиракових ЛЗ на основі МКА у медичних центрах по всьому світу.

У період з 2001 по 2002 роки загальні продажі ЛЗ на основі МКА на світовому ринку склали 5,4 млрд. \$, а в 2011 році вони досягли до 45,6 млрд. \$. За прогнозами лондонської ділової компанії Visiongain загальні продажі МКА препаратів зростають і в 2015 році складуть 62.3 млрд. \$.

В Україні до застосування в онкологічній практиці зареєстровано 5 наступних ЛЗ на основі МКА: Алемтузумаб (Мабкампат), Бевацизумаб (Авастин), Цетуксимаб (Ербітукс), Ритуксимаб (Мабтера), Трастузумаб (Герцептин). За АТС-системою класифікації вони віднесені до фармакотерапевтичної групи L-Антинеопластичні та імуномодельючі засоби. На українському ринку вони представлені фірмами виробниками Дженентек Інк, США (Авастин, Герцептин, Мабкампат), Хоффманн-Ля Рош, Швейцарія (Авастин, Мабтера, Герцептин), Рош Діагностикс, Німеччина (Авастин, Мабтера, Герцептин), Меркс, Німеччина (Ербітукс), Берінгер Інгельхайм Фарма, Німеччина (Мабкампат).

За даними літератури лікування препаратом Мабтера® (4 місяці – 6 доз) коштує 20 тис.\$, препаратом Герцептин® (1 рік) – 45 тис.\$, препаратом Авастин® (1 рік) – 55 тис.\$, препаратом Зевалін®, так само як і Бексар®, (1 курс) – 25 тис.\$.

В реєстрі оптово-відпускних цін на лікарські засоби станом на 06.11.2012 вартість Авастину 100мг/4мл, 1 фл. – 3280,09 грн. (410,78\$), 400мг/6мл, 1 фл. – 13113,89 грн. (1643,32\$); Мабтера 100мг/100мл, 2 фл – 5295,73 грн. (665,21\$), 500мг/50 мл, 1 фл. – 13251,26 грн. (1659,52\$); Герцептин 150мг, 1 фл. – 6800,83 грн. (851,70\$), 440мг, 1 фл. – 19948,57 грн. (2498,26\$); Ербітукс 5мг/мл, 1 фл. – 3785,73 грн. (474,1\$).

На жаль, мало хто з хворих на онкологічні захворювання може дозволити собі лікування за такі кошти. Проте хворі і лікарі повинні знати, що існують методи, які здатні значно продовжити життя хворих, суттєво призупинити прогресування хвороби.

Висновок. Проведено маркетингове дослідження фармацевтичного ринку нового класу протипухлинних ЛЗ на основі МКА. Показано їх переваги у лікуванні та покращенні якості життя онкологічних хворих.

АНАЛІЗ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВИДАННЯХ

Мнушко З.М., Мунес Алабдулла Джома Халіл, Жадько С.В., Дудка М.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

mnushko@ukrfa.kharkov.ua

За різними даними, хронічні захворювання вен (ХЗВ) нижніх кінцівок зустрічаються у 60-80% населення розвинених країн, зокрема, в Україні варикозне розширення вен поширене у 26-28% жінок і 10-20% чоловіків працездатного віку. Досить частим є консультування відвідувачів аптек в рамках фармацевтичної опіки та відповідального самолікування при купівлі засобів для симптоматичної терапії проявів ХЗВ, що підвищує значимість аптечних працівників як цільової аудиторії при просуванні даних засобів на ринок.

Мета роботи – дослідження позиціонування засобів для лікування ХЗВ серед працівників аптек на основі контент-аналізу публікацій у спеціалізованих фармацевтичних виданнях. Вивчено матеріали видань щотижневика «Аптека», журналів «Провізор» і «Фармацевт-практик» (2011-2012 рр.). Отримані дані оброблялися за такими критеріями, як цільова аудиторія, характер повідомлення, категорія повідомлення (інформаційний модуль про захворювання; інформаційний модуль про лікарський препарат (ЛП), косметичний засіб (КЗ) або спеціальні харчові добавки (СХД); реклама; інформація про виробника) та ін. і фіксувалися за допомогою матриці контент-аналізу.

У зазначених джерелах виявлено 33 матеріали, присвячені ХЗВ нижніх кінцівок та засобам їх лікування. Цільовою аудиторією визначені завідувачі та заступники завідувачів аптек як особи, що формують товарний асортимент та визначають обсяги товарних запасів; провізори (фармацевти) як особи, що здійснюють фармацевтичну опіку та як кінцеві споживачі, що належать до групи ризику ХЗВ нижніх кінцівок через тривалі статичні навантаження. Фармакотерапія ХЗВ базується на застосуванні флебопротекторів – ЛП, які но-

рмалізують структуру і функції венозної стінки. Поряд з цим, для усунення симптомів ХЗВ (біль, набряки, відчуття важкості у ногах) на ринку позиційнуються ЛП та КЗ гепарину для місцевого застосування (антикоагулянти), а також СХД, фіточаї, що є непрямими конкурентами флебопротекторів. Аналіз показав, що найчастіше у досліджуваних виданнях зустрічається така категорія повідомлень про засоби для лікування ХЗВ нижніх кінцівок, як реклама (17 повідомлень), поширеними є статті з інформацією про ЛП (КЗ або СХД) (15) та захворювання (8). Лідерами за кількістю повідомлень є Ескузан краплі, Pharma Wernigerode, Німеччина (13), а також косметичні гелі Гірудовен та Гірудовен Компліт, НВО «Біокон», Російська Федерація (9 повідомлень). Два повідомлення присвячені гелю Веносан, Bosnalijek (Республіка Боснія-Герцеговина), по одному повідомленню мають гелі Ліотон® 1000, Berlin-Chemie/Menarini Group, Німеччина і Тромбоцид, Alpen Pharma AG (Швейцарія), спрей «Швидка допомога для втомлених ніг», НВО «Біокон», Російська Федерація і фіточай Софора, «Fito Pharma Co.Ltd». У більшості повідомлень присутній емоційний відтінок, у матеріалах про Ескузан, Тромбоцид і Веносан акцент робиться на вирішенні естетичних проблем жіночої аудиторії. Максимальна кількість публікацій приходить на теплий період року, що співпадає зі збільшенням клінічних проявів ХЗВ нижніх кінцівок.

Повідомлення про Ескузан представлені переважно у вигляді реклами, що носять чітко виражений емоційний характер. Всі матеріали супроводжують слоган «Краплі Ескузан – нова сторінка в житті ваших ніг». Позиціонування препарату базується на використанні іміджу країни-виробника (Ескузан – німецька якість), популярності Ескузану серед рослинних венотонізуючих препаратів (лідерство за обсягами продажів у натуральних і грошових показниках), оптимальному співвідношенні ефективності й безпечності, використовуються посилання на клінічні дослідження щодо ефективності есцину.

Більшість повідомлень, присвячених гелям Гірудовен і Гірудовен Компліт, – статті, які носять раціональний характер. Дані засоби позиціонуються у рамках асортиментної лінії «Доктор Біокон», при цьому зроблено акцент на

іміджі виробника (НВО «Біокон» – визнаний лідер у вирощуванні медичних п'явок). У низці повідомлень мова йде про актуальність даних продуктів навесні та влітку, можливості збільшення обсягів продажів та необхідності формування товарних запасів аптеки на весняний та літній період. Надається інформація про дослідження впливу біологічно активних речовин п'явки на організм людини та епідеміологічні дослідження Гірудовену. У всіх публікаціях замовчується про те, що Гірудовен та Гірудовен Компліт є косметичними засобами, тим самим вони конкурують з ЛП. Низка статей містять детальну інформацію про дію компонентів засобів асортиментної лінії «Доктор Біокон», зокрема екстрактів медичної п'явки та кінського каштану. Надання інформації про вміст у Гірудовені екстракту каштану та його лікувальні властивості може зумовлювати зменшення попиту на краплі Ескузан, що позиціонується як препарат каштану. Таким чином, статті про Ескузан, в яких суттєва увага приділяється екстракту каштану, зокрема есцину, підкріплена посиланнями на чистельні дослідження, непрямым шляхом можуть збільшувати попит на Гірудовен. Спрей «Швидка допомога для втомлених ніг» позиціонується відповідно до назви, надається інформація про те, що він є косметичним засобом, також звертається увага на виробника – НВО «Біокон».

Інформація про гель Веносан надається у вигляді реклами, використовується слоган: «Життя – це рух! Потрійна сила вашого руху!», що акцентує увагу на наявності у складі препарату трьох активних компонентів (есцину, фосфоліпідів та гепарину). При позиціонуванні гелю Ліотон 1000 використовуються такі переваги, як вищий вміст гепарину порівняно аналогічними препаратами для місцевого застосування та активна динаміка зростання обсягів продажів у натуральних показниках. Гель Тромбоцид позиціонується як єдиний низькомолекулярний антикоагулянт у формі гелю, що діє більш ефективно і безпечно завдяки більш швидкому всмоктуванню, зумовленому меншим розміром молекули активного компонента.

Таким чином, керівники та провізори аптек сприймаються як важлива цільова аудиторія для позиціонування засобів для лікування ХЗВ нижніх кінцівок. У вивчених виданнях присутні матеріали про безрецептурні ЛП, КЗ та СХД для лікування ХЗВ та усунення симптомів, найбільша кількість повідомлень присвячена препарату Ескузан краплі та косметичним гелям Гірудовен і Гірудовен Компліт, використовуються раціональні та емоційні мотиви впливу на цільову аудиторію.

ВИЗНАЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІУ НА ОСНОВІ SWOT-АНАЛІЗУ

Дудар Г.М., Слободянюк М.М., Просяник Л.Ф
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
veritas_kh@ukr.net, D-Nuytochka@yandex.ua

SWOT-аналіз дозволяє оцінити сильні та слабкі сторони підприємства або продукту (товару), а також можливостей для отримання переваг та загроз зі сторони конкурентів.

Метою дослідження є встановлення інноваційності препаратів групи антагоністів кальцію та їх інноваційного потенціалу на основі SWOT-аналізу.

Ми застосували SWOT-аналіз для оцінки переваг III покоління лікарських препаратів серед інших препаратів групи антагоністів кальцію, а також для визначення можливостей збільшення їх частки на ринку та загроз зі сторони препаратів-конкурентів. Нами було проведено оцінку переваг і недоліків поколінь препаратів даної групи та встановлено можливості для подальшого розвитку у сегментах.

При порівнянні I та II поколінь ЛП групи антагоністів кальцію, встановлено, що останнє переважає за фармакотерапевтичними характеристиками і меншим проявом побічних ефектів. Другим значним недоліком є невелика кількість ЛП вітчизняного виробництва – усі вітчизняні препарати є різними торговельними марками ніфедіпіну. До основних можливостей розвитку сегменту препаратів антагоністів кальцію II покоління можна віднести заміщення ними препаратів I покоління та збільшення асортименту за рахунок препаратів вітчизняного виробництва. Проте, основною загрозою у перспективі розвитку даної групи препаратів є позитивна динаміка росту сегменту ринку препаратів групи антагоністів кальцію III покоління, що є більш інноваційними, особливо у фармакотерапевтичних характеристиках (альфа-адренолітична та симпатолітична активність; препарати III покоління приймаються лише один раз на добу; не викликають рефлексної тахікардії; 98% препарату зв'язується з білками крові; період напіввиведення складає 8–10 год.). Незважаючи на незначну кількість діючих речовин, сегмент ринку препаратів антагоністів кальцію III покоління останні роки динамічно збільшується.

Нами було встановлено, що ЛП III покоління лерканідіпін значно переважає за фармакотерапевтичними характеристиками і меншим проявом побічних ефектів та є більш перспективним.

АГЕНТНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОДІЇ СУБ'ЄКТІВ МАРКЕТИНГУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Дорохова Л.П., Дорохов О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Харківський національний економічний університет

dorohova@meta.ua

При плануванні довгострокових рішень і проведенні аналізу процесів дистриб'юції на фармацевтичному ринку неминучі різного виду невизначеності, що впливають на результати аналізу. Невизначеності на українському фармацевтичному ринку можна класифікувати як економічні (зміни в економіці країни або підприємства, коливання ринкового попиту, невизначеність ринкових цін), політичні (зміна політичної обстановки, пріоритетів в державі), фінансові (зміни курсів валют, кон'юнктури ринку). Однак на практиці фактори невизначеності часто ігноруються, і рішення приймаються на основі припущень, що всі фактори, які впливають на ситуацію, відомі точно. В результаті рішення, прийняті на підставі таких моделей, призводять до значних економічних втрат. Складність аналізу моделей з невизначеностями пов'язана з необхідністю вибору певних альтернатив і розрахунком ймовірностей результатів і можливих втрат, а також аналізу ризиків. На думку авторів, досить перспективним є вивчення процесів на фармацевтичному ринку й ухвалення рішень на основі математично обґрунтованих імітаційних моделей, з подальшим проведенням обчислювальних експериментів.

Взагалі, в літературі описано безліч методик аналізу групової поведінки споживачів. Зокрема, існують класичні моделі, що розглядають задачу споживчого вибору. Однак часто вони враховують, в основному, лише очевидні обмеження і не дозволяють описати специфіку товарної категорії саме фармацевтичної продукції. Крім того, споживачі діють в суспільстві, тому на їх вибір впливають фактори, які визначаються багатьма соціальними обставинами. Одним з таких факторів є вплив суспільного оточення, інших споживачів. При

цьому часто лікарський препарат є широко вживаним та необхідним для покупця не в останню чергу через велику загальну кількість споживачів, котрі й формують його популярність, впливу лікарів, інших рекламних та іміджевих факторів. Інший соціальний чинник полягає в інертності споживачів при прийнятті рішень. Навіть якщо перехід на інші ліки є результативним і економічно ефективним, на практиці такий перехід відбувається зі значною затримкою. Причини затримки полягають як у самому процесі прийняття рішення, так і в соціальних і ментальних питаннях, пов'язаних з таким переходом. Численні, різноспрямовані за дією, походженням і механізмом впливу соціальні чинники надзвичайно складно врахувати при описі математичної моделі. Тому на практиці від формульних залежностей важко добитися достатньо стабільних і надійних результатів. Загальноприйнятим вважається, що «економіка - це наука, що вивчає сукупність виробничих і споживчих відносин». Однак, у порівнянні з іншими науковими дисциплінами, стандартна економічна теорія приділяє відносно мало уваги ролі взаємодій ринкових суб'єктів в економіці.

В той же час в останні роки значного розвитку набули методи комп'ютерного імітаційного моделювання, серед яких «агентне» моделювання. З'явилася можливість описувати соціально-економічні взаємодії і процеси практично без спрощень в реалістичному вигляді. Сучасний напрямок розвитку імітаційного моделювання полягає у виникненні, розвитку та формуванні агентних підходів до моделювання, представлення поведінки соціально-економічних систем і створення відповідних моделюючих комплексів. Виник новий науковий напрям «Agentbased Computational Economics», що розвиває методологію комп'ютерних модельних досліджень економічних процесів у вигляді динамічних систем взаємодіючих агентів.

Розглядаючи фармацевтичний ринок і, зокрема, взаємодію аптека – роздрібний покупець, ми можемо сформулювати постановку завдання наступним чином. Будемо представляти споживачів ліків як індивідів, що функціонують на фармацевтичному ринку, раціонально вибираючи потрібні їм фармацевтичні товари для досягнення своїх цілей, враховуючи при цьому й інші, в тому

числі і соціальні, фактори. Такі індивіди – одиниці, що приймають рішення, є агентами. Процеси, що відбуваються на роздрібному фармацевтичному ринку, будуть розглядатися в моделі як інтегральна сума всіх індивідуальних рішень агентів. З використанням агентного підходу виявляється можливим врахувати у моделях основне припущення соціоекономіки, яке полягає в тому, що люди приймають рішення не тільки чисто раціонально, але і на основі своїх ціннісних установок і емоцій.

Агентний підхід дозволяє формалізувати в моделі безліч факторів, які впливають на прийняття споживачами рішень, що, в кінцевому рахунку, позначається на обсягах і термінах покупки споживачами фармацевтичних товарів і користуванні супутніми послугами. У запропонованому модельному підході агенти виступають як активні об'єкти, котрі характеризують поведінку деякої множини однотипних споживачів ліків з подібним поведінням при прийнятті рішень в умовах ринкової економіки. Можна вважати, що подібне поведіння мають споживачі, що знаходяться в однакових економічних і соціальних умовах. Тому визначимо агента як кластер (деяке число, групу) споживачів певного типу. Вони використовують один і той же вид ліків з порівнянними обсягами споживання і тому мають однакову стратегію поведінки на ринку. Особливості стратегій поведінки різних типів споживачів виражаються певними настройками параметрів агентів.

Модель побудована таким чином, що при необхідності число типів споживачів і типів ресурсів (лікарських препаратів) може бути задане без внесення змін у вихідний код, а тому таке розбиття за типами не має принципового значення.

Розглянута модель в силу специфіки задачі є повністю дискретно-подієвою. При необхідності, можна задати який завгодно часовий проміжок – дискрет для моделі. Для програмної реалізації моделі необхідно скористатися одним з існуючих пакетів імітаційного моделювання, що підтримують агентне моделювання, дискретно-подієве моделювання, об'єктно-орієнтоване «ієрархічне» моделювання, доступ до баз даних, можливість динамічної роботи з агентами (додати, видалити, змінити поведінку), графічні структури для завдання поведінки агентів (карти станів, блок-схеми). Спираючись на порівняльний аналіз пакетів, в якості інструментального засобу імітаційного моделювання була обрана система імітаційного моделювання AnyLogic. В теперішній час завершується постановка задачі та здійснюється побудова та тестування основних типів елементарних моделей взаємодії покупців лікарських препаратів на фармацевтичному ринку.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кір'якулова Т.С., Ткаченко Н.О.

Запорізький державний медичний університет

0971357165@mail.ru

Метою нашої роботи були маркетингові дослідження вітчизняного ринку засобів для лікування хронічної венозної недостатності (ХВН).

При проведенні дослідження були використані методи аналітичного, графічного, економіко-математичного та емерджентного методів аналізу.

Матеріалом для досліджень послужили Державний реєстр лікарських засобів, офіційні веб-сайти виробників продукції, прайс-листи, рекламні буклети, каталоги продукції, а також фармацевтичні препарати.

Розглянута номенклатура лікарських засобів, що внесені до Державного реєстру, вивчена асортиментна та фірмова структура українського ринку вказаного сегменту. У процесі досліджень цінової кон'юнктури були розглянуті оптові пропозиції цін та середньозважені роздрібні ціни на препарати для лікування ХВН, що представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку. Під час досліджень були розраховані показники – коефіцієнт ліквідності ціни, який характеризує доступність лікарського засобу для споживача та коефіцієнт адекватності платоспроможності. Коефіцієнт ліквідності даної групи препаратів майже не перевищував показник 0,5, що є коректним по відношенню до платоспроможності населення України.

Висновки. У результаті вивчення фармацевтичного ринку встановлено, що переважають на ринку засоби іноземного виробництва. Аналіз цінової кон'юнктури даного сегменту фармацевтичного ринку, показав що більша частка препаратів є доступною для середньостатистичного споживача, що вказує на соціальну направленість динаміки розвитку даного сегменту.

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ПОТЕНЦІАЛУ РИНКУ АНТИАНЕМІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Вальдовський А.О., Мнушко З.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

mnushko.nfau@gmail.com

В умовах сучасних динамічних ринкових відносин конкурентоспроможна діяльність підприємств, у тому числі й фармацевтичних, майже неможлива при відсутності всебічної інформації про ринок та його окремі показники. Одним із таких показників є ринковий потенціал, який комплексно характеризує виробничі та споживчі властивості ринку. На сьогоднішній день залишається актуальним питання розробки системних підходів щодо оцінки маркетингового потенціалу фармацевтичного ринку з урахуванням усіх факторів, під впливом яких він формується. Серед цих чинників важливе місце посідають фактори зовнішнього середовища, які в першу чергу впливають на діяльність окремих підприємств та, відповідно, і на динаміку ринку в цілому. У зв'язку з цим метою даної роботи є виявлення специфічних факторів макросередовища, які впливають на формування потенціалу на прикладі ринку антианемічних лікарських препаратів (ААЛП), які є засобами супутньої терапії багатьох захворювань та фізіологічних станів.

На сьогоднішній день найбільшим впливом як на фармацевтичний ринок в цілому, так і на його окремі сегменти відзначаються фактори політико-правового середовища. Посилення державного регулювання на фармацевтичному ринку значно змінює окремі аспекти діяльності фармацевтичних і аптечних підприємств. Наприклад, впровадження законопроекту щодо ліцензування імпорту може призвести до скорочення асортименту імпортованих препаратів на фармацевтичному ринку, в тому числі й антианемічних лікарських засобів. Станом на кінець 2012 року частка ААЛП вітчизняного виробництва від загального асортименту становила лише 29%. Окрім того, за

АТС–класифікацією існує багато груп п'ятого рівня, які представлені лише імпорнтними препаратами, тобто не мають вітчизняних аналогів. До таких груп відносяться: В03А D – препарати заліза в комбінації з фолієвою кислотою, В03А Е01– залізо, вітамін В12 та фолієва кислота, В03Х А02 – дарбепоедин альфа. Також варто відзначити, що серед препаратів заліза до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення входить лише імпорнтний препарат «Тардиферон», а серед вітчизняних лікарських засобів у цьому переліку присутні тільки препарати фолієвої кислоти. Переважна більшість імпорнтних ААЛП також відмічається й у Державному формулярі лікарських засобів. Тобто у випадку скорочення імпорту препаратів даної групи може виникнути складна ситуація щодо пошуку препаратів–замінників. Також, на думку фахівців, процедура ліцензування імпорту спричинить збільшення цін на лікарські засоби через збільшення витрат виробників на проведення повного лабораторного аналізу всіх серій лікарських препаратів, які імпортуються на територію України, що призведе до зниження рівня їх доступності для населення. Дані обставини можуть негативно вплинути на зростання потенціалу ринку ААЛП. З іншого боку, привертає увагу державна регуляторна політика стосовно промоційної активності фармацевтичних виробників, яка характеризується поступовим обмеженням діяльності медичних представників. Переважна більшість ААЛП відноситься до рецептурної групи, тому єдину цільову аудиторію в даному випадку складають саме лікарі. Відповідно, зниження рівня промоції фахівців з боку медичних представників може призвести як до суттєвих змін у структурі загального обсягу продажів ААЛП, так і до зменшення впливу лікарів на потенційних споживачів, що наприкінці призведе до зниження ринкового потенціалу.

На формування ринкового потенціалу також значно впливають фактори економічного середовища країни. У сучасних умовах обмежена доступність лікарських препаратів внаслідок недостатнього обсягу фінансування системи охорони здоров'я. За підсумками 2012 року державні закупівлі лікарських засобів складають лише 15% від загального обсягу ринку. Врахо-

вуючи те, що антианемічні лікарські препарати призначаються лікарями як засоби супутньої терапії при багатьох захворюваннях, можна припустити, що обсяг державної закупівлі препаратів даної групи значно менший за середні показники госпітальних продажів на фармринку в цілому. Також доцільно звернути увагу на наступні макроекономічні показники: динаміка валового внутрішнього продукту у 2012 році становить + 0,2%, індексу споживчих цін – мінус 0,2%, індексу цін на фармацевтичну продукцію + 1,7%, індексу цін на антианемічні лікарські препарати + 1,3%, реальної заробітної плати + 14,7%. Розглядаючи дані показники у комплексі, можна зробити висновки, що ситуація стосовно доступності ААЛП відносно покращується. Доказом цього є значне збільшення споживання більш дорогих лікарських препаратів у порівнянні з дешевими у 2012 році, що позитивно впливає на зростання ринкового потенціалу.

Розглядаючи демографічні фактори, варто звернути увагу на статеву–вікову структуру населення. На формування потенціалу ринку ААЛП значно впливає чисельність населення наступних категорій: діти віком до 14 років, жінки дітородного віку, особи похилого віку, оскільки саме в цих групах потреба в ААЛП є найбільшою. Серед факторів науково–технічного середовища необхідно виділити розробку вітчизняними виробниками препаратів–аналогів імпортних ААЛП, наявних на українському фармацевтичному ринку. За цих умов доступність та споживання ААЛП може значно збільшитися, внаслідок чого зростатиме й потенціал ринку.

Таким чином, показано доцільність урахування впливу наведених факторів на формування потенціалу ринку антианемічних лікарських препаратів. У зв'язку з цим, метою подальших досліджень є моніторинг динаміки ринкових показників під впливом вище зазначених факторів, результати якого доцільно залучити до розробки комплексної моделі формування маркетингового потенціалу ринку ААЛП.

ТОРГОВЫЕ НАИМЕНОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: МЕТА-АНАЛИЗ РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Коржавых Э.А.¹, Дрёмова Н.Б.²

¹Российский университет дружбы народов, г. Москва

²Курский государственный медицинский университет, г. Курск,

o_kea@mail.ru, dremova@mail.ru

Проведен сравнительный анализ отечественных публикаций по изучению торговых наименований лекарственных препаратов. Определены качественные и количественные различия в подходах к формированию наименований препаратов из разных фармакотерапевтических групп.

Введение

В России первые исследования торговых наименований (ТН) лекарственных препаратов (ЛП) с учетом их фармакологической или фармакотерапевтической группы стали проводиться в 2000-е гг.

Особенность таких работ заключается в сочетании методов маркетингового исследования с методами лингвистического, терминологического, информационного анализа. Наряду с традиционными задачами получения характеристики ТН и МНН, используемых для обозначения действующих веществ и ЛП изучаемой группы, авторы решают и другие задачи, в частности, маркетингового либо фармакотерапевтического плана – применение ТН для оценки позиций ЛП на рынке, безопасность фармакотерапии в аспекте ТН ЛП, рациональность построения ТН ЛП с учетом фактора времени и т.д.

Дизайн исследований однотипный – это нерандомизированные исследования в одной группе. Как правило, изучается генеральная совокупность наименований исследуемой группы ЛС, зарегистрированных в России, за определенный временной период. Массив наименований формируется на основе достоверного источника официальной информации – Государственного реестра ЛС. Дополнительно могут использоваться сведения из справочного изда-

ния – Регистра ЛС, который также базируется на официальной информации о государственной регистрации ЛС.

Характеризуемые в данной статье исследования ТН ЛС детально описывают способы формирования ТН и применяемые при этом словообразовательные элементы с учетом конкретной классификационной группы ЛС – по фармакологическому или фармакотерапевтическому действию или по типу ЛС, если речь идет о гомеопатических препаратах, либо по рыночному статусу (бренды). Межгрупповые различия в подходах к образованию ТН не выявлялись.

В связи с этим представляло научный и практический интерес на основе результатов проведенных терминологических и лингвистических исследований определить, существуют ли такие различия, в частности, между способами формирования ТН препаратов-брендов и ТН других ЛП.

Методика анализа

Объектами настоящего исследования служили опубликованные результаты анализа ТН препаратов, относящихся к группам антибиотиков [2], снотворных [5], гомеопатических [6], противомигренозных [7] лекарственных средств, а также ЛП-брендов [4].

Анализируемый массив ТН ЛП составил в целом 563 наименования.

Поскольку в интересующих нас работах применялась весьма сходная методология, то адекватным методом сравнительного анализа может служить так называемый мета-анализ, хорошо зарекомендовавший себя в доказательной медицине как способ предварительного обобщения результатов клинических исследований на малом числе объектов.

Мета-анализ – количественный систематический обзор, который соединяет результаты исследований для создания и исследования оценки общего интересующего нас результата. Мета-анализ относится к использованию формальных статистических способов обработки и обобщения количественных доказательств из различных исследований, нацеленных на проверку одной и той же гипотезы [1].

Рассматриваемые исследования ТН соответствуют требованиям к публикациям, объединяемым для мета-анализа:

- по схемам исследований (нерандомизированные, в одной группе);
- году опубликования (2000-е гг. и начало 2010-х гг.);
- типу выборки (генеральная совокупность с малым числом объектов);
- сходству методов изучения (лингвистический, терминологический, информационный анализ);
- полноте информации (определенный набор изучаемых параметров).

Стандартная гипотеза сравниваемых работ: *состав и структура ТН ЛП обусловлены принадлежностью данного препарата к определенной классификационной группе ЛС.*

Мета-анализ проведен нами по следующим параметрам:

- способ включения информационных моделей в ТН ЛП;
- частота использования информационных моделей в ТН ЛП;
- среднее количество слогов в наименованиях ЛП определенной группы;
- среднее количество букв в ТН.

Под информационными моделями понимались обобщенные, наиболее распространенные характеристики информации, включенной в ТН. Согласно Дрёмовой Н.Б., Березниковой Р.Е. [3], при формировании ТН ЛП чаще всего используются следующие информационные модели: 1) состав препарата; 2) фармацевтические свойства; 3) фармакотерапевтические свойства; 4) рыночные характеристики; 5) косвенные ассоциации.

Статистические показатели – количество ТН в абсолютном выражении и удельный вес в процентах.

Результаты и обсуждение

Изучение объединенного массива наименований показало, что наиболее распространенным вариантом формирования ТН является включение в наименование словообразовательных элементов из каких-либо *двух* информационных моделей – частота использования такого варианта образования ТН составила 54,5% (табл. 1).

Способы включения словообразовательных элементов информационных моделей в наименования препаратов

Способ включения модели	Частота образования ТН с применением одной или нескольких моделей по группам ЛП, %						
	Снотворные	Антибиотики	Гомеопатические	Противомигренозные	Бренды	Всего	
						абс.	%
Одна модель	57,1	26,7	29,4	39,1	60,4	189	33,6
Две модели	38,1	49,8	67,5	60,9	39,6	307	54,5
Три модели	4,8	21,9	3,1	-	-	63	11,2
Четыре модели	-	1,6	-	-	-	4	0,7
Итого:	100 (42 ТН)	100 (251 ТН)	100 (194 ТН)	100 (23 ТН)	100 (53 ТН)	563	100

На втором месте по частоте применения находится вариант с образованием ТН на основе только *одной* модели – 33,6%. Реже всего в ТН включаются элементы сразу из четырех информационных моделей – в 0,7% случаев, что, вероятно, связано с низкой информативностью такого рода наименований, т.е. их нерациональностью.

Наименьшим числом вариантов – только по одной или по двум моделям – характеризуется формирование ТН противомигренозных ЛП и препаратов-брендов, при этом ТН брендов отличаются наибольшей частотой образования на основе лишь одной модели – 60,4% наименований этой группы. Преобладание данного способа формирования ТН отмечено и для группы снотворных ЛП – 57,1% наименований. В отношении второго интересовавшего нас параметра – частоты применения элементов конкретной информационной модели – установлено, что безусловным лидером является модель 1 «Состав ЛП», на долю которой при самостоятельном применении и в комбинациях пришлось 41,4% суммарной частоты по всем моделям (табл. 2).

Частота использования конкретных информационных моделей в наименованиях лекарственных препаратов из разных групп

Модель	Частота использования модели в ТН по группам ЛП						
	Снотворные	Антибиотики	Гомеопатические	Противомигренозные	Бренды	Всего	
						абс.	%
1.Состав ЛП	29,5	49,6	30,0	82,6	45,5	425	41,4
2.Фармац. свойства	6,4	19,3	16,0	-	-	155	15,1
3.Фармакол. и фармакотерап. свойства	32,1	3	27,6	69,6	42,9	228	22,2
4.Рыночные характеристики	9,0	18,1	23,7	4,3	6,5	183	17,8
5.Косвенные ассоциации	2,6	0,8	2,7	-	1,3	16	1,6
Другое	20,5	-	-	-	3,9	19	1,9
Итого:	100 (78 случаев)	100 (498 случаев)	100 (337 случаев)	100 (36 случаев)	100 (77 случаев)	1026	100

Модель 3 «Фармакологические и фармакотерапевтические свойства ЛП» занимает второе место по частоте встречаемости в ТН объединенного массива с показателем 22,2%. Далее в порядке убывания частоты включения в ТН следуют модели 4 «Рыночные характеристики» и 2 «Фармацевтические свойства ЛП» – соответственно, 17,8% и 15,1%. Наименьшая частота применения выявлена для модели 5 «Косвенные ассоциации» – 1,6%.

Для ТН препаратов, относящихся к снотворным, антибиотикам, гомеопатическим ЛП, характерно использование всех пяти существующих информационных моделей, а для ТН противомигренозных ЛП и брендов – соответственно, трех и четырех моделей из пяти.

Весьма показателен параметр длины ТН, измеряемый количеством букв и количеством слогов, образующих наименование. Эти два показателя наглядно демонстрируют, насколько выполняется требование краткости ТН. К

сожалению, не во всех анализируемых публикациях такие показатели были рассчитаны авторами или можно было их рассчитать по имеющимся в публикациях данным. На рисунке сравнивается средняя длина одного ТН в слогах для наименований слотворных ЛП, антибиотиков, противомигренозных ЛП и брендов.

Гистограмма показывает, что ТН препаратов-брендов – самые короткие по количеству составляющих их слогов – в среднем 2,9 слога на 1 ТН против 3,06 и более слогов для ЛП из фармакотерапевтических групп.

Среднее количество букв в 1 ТН противомигренозных средств было равно 9,7 буквы, в то время как для ТН брендов этот показатель составлял 7,3 буквы. Чаще всего наименования ЛС, зарегистрированных в России, состояли из 7-8 букв [8], а для ТН слотворных ЛС и брендов самая распространенная длина наименования – 6-7 букв.

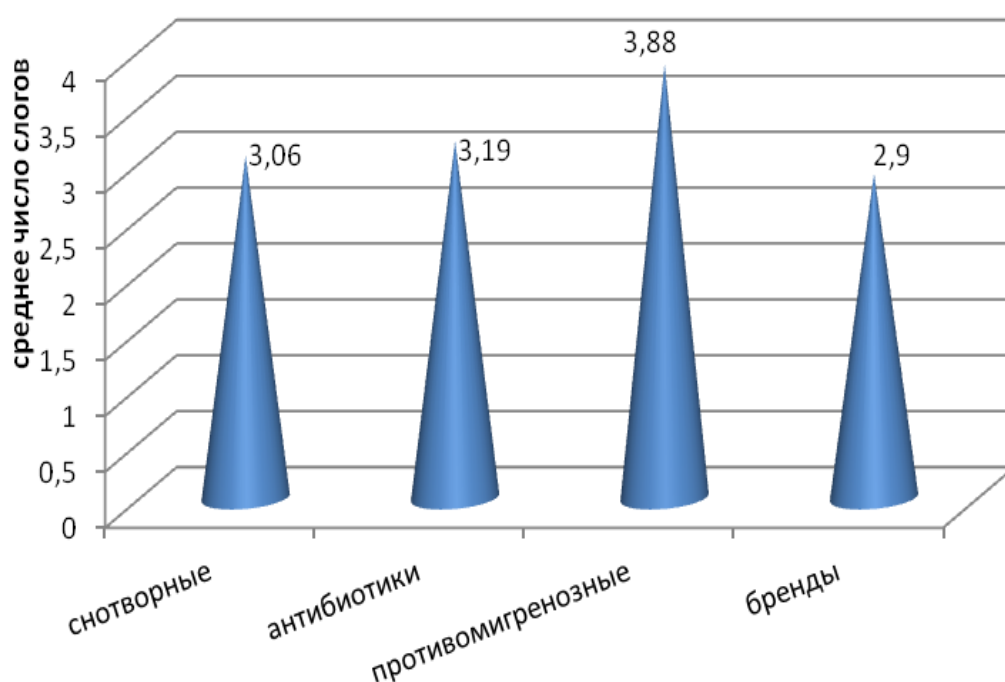


Рис. Среднее количество слогов в торговых наименованиях препаратов из разных групп

Выводы

Таким образом, проведенный нами мета-анализ исследований, посвященных характеристике ТН препаратов из разных классификационных групп, показал, что группа ТН, выделенных на основании рыночного статуса ЛП,

объективно, по всем четырем проанализированным параметрам отличается от других ТН объединенного массива:

- ТН препаратов-брендов – более короткие как по количеству букв, так и по количеству слогов, что облегчает запоминание таких ТН;
- ТН препаратов-брендов – более лаконичные с точки зрения количества включаемых в наименование элементов моделей и поэтому
- ТН препаратов-брендов – более информативные и легкие для восприятия заложенной в них информации.

Учитывая полученные результаты сравнительного анализа, можно сделать вывод о подтверждении гипотезы исследования: характер ТН действительно в определенной степени связан с характером именуемых ЛП, т.е. с их фармакологической или фармакотерапевтической активностью.

При конструировании ТН для нового ЛП целесообразно стремиться к сочетанию лаконичности с информативностью названия, что позволит повысить шансы нового лекарства на рыночный успех.

Литература

1. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком / Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
2. Дрёмова, Н.Б. Маркетинговые исследования и терминологический анализ номенклатуры антибиотиков, зарегистрированных в Российской Федерации /Н.Б. Дрёмова, Р.Е. Березникова, Т.П. Лагуткина, Д.А. Яворский // Новая аптека. Эффективное управление. - 2009. - № 7. - С.36-41.
3. Дрёмова, Н.Б. Номенклатура лекарственных средств: особенности формирования и фармацевтическая информация. - Изд. 2-е, перераб. и доп. / Н.Б. Дрёмова, Р.Е. Березникова. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – Курск: КГМУ, 2002. – 152 с.
4. Дрёмова, Н.Б. Особенности формирования торговых наименований лекарственных средств - брендов XX века / Н.Б. Дрёмова, Р.Е. Березникова, Э.А. Коржавых // Ремедиум. - 2005. - № 12. - С.9-14.

5. Дрёмова, Н.Б. Торговые названия с позиций повышения безопасности применения лекарственных средств / Н.Б. Дрёмова, Р.Е. Березникова, И.Н. Совершенный // Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2011. – Т.6, № 1. – С.49-56.
6. Макаренко, К.О. Моделирование торговых наименований комплексных гомеопатических препаратов // К.О. Макаренко, А.И. Громакова // Фармация. – 2011. - № 1. – С.49-52.
7. Панкова, Н.И. Применение лингвистического анализа в позиционировании противомигренозных лекарственных средств /Н.И. Панкова, Н.Б. Дрёмова, Р.Е. Березникова // Университетская наука: взгляд в будущее: Сб. тр. юбил. науч. конф. КГМУ и сессии Центр.-Чернозем. науч. центра РАМН, посвящ. 70-летию КГМУ. – Курск: КГМУ, 2005. – Т. 2. – С.332-333.
8. Яворский, Д.А. Разработка стратегии формирования рациональных наименований лекарственных препаратов на основе концепции многомерного пространства решений: Дис. ... канд. фарм. наук. – М., 2010. – 280 с.

DRUGS TRADE NAMES: RUSSIAN RESEARCHES META-ANALYSIS

E.A. Korzhavykh, N.B. Dremova

Comparative analysis of drugs trade names studies in Russian publications was conducted. Qualitative and quantitative differences of approaches in drugs names creations of various pharmacotherapeutic groups were defined.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Сафиуллина З.Р., Мнушко З. Н., Тиманюк И.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

mnuchko.nfau@gmail.com

У статті розглянута проблема медичних і/або фармацевтичних помилок, викликаних схожістю за написанням або звучанням найменувань ЛП. Наведено плідний досвід роботи Фармакопеї США по забезпеченню безпеки пацієнтів завдяки знанню і настороженості лікарів і фармацевтів у відношенні ЛП, найменування яких схожі за звучанням або написанням. Складено короткий перелік ЛП з асортименту вітчизняних аптек, найменування яких можуть призвести до помилок медиків і фармацевтів.

В повседневной деятельности часть ошибок провизоров связана с неправильным прочтением рецептов врачей в результате созвучия или похожего написания наименований лекарственных препаратов, схожести упаковок ЛП.

Важным аспектом в предупреждении врачебных и/или фармацевтических ошибок является наличие знаний о существовании этой проблемы у персонала медицинских и аптечных учреждений. Особенно актуальным является вопрос для фармацевтических компаний при создании торговых названий ЛП в плане тестирования проектов названий для исключения потенциальной опасности ошибочного использования ЛП.

Например, есть ли разница между Losec[®] (омепразол) и Lasix[™] (фуросемид). Один из них – ингибитор протонной помпы, использующийся для лечения пептической язвы желудка, а второй – диуретик, предназначенный для терапии артериальной гипертензии. Два совершенно разных препарата, но когда врачи пишут эти названия от руки или в аптеке производят заказ лекарственного средства по телефону, существует возможность возникновения ошибки

вследствие созвучности этих названий или их похожего написания. Это, в свою очередь, может привести к непоправимым последствиям для пациента.

После того, как случаи ошибочного визуального или аудиального распознавания названия были зафиксированы, Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration – FDA) приняло решение об инициации замены торгового названия Losec[®], «AstraZeneca» – производитель этого препарата сменила название препарата на Prilosec.

Однако вскоре была опубликована информация о случае ошибочного лечения пациента с пептической язвой желудка антидепрессантом Prozac[®]/Прозак[®] (флуоксетин). Причиной этой ошибки послужила схожесть в написании: фармацевт прочитал в рецепте вместо Prilosec – Prozac. Исследователи пришли к выводу, что единственным способом избежать подобных ошибок в будущем в случае с Prilosec может стать использование при назначении названия его действующего вещества – омепразола. Этот пример иллюстрирует те проблемы, с которыми сегодня сталкиваются фармацевтические компании и маркетинговые агентства при создании торговых названий [1, 2].

По информации Фармакопеи США (U.S. Pharmacopeia), трехлетние исследования показали, что наиболее часто с другими препаратами путают антибиотик Cefazolin. Исследователи выяснили, что его путают с 15 другими средствами, в основном противомикробными, в т.ч. с Cephalexin, Ceftriaxon, Cefoxin и Cefotaxime. Среди других «путаных» названий – Navane (антипсихотик) и Norvask (гипотензивное средство); Celexa (антидепрессант) и Cerebux (противосудорожное средство); Lamictal (противоэпилептическое средство) и Lamisil (противогрибковый препарат); антибиотик Cedax и антисептик Cidex; антиинфекционный препарат Zyvox и Zovirax для лечения герпеса. Известен случай, когда рецепт на гипохолестеринемический препарат был выписан педиатром. Фармацевт понял, что это ошибка, т.к. такого просто не может быть. Список примеров можно продолжать бесконечно долго [3].

За 5 лет (1995-2000 гг.) Фармакопея США сформировала список, содержащий более 1000 пар наименований ЛП, сходных по написанию или звучанию.

Ключевое значение для предупреждения медицинских и/или фармацевтических ошибок имеет наличие знаний о существовании этой проблемы у персонала аптечных учреждений.

В 2001 г Фармакопея США запустила новую комплексную программу MEDMARX – цель, которой анализировать сведения, поступающие из медицинских учреждений об ошибках, связанных с применением ЛП и их побочными действиями.

В отчетах MEDMARX за 2006 г. список сходных по написанию и звучанию наименований лекарственных препаратов, с которыми были связаны ошибки применения ЛП, включал 1470 наименований ЛП, а в 2008 г. — уже 3170 ЛП.

В 2008 г. Фармакопея США передала программу MEDMARX в некоммерческую профессиональную организацию Quantros. Quantros является ведущим поставщиком программного обеспечения и организации на его основе современных систем качества медицинской помощи и обеспечения безопасности пациентов для 1800 частных медицинских организаций США.

Фармакопея США успешно сотрудничает с Институтом безопасной практики применения лекарств (Institute for Safe Medication Practices). Выявленное большое количество пар ЛП, сходных по написанию или звучанию, представляющих потенциальную опасность или ставших причиной реальных медицинских ошибок, стимулировало интерес фармацевтических компаний к проведению предварительного тестирования проектов названий на потенциальную опасность. Возможность такого тестирования предоставляет специализированное подразделение вышеназванного института.

Сначала отсеивают самые неудачные названия ЛП, а затем названия ЛП пишут врачи от руки (6 – 8 вариантов) почерка. Это рассылается фармацевтам, медсестрам и врачам, чтобы они рассмотрели все версии и оценили воз-

возможность перепутывания с другими препаратами. Затем составляют список и указывают, насколько опасны, могут быть ошибки. Не похожи ли названия ЛП, по звучанию или написанию [4,5].

Отчет MEDMARX содержит рекомендации Фармакопеи США по маркировке этикеток препаратов, имеющих похожее звучание (омофонов) и ЛП, имеющих похожее написание (омографов), показаниями к их применению для предупреждения ошибочного приобретения медикаментов. Среди других рекомендаций Фармакопеи США стоит отметить повсеместное внедрение технологических решений для обеспечения своевременного обнаружения подобных ошибок: компьютеризированных систем поступления заказов, систем кодировок, электронной медицинской документации, а также соответствующей маркировки полок в аптеках и недопущения совместного размещения препаратов омофонов и омографов. Фармакопея США также призвала покупателей и провизоров, прежде всего, опираться на показания лекарственных препаратов, а также порекомендовала лечащим врачам отражать в рецепте не только название лекарства, но и его назначение для обеспечения полноты информации и предупреждения его ошибочного приобретения.

Проблема медицинских и фармацевтических ошибок, связанная со схожестью наименований ЛП по звучанию или написанию, является актуальной для всех стран, в том числе и для нашей страны. Но необходимость предотвращения медицинских и фармацевтических ошибок, связанных с рассмотренной проблемой, требует ее решения на государственном уровне.

Изучение списка подобных препаратов (33 пары), приведенных Фармакопеей США [4,5] показало, что большинство их не вошло в Rx – index – классификатор лекарственных препаратов [6].

Осознание и понимание того факта, что фармацевты являются «последней линией защиты» пациентов, привело к необходимости исследований данной проблемы в Украине, что и было проведено студентами НФаУ во время производственной практики.

В табл. 1 приведен список встречающихся созвучных наименований лекарственных препаратов.

Таблица 1

Наименования лекарственных препаратов, имеющих сходное написание или звучание

Созвучные наименования лекарственных препаратов и их действие	
Зиман (для лечения бесплодия)	Зиннат (противомикробное)
Парацетамол (анальгетическое, антипиретическое)	Простамол (антиандрогенное)
Цикломед (для расширения зрачка при исследовании глазного дна)	Ципролет (противомикробное)
Фурацилин (противомикробное)	Фуросемид (мочегонное)
Регулон (противозачаточное)	Регулакс (слабительное)
Дуфалак (слабительное)	Дуфастон (гормонзаместительная терапия)
Дуфастон (гормонзаместительная терапия)	Энгистол (противовирусное, иммуно-дулирующее, симпатолитическое)
Беталок (бета-адреноблокатор)	Контролок (ингиб. протонного насоса)
Колдрекс (противопростудное)	Сорбекс (сорбент)
Тизин (альфа-адреномиметик)	Визин (сосудосуживающее)
Никофлекс (местнораздражающее, вазодилатирующее средство)	Терафлекс (противопростудное)
Актиферрин (железо в комбинации с аминокислотой D,L серин)	Актовегин (антигипоксанти, антиоксидант)
Азимед (противомикробное)	Флавомед (муколитическое)
Арисепт (ингибитор ацетилхолин-эстеразы)	Аджисепт (антисептическое)
Ксена (стимулирует рецепторы слизистой кишечника, слабительное)	Сенны листья (слабительное)
Пиновит (при остром и хроническом неаллергическом рините)	Пиковит (поливитаминное)
Профол (для общей анестезии)	Кофол — леденцы, сироп (противокашлевое)
Апилак, табл. (витаминное)	Пиколакт (слабительное)

Простан (лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы)	Проспан (противокашлевое)
Реомакс (антиагрегантное)	Нормакс (противомикробное)
Нормакс (противомикробное)	Норваск (гипертензивное)
Семакс (при ишемическом мозговом инсульте, ноотропное)	Нормакс (противомикробное)
Роглит (гипогликемическое)	Долгит (нестероидное противовоспалит.)
Румалон (корректор метаболизма костной и хрящевой ткани)	Регулон (эстрогенное)
Сульбацин (комбинированное противомикробное)	Сульфацил (противомикробное)
Тамик (альфа-адреноблокатор)	Табекс (для отвыкания от табакокурения)
Этиол (антитоксическое при противоопухолевой терапии)	Эстриол (гормональное)
Лозек (ингибитор протонной помпы)	Лазикс (диуретическое)
Супрадин (поливитаминное)	Супрастин (антигистаминное)
Изордил (холивер)	Плендил

ВЫВОДЫ:

1. Рассмотрена проблема медицинских и /или фармацевтических ошибок, вызванных схожестью по написанию или звучанию наименований ЛП.
2. Приведен опыт работы Фармакопеи США по обеспечению безопасности пациентов благодаря настороженности врачей и фармацевтов в отношении ЛП, названия которых схожи по звучанию или написанию.
3. Составлен краткий перечень ЛП из ассортимента отечественных аптек, наименования которых из-за схожести написания или звучания могут привести к ошибкам медиков и фармацевтов.

Литература:

1. Лукьянчук Е. Создание нового торгового названия: прежде чем найти принца, нужно поцеловать много жаб. Аптека. – 2011. - № 33. – С. 12 – 13.
2. www.provisor.com.ua/archive/2008/№04/novhpric408.php.

3. <http://www.pharmvestnik.ru/publs/staryj-arxiv-gazety/opasnye-soz-vuchija.html#.URliqOi5XZI>.
4. Лагуткина Т.П., Яворский Д.А. Фармакопея США и безопасность лекарств: построение системы предупреждения медицинских ошибок, связанных с путаницей сходных названий лекарств. – Фармацевтическая промышленность. 2010. – №2. – С. 38 – 40.
5. USP MERR (<http://www.usp.org>) Cynthia Starr. When Drug Names Spell Trouble. Drug Topics. 2000. № 10, vol. 144; p 45-58.: May 15.
6. Арістов М.А., Прудкий Є.П., Савич С.А., Цховребашвілі М.А. - Rx – index – класифікатор лікарських препаратів. – К.: Видавничий дім «Фармацевт Практик». – 2010. – 113бс.

УДК 615.1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

З.Р. Сафиулина, З.Н. Мнушко, И.В. Тіманюк

В статье рассмотрена проблема медицинских и /или фармацевтических ошибок, вызванных схожестью наименований ЛП по написанию или звучанию. Приведен плодотворный опыт работы Фармакопеи США по обеспечению безопасности пациентов благодаря знанию и настороженности врачей и фармацевтов в отношении ЛП, названия которых схожи по звучанию или написанию. Составлен краткий перечень ЛП из ассортимента отечественных аптек, названия которых могут привести к путанице и, как следствие, к ошибкам медиков и фармацевтов.

UDC 615.1

CONTEMPORARY PROBLEMS OF CREATING AND USING OF MEDICATIONS' TRADE NAMES

ZR Safiulina, ZN Mnushko, IV Timanjuk

In the article the problem of medical and / or pharmaceutical errors caused confusion because of the similarity of names of medications in spelling or sound. Is a fruitful experience USP patient safety through knowledge and suspicion of doctors and pharmacists in respect of medications, the names of which are similar in sound or spelling. Compiled a short list of medications from the assortment of local pharmacies, the names of which can lead to confusion and, consequently, the errors of doctors and pharmacists.

ОЦІНКА ТОВАРНОЇ ПОЛІТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Євтушенко О.М., Олійник О.Е.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
mnushko@ukrfa.kharkov.ua

Товар є головним елементом комплексу маркетингу, від якого в значній мірі залежить успішність діяльності підприємства. В умовах невизначеності зовнішнього середовища та високої конкуренції на фармацевтичному ринку властивості та характеристики товару є одним з найголовніших факторів, що визначає стратегічні напрями ринкової та виробничої політики підприємств.

Дослідження товарної політики підприємства проводилося на базі ТОВ «ФК «Здоров'я» та включало аналіз динаміки продажів, проведення SWOT-аналізу та ABC–XYZ-аналізу, прогнозування обсягів продажу, формулювання рекомендацій з підвищення ефективності товарної політики підприємства.

Результати SWOT-аналізу показали, що до сильних сторін підприємства відносяться достовірний моніторинг ринку, гнучка політика цін при широкому асортименті продукції, висока кваліфікація персоналу, налагоджена збутова мережа тощо. Аналіз динаміки продажів за декілька років дозволив виділити періоди спадів обсягів продажів, що пояснюються такими причинами, як зниження купівельної спроможності населення, закупівельних можливостей фірм-посередників, а також збільшенням цін на сировину.

Проведення ABC-аналізу лікарських засобів дозволило виділити групу препаратів, які забезпечують більш 50% прибутку. XYZ-аналіз проводився за критерієм коефіцієнту варіації продажів лікарських засобів з метою визначення груп продукції з найбільш та найменш прогнозованою реалізацією. Результатом сукупного ABC–XYZ-аналізу є виділення лікарських засобів, які мають значну частку в обсязі прибутку та стабільні продажі. Ця група є найбільш перспективною та заслуговує на максимум маркетингових зусиль. На підставі проведених досліджень були запропоновані рекомендації з поліпшення товарної політики підприємства.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЫНКА ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ

Бушуева И. В., Гавриленко Н. А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

bushujeva@zsmu.zp.ua

Аптечный рынок косметики является одним из самых динамично развивающихся сегментов. Объемы продаж с каждым годом значительно увеличивается, но и производители и фармацевты используют лишь 30% от возможного потенциала продажи косметических средств в аптеках, а потребители все еще относятся к косметике в аптеке как к вспомогательному сервису, а не как к насущной ежемесячной необходимости. Лечебная косметика — специфическая категория, которая является и частью фармацевтического рынка, и частью общего рынка косметики.

Об активном развитии рынка лечебной косметики в Украине свидетельствуют большие темпы его прироста, по разным оценкам составившие в 2010 году от 35 до 70%. При этом рынок, без сомнения, пока еще находится в стадии становления.

Были использованы исследования компании SMD (Support in Market Development), цель которого – изучение развития рынка лечебной косметики в Украине.

Основным покупателем косметики являются женщины в возрасте до 45 лет. Неудивительно, что наибольшей популярностью в этом сегменте в прошлом году пользовались «Косметические средства для женщин», заняв наибольшую долю — 47,71% в денежном выражении и 28,4% в натуральном. Также весомый удельный вес занимают группы «Средства по уходу за полостью рта» — 19,31% и «Товары детской гигиены» — 17,62%. По итогам 2011 г. максимальный прирост аптечной реализации в денежном и натуральном выражениях продемонстрировали унисекс-товары группы «Косметические средства для мужчин и женщин» — 43,72% и 18,97% соответственно.

«Наиболее емкой группой товаров в сегменте аптечной косметики являются «Средства для ухода за телом и волосами». Также известно, что 56% потребителей предпочитают косметику на термальной воде; косметика с растительными экстрактами пользуется популярностью у 36% опрошенных, дермокосметика интересует 8% респондентов. Женщины в возрасте 41-50 лет используют и покупают люксовые средства по уходу за кожей чаще, чем женщины других возрастных групп. В данной возрастной группе доля тех, кто покупает элитные средства не реже одного раза в месяц, составляет 61% — против 36% для женщин в возрастной группе 31-40 лет и 12% - для женщин в возрасте 18-30 лет. Традиционно принято считать, что лечебная косметика - это женский рынок, но данный факт спорный. Объем рынка косметических средств для мужчин в мире оценивается в 26 млрд. долларов, а аналитики полагают, что именно этот сегмент обладает наиболее значительным потенциалом роста. Мужчина сегодня не менее привередлив к косметике чем женщина, и если последняя следит скорее за образом, то мужчина как раз наблюдает за эффектом и именно поэтому гораздо больше доверяет средствам в аптеке, чем парфюмерно-косметическим магазинам. Специальные косметические линии для мужчин уже прочно завоевали свое место на рынке.

Аптечный рынок косметики, конечно, не сопоставим по объему с рынком лекарственных средств, он еще не зрел и слабоструктурирован. Тем не менее, динамика продаж нелекарственного ассортимента в аптеках в разы опережает рост по продажам лекарственных средств, и рынок до сих пор далек от насыщения, что дает возможность развитию и внедрению новых косметических продуктов.

За восемь месяцев 2011 г. было продано 24,8 млн. упаковок за 590,4 млн. грн. Прирост в денежном выражении по сравнению с 2010 г. составил 29%, в натуральном – 8%. По различным данным, основными тенденциями мирового рынка косметики являются увеличение его объема в денежном выражении и более высокие темпы роста рынка лечебной косметики (в 3 раза выше, чем косметической продукции). В то же время, украинский рынок косметики и

парфюмерной продукции ежегодно увеличивается в среднем на 12%, а лечебной косметики – 30%.

В этом сегменте, как и на фармацевтическом рынке в целом, преобладающую долю в объеме продаж в денежном выражении удерживают косметические товары зарубежного производства (69,5%), а в натуральном выражении, напротив, украинского производства. Положительное развитие демонстрирует косметика украинского производства. Ее главным преимуществом является цена, которая значительно ниже, чем у косметики зарубежного производства. При этом для украинского производителя ниша лечебной косметики в аптеке остается незанятой. У отечественной косметики отсутствует четкое позиционирование. А зарубежные компании, напротив, – обеспечили косметику образом и имиджем.

Абсолютным лидером продаж среди компаний-производителей косметики в Украине стала «Лореаль» (представлена брендами аптечной косметики Vichy и LA Roche-Posay), доля которой составляет 23,81%. В топ-5 вошли также компании «Эльфа Украина» (6%), «Глаксомиткляйн» (5%), «Биокон» (4,7%), «Натурварен» (4,2%).

Фармацевтический рынок Украины продолжает расти и развиваться, и в его структуре, наряду с лекарственными средствами, бурные темпы прироста объемов и доли продаж отмечают по сопутствующим категориям товаров «аптечной корзины», в том числе и косметике. В крупных аптечных супермаркетах до 50% ассортимента могут составлять косметика и другие парафармацевтические товары.

Судя по всему, в ближайшее время рынок аптечной косметики ждет значительные изменения, связанные с выраженной конкуренцией как за конечного потребителя, так и за аптечные полки – аптечная площадь не безразмерна и просто не сможет вместить всех желающих. Для «неаптечной» и «псевдоаптечной» косметики класса «масс-маркет» размещение продукции в аптеках, скорее всего, имеет имиджевое значение и является прекрасной возможностью за короткий срок ознакомить потенциальных покупателей со своей продукцией. Однако необходимо учитывать, что покупатель с каждым годом становится более грамотным в области своего здоровья. Рано или поздно он поймет, что обычный шампунь или зубную пасту дешевле и проще купить в супермаркете, а в аптеку будет приходить за дорогой лечебной косметикой, которая реализуется исключительно в аптечных учреждениях. Именно тогда термин «лечебная косметика» вернется к своему первоначальному значению и будет продаваться только через аптечную сеть или специализированные магазины лечебной косметики.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОТРУЄННЯХ СИЛЬНОДІЮЧИМИ ОТРУЙНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Юрченко Г.М., Юрченко А.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
economica@ukr.net

Сучасний рівень техногенного ризику, що склався в останні роки в Україні, ні все більше обмежує простір для розвитку суспільства. Спостерігається стійка тенденція зростання кількості та масштабів нещасних випадків (НВ) у всіх галузях економіки. Надання якісної фармацевтичної допомоги постраждалим у НВ залежить від чіткого вирішення організаційних, матеріально-технічних, інформаційних та інших проблем, що виникають при цьому. Крім цього, якісна фармацевтична допомога можлива при наявності лікарських засобів (ЛЗ), перев'язувальних та інших матеріалів в необхідному асортименті та достатній кількості. Для проведення аналізу асортименту ЛЗ для надання фармацевтичної допомоги при отруєннях сильнодіючими отруйними речовинами (СДОР) нами були проаналізовані і узагальнені данні літератури з питань закордонного досвіду та фактичного стану в Україні щодо надання невідкладної фармацевтичної допомоги (НФД) потерпілим при отруєнні СДОР. Також нами був проведений маркетинговий аналіз асортименту ЛЗ, які регламентовані відповідними наказами по застосуванню при лікуванні СДОР та тих, що фактично використовуються.

Проведені дослідження показали, що у структурі різних патологій, головне місце належить отруєнням СДОР. Проведений аналіз асортименту ЛЗ, що необхідні для надання НФД при отруєннях СДОР, показав, що у регламентованому переліку представлено лише 64% ЛЗ, які фактично застосовуються, а у Державному формулярі їх майже 81%. Запропоновані ЛЗ для подальшого проведення фармакоекономічного аналізу з метою доповнення формулярного переліку. До них увійшло 29 найменувань з яких вітчизняні ЛЗ складають майже 86 %, які необхідні для надання НФД потерпілим з отруєннями СДОР .

МОНІТОРИНГ СТАНУ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ: РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ СПОЖИВАЧІВ, ВИРОБНИКІВ ТА ДИСТРИБ'ЮТОРІВ

Немченко А.С., Чернуха В.М., Міщенко В.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

economica@ukr.net

На цей час в Україні продовжується активний розвиток парафармацевтичного ринку. Проведений нами моніторинг стану ринку парафармацевтики (ПФ) з використанням анкетування споживачів, виробників і дистриб'юторів дозволить удосконалити розробку науково-методичних заходів щодо регулювання їх обігу в Україні.

Встановлено, що категорія «Лікувальні шампуні і засоби для волосся» є найшвидше зростаючою за рахунок збільшення номенклатури нових товарів – шампунів «Віторал» (ТОВ «Аромат», Україна), «Кеназол» (ТОВ «Мегаком», Йорданія), «Еберсепт» («Брос ЛТД», Греція) тощо.

Результати анкетування споживачів свідчать, що основні споживачі ПФ по догляду за волоссям – жінки у віці від 21 до 45 років, з вищою освітою, які мешкають у місті, за соціальним статусом – службовці з рівнем грошового доходу на 1-го члена родини від 700 до 1000 грн. Вони найчастіше за все купують продукцію в аптеках, тому що мають можливість отримати професійну консультацію. Це вказує на зростання ролі аптек та аптечних закладів у реалізації товарів, що аналізувалися. Встановлені головні фактори вибору продукції – безпека, ефективність, цінова доступність. Відсутність повноцінної та достовірної інформації у 55% респондентів впливає на формування стереотипу про її лікувальні властивості. Лише 45% споживачів обізнані з тим, що ПФ застосовуються тільки як профілактичні засоби. Встановлено, що 58% споживачів віддають перевагу продукції вітчизняного виробника, а імпортній продукції – 42%.

Результати анкетування провізорів, більшість з яких працюють в аптеках приватної форми власності, свідчать, що аптеки активно працюють з ПФ останні 5–10 років. 38% опитуваних основну інформацію отримують від медичних та фармацевтичних представників. На необхідність розподілу ПФ в аптеці на дві частини: лікувально-профілактичні та парфюмерно-косметичні вказали 58% респондентів. 90% фахівців зазначили, що необхідно внести коригування у нормативно-правові документи щодо рекламування ПФ з боку фірм-виробників та дистриб'юторів. Негативні факти щодо реалізації парафармацевтичних товарів з боку покупців виникають через відсутність розгалуженої повноцінної та достовірної системи інформації, суперечливість та протиріччя існуючої нормативно-правової бази. Ці факти негативно впливають на імідж парафармацевтичних груп товарів, внаслідок чого виникає нестабільний попит на продукцію, що аналізується, та недовіра до неї з боку споживачів. Результати анкетування провізорів щодо недоліків, пов'язаних з парафармацевтичними товарами дозволили визначити найбільш суттєві з них – недосконалість нормативно-правової бази та стирання меж між парафармацевтичними й лікарськими засобами.

За результатами анкетування менеджерів дистриб'юторських оптових фірм встановлено, що з ПФ фірми почали працювати більше 10 років, здебільшого для розширення асортименту та клієнтської бази. Одна з багаточисельних груп парафармацевтичної продукції по догляду за волоссям, яким дистриб'ютори здебільшого віддають перевагу, є шампуні вітчизняних виробників. На питання щодо труднощів у роботі з ПФ 40% менеджерів вказали на проблему пов'язану зі встановленням мінімальної суми закупівлі у фірми-виробника, 25% – на територіальні труднощі з доставкою цієї продукції від виробників.

Встановлено, що формування вітчизняного парафармацевтичного ринку пов'язано з недосконалістю та суперечливістю нормативно-правової бази, а також недостатністю інформації про основних суб'єктів ринку ПФ.

RESEARCHES OF PHARMACEUTICAL MARKET OF LEBANON

Sobeh Mohamed, Sofronova I.V.
National University of Pharmacy
sofra_nfau@mail.ru

Market research involves collecting, recording and making sense of all the available information which will help a business unit to understand its market. Market research and analysis helps firms to plan ahead rather than to guess ahead. In business, demand is always changing and therefore it is essential to know how things are changing. Methods used in marketing research data gathering involves collecting as much information as possible about the market, usually before any further steps are taken.

The purpose of our researches is the analysis of situation at modern pharmaceutical market of Lebanon. The size of Lebanon's pharmaceuticals market is \$1.28 billion in 2012, an increase of 6.4 percent from \$1.2 billion in 2011. Spending on pharmaceuticals was equivalent to 2.94 percent of gross domestic product last year, which ranks Lebanon in seventh place globally behind a number of small African states where international aid is distorting pharmaceutical purchasing patterns. Forecast spending on pharmaceuticals is 2.91 percent of GDP in 2012, 2.87 percent of GDP in 2013 and 2.8 percent of GDP in 2014.

There are about 6,000 types of drugs on the local market, with 80 percent of them imported by about 50 firms from more than 508 factories in 25 countries. Domestic production represents 10 percent of the market in volume terms but less than 4 percent of the market in value terms.

The prescription medicines represented around 73 percent of total market value last year. It attributed the high share of prescription medicines to the widespread use of patented drugs, which account for 66 percent of total spending on prescription drugs, and to the relatively high prices of generic drugs.

70 percent of the Lebanese market consists of imported pharmaceuticals, and expected the market to remain almost entirely reliant on imports.

Lebanon public health sector is relatively efficient in procurement and is purchasing medicines at a reasonable price for poor patients and provide drugs free of charge for public health facilities. Unfortunately, availability in this sector is very low and far from optimal, so poor patients are forced to buy expensive medicines from private pharmacies.

In the private sector almost all the surveyed medicines are over-priced if compared with the international reference price and the prices of innovator brands are up to 5 times more expensive than the prices of their generic equivalents. Availability of medicines is very good in private sector especially for branded drugs. Medicines that are generally not available in private sector are anti-HIV drugs who are delivered to AIDS patients free of charge through an MOH Distribution Center.

Lebanon is considered a “brand name” country and innovator brands drugs are possibly used more extensively as there are no incentives to prescribe and sell generic equivalents.

The nation’s consumers are faced with the task of choosing medicines for themselves and their families in a marketplace where foreign imported medicaments and locally manufactured medicaments compete but not over the same grounds. Consumers in Lebanon are of three types: high-income consumers, middle-income consumers, and low-income or poor consumers. Lebanese consumers are remarkably self-reliant when faced with treating most common health problems, choosing to call a doctor only for the most serious or specialized health care needs. In treating themselves, they rely heavily on a variety of OTC products, viewing these medications as generally safe but not entirely risk free. Many recognize the possibility that their use of OTCs may mask a more serious health problem, and many also admit using more than the recommended amount of an OTC because they felt it necessary to effectively relieve their symptoms. Consequently, consumers rely heavily on their pharmacists’ recommendations and on labeling information when selecting and using these medicines.

ACTUAL PROBLEMS OF INCREASING RESISTANCE TO ANTIBIOTICS AMONG CYPRIOTS

Tatis Anastasia, Timanyuk Iryna

National University of Pharmacy

timanjuk@rambler.ru

The people of Cyprus can buy antibiotics at any pharmacy without a prescription. Every Greek considers it necessary have in their first aid kit a pack of antibiotics, just in case. For example, on average a pack of Amoxil for Cyprus is €5. So it is no surprise that the Greeks have developed the highest levels of resistance to antibacterial infections such as e coli and klebsiella pneumonia: they are closely followed by the Cypriots. It means that Greek hospital doctors face a new threat, apart from staff shortages and lack of resources, a pneumonia causing superbug that most antibiotics can't kill and a population that has become immune.

The danger of the unregulated use of antibiotics has long been known, and as penicillin-based compounds fail to work, the drug companies are in a furious race to be one step ahead of the mutating bacteria. It is known that nine out of ten sore throats are viral and treatment by antibiotics useless and yet Greeks are used to using the pharmacy as a village shop. In small rural communities and on the islands the pharmacist, although highly trained, will often dispense drugs on demand.

The UK's Chief Medical Officer, issued a frightening warning this week saying the situation was so serious that she could envisage an 'apocalyptic' scenario where in 20 years people having operations would die from routine infections because we had run out of drugs to treat them. It has made her ask for the resistance to frontline antibiotics to be added to the government's national risk register of civil emergencies.

The problem is compounded now by a growing trend for people to self diagnose from the internet and then, even in the UK, where the dispensing of drugs is highly regulated, to order from companies online based abroad. What makes people do this is convenience. Too often people are frustrated by not being able to obtain

doctors appointments and then when they finally do they are told to go away, rest and take an ibuprofen. But workplace law means without doctors' certificates you lose pay, busy lives demand people to be on their feet 24/7 and people are frightened to call in sick for fear of losing their job.

Often enough antibiotic are purchased through e-commerce. Certainly this is one of the causes of antibiotic resistance movement, but on the other hand selling online increases competition. For example, competition between sellers will tend to be more vigorous when search costs, menu costs and transactions costs are low; and when buyers have a wide choice of suppliers. To some extent, these arguments do not fully apply to the market for community pharmacy services, as price and fee regulation limits the extent to which price competition can take place (see the following section). However, mentions that internet pharmacies (as well as mail order pharmacies and home delivery services) may have some additional advantages for consumers: prices, especially of OTC drugs, may be lower; privacy-sensitive medicinal products (e.g. contraceptives, incontinence products, AIDS inhibitors) can be ordered with more anonymity etc.

Chronic drug users do not have to go to a pharmacy every time they have to repeat their prescription. Furthermore, mail order pharmacies and internet shops typically form a competitive fringe that requires less sunk investment, even though the distribution must be conducted from a community pharmacy. Naturally, a prescription from physician or specialist is still required for obtaining prescription drugs from a mail order or internet pharmacy. The long-distance sale of drugs typically diminishes the ability for medication control by a pharmacist.

Related to this issue is the mandatory insurance coverage against medical expenses by consumers. This indirectly affects the structure of the market for community pharmacy services, as demand for drugs will be less elastic (in some cases even inelastic), leaving community pharmacies with some market power.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ

Кабакова Т.И., Мазин Н. П.

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Пятигорск, Россия
kabtais@mail.ru

Резюме: *Исследование выполнено на базе 8 больниц Ставропольского края. Используются данные 281 историй болезни стационарных больных полиневропатиями. Предложена методика определения потребности неврологического отделения многопрофильной больницы в лекарственных препаратах для лечения полиневропатий. Проведены расчеты прогнозируемого количества больных в 2013-2015 годах и стоимости курса лекарственной терапии. Разработаны методические рекомендации и оптимизации фармацевтической помощи больным с приобретенными полиневропатиями в условиях медицинской организации.*

В Российской Федерации заболевания периферической нервной системы составляют от 7 до 10% случаев временной нетрудоспособности. На долю полиневропатий приходится более 60% поражений периферических нервов, данная нозология охватывает до четверти всех пациентов неврологического профиля.

Полиневропатии сопровождаются потерей трудоспособности и инвалидизацией лиц молодого и среднего возраста, поэтому восстановление нарушенных функций данной группы пациентов является важной социально-экономической проблемой [1].

Целью нашего исследования явилась разработка методических подходов к определению потребности неврологического отделения в лекарственных препаратах для лечения полиневропатий в стационарных условиях.

На первом этапе выполнения работы проведен контент-анализ данных анонимной выкопировки из листов врачебных назначений 281 истории болезни стационарных больных полиневропатиями. Исследования были проведены в 8 медицинских организациях, в том числе, 4 городских и 4 центральных районных больницах Ставропольского края.

Было установлено, что в схемы лекарственной терапии диабетических и алкогольных форм полиневропатий на стационарном этапе лечения входят лекарственные препараты витаминов группы В (Тиамин хлорид, Пиридоксин, Цианокобаламин, Мильгамма, Комбилипен), липоевой кислоты (Берлитион, Тиогама, Октолипен) антихолинэстеразные ЛП (Нейромидин, Прозерин, Калимин), а также Церебролизин, Актовегин, Солкосерил и другие [2].

Лечение демиелинизирующих воспалительных форм полиневропатий, наряду с применением вышеперечисленных ЛП (базовая терапия), также включает пульс-терапию высокими дозами ГК (Метипред, Преднизолон, Дексаметазон) и внутривенное введение человеческого иммуноглобулина G (Имуновенин, Октагам) (специфическая терапия).

Предложенная нами методика по определению потребности стационара неврологического отделения в ЛП включает 4 взаимосвязанных этапа:

1. Расчет прогнозируемого количества больных;
2. Расчет частоты назначения лекарственных препаратов;
3. Расчет интенсивности потребления ЛП одним больным;
4. Определение потребности в ЛП.

Апробация данной методики проведена на примере неврологического отделения МУЗ «Пятигорская городская больница №2», включающего 90 койко-мест в 2012 г.

Для среднесрочного прогноза (2013-2015 гг.) числа больных с полиневропатиями было проанализировано их количество в предыдущие периоды, на основании которых был рассчитан среднегодовой темп роста по формуле 1:

$$T_{cp} = n^{-1} \sqrt{\frac{T_n}{T_1}} \quad (1)$$

где T_{cp} – Среднегодовой темп роста больных;
 n – Анализируемый временной период;
 T_n – Количество больных в последнем исследуемом году;
 T_1 – Количество больных в первом исследуемом году.

Затем, используя формулу 2, было определено планируемое (ожидаемое) количество больных в 2013-2015 гг.:

$$B = B_n \times T_{cp}, \quad (2)$$

где B – планируемое количество больных;
 B_n – количество больных в последнем исследуемом году;
 T_{cp} – средний темп роста.

Результаты расчета прогнозируемого количества больных с полиневропатиями в 2013-2015 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Прогнозируемое количество больных в 2013-2015 гг.

Год	2009	2010	2011	2012	T_{cp}	2013 (прогноз)	2014 (прогноз)	2015 (прогноз)
Число пролеченных больных, чел.	2031	2048	2354	2370	1,08	2560	2764	2984

Вследствие отсутствия нормативов назначения ЛП при диабетических и интоксикационных (алкогольных) полиневропатиях были определены нормативы потребления лекарственных препаратов одним стационарным больным.

Следует отметить, что назначение средств лекарственной терапии при ряде заболеваний, в т.ч. при полиневропатиях, производится индивидуально с учетом особенностей течения заболевания, возраста, побочных реакций и т.д. Поэтому для более точного расчета потребности в ЛП использовали коэффициент интенсивности назначения (потребления) конкретного ТН по формуле 3:

$$K_n = \frac{n}{N}, \quad (3)$$

где K_n – коэффициент интенсивности назначений (потребления);
 n – число больных, получавших препарат в данной выборке;
 N – число больных в выборке.

Таким образом, получив количественное значение коэффициента назначения, известна частота использования каждого ТН ЛП. Среднее количество единиц (ампул, флаконов, таблеток и др.) каждого торгового наименования ЛП, назначаемое на курс лечения, определяли по формуле 4:

$$X = \frac{\sum_{i=1}^n m_1 \dots + \dots m_{n-1} + m_n}{n} \quad (4)$$

где X – среднее количество единиц препарата на курс лечения, ед.;
 m_i – количество единиц ЛП, назначаемое i -му больному, ед.;
 n – количество больных, чел.

Расчеты, проведенные по формулам 3 и 4, позволили определить нормативы потребления ЛП одним больным с полиневропатией на курс стационарного лечения.

Используя значения планируемого в 2013-2015 гг. количества больных и расчеты уровня потребления ЛП, определена потребность неврологического отделения в лекарственных препаратах (формула 5):

$$N = B_n \times X \times K_n \quad (5)$$

где N – планируемая потребность, ед.;
 B_n – планируемое количество больных, чел.;
 X – Среднее число единиц препарата на курс лечения, ед.;
 K_n – коэффициент частоты (интенсивности) назначения ЛП.

Установлено, что при полиневропатиях в стационаре наиболее часто назначаются следующие торговые наименования: Тиамин хлорид 5%, амп. по 1 мл ($K_i=0,51$), Пиридоксин 5%, амп. по 1 мл ($K_i=0,46$), Мильгамма амп. 2мл ($K_i=0,34$), Нейромидин, амп. 0,15% по 2 мл ($K_i=0,27$). При этом, величины количества единиц ЛП на курс составляют от 2,1 ед. (Иммуновенин, флаконы) до 74,5 ед. (ампулы Преднизолон). Выявлено, что наибольшая потребность по числу единиц в ЛП: Тиамин хлорид 5% по 1 мл (16958 ед.), Прозерин 0,05% по 1 мл (16275 ед.), Пиридоксин 5% по 1 мл (13800 ед.).

Анализ показал, что на региональном фармацевтическом рынке присутствуют еще 7 торговых наименований ЛП, произведенных на основе МНН, и

возможные к применению при стационарном лечении полиневропатий, из них 2 (Октолипен, амп., Комбилипен, амп.) более доступные по стоимости.

Стоимость курса лекарственной терапии витаминами группы В (10 инъекций) варьирует в диапазоне от 43,20 руб. – при последовательных инъекциях ампул тиамин, пиридоксин, цианокобаламин (Верофарм) до 361,20 руб. – Мильгамма, амп. (Wörwag Pharma GmbH, Германия).

На региональном рынке присутствуют 4 торговых наименования инъекционных ЛП тиоктовой кислоты. Стоимость курса лечения составляет от 298,00 руб. (Октолипен, «Фармстандарт») до 2254,00 руб. (Тиоктацид, Hameln Pharmaceuticals GmbH, Германия).

Стоимость курса лечения полиневропатий антихолинэстеразным препаратом «Калимин», табл. (AWD Pharma GmbH, Германия) составляет 740,20 руб., «Нейромидин» (Olain Pharma, Латвия) – 2038,60 руб., производимым в РФ («Верофарм», «Дальхимфарм» и др.) или в Украине (ФФ «Дарница») ЛП «Прозерин» – 14,20 руб.

Стоимость курсового лечения ЛП «Церебролизин» (E 1EVER Neuro Pharma, Австрия) в зависимости от применяемой дозировки составляет от 2247,00 руб. (ампулы по 5 мл) до 3238,60 руб. (ампулы по 10 мл).

В Ставропольском крае представлено 2 торговых наименования ЛП депротеинизированного гемодеривата – «Актовегин» и «Солкосерил». Лечение лекарственным препаратом «Актовегин» (Nuscomed, Дания) стоит от 1068,00 руб. (ампулы по 5 мл) до 2001,20 руб. (ампулы по 10 мл).

Стоимость курса стационарного лечения полиневропатий ампулами Солкосерила (Valeant Pharmaceuticals, Швейцария) по 5 мл № 5 (2 упаковки) составляет 2265,20 руб.

Ценовой диапазон курса пульс-терапии глюкокортикоидами варьирует от 39,10 руб. (Преднизолон, Биосинтез, производимый в РФ) до 1146,00 руб. (Метипред, Orion Pharma, Финляндия). Затраты на лечение внутривенными инфузиями иммуноглобулина составляют значительные суммы от 3086,00

руб. (иммуноглобулин человеческий нормальный) до 39043,00 руб. (Октагам, 100 мл).

Полученные в ходе исследования стационарного этапа лечения полиневропатий данные использованы при разработке методических рекомендаций «Оптимизация фармацевтической помощи больным с приобретенными полиневропатиями в условиях медицинских организаций», которые используются в практической деятельности ряда муниципальных учреждений здравоохранения (МУЗ) Ставропольского края для обоснованных закупок ЛП.

Литература:

1. Кабакова Т.И. Полиневропатия – современные лекарства и схемы лечения / Т.И. Кабакова, Н.П. Мазин // Новая аптека. Эффективное управление. – 2010. - №12. – С. 55-57.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XII. – М.: «Эхо», 2011. – 956 с.

Summary: *Research was conducted at the eight hospitals in the Stavropol region. Used data from 281 case histories of hospital patients polyneuropathy. The technique of determining the needs of Neurology General Hospital in pharmaceuticals for the treatment of polyneuropathy. The calculations of the projected number of patients in 2013-2015 and the cost of the course of drug treatment. Developed recommendations and optimize pharmaceutical care to patients with acquired polyneuropathy in medical institutions.*

УДК 615:004

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Спичак И.В., Журавель М.А., Дудина А.С., Ясенев А.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский

университет, Российская Федерация

mariya.zhuravel@mail.ru

Осуществлена оценка фармацевтической информационной среды (ФИС), определены ее структура, участники, выявлены взаимосвязи. Проведено социологическое исследование субъектов и объектов ФИС. С целью удовлетворения информационных потребностей всех участников ФИС и решения возникающих у них коммуникационных проблем разработан интернет-сайт как профессиональный фармацевтический источник информации.

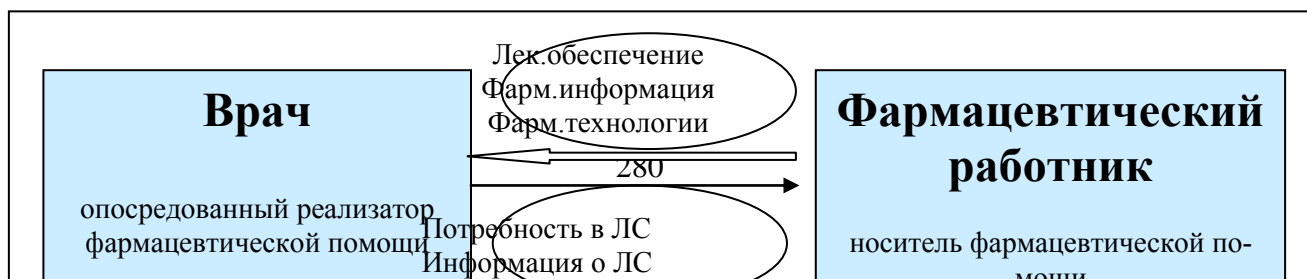
В настоящее время в результате интенсивного развития науки, информационных технологий, появления достижений в области фармации увеличивается поток фармацевтической информации, являющейся одним из важнейших нематериальных ресурсов. Растут потребности в ней всех участников обращения лекарственных средств. Выявление этих потребностей и их последующее удовлетворение способствует оптимизации фармацевтической помощи населению [1,2].

Целью исследования явилось изучение фармацевтической информационной среды (ФИС) в рамках оказания фармацевтической помощи детям.

Методы исследования: социологические (анкетирование), моделирование.

Для реализации поставленной цели разработана концепция исследования, включающая три этапа: 1) моделирование фармацевтической информационной среды и определение ее характеристик; 2) социологическое исследование участников ФИС с целью определения их характеристик как потребителей информационных услуг; 3) разработка специализированного фармацевтического интернет-сайта.

Так, на первом этапе в рамках моделирования ФИС определены ее основные участники. Установлено, что субъектами являются фармацевтические работники, объектами – врачи, дети и их родители (рис.)



⇒ специализированная помощь

Рис. Модель фармацевтической информационной среды (ФИС) с позиций социального партнерства.

Фармацевтические работники напрямую воздействуют на врачей и родителей, предоставляя фармацевтическую информацию, и тем самым косвенно влияют на ребёнка. В свою очередь врач в процессе своей деятельности, выписывая препараты, создает потребность в ЛС, удовлетворяемую фарм. работником, а также предоставляет ему информацию о ЛС. При назначении ЛС детям, реализуется прямое воздействие на ребёнка, а при консультировании родителей – опосредованное. Родители для разрешения возникающих у них вопросов по лечению напрямую обращаются к врачу и фарм. специалисту, тем самым запуская цепочку их взаимодействия.

На следующем этапе проведено социологическое исследование в форме заочного анкетирования потребителей фармацевтической информации- жителей Белгородской области в мае 2012 года. В качестве респондентов выступили 100 фармацевтических работников аптечных организаций различных форм

собственности; 120 высококвалифицированных врачей отделений МБУЗ «Городская детская больница», Перинатального центра ОГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Св. Иоасафа», ОГБУЗ «Детская областная больница»; 100 родителей детей, получающих лечение в данных стационарах. Для проведения исследования разработаны 3 вида анкет для каждой группы потребителей, с помощью которых определены их социально-компетентностные портреты.

Выявлено, что родители, как объекты фармацевтической информации, – преимущественно молодые люди в возрасте от 20 до 30 лет (52,6%), служащие, имеющие среднее и высшее специальное образование (47,4%) со средним уровнем владения компьютером (65,8%). Более 55,3% респондентов для получения информации в области медицины обращаются к интернет-ресурсам, остальные используют его время от времени. Установлено, что родители испытывают информационный дефицит после посещения врача, нуждаются в дополнительной информации, основными источниками которой являются Интернет (49,1%), справочная литература (22,8%). При этом чаще всего они интересуются данными о заболевании (диагностика, проявления и т.д.) (34,9%), на втором месте – сведения о лекарственных средствах (32,6%), на третьем – получение информации с целью проверки назначений врача (12,8%).

В анкетировании врачей приняли участие специалисты со средним стажем работы в педиатрии свыше 15 лет. Выявлено, что респонденты оценивают степень владения компьютером как среднюю и низкую (по 50%). Тем не менее, большая часть респондентов – пользователи Интернета (62,5%). Основными информационными потребностями врачей являются: сведения о заболеваниях (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и т.д.) (43,8%), подходы к фармакотерапии (31,3%), сведения медико-экономических стандартов и формулярных списков (18,8%). В качестве информационных источников они используют: справочную и периодическую литературу, материалы конференций (по 23%); интернет-ресурсы и общение с медпредставите-

лями (по 15,4%). Респонденты используют следующие методы информационно-справочной работы с родителями: консультации (46,7%), выпуск санбюллетеней (26,7%), рекомендации специализированной литературы (26,6%). При этом для консультирования 62,5% врачей уделяют более 10 минут, 25% более 5 минут. Наиболее частые вопросы родителей связаны с назначениями лекарственных препаратов (27,3%), альтернативными способами лечения и уходом за ребенком (по 22,7), лекарственными средствами (18,2%)

В анкетировании фармацевтических работников приняли участие специалисты со средним стажем работы около 15 лет. Установлено, что провизоры в 50% случаев сталкиваются с дефицитом информации у пациентов после посещения врача. В связи с этим, они вынуждены консультировать их по вопросам назначения лекарственных средств, побочных эффектов, корректировки доз (66,7%). При этом ошибки в назначенных детям дозировках лекарственных препаратов наблюдают 66,7% респондентов.

На втором месте вопросы о способе применения лекарственных средств, эффективности препаратов (по 28,6%).

Свыше 80% фармацевтических работников затрачивают на консультацию пациента около 3-х минут.

В качестве источника фармацевтической информации респонденты чаще всего рекомендуют пациентам справочную литературу (55,6%) и интернет-ресурсы (33,3%). Для удовлетворения собственных информационных потребностей также используют справочную и периодическую литературу (по 21,7%), материалы конференций (17,4%), общение с медпредставителями (17,4%). Чаще всего интересуются подходами к фармакотерапии и фармакотерапевтическими комплексами для лечения нозологий (55,6%), клиническими проявлениями заболеваний (22,2%), вопросами о лекарственных средствах и несовместимостях новых препаратов (по 11,1%).

Таким образом, в результате исследования выявлено, что после посещения врача свыше 50% пациентов нуждаются в дополнительной медико-фармацевтической информации.

Значительную часть дефицита информации они могут восполнить в домашних условиях за счет интернет-ресурсов. Однако в настоящее время достоверность информации в них вызывает сомнение. Поэтому свыше 94% респондентов высказывается за создание профессионального фармацевтического ресурса.

В связи с этим, на третьем этапе исследования разработан фармацевтический интернет-сайт, предоставляющий информацию для удовлетворения всех потребностей участников ФИС.

Список литературы:

1. Ксенофонтова, Н.В. Доступность фармацевтической информации о лекарственных средствах на фармацевтическом рынке [Текст] / Н.В. Ксенофонтова // Материалы Всероссийской 67-й итоговой студенческой научной конференции им. Н.И. Пирогова. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет. – 2008. – С.318-320.
2. Мусина, Н.З. Фармацевтическая информация [Текст] / Н.З.Мусина. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. – 136с.

Summary. *Pharmaceutical information environment (PIE) was evaluated; its structure, members and interactions were identified. Sociological research of subjects and objects of the PIE was carried out. In order to satisfaction of the information needs of all PIE members and solve their communication problems the website as a professional pharmaceutical source was developed.*

ДО ПИТАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Удовенко О.О., Городецька І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

horodetska@gmail.com

Вступ. Реклама в медичному дискурсі – це діяльність з поширення інформації про лікарські засоби та медичні послуги. Мета реклами та інформації про фармацевтичну продукцію не відрізняється від реклами будь-якого іншого продукту – добитись того, щоб людина придбала продукт, що рекламується. Проте певна специфіка об'єктів, пов'язаних з медициною та здоров'ям, змушує розглядати вплив реклами на людей не тільки з точки зору комерції, але і через призму суспільної та особистої безпеки громадян. Основна відмінність полягає в обмеженнях розміщення фармацевтичної реклами в ЗМІ, а також в наявності регламентуючих нормативних документів на міжнародному та державному рівні.

Мета. Узагальнення положень нормативних документів щодо реклами лікарських засобів. Вивчення відношення професіоналів охорони здоров'я до реклами ліків.

Матеріали та методи. Нормативні документи, що регулюють рекламу лікарських засобів. Анкети вивчення відношення фармацевтичних та медичних фахівців до реклами ліків. Методи: узагальнення, статистичний, анкетного опитування.

Результати. Основні законодавчі положення, що регулюють застосування реклами лікарських засобів в Україні, встановлює Закон України «Про рекламу». На сьогоднішній день у сфері обігу лікарських засобів дозволяється реклама ліків, зареєстрованих в установленому порядку МОЗ України, які відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку препаратів, заборонених до рекламування. Законом встановлюється 4 обов'язкові вимоги до змісту реклами, а також значно більше положень (15), які не повинні наводитись в рекламі. Обов'язкові вимоги до змісту реклами лікарських засобів є конкретними і такими, що піддаються оцінці. Натомість, заборони і обмеження до реклами ліків сформульовані так, що важко оцінити об'єктивно, присутній цей ефект у рекламному повідомленні, чи ні.

З метою вивчення відношення фармацевтичних та медичних фахівців до реклами лікарських засобів було опрацьовано 113 анкет, на питання якої від-

повідали студенти випускних курсів фармацевтичного факультету заочної форми навчання, а також провізори та фармацевти, які безпосередньо займаються відпуском ліків. За фахом загальна сукупність респондентів розподілилась наступним чином: провізори та фармацевти, які працюють за першим столом – 77,9%, медичні працівники – лікарі, медсестри та ін. - 13,2% - медичні представники – 8,5%. За стажем роботи найбільш представленою була група від 3-х до 5-ти років (42,5%). Більшість опитаних сформулювало своє загальне відношення до реклами ліків як негативне (59 респондентів). Однакова кількість опитаних відноситься до реклами ліків позитивно та байдуже (по 27 респондентів). 76 респондентів вказали, що усі лікарські засоби повинні призначатись лікарем або рекомендуватись провізором. Частина респондентів (25 відповідей) вважає, що реклама ліків не заважає роботі лікаря та провізора, 16 респондентів вважають рекламу ліків допомогою у своїй роботі, 4 респонденти вказали, що існує необхідність інформувати пацієнтів про нові ліки на ринку і нагадувати про вже відомі, і цю функцію повинна виконувати реклама. До позитивних функцій реклами ліків опитані нами фахівці віднесли зростання рівнів продажів в аптеках (68 відповідей), надання пацієнту необхідної інформації про ліки (34 відповіді), відсутність необхідності звертання до лікаря при незагрозливих станах (25 відповідей). 5 респондентів вказали, що позитивні функції реклами відсутні. Серед негативних наслідків реклами переважна більшість респондентів (87 осіб) вказала на зростання ризику безконтрольного використання ліків пацієнтами, 55 опитаних переконані, що реклама лікарських засобів не дає повної інформації щодо властивостей і застосування ліків, 20 респондентів вважали, що реклама ліків призводить до зростання кількості захворювань та побічних явищ. Лише 3 опитаних фахівців переконані, що негативних наслідків реклами ліків немає. Оцінка респондентами дотримання вимог законодавства України про рекламу лікарських засобів показала, що половина опитаних (49,5%) вважають, що дані вимоги не дотримуються, 47 % не змогли оцінити дотримання вимог, і тільки 4 респонденти (3,5%) були впевнені, що усі вимоги дотримані. Для більшості опитаних

фахівців реклама ліків у ЗМІ порушує загальноприйняті етичні норми (52% респондентів), тоді як 42% оцінити дотримання етичних норм у рекламі ліків не змогли. 38 % опитаних висловились за повну заборону реклами ліків для населення, 54% - за часткову заборону, в тому числі, наприклад, серцевих, протикашлевих, протигрипозних, антигістамінних засобів, імуностимуляторів. 46% респондентів не вимагають заборони реклами ліків.

Висновки. Хоча 52% опитаних фармацевтичних та медичних працівників негативно відносяться до реклами лікарських засобів, лише 38% респондентів вимагають її повної заборони. Негативним є той факт, що переважна більшість фахівців не володіють знаннями про особливості законодавчих вимог до реклами ліків в Україні.

Перелік використаних джерел інформації

1. Маркетинг в фарминдустрии: время перемен. Joan Buckley, факультет менеджмента и маркетинга университета Корк [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.provisor.com.ua>
2. Про рекламу: Закон України від 3.07.1996 р. [електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/270/96-вр>
3. Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок: Закон України від 20.12.2011 р. № 4196-VI [електронний ресурс].- Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4196-17>
4. Про деякі питання заборони рекламування лікарських засобів: Наказ МОЗ України від 06.06.2012 р. № 422 [електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1189-12>

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ МАРКЕТИНГОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Наумова О.Е.

Українська державна академія залізничного транспорту, м. Харків

Ситуація на вітчизняному ринку реклами безрецептурних лікарських засобів (ЛЗ) у 2012 р. характеризується подальшим збільшенням капіталовкладень, демонструючи високі темпи приросту. Так, за підсумками 9 місяців 2012 р. фармацевтичні компанії інвестували в рекламу ЛЗ в різних медіа – телебачення (включаючи спонсорство), пресу та радіо – 2,2 млрд. грн., що понад на 30% більше, ніж в аналогічному періоді 2011 р. Головним чином, це обумовлено активністю капіталовкладень фармацевтичних компаній в рекламу ЛЗ на телебаченні. Як і раніше цей медіа-канал залишається найбільш популярним, про що свідчить постійне збільшення питомої ваги на ринку реклами ЛЗ.

Щодо застосування інших медіа-засобів, можна відзначити деяку мінливість інвестицій фармацевтичних компаній: якщо за підсумками 9 місяців 2011 р. вони активніше використовували рекламу в пресі і значно скоротили інвестиції в рекламу на радіо, то вже у 2012 р. ситуація була практично протилежною – слабка активність у пресі та посилення присутності на радіо.

Високі темпи росту рекламних інвестицій призвели до збільшення загального обсягу продажів ОТС-препаратів у 2012 р. порівняно з 2011 р. на 14,4% в грошовому та 2,7% у натуральному вираженні, що склало 8,8 млрд. грн. за 605,1 млн. уп. При цьому безрецептурні ЛЗ, що отримали рекламну підтримку в різних медіа (телебачення, преса і радіо), у 2012 р. продемонстрували вищі темпи приросту обсягу аптечних продажів – 16,1% в грошовому та 8,5% у натуральному вираженні. Їх питома вага в сегменті ОТС-препаратів становить 59 і 35% відповідно.

У таблиці наведено розподіл рекламних інвестицій в основні медіа-засоби за 9 міс. 2012 р. та їх приріст у порівнянні з аналогічним періодом 2011 р.

Таблиця

**Розподіл рекламних капіталовкладень в основні медіа-засоби
у 2012 р. та їх приріст у порівнянні з 2011 р.**

Медіа-канал	Обсяг капіталовкладень у рекламу (9 міс. 2012 р.), млн. грн.	Приріст у порівнянні з 9 міс. 2011 р., %
Телебачення	2100	33,1
Преса	55,7	2,2
Радіо	24,7	16,7

Приріст інвестицій в рекламу на телебаченні сприяв підвищенню рівня контакту з глядачем (EqGRP) на 16,4% і збільшенню кількості вироблених рейтингів (WGRP) на 17,1%.

У 2012 р. п'ятірку основних одержувачів рекламних інвестицій становили канали «Інтер», «СТБ», «Студія «1+1», «Україна» і «Тет». Цікаво, що ще чотири роки тому аналогічну п'ятірку складали канали «Інтер», «Студія «1+1», «ICTV», «СТБ» і «Новий канал». Канали «Україна» і «Тет» займали 6 і 9 позиції відповідно.

Станом на жовтень 2012 р. канали «Інтер» і «СТБ» сумарно акумулювали практично половину загального обсягу інвестицій в телевізійне рекламу (977,4 грн.). Тут рекламувалася найбільша кількість брендів ЛЗ у порівнянні з іншими телеканалами. Високий приріст інвестицій на каналі «Інтер» за підсумками 9 місяців 2012 р. був переважно зумовлений капіталовкладеннями для препарату «Ременс», який посів 3-тє місце у рейтингу брендів ЛЗ за обсягом інвестицій в телевізійну рекламу, а маркетуюча його компанія – «Omega Pharma Group» стала найбільшим інвестором на ринку телевізійної реклами ЛЗ серед фармацевтичних компаній. Покращення позицій «Студії «1+1» переважно було забезпечено інвестиціями компаній «Teva» і «Reckitt Benckiser Healthcare International».

Щодо реклами ЛЗ в інших медіа-каналах, у 2012 р. зберігаються тенденції, що намітилися раніше: у сегменті преси більш активними є закордонні фармацевтичні компанії, а на радіо, навпаки, – вітчизняні.

За підсумками 9 місяців 2012 р. реклама лікарських засобів розміщувалася в 80 друкованих виданнях. З них топ-5 акумулює понад 45% рекламних інвестицій.

Найбільшу рекламну активність у досліджуваній період продемонстрували компанії: «Teva» (лідер за обсягом інвестицій в пресі), «Alpen Pharma AG», Борщагівський ХФЗ, «Astellas Pharma Europe» і «Матеріа Медика».

Щодо топ-5 одержувачів максимального обсягу інвестицій у рекламу лікарських засобів на радіо, то за підсумками 9 місяців 2012 р. ситуація кардинально змінилася у порівнянні з 2008 р. Якщо у 2008 р. топ-5 радіостанцій склали: «Русское Радио», «Хит FM», «Ретро ФМ», «Радіо Ера» і «Мелодія», то вже у 2011 – 2012 рр. до топ-5 радіостанцій входили: «Ретро ФМ» (23,6%), «Наше Радіо», «Русское Радио», «Шансон» і «Авторадіо». Сумарна частка цих радіостанцій значно збільшилася – з 58% за 9 місяців 2011 р. до 73% в досліджуваній період. Це було обумовлено припливом капіталовкладень фармацевтичних компаній для радіостанцій «Наше радіо» і «Шансон» (107 і 243% відповідно), де ключовими інвесторами виступили компанії «Berlin-Chemie/Menarini Group» та «Київський вітамінний завод». Ці компанії стабільно займають провідні позиції серед маркетуючих організацій за обсягом витрат на рекламу лікарських засобів на радіо. Загальний приріст ринку реклами лікарських засобів на радіо був забезпечений також такими провідними українськими компаніями, як «Фармак» і «Сперко».

Отже, телевізійна реклама лікарських засобів залишається ключовим інструментом просування фармацевтичних компаній для безрецептурних препаратів. Динаміка розвитку не телевізійних каналів реклами характеризується своєю нестабільністю. Ринок реклами все більше освоюють українські фармацевтичні компанії і зміцнюють свою присутність, особливо на ринку радіореклами, де їх частка в загальному обсязі складає більше третини. Проте на ринку телевізійної реклами лікарських засобів українські гравці також демонструють високу активність.

Література:

1. <http://pharm-alliance.grouprost.com/ru>.
2. <http://www.apteka.ua>.

ІМІТАЦІЙНЕ МОДЕЛЮВАННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАПАСАМИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ЗАСОБАМИ ПАКЕТУ EXTENDSIM

Малярєць Л.М., Дорохов М.О.

Харківський національний економічний університет

При практичній взаємодії учасників фармацевтичного ринку часто виникають ситуації, коли оптовик бере активну участь в процесі формування замовлення клієнтами (аптеками) і виникає ситуація взаємодії «виробник - оптовик – клієнт». Нами передбачається розгляд, аналіз та моделювання відповідної стохастичної однопродуктової задачі управління запасами для такого логістичного ланцюжка.

Завдання вирішується за умов, що сума загальних витрат на замовлені товари, їх зберігання і втрати від дефіциту на протязі певного часу, повинна бути мінімальною. За пропонованими критеріями загальні витрати є сумою відповідних витрат (збитків) за усіма позиціями, що брали участь в процесі замовлення, для клієнтів і оптовика. В той же час оптовик і клієнти можуть використовувати різні стратегії замовлення. Так, для клієнтів можливі дві моделі процесу замовлення. Перша являє собою модель з фіксованим кількісним обсягом замовлення, а друга модель є моделлю з фіксованим періодом часу між моментами розміщення наступних замовлень.

Натомість, алгоритми замовлень для оптовика можуть бути такими: найпростіший алгоритм, коли замовлення кожного клієнта отримується оптовиком у виробника й відразу по отриманні товару відправляється до клієнта. У більш типовому варіанті оптовик створює загальні запаси для того, щоб задовольнити групу клієнтів у цілому, беручи до уваги як рівень запасів (необхідний для задоволення запитів кожного клієнта), так і періодичність виникнення замовлень клієнтів та їх кількість. На практиці існують й інші, проміжні або комбіновані варіанти політики замовлення для оптовика.

Практичне моделювання наведених варіантів обслуговування зазвичай здійснюється з використанням як аналітичних, так і імітаційних підходів. В нашій роботі пропонується застосування для цього можливостей пакета комп'ютерного моделювання ExtendSim методом імітаційного моделювання.

Для вирішення поставленої задачі пропонується використання імітаційної моделі, розробленої в програмі ExtendSim, яка є дуже потужним і гнучким

інструментом моделювання для аналізу, проектування і експлуатації складних систем на ринку. Вона дозволяє перевіряти різні варіанти комерційно-виробничих рішень без їх практичного виконання на ринку. Моделі різної спрямованості і ступеню складності, виконані та досліджені в середовищі ExtendSim, неодноразово довели свою здатність успішного та підтвердженого наступними практичними діями моделювання великих і складних комерційних й ринкових систем. Сама побудова ExtendSim полегшує розробнику кожний етап моделювання, починаючи від створення, розробки та перевірки моделі, до побудови інтерфейсу користувача, який дозволяє іншим використовувати таку модель. ExtendSim дозволяє досліднику будувати моделі будь-яких розмірів, а також застосовувати модульний принцип їх побудови й нарощування з використанням бібліотек та стандартних і створених користувачем блоків.

Кожен блок описує певний розрахунок або крок в процесі, а ExtendSim-модель створюється шляхом додавання блоків та їх з'єднання і введення вхідних даних моделювання. Кожен тип блоку має свою функціональність, а екземпляр блоку - свої власні дані. Блоки виконують ряд функцій в імітаційній моделі, в тому числі: імітацію кроків в процесі; виконання розрахунків; взаємодію з іншими додатками або зберігання даних; представлення результатів моделювання (графіки, гістограми); інструментарій для створення індивідуалізованого інтерфейсу користувача. Вихідний код для всіх цих блоків доступний і тому вони можуть бути переглянуті або змінені кінцевим користувачем.

Ієрархічні блоки містять інші блоки (запрограмовані або ієрархічні), це допомагає краще організувати моделі. Також ієрархічні блоки можуть зберігатися в бібліотеках і використовувати повторно в тій же або інших моделях. Крім того, ExtendSim має інструменти для створення інтерфейсів в рамках ієрархічного блоку, що робить легшим його використання для кінцевих користувачів моделей. Важливою перевагою є те, що ExtendSim містить реляційну базу даних для організації і централізації інформації моделювання. Використання такої бази даних в моделях дозволяє відокремити самі дані від моделі

структури. Відповідно, у багатьох випадках побудова моделі починається з концептуалізації бази даних. Як тільки база даних розроблена, подальше проектування моделі спирається на визначену оптимальну організацію даних. Результатом такого підходу є отримання адекватної та краще організованої моделі. Шляхом такого моделювання досягається основна мета розглянутого ланцюжка поставок, а саме, визначення точної кількості товару для досягнення мінімізації витрат на зберігання, оптимізація моменту та обсягу замовлення товарів, зменшення втрат від їх дефіциту за одиницю часу.

Розроблені моделі, що базуються на реальних ситуаціях формування та виконання замовлень, при імітаційних обчислювальних експериментах дають результати, близькі до оптимальних рішень.

Основними перевагами пропонованого методу моделювання управління запасами лікарських препаратів є такі: чіткість отриманих результатів, насамперед у випадку аналізу загальних витрат в залежності від одного параметра управління з фіксацією інших; можливість знайти близькі до оптимальних рішення задачі управління запасами в разі, коли створення аналітичної моделі з певних причин утруднене або неможливе; простий і наглядний, легко доступний для непідготованого користувача графічно-описовий користувацький інтерфейс і можливість легко контролювати, змінювати в ньому будь-які необхідні вхідні параметри.

В представленій постановці розглянуто й представлено імітаційне моделювання ланцюга поставок системи управління запасами з двома стратегіями порядку розміщення. В подальшому передбачається дослідження інших варіантів політики виконання замовлень для оптовика, в тому числі – моделювання багатопродуктової задачі з певними додатковими обмеженнями.

УДК 615.2/.3.03:628:338.5

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР В ОТНОШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Бондарева Т.М., Гарумова М.А., Парфейников С.А.,
Касютина О.Л., Баркаев Г.С.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России
naira-gabrielyan@yandex.ru

Социально–экономические проблемы в России способствовали снижению рождаемости и отрицательному приросту населения. Значительный рост числа заболеваний внутренних органов у беременных привел к увеличению поздних гестозов и особенно их тяжелых форм – пре – и эклампсии, что негативно отражается на показателях материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Улучшение здоровья беременных, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности является приоритетным направлением здравоохранения всех стран мира.

В настоящее время с целью выявления статистической взаимосвязи между факторами, в случае если изменение одного фактора ведет к изменению другого, чаще всего используются методы связей и зависимостей, среди которых и корреляционный анализ. С целью определения зависимости факторов, влияющих на течение беременности, нами был использован многофакторный корреляционный анализ, состоящий из нескольких этапов.

На *первом этапе* определяются факторы, которые оказывают воздействие на изучаемый показатель и отбираются наиболее существенные. В качестве оценочных коэффициентов нами проанализированы следующие показатели: Y_1 – смертность детей, Y_2 – предлежание плода, Y_3 – врожденные аномалии, Y_4 – внутриутробная гипоксия, Y_5 – родовая травма у детей, Y_6 . врожденная пневмония, Y_7 . инфекции специфичные для перинатального периода, Y_8 . ранняя неонатальная смертность, Y_9 . перинатальная смертность, Y_{10} . младенческая смертность, Y_{11} . гипотрофия плода, Y_{12} . неонатальная желтуха, Y_{13} . замедление роста.

Эти коэффициенты мы приняли в качестве результативных показателей, а в качестве факторов, влияющих на эти показатели рассматривали коэффициенты, характеризующие заболеваемость беременных женщин с индексами X_1 - X_{16} : X_1 – инфекции кожи и подкожной клетчатки, X_2 – рубец на матке, X_3 – крупный плод, X_4 – узкий таз, X_5 – пиелонефрит, X_6 – родовая травма, X_7 – кровотечение, X_8 – угроза выкидыша, X_9 – преэклампсия, X_{10} – предлежание

плаценты, X_{11} – миома матки, X_{12} – гемолитическая болезнь, X_{13} – рождаемость, X_{14} – смертность, X_{15} – кровотечение, X_{16} – рубец на матке. В качестве объекта анализа использовали данные статистических отчетов по заболеваемости беременных женщин.

На втором этапе собирали и оценивали исходную информацию, необходимую для корреляционного анализа. На этом этапе изучали характер и моделировали связь между факторами и результативными показателями, то есть подбирались и обосновывались математическое уравнение, которое наиболее точно выражает сущность исследуемой зависимости. Производили расчет основных показателей корреляционных связей. Матрица значений коэффициентов корреляции представлена в таблице 1.

Таблица 1

Корреляционная зависимость показателей заболеваемости плода и новорожденных от заболеваемости беременной женщины

	Y_1	Y_2	Y_3	Y_4	Y_5	Y_6	Y_7	Y_8	Y_9	Y_{10}	Y_{11}	Y_{12}	Y_{13}
X_1	0,85	0,82	0,56	0,67	0,51	0,43	0,44	0,47	0,46	0,71	0,77	0,36	0,67
X_2	0,79	0,56	0,87	0,70	0,57	0,37	0,60	0,18	0,21	0,18	0,69	0,83	0,75
X_3	0,71	0,51	0,77	0,71	0,52	0,67	0,55	0,49	0,46	0,57	0,64	0,62	0,18
X_4	0,56	0,42	0,67	0,79	0,60	0,70	0,37	0,43	0,40	0,52	0,74	0,81	0,57
X_5	0,63	0,54	0,75	0,18	0,55	0,84	0,76	0,37	0,34	0,40	0,77	0,90	0,52
X_6	0,73	0,45	0,18	0,63	0,66	0,71	0,71	0,15	0,46	0,71	0,18	0,78	0,40
X_7	0,56	0,83	0,57	0,57	0,98	0,66	0,44	0,65	0,45	0,60	0,63	0,44	0,77
X_8	0,51	0,80	0,52	0,44	0,18	0,70	0,51	0,60	0,83	0,20	0,57	0,81	0,66
X_9	0,18	0,76	0,40	0,60	0,49	0,74	0,42	0,43	0,80	0,56	0,44	0,23	0,60
X_{10}	0,18	0,55	0,18	0,55	0,43	0,69	0,54	0,80	0,76	0,51	0,60	0,72	0,70
X_{11}	0,15	0,37	0,21	0,37	0,37	0,83	0,45	0,15	0,55	0,42	0,55	0,60	0,71
X_{12}	0,12	0,76	0,21	0,76	0,67	0,60	0,83	0,96	0,84	0,70	0,50	0,33	0,79
X_{13}	- 0,14	0,45	0,25	0,71	0,40	0,20	0,65	0,51	0,67	0,46	0,67	0,34	0,18
X_{14}	0,36	0,12	0,20	0,82	0,57	0,56	0,79	0,57	0,54	0,21	0,40	0,76	0,63

X_{15}	- 0,43	0,48	0,18	0,54	0,52	0,51	0,60	0,52	0,76	0,46	0,57	0,45	0,57
X_{16}	0,37	0,43	0,43	0,38	0,40	0,42	0,55	0,60	0,73	0,40	0,52	0,83	0,70

На основании корреляционного анализа для аналитической модели выбрали значения Y_1 – Y_{13} , и факторные показатели X_1 – X_{16} , которые продемонстрировали высокую степень тесноты взаимосвязи с факторными признаками. Из факторных признаков наибольшая связь обнаружена у факторных признаков X_6 – X_{11} , то есть коэффициент корреляции почти во всех ситуациях был выше 0,7 и близок к 1,0.

На следующем этапе решали задачи регрессионного анализа шаговым способом. Сначала в расчет принимали один фактор, который оказывает наиболее значительное влияние на результативный показатель, затем – второй, третий и т.д.

В результате проведенного многофакторного корреляционного анализа выявлена зависимость показателей заболеваемости плода и новорожденных от заболеваемости беременной женщины: $X_7 - Y_5$; $X_5 - Y_{12}$; $X_{12} - Y_8$; $X_2 - Y_6$; $X_1 - Y_1$; $X_{12} - Y_9$; $X_{11} - Y_3$; $X_7 - Y_2$; $X_{12} - Y_7$; $X_8 - Y_9$. Таким образом, проведенные исследования показали высокую степень зависимости заболеваемости плода и новорожденных от заболеваемости беременных женщин.

При анализе удовлетворенности доступностью, объемом, качеством и эффективностью оказываемой медицинской помощи установлено, что наиболее информативно значимыми показателями, влияющими на качество жизни беременных и эффективность дородовой подготовки, являются такие как: регулярность наблюдения у акушера-гинеколога (группа относительного риска – 27,7%, абсолютного риска – 20,2%), эффективность работы врачей ; недостаточность доступности, полноты объема, качества и эффективности, оказываемой медицинской помощи беременным женщинам.

Оценка качества наблюдения беременных выявила ряд недочетов: беременные наблюдаются нерегулярно в 31,8% случаев; поздний охват диспансерным наблюдением отмечен в 32,8% случаев; у каждой четвертой беременной

несвоевременно проводились осмотры и в 17,4% случаев – неполноценно. Причинами неполноценного и несвоевременного проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, по мнению экспертов, является: неправильная и несвоевременная диагностика (26,4%), недисциплинированность беременных (25,2%), недостаточный контроль за лечебным процессом (15,5%).

По факторам риска беременных женщин, составили таблицы, в которых учтено состояние здоровья беременной, течение предыдущих и настоящей беременностей и осложнений. Каждый фактор дает определенное количество баллов, и сумма их по всем факторам показывает уровень риска для беременной. Если сумма баллов 7 или более семи, имеет место беременность группы риска. Таким женщинам показано стационарное лечение и после стационара реабилитация в санаториях. Беременные направляются в санаторно-курортные учреждения на долечивание непосредственно после стационарного лечения.

Применяемые в оздоровительном отдыхе и санаторно-курортном лечении физические факторы являются кардинальным резервом повышения уровня адаптации и качества жизни, а также перспективной тенденцией профилактики заболеваний и медицинской реабилитации беременных.

Для каждой нозологической группы разрабатываются стандарты санаторно-курортного лечения беременных. Рациональное применение лечебных и физических факторов основывается на принципе индивидуального подхода: учитываются анамнез, возраст, конституция пациентки, индивидуальные противопоказания для применения конкретного физического фактора. Применение физических и других лечебных факторов у беременных определяется критерием безопасности воздействия для беременной и плода, а также достаточной эффективностью, использованием щадящей тракции, разгрузки, коррекции в условиях функционального положения, сопровождающая достоверным терапевтическим эффектом при многих хронических заболеваниях.

Срок пребывания в санатории беременных женщин групп риска составляет 21 день. Показаниями для направления беременных женщин групп риска на долечивание (реабилитацию) являются:

- беременность первородящих в возрасте 28 лет и старше;
- беременность юных первородящих в возрасте до 18 лет;
- беременность в сроки 12 – 30 недель, включая период пребывания в санатории (многоплодная беременность до 26 недель гестации);
- продолжение лечения плацентарной недостаточности;
- сопутствующая миома матки без признаков нарушения питания миоматозных узлов;
- пороки развития матки при неосложненном течении беременности;
- наличие полноценного рубца на матке при сроке беременности до 23 недель, включая период пребывания в санатории;
- анемия (железодефицитная, пернициозная, гемолитическая вне стадии обострения) с гемоглобином не ниже 100 г/л, без сопутствующих заболеваний;
- заболевания внутренних органов в стадии стойкой ремиссии;
- нейроциркуляторная дистония;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- бесплодие в анамнезе;
- наличие гипотрофии плода в анамнезе;
- дефицит массы тела;
- гормональные нарушения (гиперандрогения, гипотериоз, сахарный диабет), исключая общие противопоказания для санаторно-курортного лечения.

Противопоказаниями для направления беременных женщин групп риска на долечивание (реабилитацию) в санаторий являются:

- чрезмерная рвота;
- поздний гестероз (отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства);
- кровотечения во время беременности;
- угроза преждевременного прерывания беременности;
- предлежание плаценты;
- многоводие, маловодие; признаки несостоятельности рубца на матке при кесаревом в анамнезе;
- индуцированная беременность с осложнениями;
- пороки развития с осложненным течением беременности, новообразования женских половых органов;
- экстрагенитальные заболевания в стадии обострения;

- болезни крови (лимфолейкозы, лейкемия; пернициозная, гемолитическая анемия, железодефицитная анемия с показателем гемоглобина ниже 100 г/л; болезнь Верльгофа и другие геморрагические синдромы);
- заболевания органов эндокринной системы в стадии декомпенсации;
- обострение вирусных инфекций, передаваемых половым путем (герпес, цитомегалия, ВИЧ/СПИД, гепатиты);
- общие противопоказания, исключающие направление больных в санатории (острые инфекционные и венерические заболевания (в том числе инфекционные заболевания глаз и кожи), психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания, болезни крови в острой стадии, злокачественные новообразования, острая почечная и печеночная недостаточность, сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, или требующие хирургической помощи).

Санаторно-курортное лечение в условиях санатория положительно влияет на качество жизни (КЖ) беременных. По отдельным показателям отмечаются следующие закономерности:

Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, происходит увеличение данного показателя, поскольку возрастает переносимость физических нагрузок после лечения ($20,1 \pm 13,8\%$).

Role-Physical (RF) – влияние физического состояния на ролевое функционирование. Отмечена положительная динамика, обусловленная нормализацией физического состояния ($70,0 \pm 29,8\%$).

General Health (GH) – общее состояние здоровья – самооценка беременной состояния своего здоровья в данный момент и перспективы лечения. Отмечается положительное влияние лечения на эмоциональное состояние и восприятие беременной своего состояния ($61,6 \pm 22,3$).

Vitality (VT) – жизнеспособность. Нормализация показателя обусловлена улучшением физического и психоэмоционального состояния беременных ($58,4 \pm 13,4\%$).

Social Functioning (SF) – соціальне функціонування. Улучшення показателя обусловлено возобновлением трудоспособности ($32,7 \pm 17,3\%$).

Role-Emotional (RE) – вплив емоціонального стану на ролевое функціонування – нормалізація показателя обусловлена восстановлением психоэмоционального состояния, предшествовавшего заболеванию ($40,6 \pm 11,2\%$).

Mental Health (MH) – нормалізація показателя обусловлена снижением уровня депрессивности и тревожности, вызванные заболеванием беременных ($77,4 \pm 21,8\%$).

Таким образом, проведенные исследования показали важность улучшения показателей здоровья беременных женщин для уменьшения патологии плода и новорожденных, а опыт реабилитации, проводимой в санаторно-курортных учреждениях можно перенимать всем субъектам РФ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Касютина, О.Л. Современное состояние системы социальной защиты материнства и детства в России и за рубежом / О.Л. Касютина, С.А. Михайлова, В.В. Гацан // *Moderni vymozenosti vedy – 2012.: materialy VIII Mezinarodni vedec-ko-prakticka konference: (27 ledna – 05 unora 2012 roku).*- Praha, 2011. – С. 3-5.

2. Friedman, J.M. Teratogenic Effects of Drugs: a Resours for Children / J.M. Friedman, J.E. Polifka – New York, 2000. – 793 p.

3.

Summary. *Socio-economic problems in Russia contributed to the decline in fertility and a negative population growth. A significant increase in the number of internal diseases in pregnant women has led to increased late gestosis and especially their severe forms - pre - eclampsia and that the negative impact on maternal and infant morbidity and mortality.*

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВІДПУСКУ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ

Ціхонь Г.М., Дудар Г.М., Слободянюк М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
galina-2102@rambler.ru

Інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) широко використовуються у наш час для лікування різних захворювань. Зокрема, з кінця минулого століття іАПФ є «золотим стандартом у терапії серцево-судинних захворювань».

Спочатку дані препарати синтезували зі сполук, які містилися в отруті гадюки. Ці речовини пригнічують дію ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), компоненту ренинангіотензивної системи, яка є елементом системи регуляції артеріального тиску.

Еналаприл – «проліки», у печінці перетворюється в активну речовину – еналаприлат. Біодоступність еналаприлу складає близько 40%. Після внутрішнього прийому препарат можливо спостерігати у крові через 1 год. з максимумом концентрації через 6 год. $T_{1/2}$ складає 4 год. В крові еналаприл на 50% зв'язується з білками, екскретується з сечею. Виведення уповільнюється при зниженні клуб очкової фільтрації.

Споживання препаратів групи еналаприлу має свої особливості в різних регіонах України, а його обсяги залежать від рівня захворюваності, контингенту населення, загального стану економіки в регіоні та ін. На рівні аптечного закладу досить високий вплив має широта товарного асортименту та специфіка аптеки (розташування, близькість лікувально-профілактичних закладів), переваги лікарів та провізорів та їх прихильність до окремих лікарських засобів або торговельних марок препаратів групи іАПФ.

Для виявлення значимості для споживачів тих чи інших характеристик даної групи препаратів, переваг споживачів, а також чинників, які впливають на вибір того чи іншого препарату еналаприлу та прийняття споживачем рішення про покупку було проведено опитування споживачів. Респондентами виступили відвідувачі аптек, які придбали той чи інший препарат еналаприлу. Для цього був використаний метод маркетингового дослідження як опитування, інструментом якого виступає анкетування. Всього було опитано 67 споживачів.

Метою дослідження є оцінка інформації, що надається пацієнтам в аптеках при відпуску препаратів групи ІАПФ.

За результатами дослідження встановлено, що кінцевими споживачами препаратів еналаприлу переважно є люди середнього та похилого віку, які постійно приймають декілька препаратів, та люди середнього та похилого віку, які є в цілому здоровими, але дбайливо ставляться до свого здоров'я і приймають ІАПФ за призначенням лікаря для профілактики серцево-судинних захворювань.

Основний сегмент споживачів препаратів еналаприлу – це відвідувачі аптек віком від 63 років (22% опитаних).

За результатами проведеного опитування, біля 71% респондентів вважають, що провізор повинен завжди обов'язково надавати інформацію про ліки, лише 24% – за власним бажанням та лише 5% опитаних відмітили у анкеті, що інформація провізором повинна пред'являтися тільки по запиті пацієнта.

При придбанні відвідувачами аптеки препаратів групи, яка досліджується, 55% з них завжди отримували необхідну інформацію, 45% отримували інформацію за власним бажанням.

Про спосіб застосування 43% пацієнтів отримують інформацію за ініціативою провізора та 57% за власним бажанням. Про можливий розвиток побічних ефектів препаратів 48% пацієнтів отримують інформацію від провізора постійно. Консультацію про заходи, які слід прийняти у разі розвитку побічної дії придбаного препарату, завжди отримує лише 22% пацієнтів, а біля 40% з них – за власним бажанням. Необхідну інформацію про фармакологічну сутність препарату з ЛП інших груп, а також з їжею та алкоголем 55% опитаних отримують за власним бажанням.

Інформація, яка надається пацієнтам в аптеці, за результатами опитування є недостатньою. Тому існує потреба в отриманні більш повної консультації провізора для раціонального та безпечного використання лікарських препаратів.

Консультуючи хворого по питанню розвитку побічних ефектів та способах їх запобігання, провізор не завжди надає необхідну інформацію. Тому тільки чверть опитаних інформована про наслідки їх розвитку.

Про можливі взаємодії препарату з препаратами інших груп, їжею та алкоголем половина пацієнтів отримує інформацію за власним бажанням. Такі дії провізора можуть свідчити про його неуважність до запобігання потенційно негативних взаємодій та їх наслідків.

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ
УКРАЇНИ НА ЛЕЙКОЗИ**

Цурікова О.В., Панфілова Г.Л., Чигринова М. Г.

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

За даними ВООЗ у структурі гематологічних захворювань людини лейкози займають перше місце та мають велике соціальне значення. В першу чергу, це обумовлено фатальним характером протікання патологічного процесу, особливо у дитячому віці. Так, смертність від лейкозів серед дорослих складає близько 6-10% та у дітей близько 50%. За оцінкою фахівців, біля 1% загальної смертності по всім країнам світу припадає на лейкози. Відповідно до Рішення Комісії ЄС 96/469/ЄС одним з дієвих шляхів підвищення ефективності організації надання онкологічним хворим медичної та фармацевтичної допомоги є здійснення постійного моніторингу епідеміологічних показників, а саме захворюваності та смертності населення. Тому, метою наших досліджень став аналіз зазначених показників (2006-2010 рр.) по різних регіонах країни та в цілому по Україні за даними Національного канцер-реєстру. В аналізі використовувалися показники захворюваності, що стандартизовані за даними повікової структури населення України за 2000 р. Зазначені показники рекомендовані канцер-реєстром для структурного аналізу епідеміології злоякісних новоутворень (ЗН) у різних регіонах країни та дослідження динаміки їх змін по роках.

За результатами досліджень встановлено, що за 2006-2010 рр. захворюваність дорослого населення на лейкози збільшилась не суттєво з 7,7 випадків на 100 тис. населення у 2006 р. до 7,8 випадків за даними 2010 р. При цьому показники смертності навіть, знизились з 5,0 (2006 р.) до 4,9 (2010 р.). За середнім значенням показника захворюваності населення на лейкози всі регіони були ранжовані на групи. Сформовано чотири групи регіонів – з низьким значенням показника захворюваності (від 5,5 до 7,1 випадків), середнім (7,2-8,8), високим (8,9-10,5) та дуже високим (10,6 та вище). До складу першої групи увійшло 7 областей, що дорівнювало 25,9% вибірки досліджень. Це Донецька, Закарпатська, Луганська, Львівська, Одеська, Полтавська та Тернопільська області. Група з середнім рівнем захворюваності на лейкози була найчисленнішою. До її складу увійшло 12 областей (44,4%) – Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Рівненська, Сумська, Хар-

ківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька та м. Київ. Високий показник захворюваності на лейкози був характерний для 6 (22,2%) адміністративно-територіальних одиниць країни. Це АР Крим, Вінницька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська та Чернігівська області. Логічним у зазначеній групі є наявність регіонів, які у значній мірі постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (Київська та Чернігівська області). Кіровоградська та Миколаївська області є вітчизняними промисловими центрами по видобуванню природного урану та обробці його окисного концентрату (ДП «Східний горно-збагачувальний комбінат»). Цей факт ще раз підкреслює значення опромінювання, як важливого етіологічного фактору у розвитку ЗН лімфоїдної та кровотворної тканин. Найбільше занепокоєння викликає факт наявності у групі з дуже високим значенням показника поширеності м. Севастополь. Середнє значення захворюваності у зазначеному місці по роках дослідження становило 12,2 випадки на 100 тис. населення, що 59,3% перевищує значення відповідного середньостатистичного показника по Україні в цілому.

Максимальне та мінімальне значення показника захворюваності на лейкози по регіонах країни спостерігалось у 2006 р. (м. Севастополь - 13,9 та Закарпатська область - 4,8 відповідно).

За середнім значенням показників захворюваності населення на лейкози Україна (7,7) була віднесена до складу другої групи ранжування (середній рівень). Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати про наявність в Україні значної розбіжності епідеміологічних показників по різних адміністративно-територіальних одиницях країни потребує подальших комплексних досліджень. Результати проведеного аналізу можуть бути використані у формуванні адекватного реальній потребі хворих на лейкози фінансового потенціалу лікувально-діагностичного процесу та фармацевтичного забезпечення за «Загальнодержавною програмою боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 рр.».

ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБІОТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В ПЕДІАТРІЇ

Чухрай І.Л., Ключак А.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

iryna_chukhray@ukr.net

Вступ. Увага дослідників і практичних лікарів до проблеми порушення мікробіоценозу кишечника та методів його корекції не слабшає протягом багатьох десятиліть. Ідея використання пробіотиків бере свій початок з 1907 року, коли І.І. Мечников висунув теорію довголіття, в основі якої значна роль відводилася нормальній мікрофлорі організму людини. Він запропонував і практичний шлях оздоровлення, продовження та поліпшення якості життя - вживання молочно-кислих продуктів. По суті це було початком ери пробіотиків. Термін пробіотики вперше був введений в 1965 р. вченими Ліллі та Стіллуеллом. Сьогодні фармацевтичний ринок пропонує широкий спектр лікарських засобів та спеціальних харчових продуктів, які сприяють нормалізації мікробіоценозу кишечника, що ставить перед лікарями-педіатрами завдання не тільки систематизувати фармацевтичну інформацію про ці препарати, але і застосувати її з найбільшою користю для пацієнта.

Мета. Метою нашого дослідження був аналіз та систематизація даних про лікарські засоби і спеціальні харчові продукти (СХП), що використовуються для корекції складу кишкової мікрофлори та вивчення ставлення лікарів-педіатрів до призначення про- та пребіотиків.

Методики дослідження. Використані методи інформаційного пошуку, анкетування та узагальнення даних.

Зміст дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що станом на 1 січня 2013 року зареєстровано 46 лікарських засобів-пробіотиків та 12 пребіотиків. З них 8 пробіотиків можна застосовувати дітям з народження. Це, в основному, препарати, що містять біфідум- та лактобактерії (біфідумбактерин, лактобактерин, лактомун). Як свідчать численні наукові дослідження, застосування пробіотиків має бути диференційованим не тільки в залежності від віку дітей, а й від наявності тих чи інших захворювань. Наприклад, дітям з алергічними станами рекомендовані препарати, які містять *Lactobacillus plantarum*, а саме: лактобактерин сухий, лактовіт форте. Дітям, які часто хворіють на респіраторні захворювання – препарати, які містять

Lactobacillus casei, *acidophilus*, *bulgaricus*, *lactis*. Ці типи бактерій вміщують симбітер, біолакт, лацидофіл, лактомун, лінекс та інші.

Нами встановлено, що в Державний реєстр спеціальних харчових добавок включено 66 СХП, що вміщують пробіотики. Слід зауважити, що серед таких СХП є спеціально адаптовані до дитячого віку препарати, перевагами яких є зручна лікарська форма (порошок, краплі, жувальні таблетки); смак (відсутній або приємний для використання дитиною); наявність необхідних видів бактерій.

Встановлено, що, на думку педіатрів, основними причинами кишкового дисбактеріозу є приймання лікарських засобів (антибіотиків, сульфаніламідів) та захворювання шлунково-кишкового тракту.

Майже 90% респондентів при лікуванні дисбактеріозу надають перевагу пробіотикам - препаратам, в склад яких входять представники нормальної мікрофлори людини, інші призначають пребіотики - препарати, які селективно стимулюють ріст і посилюють метаболічні процеси нормальної мікрофлори.

Близько 65% лікарів вважають оптимальним приймати пробіотики тільки на час лікування антибіотиками. Хоча, пробіотики рекомендовано приймати курсами 20-30 днів після прийому антибіотиків. Значна частина пробіотиків чутлива до більшості антибіотиків. Дані літератури свідчать про те, що лактобацили, ентерококи, біфідобактерії і *Bacillus cereus* не є резистентними до таких широко застосовуваних антибіотиків, як амоксицилін, доксициклін, фторхінолони і цефалоспорини. Це суттєвий недолік бактеріальних препаратів, що значно обмежує їх використання, адже їх поєднання з антибіотикотерапією або застосування безпосередньо після неї неминуче супроводжується інактивацією штамів таких пробіотиків. У зв'язку з цим були розроблені антибіотикорезистентні штами мікроорганізмів, які можна приймати разом з антибіотиками.

Більшість опитаних (75%) рекомендують приймати пребіотики разом з антибіотиками. Пребіотики не є чутливими до антибіотиків, тому застосування їх на фоні антибіотикотерапії є оправданим. Понад 80% опитаних вважають, що при одночасному прийманні про- та пребіотиків спостерігається

посилення терапевтичного ефекту. Така комбінація дозволяє покращити результат пробіотичної терапії завдяки тому, що при введенні в кишечник бактерій одночасно вводиться поживне середовище, яке сприяє їх росту та розмноженню. При виборі пробіотика педіатри найчастіше керуються складом і формою випуску (по 40% опитаних) та майже не надають значення формі реєстрації (лікарський засіб чи спеціальний харчовий продукт) та умові зберігання.

Препаратами вибору педіатрів були пробіотики ентерожерміна, лінекс форте, лактовіт форте, ентерол, лацидофіл та лаціум, пребіотики – препарати лактулози та хілак форте.

Висновок. Проаналізований арсенал препаратів для лікування кишкових дисбіозів. В результаті проведеного анкетного опитування були встановлені ступінь обізнаності лікарів-педіатрів з принципами пробіотикотерапії та встановлені лікарські засоби з групи про- та пребіотиків, яким надають перевагу респонденти.

Перелік використаних джерел інформації.

1. Диференційоване призначення пробіотиків у дітей [електронний ресурс] / [О.В. Тяжка, Т.В. Починок, Л.М. Казакова та інш.] // Медицина транспорту України - № 4. - 2009. – Режим доступу до журналу: http://www.vitapol.com.ua/userfiles/pdfs/-mtu/88783254786851_14012010193330.pdf.
2. Няньковський С.Л. Роль пробіотиків у вигодовуванні дітей, профілактиці і лікуванні захворювань у дітей та дорослих [електронний ресурс] / Няньковський С.Л., Шаєвська Х., Заричанський Я. // Сучасна гастроентерологія. - № 5. -2006. - Режим доступу до журналу: http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/gastro/686827404582629_11062009163749.pdf.
3. Урсова Н.И. Проблема дисбактериоза в педиатрической практике [електронний ресурс] / Урсова Н.И., Римарчук Г.В. // Педиатрия. Болезни пищеварительной системы. – 2007. - №.1. - Режим доступу до журналу: <http://medi.ru/doc/g740303.htm>.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Федяк І.О., Білик І.П., Іванюлик І.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

irynaf@tvnet.if.ua

Інфекційні захворювання є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки для них характерна висока поширеність, відсутність уніфікованих підходів до діагностики і лікування, що призводить до зниження якості життя хворих через розвиток тяжких ускладнень.

Істотну роль у зниженні рівня інфекційної захворюваності відіграла Програма імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 24 жовтня 2002 р. № 1566. Виконання Програми дало змогу знизити показники розповсюдженості пріоритетних інфекцій, що визначені такими Європейським регіональним бюро ВООЗ у програмному документі «Здоров'я-XXI: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ»: дифтерії – з 0,58 у 2001 році до 0,21 у 2005 році на 100 тис. населення, кору – з 15,5 до 0,31, краснухи – з 332,26 до 41,8, епідемічного паротиту – з 53,6 до 7,9. Протягом 2001–2002 років було завершено роботу із сертифікації України у складі європейського регіону як території, вільної від поліомієліту. Державна підтримка та допомога міжнародних організацій сприяли охопленню населення України щепленням проти окремих інфекцій: кору – на 98,8 %, дифтерії – на 98,7%, кашлюку, поліомієліту, туберкульозу (серед новонароджених) – на 97,8 %, що вище від показників, рекомендованих ВООЗ.

Незважаючи на деяке зниження рівня інфекційної захворюваності, епідемічна ситуація з найпоширеніших інфекцій (дифтерія, вірусний гепатит, кір, краснуха, епідемічний паротит, кашлюк, гемofilьна інфекція) залишається напруженою. На зазначені інфекційні хвороби припадає близько 90 % усіх зареєстрованих випадків. Окремі з них (краснуха, вірусний гепатит В) є причиною більшості уроджених аномалій та вад розвитку, дифтерія, кашлюк, скарлатина дають важкі ускладнення багатьох органів і систем, що вкрай негативно позначається на здоров'ї населення та генофонді його популяції, лягає важким тягарем на державний бюджет.

Подальший прогрес у захисті населення від інфекційних хвороб затверджений Загальнодержавною програмою імунопрофілактики та захисту насе-

лення від інфекційних хвороб на 2007-2015 роки (Закон України від 21.10.2009 р.). Аналіз виявив, що кількість випадків захворювань на дифтерію у 2008 році склала 55 випадків, з них 11 у дітей, у 2009 році – 19 (1 дитина), у 2010 році – 13 випадків, 2011 р. – 4 (2 дітей). Летальність складала: 2008 р. – 6 випадків, з них 2 у дітей, 2009 – 2011 рр. – 0.

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що за умов функціонування організаційно-правової підтримки держави рівень інфекційної патології вдається знижувати. Однак необхідний науковий та об'єктивний інформаційний супровід процесу щеплення населення від пріоритетних інфекцій із залученням фахівців та державне гарантування якості вакцин.

АЛГОРИТМ КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНОГО ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАН В І ФАЗУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ

Руденко В.В., Шматенко О.П., Притула Р.Л.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Ruslanvf@ukr.net

Вступ. Актуальною проблемою військової хірургії мирного і воєнного часу залишається ефективне лікування ран, яке здійснюється у суворій відпо-

відності з фазами ранового процесу. При цьому в першу фазу використовуються препарати з антибактеріальною та дегідратуючою дією, а в другу – засоби, що стимулюють ріст, визрівання грануляційної тканини та епітелізацію. Поранення та пошкодження у військовослужбовців, особливо якщо вони виникли в умовах надзвичайних станів і веденні бойових дій характеризуються тривалим періодом загоєння, що пояснюється значною кількістю факторів пошкодження (судин, тканин, регіонарні порушення кровообігу) та високою частотою інфекційних уражень м'яких тканин. У останні роки значно частіше з ран стали виділяти гриби. Не зважаючи на створення і запровадження нових методів та підходів лікування хворих з ранами різної локалізації і тяжкості (гіпербарична оксигенація, лазеротерапія тощо), використання метода лікування ран під пов'язкою є основним завдяки його доступності, простоті застосування і економічній вигоді. Виникнення численних ускладнень при загоєнні рани, що пов'язані з синдромом професійної перенапруги у військовослужбовців, зниженням компенсаторних механізмів організму, прогресивно зростаючою стійкістю збудників гнійних інфекцій до антибактеріальних засобів, тривалість стаціонарного лікування хворих вимагає активного пошуку і розробки нових лікарських засобів, для яких притаманна різновекторний позитивний вплив на загоєння ран. При вирішенні даної проблеми важливе значення надається клінічній та економічній ефективності нових препаратів.

Метою дослідження стало обґрунтування номенклатури ранозагоюючих засобів для військово-медичної служби за допомогою фармакоеконічного аналізу основних моделей лікування ран в I фазу ранового процесу.

Методи дослідження. Визначення основних схем місцевого лікування ран та їх показників ефективності проведені за допомогою відомих методів статистичного аналізу. Встановлення оптимальних моделей фармакотерапії ушкоджень з точки зору вартісно-ефективнісних показників проведені за допомогою методу фармакоеконічного аналізу «витрати-ефективність».

Основний зміст дослідження. При лікуванні ран в I фазі ранового процесу мазі на жировій основі з антибіотиками мають тільки короткотривалу

дію. В останні роки в клінічну практику запроваджені мазі на поліетиленоксидній основі. Вимогами до місцевих ранозагоюючих засобів для застосування у військово-медичній службі, крім зручності транспортування та зберігання, є висока ефективність та безпечність. Тільки дотримання таких принципів дозволить зменшити ризик ускладнень, скоротити терміни госпіталізації та підвищити ефективність надання кваліфікованої або спеціалізованої медичної допомоги.

Вітчизняний фармацевтичний ринок характеризується достатньо обмеженим асортиментом ранозагоюючих мазей з антибактеріальною дією. Окремі схеми застосування місцевих ранозагоюючих засобів, частота проведення перев'язок і накладання мазей були отримані на основі аналізу листів призначення з історій хвороб відповідних категорій хворих, ефективність терапії встановлювалася шляхом опитування лікарів, які за своїм фаховим спрямуванням щоденно стикаються з проблемою лікування ран. Для терапії неускладнених ран, як правило, достатнім є використання місцевих ранозагоюючих засобів з антибактеріальною дією у поєднанні з одноразовим внутрішньом'язовим введенням 1,0 розчину цефтриаксону. З огляду на це, загальна вартість окремого способу лікування таких пошкоджень включала прямі медичні витрати (вартість ранозагоюючої мазі, антибактеріального засобу та розчинника, розчин перекису водню 3% для промивання ран), а також непрямі витрати (вартість матеріалу для накладання пов'язки, вартість шприца, витратних матеріалів для проведення маніпуляції). Для дослідження були обрані дванадцять моделей місцевого лікування ран, які включали вітчизняні мазі («Левомеколь», «Аргосульфан», «Офлокаїн» тощо), а також ефективні препарати імпортного виробництва («Дермазин», «Бактробан» та ін.). Встановлено, що для окремих моделей місцевих ранозагоюючих засобів при лікуванні ран легкої форми характерна значна різниця у вартості їх реалізації в залежності від основних складових та фірм-виробників.

В якості показника ефективності обрано середній термін появи грануляції в рані, визначений у днях, як фактор, що характеризує швидкість проті-

кання I фази ранового процесу і який має тісний кореляційний зв'язок зі швидкістю очищення ран від мікробного забруднення та усунення запальних процесів в рані. Визначення оптимального способу місцевої фармакотерапії пошкоджень легкої форми для використання у військово-медичній службі проводили шляхом розрахунку загальної вартості реалізації окремих моделей лікування з урахуванням терміну застосування мазей та вартості парентерального введення антибактеріального препарату, у співвідношенні з показником ефективності ранозагоюючих мазей. Встановлено, що серед основних способів місцевого лікування ран легкої форми в I фазу ранового процесу оптимальною за вартісно-ефективністним показником є використання мазі «Левосин» та мазі «Бактробан».

Висновки. Визначені оптимальні ранозагоюючі мазі для лікування I фази ранового процесу, що можуть бути включені у формулярні переліки та норми постачання лікарських засобів для військово-медичної служби на різних рівнях надання медичної допомоги.

Література:

1. Блаутин Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения / Л. А. Блаутин // Consilium medicum: хірургія (прилож). – 2007. - №1. – С. 9-16.
2. Луцевич О.Э. Современный взгляд на патофизиологию и лечение гнойных ран / О. Э. Луцевич, О. Б. Тамразова // Хирургия. – 2011. - №5. – С. 72-77.
3. Руденко А.В. Сорбционное действие энтеросгеля в отношении различных видов микроорганизмов / А. В. Руденко, И. В. Багдасарова, А. П. Брудко // Провизор. – 2005. - №10. – С. 42-43.
4. Чадаев А.П. Современные методики местного медикаментозного лечения инфицированных ран / А. П. Чадаев // РМЖ. – 2002. - №26. – С. 14-19.

МОНІТОРИНГ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Шевченко Н.Р., Грушковська Д.Т.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

dzvinka3005@gmail.com

Вступ. Захворювання органів травлення мають широке розповсюдження та велике соціальне значення. За останні 10 років поширеність гастроентеро-

логічної патології збільшилося більш як на 30%. Тому є актуальним здійснення моніторингу фармацевтичної складової органів травлення.

Мета. Визначення оптимальних обсягів і вартості фармацевтичної складової захворювань органів травлення.

Матеріали та методи. Об'єктами дослідження були: нормативні документи сайту МОЗ, довідників ЛЗ. Застосовували методи статистичного, маркетингового аналізу, методи порівняння, позиціонування.

Результати. В результаті аналізу статистичних даних встановлено, що у структурі захворюваності населення України велику частку займають хвороби органів травлення (10%). По Львівській області цей показник становить 8%. З них виразкова хвороба шлунку (ВШХ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) має найбільшу питому вагу, майже 25%. ВШХ і ДПК представляє собою серйозну проблему для охорони здоров'я, оскільки носить хронічний характер, часто рецидивує і дає численні ускладнення, що веде до великих витрат на лікування і підтримуючі ремісії.

Тому наступним етапом нашого дослідження було проведення моніторингу фармацевтичної складової ВШХ та ДПК. Для лікування вказаної патології застосовують лікарські засоби з 8 фармакотерапевтичних груп, які в державному реєстрі ЛЗ представлені 26 позиціями.

Нами обчислено вартість і вказано ефективність основних схем лікування ВШХ і ДПК.

Монотерапія: схема 1 – блокатори H₂-рецепторів гістаміну – ранітидин 300 мг або фамотидин 40 мг (ефективність 69% і 71% відповідно) (5 грн і 5 грн).

Потрійна терапія: схема 2 – амоксицилін 1000 мг, кларитроміцин 500 мг, омепразол (Пілобакт-нео) (87%) (175 грн.); схема 3 – амоксицилін 1000 мг, кларитроміцин 500 мг, пантопразол (контролок) (92.7%) (175 грн.); схема 4 - амоксицилін 1000 мг, метронідазол 500 мг, омепразол (омез) (76.3%) (135 грн); схема 5 – амоксицилін 1000 мг, метронідазол 500 мг, контролок (83.8%) (222 грн); схема 6 – кларитроміцин 500 мг, метронідазол 500 мг, омез (91%)

(110 грн); схема 7 – кларитроміцин 500 мг, метронідазол 500 мг, контролок (93%) (241 грн); схема 8 – субцитрат колоїдного вісмуту (480 мг), фуразолідон (200 мг) і кларитроміцин (500 мг) (91%) (82 грн); схема 9 – рабепразол натрію 20 мг, орнідазол 500 мг, кларитроміцин 500 мг (90%) (220 грн.).

У разі відсутності успіху лікування терапією першої лінії призначається терапія другої лінії (квадротерапія): схема 10 – інгібітор протонної помпи + вісмуту субсаліцилат /субцитрат 120 мг + метронідазол 500 мг + тетрациклін 500 мг (175 грн.).

Висновок: Серед проаналізованих схем лікування найефективнішою є терапія №7 – 93%, але вона є найдорожчою. найдешевшою є терапія №8 і ефективність лікування даної схеми є 91%.

Перелік використаних джерел інформації.

1. Катеренчук І.П. Пептична виразка: особливості терапії, нерозв'язані проблеми, шляхи вирішення /І.П. Катеренчук, Ю.А. Кострікова// Внутренняя медицина.- 2007. –№6. –С.16-19.
2. Клиническая гастроэнтерология / под. ред. Н.В.Харченко.-Київ: Здоров'я, 2000. – 446с.
3. Передерій О.В. Порівняльна клінічна ефективність деяких сучасних препаратів у лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Сімферополь,1999. – 26с.
4. Ткач С.М. Порівняльна ефективність сучасних методів амбулаторного лікування виразкової хвороби: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.- Київ, 2000.-35 с.

VEN-АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ, НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Ольхова І.В., Базаренко І.С.

Одеський національний медичний університет

olkhova_irina@mail.ru

Вступ. Для забезпечення умов належного розвитку дітей на державному рівні проводиться постійний моніторинг показників їхнього здоров'я, виявляються особливості стану здоров'я. Порівняно з 2000 р. кількість уперше зареє-

строваних хвороб органів травлення у 2011 р. знизилася, але залишається досить високою і становить понад 409 тисяч випадків. Враховуючи те, що хронічний гастрит і дуоденіт супроводжується низкою послідовних змін, які нерідко призводять до формування раку шлунка, дані пацієнти потребують особливої уваги під час надання лікувально-профілактичної допомоги. Тому першочерговим завданням на сьогоднішній день є фармакоекономічне обґрунтування медичної і фармацевтичної допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт.

Метою дослідження було проведення VEN-аналізу фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, на етапі стаціонарного лікування.

Методи: маркетинговий, фармакоекономічний та VEN-аналіз.

Результати досліджень. В умовах обмежених грошових ресурсів в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) проводиться робота щодо ефективного використання лікарських засобів (ЛЗ). Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, які отримували стаціонарну медичну і фармацевтичну допомогу в ЛПЗ міста Одеси у 2010-2011 рр. Проаналізовано листи призначень. VEN-аналіз дозволив оцінити раціональність витрачання фінансових коштів. Для цього всі виписані пацієнтам лікарські засоби поділено на три категорії: V (англ. vital, життєво-важливі), E (англ. essential, необхідні), N (англ. non-essential, неважливі). VEN-аналіз дозволяє оцінити, ліки якої категорії переважають у використанні. До групи V віднесли препарати, що входять до Національного переліку основних ЛЗ і виробів медичного призначення, затвердженого постановою КМ України № 333 від 25.03.2009 р. Групу E представляють ЛЗ, що рекомендовані Протоколами діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей для даної нозології за наказом МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р., а групу N – всі інші ЛЗ, що не увійшли до груп V та E.

З 61 ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою (INN) до групи V увійшли 6 INN ЛЗ (9,8%) з 6 груп АТХ, до групи E – 20 INN (32,8%) ЛЗ з 17 груп АТХ, до групи N – всі інші ЛЗ (57,4%).

Висновки. Результати проведеного формального VEN-аналізу фармако-терапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, на етапі стаціонарного лікування показали, що основну питому вагу склали необхідні (Е) та другорядні (N) ЛЗ, а саме: 32,8% і 57,4% відповідно. Висока частота призначень ЛЗ з групи N може свідчити про тяжкість стану хворих і наявність великої кількості супутніх захворювань. Результати фармакоеконімічної оцінки призначеної фармако-терапії потребують подальших досліджень щодо її покращення і збільшення економічної ефективності.

Перелік використаних джерел інформації

1. Діти, жінки в Україні: Стат. Збірник / Державна служба статистики України / [Відп. ред. І.В. Качалова]. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне бюро», 2012. – 349 с.

2. Наказ МОЗ України № 438 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей» [Електронний ресурс] від 26.05.2010 р. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=20685>.

3. Постанова КМ України № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» [Електронний ресурс] від 25.03.2009р. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=333-2009-%EF>.

4. Фролов М. Ю. Методика проведення АВС/VEN-анализа / М. Ю. Фролов, О. Н. Барканова, О. В. Шаталова // Лекарственный вестник. – 2012. – Т.6, № 6 (46). – С. 3–6.

5. Характеристика здоров'я дитячого населення України / Г.О. Слабкий, Т.К. Кульчицька, В.В. Лазоришинець [та ін.] // Современная педиатрия. – 2009. – № 6. – С. 35–40.

УДК 001.895:616-085:615.21/.28:339.1

ИННОВАЦИОННЫЕ СХЕМЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫВОДА НА РОССИЙСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК ТАРГЕТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Бондарева Т.М., Гордиенко В.В., Парфейников С.А.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

В статье рассмотрены в качестве объекта исследования инновационные схемы, влияющие на изменения в подходах к лечению орфанных заболеваний и вывода на Российский фармацевтический рынок таргетных лекарственных препаратов. Рассмотрены особенности функционирования системы лекарственного обеспечения больных с орфанными заболеваниями, а также специфические схемы фармакотерапии с использованием таргетных лекарственных препаратов. Изучен финансовый механизм системы организации лекарственного обеспечения, направленного на повышение эффективности ограниченных финансовых ресурсов, улучшение организационной структуры доступности лекарственной помощи в целях повышения ее эффективности и развитие законодательной и нормативной базы, регламентирующей принципы фармакотерапии и лекарственного обеспечения больных с орфанными заболеваниями.

В последние годы пристальное внимание привлекают орфанные болезни (редкие или редчайшие болезни), причины, патогенез и лечение которых слабо изучены. К числу орфанных болезней относят врожденные (наследственные) или приобретенные заболевания, частота которых не превышает 5 на 10 тыс. больных.

Термин «орфанные болезни» впервые появился в 1983 году в США при принятии закона «Orphan Drug Act», предназначенного для поощрения фармацевтических компаний к разработке лекарственных препаратов (ЛП) для лечения болезней, которые имеют небольшой рынок.

В настоящее время не существует единого, широко принимаемого определения орфанных заболеваний, а также единого уровня распространенности заболевания, при котором его начинают считать редким. Некоторые определения полагаются на количество людей, живущих с заболеванием, другие могут включать доступность лечения или возможность облегчения течения болезни.

В США под термином «орфанные» заболевания (Rare Disease Act) понимают болезни или состояния, затрагивающие менее 200 000 людей в США. В Японии орфанные болезни определяются как болезни, затрагивающие менее 50 000 пациентов. Евросоюз принял следующее определение орфанных болезней: «это угрожающее жизни и здоровью хроническое заболевание, которое имеет настолько низкую встречаемость, что необходимо применение усилий для предотвращения заболеваемости, ранней смертности и повышения качества жизни больных».

Организация EURORDIS полагает, что существует до 7 тыс. различных орфанных заболеваний. Совокупно орфанными болезнями болеет от 6 до 8 процентов жителей Евросоюза, из них 65% случаев приводят к инвалидности.

Список этих заболеваний постоянно увеличивается, так как ежегодно ученые описывают порядка 5 новых патологических состояний – различных генетических и наследственных нозологий, редких форм онкологии и т.д. Перечень редких заболеваний фиксирует от 500 до 700 нозологий. Большое количество больных не получают должной помощи и не имеют доступа к бесплатным ЛП.

Кроме того, ведение пациентов с такими заболеваниями затруднено в связи с отсутствием своевременных методов диагностики и лечения, а также из-за нежелания инновационных фармацевтических компаний вкладывать финансовые ресурсы в разработку лекарственных препаратов (ЛП), не имеющих в перспективе коммерческого успеха.

В России начали говорить об орфанных ЛП совсем недавно, когда появилась возможность определять количество больных редкими заболеваниями и число необходимых ЛП, а также объемы поставок и финансирования. Последнее особенно важно, т. к. большинство больных получают ЛП для лечения орфанных заболеваний пожизненно. Однако некоторые редкие заболевания не входят в международную классификацию болезней МКБ-10. Если же заболевания нет в МКБ-10, его невозможно включить в какой-либо перечень, чтобы выделять льготные ЛП или средства на лечение.

По-видимому, назрела необходимость создания национальной программы по редким заболеваниям, поскольку в России эта проблема имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

В мире, по экспертным оценкам, известно около 6 тысяч редких заболеваний. Значительная часть имеет генетическую природу, остальные являются следствием инфекций, аллергических реакций или экологического фактора. В разных странах определение и перечень орфанных заболеваний принимаются на государственном уровне, единого определения для редких (орфанных) заболеваний не существует, как нет и единого критерия отнесения заболеваний к этой группе.

В настоящее время в нашей стране идет формирование перечня заболеваний, отнесенных к редким (орфанным), который включает на сегодняшний день 86 болезней, причем большинство из них - наследственные заболевания, связанные с нарушениями обмена веществ. В то же время надо учесть, что по целому ряду заболеваний пока не разработаны схемы фармакотерапии, специфичные для определенной патологии, и лишь для 27 заболеваний, вошедших в проект перечня, существует терапия. Фактически это один случай на 10 тысяч населения.

На государственном уровне действует программа «7 нозологий». За счет средств федерального бюджета централизованно закупаются ЛП для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также пациентов, перенесших трансплантацию органов или тканей. МЗ РФ ведется федеральный регистр больных орфанными заболеваниями для того, чтобы обеспечить их бесплатными ЛП. К сожалению, в проекте перечня орфанных заболеваний отсутствует ряд редких онкологических заболеваний.

Мировая практика показывает, что проблему обеспечения больных редкими заболеваниями можно решить только сообща: государству, бизнесу и общественным организациям. В разных странах участие государства при фи-

нансовом обеспечении лечения данных больных составляет от 10 до 60%, Россия не исключение.

В 2012 году в нашей стране принят ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также Постановление Правительства РФ № 403 от 26.04.2012 г. «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности и его регионального сегмента», что ознаменовало новаторские изменения в части инновационных подходов к ведению больных с орфанными заболеваниями.

Принятые Федеральный Закон и Постановление Правительства четко обозначили критерии отнесения к редким заболеваниям. Регионы берут на себя заботу о пациентах с орфанными заболеваниями, обеспечивая ЛП в субъектах РФ и создавая регистры пациентов и стандарты лечения. Возлагая на регионы ответственность за лечение пациентов с орфанными заболеваниями, государство планирует выделение субвенций, поскольку стоимость фармакотерапии одного больного может достигать до 30 млн. рублей в год. Это связано с тем, что ЛП для пациентов с редкими болезнями обычно очень дорогие, так как требуют сложных технологий производства, но маленький рынок сбыта. В результате этого, фармацевтические фирмы, производящие ЛП для небольшой группы пациентов, вынуждены устанавливать высокую цену на ЛП, чтобы компенсировать затраты.

Современная парадигма медицины в части борьбы с редкими заболеваниями основывается на создании инновационных ЛП, используемых для лечения больных, страдающих орфанными заболеваниями.

По данным ВОЗ, примерно 1,77 млрд. человек (30% населения земного шара), страдающих орфанными заболеваниями, не имеют гарантированного доступа к наиболее необходимым ЛП, 80% этих людей живут в развивающихся странах, где дефицит в обеспечении такими ЛП – основное препятствие здоровью.

В попытке сгладить нарастающие проблемы в области организации лекарственного обеспечения ВОЗ определила как перспективное направление введения в практику здравоохранения формулярного перечня основных ЛП, разработка регламентирующими (правительственными) органами, управляющих воздействий по рационализации использования ЛП, совершенствование финансового механизма системы организации лекарственного обеспечения, направленного на повышение эффективности ограниченных финансовых ресурсов, улучшение организационной структуры доступности лекарственной помощи в целях повышения ее эффективности и развитие законодательной и нормативной базы фармацевтической деятельности, с помощью которой государство осуществляет ее адекватное регулирование.

Проблема орфанных заболеваний носит глобальный характер. Их лечение требует огромных денежных затрат, поэтому даже самые развитые страны не могут обеспечить полное финансирование медицинской помощи таким больным. Их лечение возможно лишь благодаря внедрению лекарственного страхования (частично оплачивает лечение пациент, остальное страховая компания), а также поддержке государством производителей ЛП для лечения орфанных заболеваний. Определенные суммы на лечение таких пациентов поступают от благотворительных организаций.

Вывод на фармацевтический рынок ЛП для лечения больных орфанными заболеваниями проходит тот же путь развития, что и любая другая фармацевтическая продукция, в котором на этапе тестирования основное внимание уделяется фармакокинетике и фармакодинамике, дозированию, стабильности, безопасности и эффективности. Тем не менее, некоторые статистические требования снижены в попытке сохранить темпы развития.

Поскольку рынок для любого ЛП с такими ограниченными возможностями применения не может быть большим и в значительной степени убыточным, необходимо государственное вмешательство, чтобы мотивировать производителя обратиться к разработке инновационных орфанных ЛП.

В настоящее время определены две основные тенденции в лечении орфанных заболеваний: использование в фармакотерапии таргетных ЛП (воздействуют на определенный рецептор, обладающий уникальным действием) и персонифицированная медицина (фармакогенетика), т.е. персонификация лечения на основе выявленных генетических полиморфизмов.

На сегодняшний день список лекарственных технологий для лечения орфанных заболеваний в Европе включает 400 наименований ЛП, в США международной организацией FDA зарегистрировано 373 ЛП

Определение проблемных областей и приоритетов дальнейшего развития в России системы лекарственного снабжения для лечения больных орфанными заболеваниями является необходимым и актуальным. Однако этап создания структур управления лекарственным обеспечением населения затягивается и проходит при отсутствии единой методологической основы.

Необходима пациенто-ориентированная система лекарственного обеспечения, которая решала бы задачу лечения (профилактики) конкретной орфанной болезни у конкретного больного, а не абстрактные задачи обеспечения отдельных категорий граждан или поддержки предприятий-производителей.

Реализация этой задачи требует серьезной работы по разработке законодательной и нормативной правовой базы, регламентирующей лечение больных с орфанными заболеваниями и вывода на рынок инновационных орфанных ЛП, а создание устойчивого спроса, формирует мотивацию производителей, возможности регулирования цен на ЛП и атрибуты цивилизованного рынка.

Кроме того, для решения проблем больных с редкими заболеваниями важно изучение международного опыта согласно разработанным алгоритмам лечения редких заболеваний с целью его внедрения в практику отечественного здравоохранения. Необходимо повышение уровня осведомленности об орфанных заболеваниях; объединение пациентов и специалистов в решении вопросов оказания помощи пациентам с редкими болезнями, как в регионах, так

и стимулирование сотрудничества и обмена знаниями внутри России и в пределах мирового сообщества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Громеко, Л. Лечение орфанных заболеваний / Л. Громеко // Российское агентство медико-социальной информации «АМИ». – 2012
2. Бондарева, Т.М. Динамика емкости фармацевтического рынка Российской Федерации / Т.М. Бондарева, Андреева И.Н., Габриелян Н.В.// Естественные и технические науки – М., 2011. – № 6.(56).– С.256-258.
3. Бондарева, Т.М. Особенности лекарственного обеспечения отдельных категорий населения в России и за рубежом / Т.М. Бондарева, Г.С. Баркаев // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки: сб. работ III Междунар. научн. – практ. конф. – Владикавказ, 2012. – Ч.1. – С. 168-172.

Summary. *In article are considered as the object of study innovative schemes, affecting the changes in the approaches to the treatment of orphan diseases and output on the Russian pharmaceutical market targetnich drugs. Considered are the peculiarities of functioning of the system of drug provision of patients with orphan diseases, as well as specific schemes of pharmacotherapy using targetnich drugs. Studied financial mechanism of the system of organization of medicinal provision, which is aimed at improving the effectiveness of limited financial resources, the improvement of the organizational structure of the availability of drug treatment in order to enhance its efficiency and the development of the legislative and normative base regulating the principles farmacoterapii and drug provision of patients with orphan diseases.*

УДК 615.2:616.72:2-455

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Спичак И.В., Дерезлазова Ю.С., Мурашко Ю.И.

ФГАОУ НИУ Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Российская Федерация
yuliya.dereglazova@mail.ru

Резюме. В статье представлены результаты анализа лекарственной помощи детям с ювенильным артритом (ЮА) на территории Белгородской области. Сформирован информационный массив лекарственных средств (ЛС), применяемых при амбулаторном лечении детей с ювенильным артритом, осуществлен структурный, детальный внутригрупповой анализ ассортимента ЛС. Определена необходимость проведения фармакоэкономического исследования ассортимента ЛС с целью выявления тенденций его формирования и создания формулярных списков препаратов для лечения детей с ювенильным ревматоидным и ювенильным хроническим артритом при амбулаторном лечении.

Ключевые слова: лекарственные средства, дети, артрит.

В течение последних десятилетий наблюдается тенденция к неуклонному росту числа ревматических заболеваний в детской популяции. По статистике МЗ РФ с 1999 г. распространенность ревматических болезней на территории России выросла на 30% [1].

Воспалительные болезни суставов в общей структуре поражений опорно-двигательного аппарата у детей, объединенные в группу ювенильных артритов (ЮА), выступают на первый план и на сегодняшний день являются актуальной проблемой современной педиатрии [2]. Дебют ЮА может произойти внезапно, однако, в дальнейшем, заболевание, как правило, носит хронический характер. Основными участниками терапевтического процесса являются стационарные госпитальные отделения больниц, а так же амбулаторно-поликлинические уч-реждения (АПУ), осуществляющие диспансерное наблюдение детей на этапе пост- и межстационарного лечения [3].

Вместе с тем, в настоящее время имеется ряд проблем в оказании медицинской помощи детям. Так, на сегодняшний день в РФ отсутствует субспециальность «детская ревматология», в связи с чем складывается напряженная ситуация в сфере оказания профильной ревматологической помощи детям, в том числе на территории Белгородской области. Данный вид помощи возложен на врачей других специализаций. Кроме того, отсутствие формулярных

списков препаратов для лечения ювенильных артритов, адаптированных к амбулаторно-поликлиническому звену также вносит сложности в осуществление фармако-терапевтического процесса в сфере детской ревматологии. В рамках сложившейся ситуации возникает вероятность несвоевременной постановки диагноза детям, усугублением и прогрессированием патологического процесса, снижением качества жизни и трудоспособности, и, как следствие, риском инвалидизации детей.

Актуальным является проведение анализа ассортимента лекарственных средств (ЛС), назначаемых детям с ювенильным артритом в условиях поликлиники с целью выявления основных тенденций и особенностей выбора препаратов врачами на этапе амбулаторного лечения.

Цель работы – анализ лекарственной помощи детям с ювенильным артритом в амбулаторно-поликлинических условиях на примере Белгородской области.

Методы: контент-анализ, сравнения, группировки, ранжирования, структурный, графический, методы маркетингового и математического анализов.

Для реализации поставленной цели разработана концепция исследования, включающая 2 блока: формирование медико-социального портрета ребенка, страдающего ЮА; пациента АПУ; анализ ассортимента ЛС, назначаемых детям с ЮА при амбулаторном лечении, состоящий из 3 этапов: формирование информационного массива ЛС; структурный анализ ассортимента; детальный внутригрупповой анализ препаратов.

Так, в ходе реализации 1 блока исследования осуществлен контент-анализ 86 амбулаторных карт пациентов, страдающих ЮА, находящихся на диспансерном учете в поликлинике ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» и МБУЗ «Городская детская поликлиника №4» г. Белгорода.

В результате проведенного исследования сформирован обобщенный медико-социальный портрет ребенка, страдающего ювенильным артритом.

Это девочка (59,3%), в возрасте от 12 до 18 лет (53,5%), проживающая в Белгородской области (69,8%), чаще всего страдающая ювенильным хроническим серонегативным олигоартритом (32,6%), с сопутствующим заболеванием кардиопатией (42,4%), не имеющая инвалидности (72,1%). Ребёнок получает лечение у ревматолога (35%).

В результате проведенного исследования установлено, что ЮА имеет распространенный характер среди детской популяции жителей всех районов Белгородской области, что подтверждается большим процентом зарегистрированных обращений к специалистам. Установлено, что более 1/3 детей с заболеваниями суставов получают лечение в АПУ, находясь уже в стадии хронизации процесса (рис. 1).

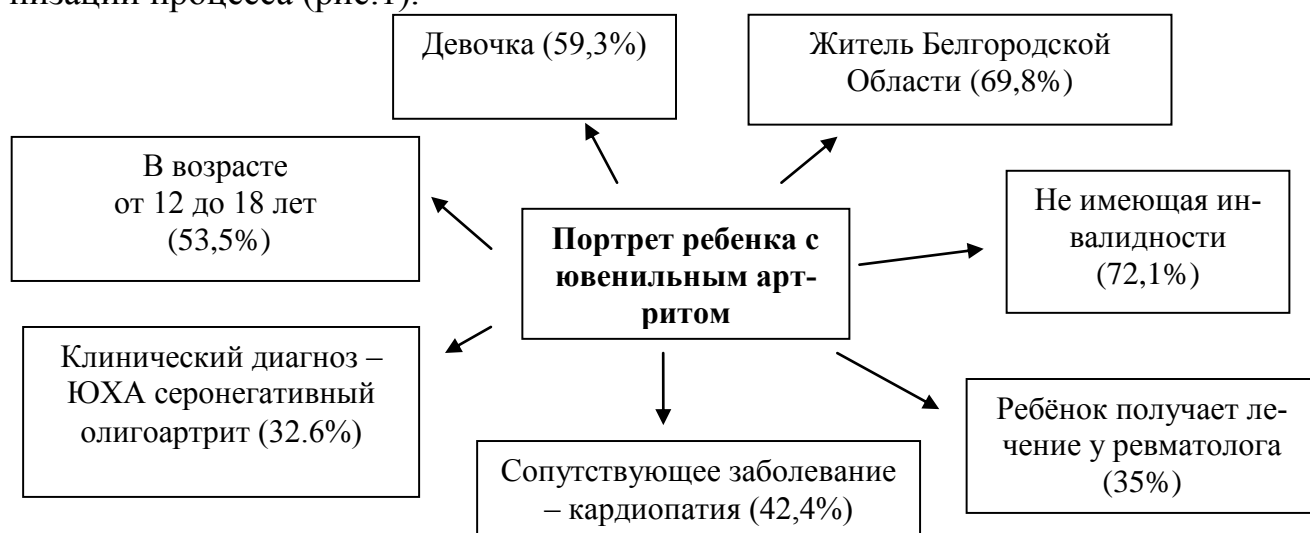


Рис. 1. Медико-социальный портрет ребенка с ювенильным артритом в амбулаторно-поликлинических условиях, %

В ходе выполнения 2 блока исследования сформирован информационный массив ЛС, назначаемых детям с ювенильным ревматоидным (ЮРА) и ювенильным хроническим артритом (ЮХА), который представлен 9 и 8 фармако-терапевтическими группами (ФТГ) согласно АТХ классификации, 43 и 31 международными наименованиями (МНН), 63 и 53 торговых наименований (ТН) и 1425 и 1070 упаковок ЛС соответственно.

Установлено, что в структуре ассортимента ЛС для лечения ЮРА и ЮХА лидирующую позицию занимают средства, влияющие на опорно-дви-

гательный аппарат (М) – 38,1% и 52,8% соответственно; на следующей позиции находятся средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм (А) – 27% и 18,8%; далее следуют средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему (С)- 7,9% и 5,7%; затем препараты группы антинеопластические и иммуномодулирующие средства (L) - 6,3% и 5,7% соответственно нозологиям; на следующей позиции для ЮРА наибольший удельный вес занимают ЛС – гормональные препараты для системного применения (Н) – 7,9%; а для ЮХА ЛС – противомикробные средства для системного применения (J)- 7,5%. Препараты прочих групп в терапии ЮРА и ЮХА составили 12,8% и 9,5% в общей структуре ассортимента (рис.2).

Установлено, что в структуре потребления ЛС для лечения ЮРА преобладают средства, влияющие на кроветворение и кровь (В) - 27,7% (ЮХА-22%); в терапии ЮХА наибольший удельный вес занимают средства, воздействующие на пищеварительную систему и метаболизм (А)- 34,5% (ЮРА-23,9%); на следующей позиции в лечении ЮРА и ЮХА группа средств, влияющих на опорно-двигательный аппарат (М) – 21,1 и 28,6% соответственно; четвертую ранговую позицию занимают препараты группы «Антинеопластические и иммуномодулирующие средства» (L) –19,9% и 8,5%; на долю «Прочих» приходится 7,4% и 6,4% соответственно в общей структуре потребления ЛС (рис.3).

В рамках детального изучения ассортимента ФТГ установлено, что

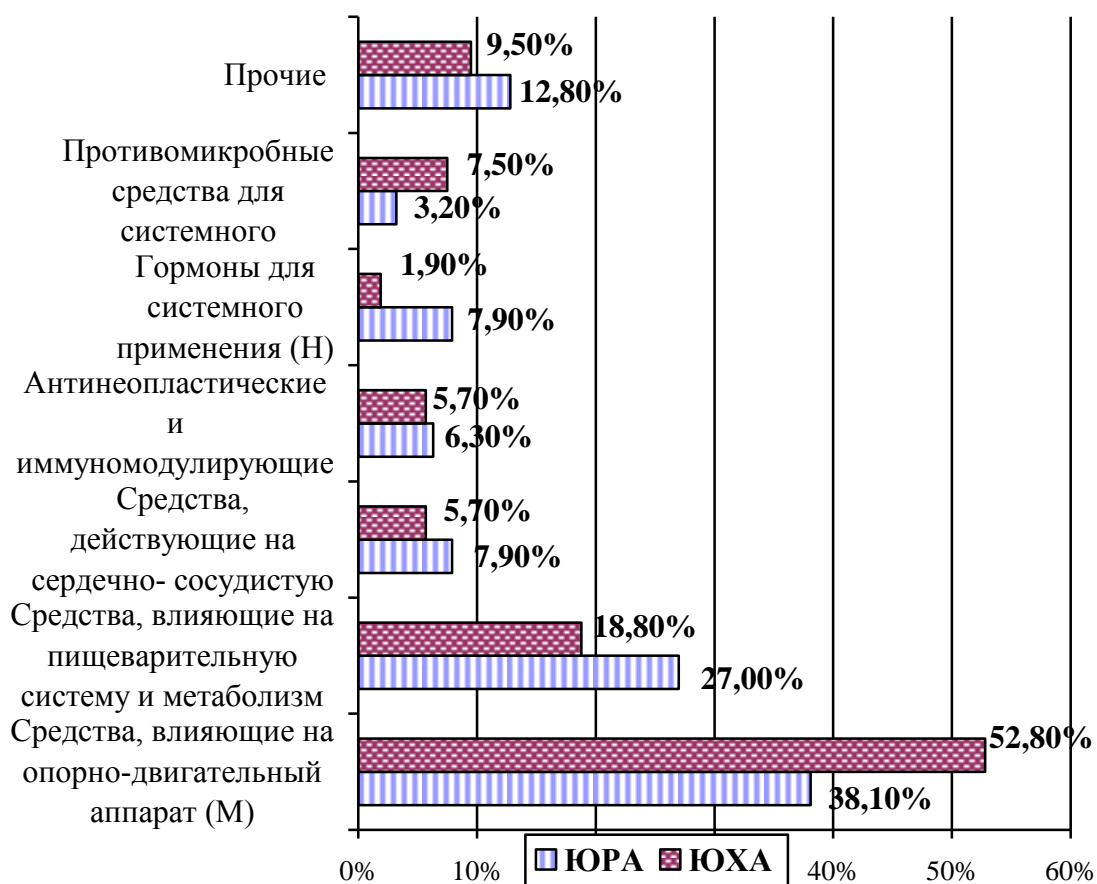


Рис.2. Структура ассортимента ЛС для лечения ЮРА и ЮХА в амбулаторно-поликлинических условиях, %

структуру ассортимента и потребления средств, влияющих на опорно-двигательный аппарат, формируют 3 ФТГ. Наибольший удельный вес и лидирующую позицию по числу ТН и количеству упаковок в терапии ЮРА и ЮХА занимают группа противовоспалительных и противоревматических препаратов (M01)– 58,3%, 62,8% и 67,8%, 48,7% соответственно, (Диклофенак, Индометацин, Ме-локсикам, Нимесулид и т.д.); вторую – препараты для наружного применения при болевом синдроме при заболеваниях костно-мышечной системы (M02) – 37,5%, 35,5% и 25%, 50,1%, (Ибупрофен, Диметилсульфоксид); далее следуют миорелаксанты (M03) – 4,2%, 1,7% и 3,6% и 0,6% соответственно в общей структуре ассортимента, (Толперизон) (рис.4).

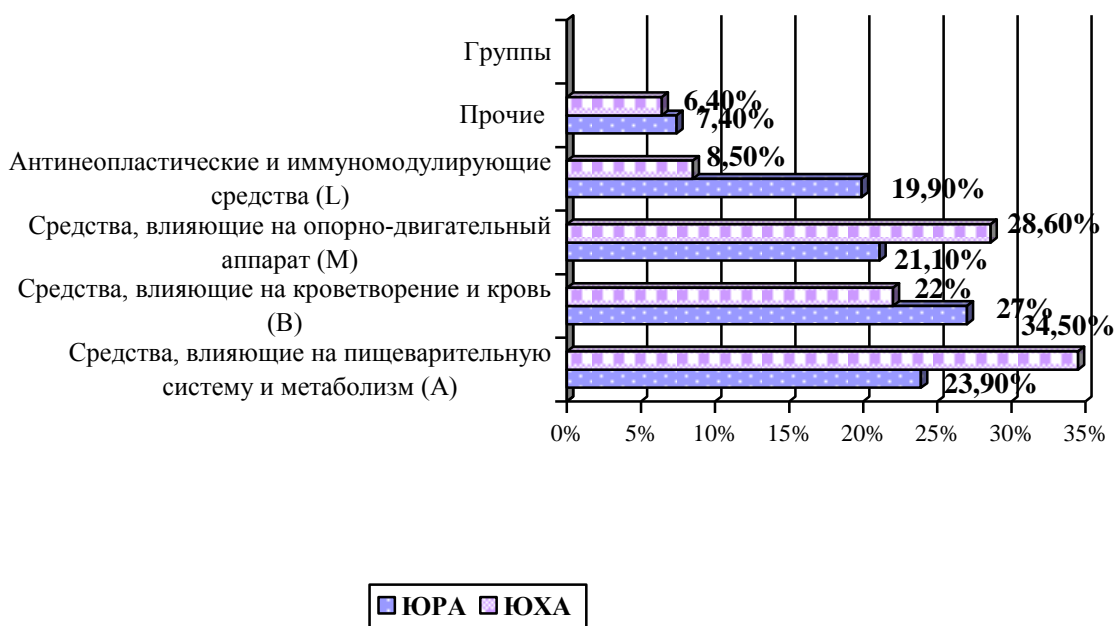


Рис.3. Структура потребления ЛС для лечения ЮРА и ЮХА в амбулаторно-поликлинических условиях, %

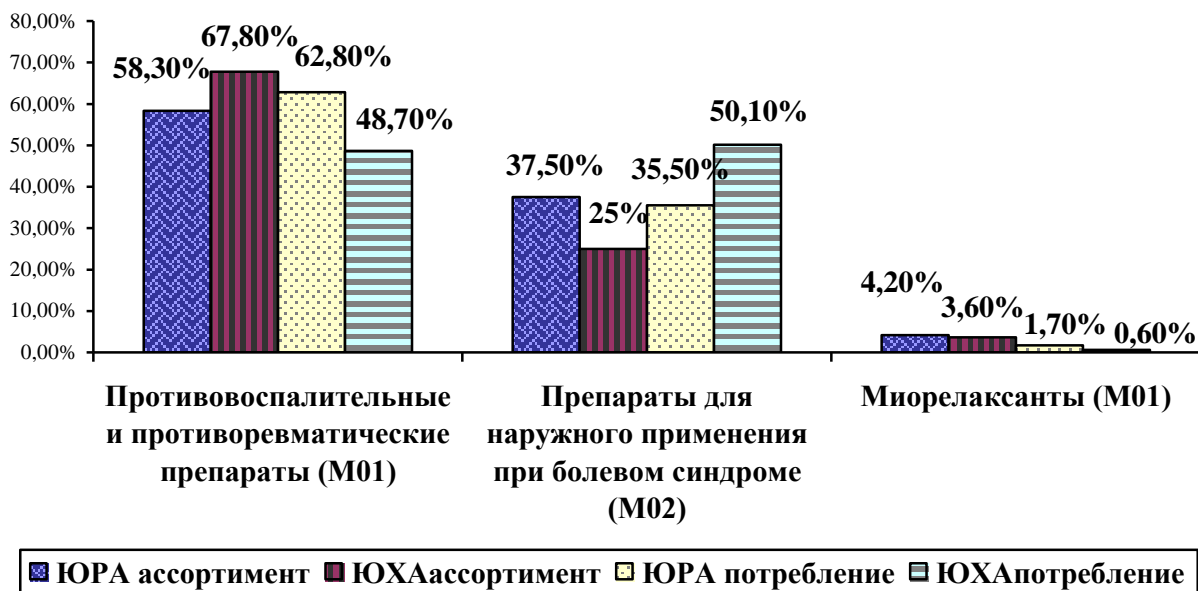


Рис.4. Структура ассортимента и потребления средств, влияющих на опорно-двигательный аппарат при амбулаторном лечении детей с ЮА, %

Выводы

Таким образом, в результате проведенного анализа установлено, что для лечения детей с ЮРА И ЮХА в амбулаторно-поликлинических условиях применяется обширный по своему фармакотерапевтическому профилю ассортимент ЛС, что свидетельствует о комплексной направленности фармакотерапии данных заболеваний, затрагивающей не только лечение основной патологии, но и ряда сопутствующих заболеваний и осложнений.

Ассортимент ЛС нуждается в проведении фармакоэкономического анализа с целью выявления тенденций его формирования, создания формулярных списков ЛС для лечения детей с ЮРА и ЮХА в амбулаторных условиях.

Список литературы:

1) Баранов А.А., Алексеева Е.И. Ревматические болезни у детей: проблемы и пути их решения.// Вопросы современной педиатрии — 2004 — Т.3 №1 - С.7-11.

2) Лиля А. М. Локальная терапия заболеваний суставов // РМЖ. 2005. Т. 13. № 8

3) Спичак И.В. Оптимизация лекарственного обеспечения детей с тонзиллитами в амбулаторно-поликлинических учреждениях [Текст]/ Спичак И.В., О.Г. Панкратова, Н.В. Автина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Сер. Медицина. Фармация. -2010.- № 22 (93), вып. 12.- С.154-159.

Summary. The results of the analysis of medicine for children with juvenile arthritis in the Belgorod region. Generated data set of drugs used in the outpatient treatment of children with juvenile arthritis, the structural, detailed analysis of the range of drugs.

Determined the necessity of conducting pharmacoeconomic studies assortment of drugs identify trends in its formation and a formulary lists of medicine for the of children with juvenile rheumatoid arthritis and juvenile chronic arthritis in the outpatient treatment.

АКТУАЛЬНІСТЬ І ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ФОРМУВАННІ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Лебединець В.О., Ромелашвілі О.С., Бурсаков А.В.*

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

* ТОВ "Стиролбіофарм", м. Горлівка

quality_kharkov@ukr.net

Впровадження систем управління якістю (СУЯ) на фармацевтичних підприємствах (ФП) України розпочалося ще наприкінці 90-х років ХХ сторіччя, однак навіть на сьогодні переважна кількість вітчизняних ФП все ще працює з використанням підходів до управління, традиційних для пострадянських підприємств. Сучасні принципи управління у вітчизняних компаніях впроваджуються із суттєвим опором. Іноді застосування таких принципів не ініціюється вищим керівництвом, а іноді не сприймається працівниками як необхідність. Найчастіше така ситуація має причиною неповне або некоректне розуміння принципів і підходів сучасного управління якістю. Значна частка вітчизняних ФП акцентує зусилля на розвитку маркетингової діяльності, або на розвитку інформаційних систем чи застосуванні більш дешевих матеріалів, обладнання та технологій, виправдовуючи це складною економічною ситуацією і необхідністю виживати у конкурентному ринковому середовищі. Такі інвестиції можуть певною мірою збільшити збут продукції, дещо підвищити рентабельність чи дати економію ресурсів. Однак, ці дії в основному носять не системний характер і не спроможні кардинально змінити діючу систему управління ФП.

У той же час, світова практика доводить, що орієнтування всіх функцій організації на досягнення найвищої якості продукції як єдиної корпоративної мети – найвигідніша модель бізнесу за сучасних умов. Таке орієнтування може здійснюватись, насамперед, шляхом впровадження СУЯ відповідно вимогам стандарту ISO 9001. СУЯ поширюється на всі види діяльності підприємства,

які так чи інакше впливають відповідність продукції встановленим вимогам. Зазвичай такими системами охоплюються всі ключові роботи на всіх рівнях загальної системи управління організації. З цієї причини провадження СУЯ потребує корінного змінювання принципів і засобів управління. У свою чергу, це ФП стикаються з низкою досить складних проблем, адже деякі принципи управління якістю суперечать їх усталеній практиці управління. Перш за все, проблеми виникають при застосуванні процесного підходу – одного з наріжних принципів сучасного управління якістю.

Процесний підхід (ПП) передбачає, що всі види діяльності організації, які так чи інакше впливають на відповідність продукції встановленим вимогам, мають бути визначені і представлені як процеси. Такі процеси повинні мати чітко визначені границі, встановлені входи і виходи. Це полегшує визначення необхідних ресурсів та встановлення засобів управління. На початковому етапі формування СУЯ необхідно правильно визначити, описати і документально регламентувати всі процеси. Складання переліку процесів СУЯ шляхом раціонального розподілу і компонування всіх необхідних для СУЯ видів діяльності представляє певну проблему, адже традиційна ієрархічна (функціональна) система управління більшості вітчизняних ФП будується за принципом компонування споріднених функцій (функціональний підхід: окремі підрозділи виконують певні функції), а не процесів.

Користь процесного підходу до управління полягає у можливості оптимальним чином керувати всіма взаємопов'язаними інформаційними і матеріальними перетвореннями, якими і є процеси СУЯ, досягаючи поставлених цілей. До основних положень ПП відносять такі:

- кожен процес має свого внутрішнього постачальника(ків) і споживача(чів); вимоги до результату процесу встановлює споживач, а узгоджуються ці вимоги з усіма зацікавленими процесами СУЯ. За цими ж критеріями оцінюється результативність і ефективність кожного процесу через постійний моніторинг і аналізування за встановленою схемою;

- результати моніторингу, оцінювання й аналізування кожного процесу регулярно передаються вищому керівництву для винесення рішень щодо оптимізації й удосконалення СУЯ, продукції та забезпечення ресурсами;
- для кожного процесу призначають окремого керівника ("хазяїна процесу"), якому делегують всі повноваження і ресурси для керування цим процесом, і на якого покладають всю відповідальність за його результативність;
- встановлюючи вимоги для внутрішніх постачальників і звітуючи перед внутрішніми споживачами і вищим керівництвом, досягається стан внутрішніх "ринкових відносин", що стимулює кожного керівника постійно поліпшувати показники свого процесу і, як наслідок, – всієї СУЯ загалом.

Таким чином, визначаючи кожен окремий процес, ФП повинне:

- призначити для нього окремого керівника,
- встановити входи й виходи, пов'язані з іншими процесами СУЯ,
- регламентувати виконання процесу за допомогою документованих процедур різних рівнів,
- розробити показники і критерії для оцінювання результативності і уможливлення постійного аналізу та вдосконалювання кожного процесу.

Запроваджуючи процесний підхід, слід переглянути і організаційну структуру підприємства, адже найчастіше вона потребуватиме значних змін. Втім, прикладів таких структур, як і прикладів переліку процесів СУЯ і відповідних документованих процедур з їх описом жоден міжнародний стандарт у сфері управління якістю не дає: це має розробити кожна окрема організація самостійно. Така робота є тривалою і складною, саме через це певна кількість українських ФП при впровадженні СУЯ користується напрацюваннями інших підприємств, або послугами консультантів. Однак, професійних консультантів з СУЯ, обізнаних у питаннях галузевих нормативних вимог (що вкрай важли-

во саме для фармацевтичної сфери) в Україні небагато, а копіювання чужого досвіду як правило є неефективним і призводить до втрати у персоналу довіри до можливостей інструментів управління якістю в цілому.

На наш погляд, українським ФП необхідно більш глибоко вивчати принципи управління якістю і ретельно підходити до їх реального втілення, у жодному разі не допускаючи будь-якого прояву формальності. Необхідно широко залучати до проекту формування СУЯ весь персонал підприємства, впроваджуючи для цього системи заохочення і мотивації. Постійне підвищення вимог до продукції та збільшення конкурентного тиску є факторами, що обумовлюють актуальність корінних змін у застарілих системах управління багатьох вітчизняних підприємств галузі.

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ НА ОСНОВІ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ

Германюк Т.А., Івко Т.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
germanyuk_tamara@mail.ru

Актуальність базується на важливості фармакоеконічного аналізу для управління якістю фармацевтичної та медичної допомоги хворим на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Результати фармакоеконічного аналізу є новим елементом доказової бази по вибору ЛЗ та схем лікування. Використання результатів фармакоеконічного аналізу дозволяє медичним та фармацевтичним працівникам застосувати високоякісну та економічно обґрунтовану терапію.

Метою дослідження було використання фармакоеконічного аналізу для управління якістю фармацевтичної та медичної допомоги хворим на ЦД 2 типу.

Метами дослідження стали ABC/VEN –аналіз, АТС/DDD-аналіз, частотний аналіз, аналіз граничних значень, аналіз витрати-ефективність. Було проведено фармакоеконічне дослідження щодо пероральних цукрознижуючих лікарських засобів (ПЦЛЗ) з застосуванням різних видів фармакоеконічного аналізу, на результати якого впливають коливання вартості генериків. Внаслідок проведення ABC/VEN-аналізу було виявлено: 1). До групи «Vital» входили ПЦЛЗ, з яких в групу А увійшли піоглітазон, саксагліптин, комбінація глібенкламід + метформін, глімепірид, метформін, гліквідон, ця група склала 80,30% вартості ПЦЛЗ; в групу В був включений метформін, гліклазид – що склало 15,92% вартості ПЦЛЗ; в групу С входив глібенкламід, метформін – 3,78% вартості.

До групи «Essential» входили наступні ЛЗ: в групу А увійшли β -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, гіполідемічні засоби, комбінація інгібітора ангіотензин-перетворюючого фермен-

ту та діуретика, блокатори кальцієвих каналів, препарати, які поліпшують кровопостачання та метаболізм міокарда, ця група склала 80,01% вартості; в групу В було включено β -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, комбінація інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту та діуретика, блокатори кальцієвих каналів, препарати, які поліпшують кровопостачання та метаболізм міокарда – що склало 15,73% вартості; в групу С було включено включено β -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого фермент, салуретики, антиагреганти, блокатори кальцієвих каналів – 4,26% вартості; До групи «Non-essential» входили ЛЗ, з яких: в групу А ввійшли вітаміни, біогенні препарати, ноотропні препарати, спазмолітичні засоби, які розслаблюють гладкі м'язи кровоносних судин, амінокислоти, ця група склала 82,14% вартості; в групу В було включено вітаміни, засоби, що діють переважно на центральну нервову систему, що склало 15,39% вартості ПЦЛЗ; в групу С було включено вітаміни, ноотропні препарати – 2,47% вартості. Результати ABC/VEN аналізу показали, що витрати на «Vital» групу склали 15,60%, на групу «Essential» – 21,48%, на групу «Non-essential» – 62,92%. 2) В ході проведеного АТС/DDD-аналізу було встановлено, що найдешевшою є комбінація похідних сульфонілсечовини і бігуанідів (річна вартість якої коливається від 252,00 до 680,40 грн. на 1 хворого) та найдорожчою є схема акарбоза+меглітиніди (річна вартість якої коливається від 5216,40 до 6469,20 грн. на 1 хворого). 3) Частотний аналіз показав, що для лікування ЦД 2 типу були застосовані бігуаніди (метформін, вживались у 28,6% у схемах лікування), комбінації метформіну з піоглітазоном (1,43%), з саксагліптіном (7,15%), з гліклазидом (18,6%), з глімепіридом (37,07%), з глімепіридом та піоглітазоном (4,29%), в чистому вигляді гліклазид (1,43%) та гліквідон (1,43%). Найбільш чисельними були схеми по застосуванню лише метформіну (28,6%), метформін+глімепірид (37,07%) та метформін+гліклазид (18,6%). 4) Для дослідження аналізу граничних значень було вибрана схема метформін+піоглітазон, яка входила в трійку лідерів по частоті застосування. На основі аналізу граничних значень була сформована дескриптивна модель потреби у ПЦЛЗ

для хворих на ЦД 2 типу. Вона показала, що для Вінницького регіону річна потреба за мінімальною вартістю даної схеми складає 54924955,20 грн., за максимальною вартістю – 108469886,40 грн. 5) Для проведення аналізу «витрати-ефективність» було досліджено усі вживані схеми лікування. За показник терапевтичної ефективності прийнято число хворих, у яких застосування обраної схеми лікування дозволило досягнути зниження рівня глюкози до 7 ммоль/л. Було проведено порівняння двох найбільш часто вживаних схем. Виявлено, що прямі витрати на 1 хворого за схемою Глюкофаж 500 мг т. №30 +Амарил 3 мг т. №30 склали 3002,40 грн/рік, а ефективність цієї схеми становила 46%; прямі витрати на лікування 1 хворого за схемою Глюкофаж 500 мг т. №30+Діабетон MR 60 мг т. №30 склали 1427,40 грн/рік, ефективність цієї схеми – 48%. Розрахунок коефіцієнтів ефективності показав, що схема Глюкофаж 500 мг т. №30+Діабетон MR 60 мг т. №30 є значно кращою у співвідношенні витрати/ефективність. Розрахунок інкрементного показника виявив, що для отримання додаткової одиниці ефективності необхідно витратити 39375 грн. в рік.

Висновки

1. Результати ABC/VEN аналізу показали, що витрати на групу «Vital» склали 15,60%, на групу «Essential» – 21,48%, на групу «Non-essential» – 62,92%.

2. В ході проведеного АТС/DDD-аналізу було встановлено, що найдешевшою є комбінація похідних сульфонілсечовини і бігуанідів.

3. Частотний аналіз показав, що для лікування ЦД 2 типу були застосовані бігуаніди, комбінації метформіну з гліклазидом та з глімепіридом.

4. За допомогою аналізу граничних значень була досліджена схема метформін+піоглітазон та було визначено, що для Вінницького регіону річна потреба за мінімальною вартістю даної схеми складає 54924955,20 грн., за максимальною вартістю – 108469886,40 грн.

5. В ході проведеного аналізу «витрати-ефективність» було доведено, що фармакоеконімічно обґрунтованою у співвідношенні витрати/ефективність є схема Глюкофаж 500 мг т. №30+Діабетон MR 60 мг т. №30.

ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ ЛІКАРІВ У ПОВНІЙ ТА ДОСТОВІРНІЙ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Захарчук М.І., Городецька І.Я.

Вступ. Лікарі, як учасники системи обігу лікарських засобів, відповідальні за дотримання правил раціональної фармакотерапії. Інформація про раціональне застосування ліків – частина загальних професійних знань кожного медичного фахівця. Аналіз останніх досліджень в галузі інформаційного забезпечення професійної діяльності лікарів доказує необхідність науково обґрунтованого, індивідуалізованого підходу до питань інформації про лікарські засоби.

Мета. Встановлення рівня задоволення потреб лікарів у повній та достовірній інформації про лікарські засоби.

Методи дослідження. Бібліографічний, анкетного опитування, узагальнення.

Результати. Нами проаналізовано структуру анкет, за допомогою яких у різні періоди вивчався рівень задоволення лікарів інформацією про лікарські засоби, та одержані у цих дослідженнях результати. Співставлення результатів із завданнями досліджень дозволило виділити певні недоліки методик їх проведення та врахувати при розробці власної анкети. Ключовим моментом повинно було стати оптимальне співвідношення відкритих та закритих питань. На питання анкети відповідали сімейні лікарі поліклінічних закладів, половина з яких мали стаж роботи понад 10 років. Задовільним вважали свій рівень забезпеченості інформацією про ліки 60% респондентів, високим – 30% та 10% – незадовільним. Доступними джерелами інформації про лікарські засоби для більшості респондентів є пошук в мережі internet, спілкування з медичними представниками виробників лікарських засобів та медичні довідники і спеціалізована медична література. Лише 50% респондентів вказали, що мають змогу користуватись ПК у своїй повсякденній діяльності. З базами доказової медицини знайомі лише 10% опитаних. Усі опитані лікарі

погоджуються з необхідністю співпраці з медичними представниками фармацевтичних компаній для одержання інформації про лікарські засоби. Однак, даючи оцінку такій співпраці, 60% лікарів вказали, що інформація від медичних представників є часто обмеженою і неповною, незначна частина опитаних погоджується з необхідністю такої співпраці, тільки якщо вона подається не надто настирливо. Половина опитаних лікарів стикались з випадками неетичного просування лікарських засобів. Рейтинг рівня довіри респондентів до джерела інформації виглядає наступним чином: довідники лікарських засобів (90%), мережа internet (70%), професійні медичні конференції та спеціалізовані медичні видання (55%), інформація від медичних представників (30%).

Висновки. Незважаючи на 100% вказану лікарями необхідність співпраці з медичними представниками фармацевтичних компаній, інформації від них довіряє лише 30% опитаних. Викликає занепокоєність “internet” взагалі як друга в рейтингу позиція за довірою до джерела інформації про лікарські засоби.

Перелік використаних джерел інформації

1. Гала Л.О. Дослідження взаємовідносин лікаря та провізора в системі лікарського забезпечення населення /Л.О.Гала, Д.С.Волох, А.І.Бров-ченко // Фармацевтичний часопис.-2010.-№4.-С.101-105.
2. Думенко Т.М. Вивчення задоволення потреб лікарів України у достовірній інформації про лікарські засоби [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/3008/>
3. Парновский Б.Л. Основы фармацевтической информации /Б.Л.Парновский, В.И.Прокопишин, Л.А.Гордиенко та ін. – Кишинев: Штиинца, 1986. – 164 с.

ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Червоненко Н.М., Демченко В.О., Бучковський Г.В.

Запорізький державний медичний університет

vict0riya@ukr.net

Біоетика, як міждисциплінарна наука швидко почала свій розвиток на рубежі двох тисячоліть. Вона все ширше охоплює одна за другою галузі діяльності людини. В біоетиці перехрещуються інтереси медицини і фармації, біології, філософії, підприємництва, юридичних наук та ін.

Сьогодні у всіх країнах світу чимало уваги приділяється осмисленню проблем біоетики.

Біоетичні проблеми багатогранні, складні і для їх вирішення суспільству належить безліч іспитів на духовну і моральну зрілість.

За останні п'ять років з позиції цієї науки почали активно розглядати сферу освіти.

Сучасність потребує підготовки професійних освічених спеціалістів в різних галузях науки, в першу чергу в медицині, фармації, де залишається без вирішення найгостріші проблеми нашого суспільства, такі як наркоманія та легалізація наркотичних засобів, алкоголізм, аборти, контрацепція, штучне запліднення, евтаназія, реклама, фальсифікація лікарських засобів, реалізація рецептурних препаратів без рецепта лікаря та ін.

До однієї з сфер біоетики можна віднести: соціальні проблеми, пов'язані з медичною політикою, теорією «планування сім'ї» й демографічного контролю. Важливим елементом останніх є гормональні контрацептиви.

Перспективним проявом сьогодення слід вважати активне впровадження ідей біоетики в навчальний процес закладів різного рівня.

Моральне виховання є частиною всього процесу формування особистості.

Суспільство шукає шляхи зупинення падіння численності населення та кризи сім'ї. Одним з таких шляхів і є виховання. Та зразу це не можливо подолати не тільки науковцям – педагогам, тому й необхідно «Співпрацювати з громадськими та релігійними організаціями щодо формування у медичних працівників, студентів і науковців почуття відповідальності за життя та здоров'я кожної людини, родинні цінності, пошанування кожного зачатого життя, попередження випадків небажаної вагітності та її переривання в контексті загально - людських цінностей».

Саме за участю МОЗ України, в рамках IV Національного конгресу з біоетики за участі представників Всеукраїнської Ради Церков і релігійних організацій 22 вересня 2010 року відбувся Симпозіум на тему «Морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності».

Симпозіум прийняв Резолюцію, яка закликає владу і суспільство розгорнути в Україні широку інформаційно – просвітницьку компанію по заохоченню народжуваності та запобіганню штучного переривання вагітності.

В зв'язку з цим, метою дослідження стало вивчення ставлення студентів до питання «планування сім'ї». Для цього була розроблена анкета і проведені дослідження. Об'єктами вивчення стали студенти 5 курсу фармацевтичного факультету.

Студентам були запропоновані 3 питання біотичного напрямку:

- чи прийняті Вами терміни «запланована» або «не запланована» дитина;
- чи знаєте Ви у зв'язку з чим і ким запропонований термін «не запланована дитина»;
- у разі відповіді «так» вкажіть.

Перше питання «Чи прийняті Вами терміни «запланована» або «не запланована» дитина» мало метою з'ясувати відношення до не етичного поняття «запланована / незапланована» дитина».

Майже $\frac{3}{4}$ студентів приймають (розуміють) термін «запланована / не запланована» дитина - 72% . Категорично не можуть прийняти таке поняття 20% анкетованих. 8% студентів з відповіддю не визначилися.

Однак аналіз другого питання показав, що хоча студенти сприймають цей термін, насправді не знають його змісту, історії - коріння його походження. Так, майже $\frac{3}{4}$ частка студентів відповіла на дане питання, що вони не знайомі з внутрішнім змістом цього поняття. Цей сегмент склав 76% респондентів.

24% відповіли, що вони знають історію появи цього терміну, що під ним мається на увазі та його глибинний зміст.

Однак аналіз третього питання показав, коли цій частині респондентів було запропоновано «розшифрувати» варіант своєї відповіді, ніхто не зміг її аргументувати.

Таким чином, проведені дослідження показали, що студенти не знайомі з історичними витоками теорії походження «планування сім'ї» та виникненням терміну «запланована/не запланована дитина». Необхідно проводити інформаційну роботу з історії генезису «планування сім'ї» та різних поглядів в світі на цю проблему з позиції біоетики.

ВИВЧЕННЯ РОЛІ ПРОВІЗОРА (КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА) У СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Громовик Б.П., Прокіп С.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра організації та економіки фармації

hromovyk@yahoo.com, sofijaprokip@yandex.ua

Паліативно-хоспісна допомога (ПХД) характеризується мультидисциплінарним підходом до лікування пацієнтів, що вимагає залучення як медичних фахівців, так і представників інших професій. Кожен член мультидисциплінарної команди у межах своєї компетенції бере участь у забезпеченні безпечності та ефективності фармакотерапії (ФТ) хворих. Фармацевтична складова, а саме належне забезпечення хворих лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП), є невід'ємним та значимим компонентом системи ПХД.

Склад команди фахівців у хоспісах, рекомендований міжнародними організаціями, зокрема, Міжнародною асоціацією паліативної та хоспісної допомоги (ІАНРС) та Європейською асоціацією паліативної допомоги (ЕАРС), повинен включати: медичний персонал, допоміжних спеціалістів, адміністративний персонал, соціальних працівників, духівників, волонтерів тощо. Серед допоміжних спеціалістів важливе місце та роль відводиться провізору (клінічному провізору, КП), який у багатьох зарубіжних країнах є повноправним членом мультидисциплінарної команди у стаціонарних хоспісах та бере безпосередню участь у процесі ФТ хворих. Ролі провізора (КП) у системі ПХД присвячено чимало наукових праць та пілотних досліджень, проведених у США, Великій Британії, Австралії тощо, які доводять про необхідність включення провізорів до складу хоспісної команди.

Позаяк при аналізі даних літератури виявлено, що питання запотребованості фармацевтичних фахівців та їх послуг у системі ПХД досліджувались

недостатньо, то метою роботи було вивчення сфери діяльності та ролі провізора (КП) у паліативній медицині.

Методикою дослідження було обрано анонімне анкетне опитування керівників та лікарів закладів паліативної медицини – хоспісів та відділень паліативної допомоги. Для його реалізації нами розроблена анкета, що складається із 21 запитання з правом вибору однієї чи кількох варіантів відповідей.

Анкета складалась із трьох частин, перша з яких містила запитання, що стосувались респондентів, а саме віку, статі, посади, спеціальності, стажу роботи та кваліфікаційної категорії. Друга частина була присвячена основним характеристикам закладу ПХД (кількість ліжок, джерела фінансування, джерела забезпечення ЛЗ і ВМП, наявність у штаті провізора (КП) тощо). Третя частина анкети стосувалась ступеня запотребованості фармацевтичних послуг; обов'язків та завдань, що може виконувати провізор (КП) у хоспісі; можливих варіантів співпраці лікарів з фармацевтичними фахівцями; переваг включення провізора (КП) до складу мультидисциплінарної хоспісної команди.

Серед завдань та обов'язків провізора (КП) у сфері ПХД, що були перелічені у варіантах відповідей слід відмітити: участь у формуванні асортименту та визначенні потреби в ЛЗ; вхідний контроль, ведення обліку, зберігання, утилізація та знищення ЛЗ та ВМП; підготовка разових доз готових ЛЗ кожному пацієнту згідно з листком лікарських призначень; екстемпоральне виготовлення ЛЗ та контроль їх якості; допомогу у виборі найбільш ефективних та найменш токсичних комбінацій ЛЗ; раціоналізацію фармакотерапії шляхом зменшення кількості лікопов'язаних проблем; інформаційно-консультаційну роботу серед хворих, членів їх родин, медсестринського персоналу та волонтерів.

Таким чином, результати анкетування уможливають визначення ступеня запотребованості фахових послуг, які належать до компетенції провізора (КП), а також створять підґрунтя для подальших наукових досліджень.

РОЛЬ ПРОВІЗОРА У РАЦІОНАЛЬНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

Дорикевич К.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
pushakk@mail.ru

Вступ. Раціональне застосування лікарських засобів, за визначенням ВООЗ, полягає у вчасному одержанні оптимального препарату з повною інформацією щодо його прийому. Це питання актуальне зокрема для категорії жінок перехідного (пременопауза, менопауза) і постменопаузного віку з огляду на поширене явище самолікування та поліпрагмазії. Кількість жінок у віці вказаних періодів життя (більше 45 р.) в Україні – понад 11,5 млн. (дані Державної служби статистики України станом на 01.12.2012), що становить близько 25% населення.

Мета. Визначити роль провізора у раціональному застосуванні лікарських засобів для фармакотерапії клімактеричних розладів у жінок; встановити перелік препаратів, які можуть використовуватися при відповідальному самолікуванні.

Методи дослідження: метод маркетингового аналізу, спостереження та узагальнення.

Результати дослідження. Фармакоterapia клімактеричних розладів може проводитися як з метою лікування, так і профілактики. Сучасний вітчизняний фармацевтичний ринок містить значний арсенал препаратів для лікування клімактеричних розладів у жінок (за даними Державного реєстру лікарських засобів України станом на 22.02.2013 р.), а саме:

– 34 гормональні (Анжелік, Гінофлор, Дивігель, Дуфастон, Естерлан, Естрамон 50, Естріол-М, Естрожель, Естрокад, Клімен, Клімодієн, Клімонорм, Кліноретте, Колпосептин, Колпотрофін, Крінон, Ледібон, Лівіал, Лютеїна, Лютеніл, Норколут, Овестин, Оксипрогестерону капронат, Оргаметрил, Примолют-нор, Прогестерон, Прогінова, Прожестин-КР, Прожестожель, Синестрол, Утрожестан, Фемостон конті, Фемостон, Фолікулін);

– 12 гомеопатичних (Гінекохеель, Дисменорм, Клімаксан, Клімакто-гран, Клімактоплан, Клімактоплан Н, Клімакт-хеель, Масто-гран, Мастодінон (табл.), Мастодінон (кр.), Мулімен, Оваріум композитум);

– 7 фітопрепаратів (Гінекофіт, Клімадинон, Клімадинон уно, Клімапін, Сагеніт, Сойфем, Фітокліман планта).

Фіто- та гомеопатичні засоби, відповідно до наказу МОЗ України № 78 від 03.02.2012 р. «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів», можуть відпускатися без рецепту, що дозволяє використовувати їх при відповідальному самолікуванні.

З огляду на велику частку жіночого населення пери- та постменопаузного віку, а також значний арсенал препаратів важливою є професійна роль провізора у профілактиці та лікуванні клімактеричних розладів у жінок. Напрямами діяльності провізора повинні бути:

- ✓ оцінка важкості стану жінки, надання необхідної фармацевтичної допомоги і при необхідності скерування її до лікаря;

- ✓ діагностика можливості та забезпечення відповідального самолікування незагрозливих симптомів клімаксу фіто- і гомеопатичними препаратами, що відпускаються без рецептів;

- ✓ надання фахової та достовірної інформації про лікарські засоби, в т.ч. даних доказової медицини і фармації про їхню ефективність і безпечність, комплаєнтність жінок при їх застосуванні;

- ✓ формування належного асортименту відповідних препаратів та організує повне і своєчасне лікарське забезпечення ними населення.

Висновки. Встановлено перелік препаратів для відповідального самолікування жінок при незагрозливих симптомах клімаксу. Визначено напрями діяльності провізора з раціональної фармакотерапії клімактеричних розладів, що сприятиме збереженню здоров'я та якості життя жінок перехідного і постменопаузного віку.

ОБГРУНТУВАННЯ СТРУКТУРИ І СКЛАДУ СІМЕЙНОЇ АПТЕЧКИ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ

Кабачна А.В., Кабачний О.Г., Шелкова Е.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Як свідчить світовий досвід, більшість проблем зі здоров'ям пацієнтів можна вирішити на первинному рівні надання медичної допомоги. Встановлено, що населення має досить чітку орієнтацію на самолікування, що, відповідно, потребує широкого впровадження принципів фармацевтичної опіки, поглиблення інформаційно-консультативних послуг провізорів аптек.

Особлива роль в цьому процесі належить взаємодії з аптечними закладами щодо формування в них відповідного асортименту ЛЗ та ВМП для впровадження стратегічного напрямку розвитку ОЗ, що отримав назву «фокус на пацієнта». У світлі цієї стратегії докорінно змінюється роль у системі ОЗ провізора, який разом із сімейним лікарем включається в активну діяльність із забезпечення здоров'я і профілактики захворювань населення. Така комплексна програма взаємодії провізора та лікаря протягом усього періоду фармакотерапії кожного окремого пацієнта, тобто фармацевтична опіка, покладає на провізора аптеки обов'язок не лише забезпечити хворого якісними ЛЗ та ВМП, а й сприяти їх раціональному використанню.

Зважаючи на обмежені фінансові можливості сімей-споживачів, а також специфіку організації медичної та фармацевтичної допомоги у сільській місцевості (головним чином її віддаленість) особливої актуальності для підвищення фізичної та економічної доступності ЛЗ набуває проблема формування сімейної аптечки первинної допомоги. Це пов'язано з життєвою необхідністю надання первинної долікарняної допомоги і самопомоги у домашніх умовах. Оскільки наявність необхідних ЛЗ і ВМП для купірування різкого загострення добре відомих споживачу недугів часто є єдиним засобом тимчасового полегшення його самопочуття за умов наявності певних знань щодо відповідального самолікування до візиту сімейного лікаря.

У зв'язку з цим нами були проведені дослідження щодо визначення тенденцій та закономірностей формування споживчих переваг сім'ї у процесі придбання ЛЗ, а також обґрунтування складу сімейної аптечки першої допомоги на фоні розвитку концепції відповідального самолікування в умовах реформування ОЗ на засадах сімейної медицини.

Аналіз відповідей 106 сімей на запитання щодо наявності домашньої аптечки та її складу показав, що практично її мають усі сім'ї. Що стосується її складу, то слід відмітити, що 63,2% опитаних вважають за необхідне консультацію і поради сімейного лікаря при її комплектуванні. При цьому 36,8% опитаних мають власне уявлення щодо набору ліків для домашньої аптечки і стверджують, що відповідної консультації сімейного лікаря не потребують.

У той же час, виходячи з цілей, за якими фактично формується домашня сімейна аптечка, в ній повинні бути ЛЗ і ВМП, які дозволять надати першу долікарняну допомогу та самодопомогу в домашніх умовах.

Зважаючи на структуру захворюваності членів сімей-споживачів (хронічна патологія, сезонні захворювання), прихильність до самолікування та специфічні умови сільської місцевості, а також приймаючи до уваги основні принципи фармацевтичної опіки нами запропоновано склад сімейної аптечки першої допомоги, яку лікарі ЗП-СМ можуть рекомендувати сім'ям.

Перелік ЛЗ і ВМП, що входять до складу сімейної аптечки поділений нами на чотири групи.

В першу групу внесені ЛЗ, що використовуються для надання першої допомоги чи самодопомоги членами сім'ї. Серед них анальгетики і антипіретики (парацетамол, анальгін, ацетилсаліцилова кислота, цитрамон); вазоділататори (валідол, корвалол); ентеросорбент (вугілля активоване); заспокійливі ЛЗ – екстракт валеріани у таблетках; дихальний аналептик – розчин аміаку; антисептики (перекис водню 3%, йоду розчин спиртовий); антигістамінний препарат – діазолін.

Зважаючи на структуру хронічної, сезонної захворюваності та відповідних положень Протоколу провізора, до другої групи лікарям ЗП-СМ доцільно

рекомендувати сім'ям включити до складу сімейної аптечки ЛЗ таких фармакотерапевтичних груп за класифікацією АТХ: засоби, що застосовуються при функціональних шлунково-кишкових розладах; проносні засоби; антидіарейні препарати; засоби, що застосовуються при розладах травлення; мінеральні добавки; гіпотензивні засоби; засоби для зовнішнього застосування при болю у суглобах та м'язах; засоби, що застосовуються при захворюваннях порожнини носа, горла, при кашлі і простуді.

Третя група ЛЗ повинна містити ті препарати, які в залежності від хронічного захворювання (або декількох) того чи іншого члена родини, може бути за порадою лікаря ЗП-СМ використана для купірування різного загострення відомих хворому симптомів хвороби. Ця група ЛЗ дозволяє сімейному лікарю бути впевненим, що рекомендовані ліки будуть вчасно використані хворим до звернення у лікувальний заклад.

Четверта група – це перелік ВМП, що використовують у сім'ї, і перелік яких за порадою сімейного лікаря може бути використаний у відповідності з потребами кожного члена сім'ї.

Такий методичний підхід лікаря ЗП-СМ до формування сімейної аптечки першої допомоги, а також фармацевтична опіка при придбанні пацієнтом ЛЗ у аптечному закладі дадуть змогу реально підвищити доступність як медичної допомоги, так і ЛЗ та ВМП зокрема.

У зв'язку із цим нами запропонована структура і склад сімейної аптечки першої допомоги, яка має формуватися за участю сімейного лікаря і працівників аптечного закладу з використанням індивідуалізованого підходу до фармакотерапії захворювань кожного члена родини.

Перелік використаних джерел інформації:

1. Кабачний О.Г. // Сімейна медицина. – 2007. – №3 (21). – С. 15., 2. Мнушко З.М., Кабачний О.Г., Дрьомова Н.Б. // Ліки України. – 2009. – № 3 (129). – С. 99–102., 3. Про затвердження протоколів провізора (фармацевта) : наказ МОЗ України від 16.05.2011 № 284 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110516_284.html.

АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР НА МІСЦІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПРОБУВАННЯ

Доброва В. Є., Ратушна К. Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

pharmaxena@gmail.com

Однією з умов проведення якісного клінічного випробування (КВ) є впровадження та використання на всіх етапах планування та проведення дослідження системи стандартних операційних процедур (СОП) [2, 3, 4]. СОП стали невід'ємною частиною діяльності місць проведення дослідження (МПД), адже організація КВ передбачає здійснення значної кількості процесів, що потребує створення широкого переліку документованих процедур [1]. Несистематична регламентація процесів, яка відбувається безпідставно та без виваженого розуміння її призначення та необхідності створення, призводить до фрагментарного охоплення СОП операцій та робіт та їх неефективного використання. Отже, нагальною стає проблема забезпечення створення узгодженої та несуперечливої системи регламентуючих документів, що потребує наукового обґрунтування регламентації процесів КВ та створення моделей їх системної розробки.

З метою систематизації регламентування документації на МПД КВ та забезпечення ефективності її використання під час проведення дослідження необхідно обґрунтувати підходи до створення системи СОП та визначити розподіл їх сфер застосування.

Для забезпечення створення єдиної системи СОП були проаналізовані основні процеси КВ та запропоновано структурну схему СОП у системі забезпечення якості КВ, яка визначає розподіл сфер застосування СОП на МПД, їх внутрішню взаємодію та місце у системі забезпечення якості (рис.1).

Відповідно до запропонованої моделі, було виділено три блоки СОП на МПД, які повинні мати чітко визначені сфери застосування: адміністративні,

технологічні СОП та СОП системи управління якістю. На базі даної моделі та після аналізу переліку процесів, що мають місце при проведенні КВ за

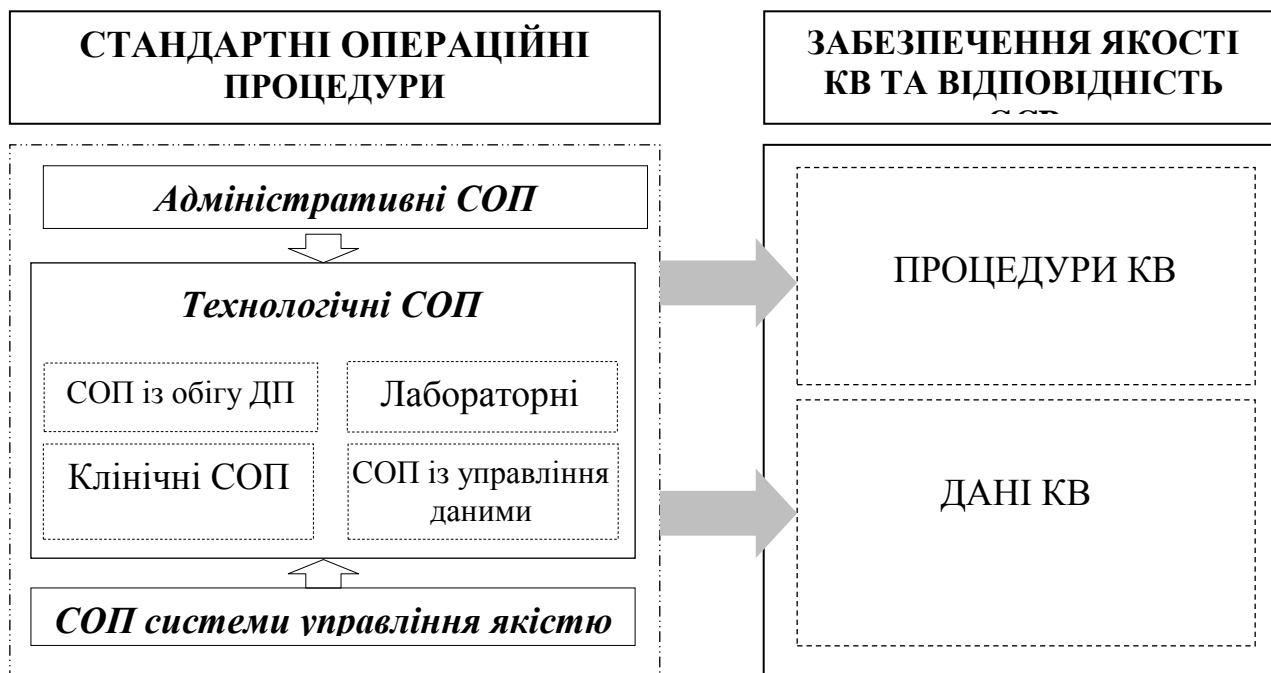


Рис. 1. Структурна схема ролі СОП у системі забезпечення якості КВ функціональним призначенням, була запропонована класифікаційно-функціональна структура СОП на МПД. В межах даної структури були виділені наступні групи процесів:

1. Адміністративні (Розробка СОП, навчання персоналу, розробка протоколу, його та валідація, завершення випробування та ін.).
2. Клінічні (Включення пацієнтів/добровольців до КВ, отримання інформованої згоди, заповнення ІРФ, поводження із біозразками та ін.).
3. Лабораторні (Виконання клінічного аналізу крові, виконання біохімічного аналізу зразків, калібрування термометру та ін.).
4. Процеси, що регламентують обіг досліджуваного препарату (ДП) (маркування ДП, отримання та зберігання ДП та ін.).
5. Процеси управління даними (запис даних, зберігання даних, розробка бази даних, верифікація даних, архівація та ін.).
6. Процеси системи управління якістю (підготовка до моніторингів, підготовка до аудитів, здійснення процедур контролю якості тощо.).

7. Процеси статистичного аналізу (розробка плану статистичного аналізу, аналіз даних, складання статистичного звіту та ін.).

Введення моделі регламентації процесів КВ дозволяє обґрунтувати та систематизувати назви СОП, визначити їх місце у системі якості КВ. Крім цього, за допомогою цієї моделі можливо уникнути несистематичної регламентації процесів, що робить можливим ефективне управління СОП на МПД, та відповідно, підвищує рівень відповідності процесів МПД вимогам СОП.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження розроблено структурну схему СОП у КВ, запропоновано класифікаційно-функціональну структуру СОП на МПД. Наукові підходи до систематизації СОП на МПД та класифікація їх структури є науково-теоретичною базою для проведення належної регламентації процесів КВ, аналізу існуючих та розробки нових СОП КВ, а також створення системи оцінки їх відповідності, що є предметом подальших досліджень у цьому напрямку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ:

1. Зупанец І. Стандартные операционные процедуры в процессе обеспечения качества клинической базы / И. Зупанец, Н. Безуглая, Г. Маслий, Е.Гринцов // Вісник фармакології та фармації. – 2009. – №4. – С. 33-35.
2. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-7.0:2008 Лікарські засоби. Належна клінічна практика. – Київ, 2009. – 67 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 23.09.2009 р. «Порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» [Електроний ресурс]. – Режим доступу до законодавчо-нормативного документу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.-cgi?-nreg=z1010-09>.
4. David C. Peterson Assuring the Effective Use of Standard Operating Procedures (SOPs) In Today's Workforce [Електроний ресурс]. – Режим доступу до статті: <http://www.biopharminternational.com/biopharm/Article/Assuring-the-Effective-Use-of-Standard-Operating-P/ArticleStandard/Article/detail/371024>

ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ

Бидарова Ф.Н., Андреева И.Н., Гергиева И.В.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России
Naira-gabrielyan@yandex.ru

Стратегией развития фармацевтической отрасли РФ до 2020 года отмечается, что к 2020 году объем российского фармацевтического рынка вырастет не меньше, чем в пять раз, причём на нём должна существенно вырасти доля российских производителей современных эффективных лекарственных препаратов. При этом одним из основных стратегических ориентиров определено совершенствование системы подтверждения соответствия качества лекарственных средств, и обеспечение надлежащего контроля за их качеством.

В этих условиях необходимо повышение значимости независимых экспертных организаций, роль которых могут взять на себя испытательные лаборатории контроля качества ЛС, созданные на основе контрольно-аналитических лабораторий.

По оснащенности и кадровому потенциалу в Российской Федерации только 5,0% таких лабораторий (4 из 85) имеют техническую возможность осуществлять практически все виды экспертизы в рамках контроля качества лекарственных средств (ЛС). Не отработаны механизмы превращения их в экспертные организации, механизм привлечения их к контрольно-надзорным мероприятиям, особенно в региональном аспекте, поскольку условия, в которых они функционируют, разные. В то же время, экспертные организации вынуждены выживать самостоятельно в неравных условиях, так как эти условия тормозят развитие экспертных испытательных лабораторий.

Республиканская контрольно-аналитическая служба в РСО-Алания претерпела различные организационные изменения в соответствии с происходившей модернизацией контрольно-разрешительной системы в РФ.

ГУЗ «ЦКК и СЛС» официально создан в 2002г. в соответствии с указом Президента РСО-Алания и на основании распоряжения Государственного ко-

митета РСО-Алания по управлению государственным имуществом.

Сегодня Центр представлен тремя отделами: информационным, испытательной физико-химической лабораторией и микробиологической лабораторией. Центр, наряду с традиционными для испытательных лабораторий видами работ проводит мониторинг качества лекарственных препаратов (ЛП) по электронной базе, а также отбор образцов и экспертизу качества ЛС.

Анализ данных по количеству оказанных услуг в Центре за период 2005-2011 гг. показал снижение объема работ по всем показателям. Так число полных химических анализов сократилось в 5 раз, по показателям микробиологической чистоты в 2 раз, количество зарегистрированных серий лекарственных препаратов в базе данных Центра продолжает снижаться (на 12, 7 % в год).

В то же время усилиями Цента за период с 2005 по 2011 г. не допущено к обращению на территории РСО-Алания 2978 серий брака ЛП и 118 серий фальсифицированной продукции.

Новый регламент взаимодействия субъектов фармацевтического рынка и органов надзора который вступил в силу с 2007 года значительно повлиял на эффективность существующей системы контроля качества лекарственных препаратов обращаемых на фармацевтическом рынке.

Количество выявленных ЛП ненадлежащего качества на фармацевтическом рынке РСО – Алания уменьшилось с 2007 года в десять раз. Изменились функции центра контроля качества, в настоящее время он привлекается в качестве экспертной организации при совместных проверках аптек организованных в республике советом экономической и общественной безопасности и органами МВД и прокуратуры. Как показали наши исследования, эффективность таких совместных проверок высока.

Так, в апреле 2010 г. при участии РЦКК и СЛС и специалистов Совета экономической и общественной безопасности выявлена недоброкачественная продукция в 50% проверенных субъектах фармобращения; в 44% случаев проверок встречалась продукция с истекшим сроком годности; в 46,3% отсут-

ствовала карантинная зона; в 45,3% аптечных организаций отсутствовала система управления качеством продукции. Проверки были проведены в 47 организациях. Согласно плана проверок, за тот же проверяемый период 2010г., контрольно- надзорными органа ТУ РЗ было запланировано 120 проверок, отделом лицензирования МЗ РСО-А 100 проверок. По результатам этих контрольных мероприятий ТУ РЗ выявлено всего 13 серий недоброкачественных ЛС, отделом лицензирования недоброкачественных ЛС не выявлено вообще. Это можно объяснить тем, что РЦКК в этих проверках не привлекался в качестве экспертной организации и эффективность выявления недоброкачественной продукции снизилась.

В течение последних лет наблюдалась либерализация законодательной базы, регулирующей систему государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств, сокращение видов государственного контроля, отмена ранее существовавшего обязательного мониторинга качества лекарственных препаратов, поступающих на территорию отдельных регионов.

Все выше сказанное закрепило тенденцию дальнейшего сокращения числа региональных контрольных лабораторий, которые перестали быть частью государственной системы контроля качества лекарственных средств, и увеличения количества ведомственных лабораторий.

По данным на 01.08.2010, в структуре 85 организаций, аккредитованных в качестве испытательных лабораторий на техническую компетентность и независимость в области экспертизы качества лекарственных средств, было 60% региональных центров контроля качества лекарственных средств и 27% лабораторий ведомственной подчиненности. По состоянию на 14. 10.2011 количество аккредитованных лабораторий увеличилось до 94, изменилось и соотношение вышеуказанных лабораторий – 52 и 32% соответственно.

В настоящее время структуру контрольных лабораторий в Российской Федерации можно представить следующим образом:

- испытательные лабораторий, функционирующие в системе подтверждения соответствия лекарственных средств;
- центры контроля качества лекарственных средств субъектов Российской Федерации, осуществляющие экспертизу качества лекарственных средств на основании договоров с субъектами обращения лекарственных средств;
- федеральные экспертные организации, привлекаемые для экспертизы качества лекарственных средств на этапе их регистрации, и федеральные лабораторные комплексы, на базе которых приводится контроль качества лекарственных средств, находящихся в обращении, в рамках мероприятий по государственному контролю качества.

Постепенное сокращение числа лабораторий, подчиненных субъектам

Российской Федерации, привело к уменьшению количества сообщений о выявлении недоброкачественных или фальсифицированных ЛС из регионов.

Нами установлено в ходе совместных инспекционных проверок с СЭи-ОБ на момент проверки по приходным документам числились приостановленные к обращению препараты, но они не обнаружены в карантинной зоне аптек.

Один из видов Государственного контроля при обращении ЛС осуществляется посредством проведения проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств правил их уничтожения.

На территории РСО-Алания долгое время не было организации имеющей право на уничтожение ЛС. С 2011 г. ОАО «Стандарт» наделенное такими полномочиями не смогло убедить субъекты фармообращения в необходимости заключения договора на уничтожение ЛС. На сегодняшний день заключены договора на уничтожение только с 10 аптечными организациями. При этом, за текущий период 2011 года фактического уничтожения ЛС не зафиксировано на территории РСО-Алания. В то же время по электронной базе мониторинга качества ЛС на территории РСО-Алания числятся медикаменты в количестве 35 наименований подлежащие уничтожению владельцами.

Таким образом, необходимо признать ситуацию с реализацией программ РЗН (федеральные лаборатории) и перспективами их дальнейшего развития в регионе пока недостаточно эффективны.

Необходимо признать целесообразным включение региональных испытательных лабораторий в систему государственного контроля качества лекарственных средств как инструмент данной системы.

Создать группу по анализу проблем правового регулирования оказания экспертных услуг и разработки предложений по их совершенствованию.

Организовать с участием ФАС России проверку документации проведенных конкурсов РЗ по отбору экспертных организаций для оказания экспертных услуг на предмет ее соответствия законодательству РФ о защите конкуренции и о конкурсах на проведение закупок для государственных нужд.

УПРАВЛЕНИЕ ОТХОДАМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕВЕРСИВНОЙ ЛОГИСТИКИ

Воронов А.В., Токарев Н.Н., Андреева И.Н.

Пятигорский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

naira-gabrielyan@yandex.ru

Перед фармацевтическими заводами постоянно встают проблемы управления отходами, т.к. в процессе производства лекарственных препаратов (ЛП) образуется большое их количество. Это связано с высокой материалоемкостью фармацевтического производства (материальные затраты составляют около 75% от себестоимости готовых ЛП), с выпуском широкого ассортимента ЛП, а следовательно, использованием довольно большой номенклатуры субстанций и материалов, применяемых в производственном процессе. Для решения экологических проблем фармпредприятиям необходимо внедрение реверсивной логистики, т.е. логистических подходов к оптимизации движения отходов.

Отходы — это любое вещество (субстанции, материалы или ЛП), предназначенное или подлежащее утилизации в соответствии с положениями национального законодательства. Большинство отходов фармацевтического производства можно отнести к опасным, что связано с физическими, химическими и биологическими свойствами веществ.

К отходам фармацевтического производства относятся:

1. забракованные субстанции и материалы;
2. возвращенные потребителями ЛП, в т.ч.
 - возвращенные ЛП, поставки которых осуществлялись с нарушением условий договора (с нарушением времени или объема поставок);
 - возвращенные ЛП, не соответствующие стандартам качества (в т.ч. по

причине несоблюдения требований холодной цепи во время доставки или хранения);

- ЛП, поврежденные в процессе транспортировки;
- отбракованные ЛП, не принятые отделом технического контроля;
- 3. использованная тара;
- 4. использованная упаковка;
- 5. ЛС, срок хранения которых истек;
- 6. субстанции и материалы с истекшим сроком годности.

На основании приведенной классификации различных видов отходов ясно, что их образование связано с разными видами брака при:

- производстве ЛП;
- упаковке;
- складировании и хранении субстанций, материалов и ЛП;
- транспортировке ЛП.

В процессе производства готовых ЛП образуются твердые 24-41%, газообразные (отходы в виде выбросов в атмосферу) 34-36% и жидкие (отходы в виде сточных вод) отходы) 21-41%.

Вид, номенклатура и количество отходов фармацевтического производства определяется видом ЛС, выпускаемых фармацевтическим предприятием, характером и объемом производства.

В связи с широкой номенклатурой отходов и мест их образования стратегия и тактика решения проблем управления отходами предприятия должны основываться на концепции устойчивого развития, включающей экологический, экономический и социальный аспекты. Экологические аспекты фарм-предприятия, в первую очередь, связаны с минимизацией вредного воздействия отходов на человека и окружающую среду за счет выбора обоснованного способа их утилизации. Социальные аспекты заключаются в минимизации объемов отходов путем внедрения современных технологий, валидации оборудования и технологических процессов. Экономические аспекты — минимизация затрат на производство ЛП и утилизацию отходов за счет оптимизации

ции движения отходов.

Реверсивная логистика связана со всеми функциональными сферами фармацевтического бизнеса: разработкой и созданием субстанций и ЛП, закупкой, производством, транспортировкой, складированием, сбытом, финансированием и т.д., поэтому оптимизация движения отходов позволяет сэкономить ресурсы и достичь целей, поставленных перед фармацевтическими предприятиями относительно экологической безопасности. Важным элементом реверсивной логистики на предприятии является оптимизация подходов к управлению запасами отходов на складах запрещенного к реализации товара. На основании проведенных исследований доказано, что эффективным является использование системы с фиксированным размером запаса. В модели управления запасами с фиксированным размером запаса объем вывоза отходов является постоянной величиной. Предельно допустимый объем запаса отходов определяет уровень запаса, при достижении которого осуществляется заказ транспортных средств, необходимых для вывоза отходов, и рассчитывается по критерию минимизации совокупных затрат для рациональной загрузки площадей склада.

При управлении отходами фармацевтическое предприятие стремится, во-первых, к минимизации расходов на складирование, хранение и транспортировку отходов, во-вторых, к сокращению штрафов за хранение сверхнормативных объемов отходов и времени их хранения. Предельно допустимый объем запасов отходов должен быть не меньше (в денежном выражении) расходов на их транспортировку. При этом модель управления запасами должна обеспечивать реализацию целей и функций фармацевтического предприятия при уменьшении объема загрязнения окружающей среды.

Выбор данной модели, с одной стороны, обусловлен высокими расходами на транспортировку отходов и незначительным влиянием изменения объема отходов на расходы, связанные с их хранением (расходы на хранение больших объемов отходов значительно ниже расходов на их частую транспортировку), но при этом необходимо учитывать токсичность отходов, их влияние на работников предприятия и штрафы за несанкционированное хранение сверх-

нормативных объемов отходов. Несмотря на все преимущества, предложенная система имеет недостатки — необходимость постоянного контроля за уровнем запасов отходов.

Исходя из базисной идеи логистики, все стадии производства и сбыта продукции — от добычи сырья до конечного потребления — объединяются в единый процесс движения и трансформации продукта. Все функциональные области — производство, снабжение и сбыт, транспортирование, информационный обмен — связывают в единую цепочку на основе общего интегратора — материального и информационных потоков. Сейчас, когда внимание к загрязнению окружающей среды возросло, в этот процесс стали включать новую стадию утилизации и последующей переработки отходов производства и потребления с целью их повторного использования, что позволило замкнуть логистическую цепь. Это дало начало реверсивной логистике.

Реверсивная логистика — современная концепция управления отходами предприятий как потоками ресурсов, с учетом экономических и социальных аспектов эффективности этого управления. Реверсивная логистика в фармацевтической отрасли представляет собой систему управления движением отходов, возникающих в процессе производства, дистрибьюции или упаковки готовых ЛП, с целью повышения эффективности защиты окружающей среды и оптимизации связанных с этим расходов.

Например, на стадии разработки 10 биологически-активных веществ используется до 10000 материалов, но наибольшее количество отходов образуется на стадии производства ЛП, поэтому ФП в процессе своей деятельности в определенной степени загрязняют окружающую среду выбросами в атмосферу и сточными водами.

В процессе производства ЛП образуются различные виды отходов.

Поэтому перед ФП в рыночных условиях остро стоят проблемы, связанные с управлением отходами:

- создание современной системы управления отходами и их утилизацией;
- обеспечение сбалансированности экономических и социальных аспек-

тов управления отходами;

- необходимость создания цепи по утилизации отходов;

- уменьшение объемов отходов;

- уменьшение отходов токсичного и опасного характера;

- создание специализированных полигонов по переработке отходов; привлечение необходимых финансовых ресурсов для создания оптимальной системы утилизации отходов;

- внедрение международных правил GMP в механизмы управления отходами.

Основными задачами реверсивной логистики в фармпроизводстве являются:

- использование специализированного транспорта при перевозке отходов;

- минимизация затрат на перевозку отходов от мест сбора к местам утилизации и/или захоронения, в частности, благодаря оптимизации транспортных маршрутов;

- оперативная утилизация отходов, которые могут быть повторно использованы;

- своевременное удаление, обезвреживание и захоронение отходов, которые не могут быть утилизированы;

- минимизация расходов на сбор, хранение, обработку, перевозку, а также удаление, обезвреживание и захоронение отходов;

- минимизация вредного влияния на окружающую среду и здоровье населения всех составляющих обращения с отходами.

К основным функциям реверсивной логистики в фармацевтической отрасли относятся:

- организация сбора отходов;

- организация хранения отходов, а при необходимости — их обработка;

- организация перевозки отходов; организация процесса утилизации отходов;

- управление процессом утилизации отходов;

- организация удаления, обезвреживания и захоронения отходов, которые не подлежат утилизации;

- контроль влияния на окружающую среду и здоровье человека отходов и связанных с ними процессов управления.

Реверсивная логистика в фармацевтической отрасли включает движение следующих основных материальных потоков:- движение возвратных отходов, т.е. отходов, которые перерабатываются или повторно используются, в результате чего фармацевтическое предприятие получает дополнительную прибыль. Например, повторное использование спирта; движение отходов, которые утилизируются с получением определенных видов продукции. Это, прежде всего, стеклянные и пластмассовые бутылки, флаконы, бумага; - движение отходов, не пригодных к утилизации (абсолютное большинство ЛП).

Таким образом, основными путями решения вопросов, связанных с управлением отходами в ФП, являются:

- создание оптимальной системы управления отходами с учетом специфики ФП;

- обоснование оптимально допустимых размеров запасов отходов для дальнейшей переработки. При этом должны учитываться расходы на хранение запасов отходов на складе, на их транспортировку, степень загрязнения окружающей среды;

- штрафы за несанкционированное хранение отходов на складах предприятия;

- создание региональных предприятий по переработке отходов в местах концентрации ФП, центров по исследованию ЛП.

Анализ современного мирового опыта свидетельствуют о необходимости внедрения логистических методов в управление отходами, что является очень важным в условиях угрозы экологического кризиса. Внедрение и развитие логистических систем управления на ФП нуждается в ориентации на новые концепции управления отходами. Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости внедрения реверсивной логистики в условиях ФП. Внедрение реверсивной логистики в деятельность отечественных ФП позволит минимизировать расходы на процесс прохождения потоков отходов с одновременной поддержкой необходимого уровня экологической безопасности деятельности ФП, что является одним из важнейших требований в условиях внедрения на предприятиях интегрированных систем управления качеством.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОБЛІКУ ВИТРАТ НА ЛІКВІДАЦІЮ НАСЛІДКІВ ПОБІЧНОЇ РЕАКЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Євтушенко О.М., Мнушко З.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

mnushko.nfau@gmail.com

На сьогодні в Україні у зв'язку з появою великої кількості препаратів на ринку та підвищенням рівня їх споживання дуже актуальним стає питання фармаконагляду. Дослідження, проведені різними експертами, свідчать про те, що в останній час постійно зростає кількість людей, постраждалих від побічних реакцій (далі – ПР). Так, у Сполучених Штатах Америки від побічної дії ліків щорічно гине біля 125 тисяч хворих. Ця причина смерті вийшла вже на 4 місце, поступившись тільки захворюванням серця, онкологічній патології та інсультам. 2 – 3% загальної популяції людей страждають від ПР ЛЗ та їх наслідків. За даними досліджень, проведених західними фахівцями, від 3 до 15% всіх звернень до лікаря викликано погіршенням здоров'я у зв'язку з прийомом ліків; ПР розвиваються у 10 – 30% госпіталізованих хворих. Побічні реакції є джерелом небезпеки для здоров'я хворого, а також причиною виникнення додаткових витрат на їх усунення. Ризики, пов'язані з фармацевтичною опікою, потребують ретельного вивчення та розробки системи заходів з їх мінімізації. В деяких випадках витрати, пов'язані з ліквідацією ПР, перевищують вартість лікарської терапії. Можливо попередження 60% виникнення ПР, причиною яких може бути:

- відомі побічні дії лікарських засобів;
- особливості організму людини (як здорової, так і хворої);
- алергізація населення;
- погана екологія;
- постійне зростання кількості генеричних лікарських засобів;
- міфотворення у фармакотерапії;
- висока частота випадків самолікування;

- реклама ліків;
- поширення дієтичних добавок, функціональних харчових продуктів, харчових продуктів для спеціального дієтичного використання біологічно активних добавок;
- фальсифікація лікарських засобів;
- лікарські помилки; поліпрагмазія; нераціональна фармакотерапія;
- взаємодія ліків з продуктами харчування;
- низький комплаєнс, включаючи амбулаторних хворих.

Останнім часом спостерігається тенденція до переоцінки встановлених методів фармакотерапії та оцінки нових медичних технологій з позиції їх терапевтичної ефективності, безпечності та економічності. У публікаціях, присвячених питанням фармакоекономіки, звертається увага на втрати, що супроводжують процеси надання медичної та фармацевтичної допомоги, фармакоекономічні аспекти лікування окремих захворювань. Проте тільки деякі автори досліджують збитки, що наносяться фармацевтичній організації, державі чи хворому в результаті виникнення ПР.

Враховуючи вищесказане, нами розроблено та науково обґрунтовано альтернативні методи обчислення зазначених витрат, запропоновано алгоритми їх розрахунків за наявності статистичної інформації та за наявності маркетингової інформації (маркетингових характеристик ринку) для визначення більш ефективних (безпечних) та менш витратних препаратів для проведення раціональної фармакотерапії та обґрунтування доцільності включення відповідного лікарського засобу в Державний, регіональний або локальний формуляри, стандарти лікування та протоколи лікування хворих, Національний перелік основних ЛЗ, списки ЛЗ для забезпечення пільгових категорій населення. Це дозволить оптимізувати лікарську терапію, впровадити економічно ефективні методи використання ЛЗ з метою забезпечення високої якості медичної та фармацевтичної допомоги, забезпечити раціональне використання наявних ресурсів, зокрема, бюджетних та позабюджетних коштів, призначених для закупки ліків.

НООФАРМАЦІЯ, ФАРМАКОЕКОНОМІКА В НАУЦІ, ОСВІТІ, ПРАКТИЦІ

Пономаренко М.С., Соловйов О.В., Краснянська Т.М., Кирпач О.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
Українська військово-медична академія, м. Київ

lorik1910@yandex.ru

Ноофармація – як предметне вивчення й аналіз минулого, плінного та перспективного розвитку фармації, з сучасного погляду, має надзвичайно важливе місце в усвідомленні реінжиніринг процесів. Основною метою нашого дослідження є поєднання в єдиному емерджентному середовищі усіх учасників фармацевтичного співтовариства у відпрацюванні та визначенні стратегії і тактики сучасного та поетапного розвитку галузі фармації – від навчання, створення, реалізації до раціонального споживання ліків та їх фармакономічної доступності.

На виконання п. 6 Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України (лист МОЗ України від 22.02.2013 за № 11.01-29/203|5259) та відповідних заходів Держлікслужби України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 07.07.2011 № 3611-VI "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги", у зв'язку із змінами, що наступили внаслідок проведення реформи галузі охорони здоров'я (на виконання Закону України "Про порядок проведення реформування у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві", нами підготовлено узгоджений проект змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (ДКХП) системи охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117, у розрізі кожної з відповідних розділів ДКХП вип. 78 "Охорона здоров'я" згідно до ДК 003:2010 та вип. 25 (№ 31-ЄТКД) "Виробництво медикаментів, вітамінів, медичних, бактерійних і біологічних препаратів та матеріалів"; вип. 26 (№ 55-ЄТКД) "Парфюмерно-косметичне виробництво", яке, до речі, за Єдиним тарифікаційним Довідником (ЄТКД)

відносилося до вип. 55 "Виробництво алкогольної та безалкогольної продукції"; вип. 48 "Виробництво медичного інструменту, приладів і обладнання" (№ 16-ЄТКД); вип. 73 "Наука та вища школа" (ЄТКД – відсутній, а КХ не видані до цього часу); вип. 77 "Професії (посади) працівників закладів освіти"(ЄТКД – відсутній, а КХ не видані); вип..79 "Ветеринарна діяльність"; вип. 86 "Реклама та реставраційні роботи (№ 61- ЄТКД).

При підготовці доповнень та змін до кваліфікаційних характеристик (КХ) суміжних професій передбачається тісна співпраця розробників КХ відносно включення до останніх спільних (специфічних) вимог у рішенні взаємопов'язаних задач:

- спільних та скоординованих зусиль органів фармацевтичного нагляду та силових структур у сфері законного та незаконного обігу наркотичних засобів та правил відпуску інших ліків;

- спільних зусиль у боротьбі з телерекламою ліків, парафармацевтичною продукцією, яка імітується під ліки та парамедицину;

- рішуча боротьба й заборона реклами пиво-горілчаных виробів та ганебним дизайном її привабливості, як відео-, так і аудіо ряду.

Над цими проблемами протягом 2012 р. та гострими дискусіями щодо їх вирішення, були спрямовані наші зусилля разом з вченими, організаторами практичної промислової фармації та неодноразово були обговорені у Міністерстві охорони здоров'я України, Держлікслужби й уряді України.

Саме тому на першому плані ми вважаємо за необхідне означити кадрові та інші не менше важливі нижченаведені проблемно-дискусійні напрями:

- кадрові проблеми, полягають у тому, що до цього часу не розроблені або не введені до ДК 003:2010 кваліфікаційні характеристики для науково-педагогічного персоналу; інституту "Уповноважених осіб"; персоналу пов'язаного зі створенням та виробництвом лікарських засобів їх сертифікації, ліцензування й атестації (як обов'язкової ліцензійної вимоги в діяльності та акредитації господарчих суб'єктів фармацевтичної галузі, незалежно від їх форми власності);

- розробка програм й формування концептуальних характеристик розвитку сімейної страхової фармації та її ролі в сучасному та перспективному розвитку охорони здоров'я населення України;

- планування й виконання наукових (дисертаційних) робіт за державним замовленням та вимогами часу; активної участі в нормотворчій і законодавчій діяльності та кваліфікованій експертизі проектів з фармацевтичного права з боку науковців, авторитетних представників професійних асоціацій, громадських організацій, тощо.

**РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ПРОИЗВОДСТВА НОВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Старунова Е.В., Панкратова О.Г.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Российская Федерация

llesia@rambler.ru

В ходе исследования осуществлен маркетинговый анализ рынка препаратов для лечения кандидоза ротовой полости; разработан состав, технология и проведено экономическое обоснование производства комбинированных, оромукозальных таблеток на региональном уровне.

Ключевые слова: кандидоз ротовой полости, маркетинговый анализ рынка, таблетированные лекарственные формы.

Кандидозное поражение слизистой полости рта составляет 41,7 % среди всех форм кандидоза и занимает третье место среди всех заболеваний полости рта [1,3,4]. Кандидоз – это довольно распространенная грибковая инфекция, вызванная, условно-патогенным грибом *Candida albicans*, который является постоянным представителем нормальной микрофлоры организма человека [1,2]. В большинстве случаев кандидоз лечится с применением местных лекарственных форм. Однако у людей со слабой иммунной системой требуется системное лечение, поскольку заболевание часто приобретает затяжной, хронический характер [5].

Однако имеющийся на сегодня ассортимент лекарственных средств для лечения кандидоза ротовой полости довольно ограничен. Поэтому создание новых эффективных препаратов для лечения данной патологии имеет большое значение.

Цель исследования – разработка состава и экономическое обоснование производства нового лекарственного средства для лечения кандидоза ротовой полости на региональном уровне.

Материалы исследования – модельные таблетированные смеси для лечения кандидоза ротовой полости; калькуляционные статьи регионального фармацевтического предприятия ОАО «Верофарм».

Методы исследования – контент-анализ; экономические; сравнения; статистический метод обработки полученных результатов с использованием ПЭВМ.

Результаты и обсуждение. Для реализации поставленной цели разработана концепция исследования, которая включает 3 этапа исследований: маркетинговое исследование рынка лекарственных средств (ЛС) для лечения кандидоза ротовой полости; разработка состава и технологии лекарственного препарата для лечения кандидоза ротовой полости; расчет экономических показателей производства нового препарата на региональном уровне.

На первом этапе проведен маркетинговый анализ ассортимента ЛС для лечения кандидоза ротовой полости. В ходе исследования выявлено, что региональный фармацевтический рынок представлен 32 препаратами и 23 торговыми наименованиями ЛС для лечения кандидоза ротовой полости. В большинстве случаев, действующим веществом является флуконазол (43,5%), в твердой лекарственной форме (82%), как правило, в виде капсул (57,7%). В общей структуре Белгородского рынка доминируют монопрепараты – 96%. По производственному признаку преобладают зарубежные ЛС (60%), лидирующей страной-производителем чаще всего является Индия (27%). Средний индекс обновления составляет 6%.

По аналогичным параметрам проведён маркетинговый анализ российского фармацевтического рынка. Установлено, что ассортиментный контур регионального рынка входит в границы российского и аналогичен ему по ключевым параметрам. К основным направлениям развития регионального рынка ЛС, на наш взгляд, следует отнести: обновление ассортиментных по-

зий препаратов для лечения кандидоза ротовой полости, преимущественно за счет увеличения доли отечественных ЛС комбинированного состава.

На втором этапе нами разработан состав и технология производства комбинированных, оромукозальных таблеток для лечения кандидоза ротовой полости.

В качестве действующих веществ выбраны флуконазол и гексетидин. Полные составы модельных смесей представлены в таблице 1.

Так, получение смесей для таблетирования проведено методом влажной грануляции. Для этого тщательно смешивали предварительно отвешенные, измельченные и просеянные наполнители. Затем добавляли флуконазол, увлажняли массу спиртом, с предварительно растворенном в нем гексетидином и осуществляли грануляцию. Сушку гранулята проводили при комнатной температуре.

Далее опудренные смеси прессовали, получали таблетки формы облонг с использованием пуансонов 8*16 мм. Проведен анализ полученных таблеток по параметрам, заложенным в нормативной документации с использованием стандартных методик (табл. 1).

Таблица 1

Показатели качества оромукозальных таблеток

Объект исследования	Показатели качества			
	Внешний вид	Средняя масса	Прочность на истирание, %	Время распадаемости, мин
Таблетки №1 (флуконазол, гексетидин, лактоза, целлюлоза микрокристаллическая, кальция стеарат, спирт этиловый 70%)	Форма облонг, без деформации, поверхность сухая, гладкая, без трещин и вкраплений; окраска белая, равномерная; без постороннего привкуса и запаха.	0,5337	99,542	7,99
Таблетки №2 (флуконазол, гексетидин, лактоза, сахароза, целлюлоза микрокристаллическая, кальция стеарат, спирт этиловый 70%)	Форма облонг, без деформации, поверхность сухая, гладкая, без трещин и вкраплений; окраска белая равномерная; без постороннего привкуса и запаха.	0,5153	99,672	16,47

Средняя масса одной таблетки, полученной из смеси №1 составляет 0,5337, отклонение от средней массы лежит в допустимых пределах и составляет $\pm 5\%$. Масса одной таблетки, полученной из смеси №2 равна 0,51525, отклонение составляет $\pm 4\%$ от средней массы, что лежит в допустимых пределах, указанных в нормативной документации. Средняя высота таблеток состава №1 и состава №2 равна 4,9 мм. Высота составляет 61% от ширины и 30% от длины таблетки.

Прочность таблеток №1 составляет 99,542% при относительной ошибке 0,05%. Прочность таблеток №2 - 99,672% с относительной ошибкой 0,02%. Таким образом, существенных различий по прочности таблетки, полученные из разных модельных смесей, не имеют. Среднее значение времени распадаемости таблеток экспериментальной смеси №1 составляет 7,986 мин. Время распадаемости таблеток, полученных из экспериментальной смеси №2 - 16,47 мин.

Таким образом, таблетки, полученные из модельной смеси № 1 и модельной смеси №2 имеют идентичные показатели, такие как внешний вид, средняя масса, прочность таблеток на истирание и имеют существенные различия в показателе распадаемость. Таблетки №2 имеют среднее время распадаемости 16,47 мин. и практически не имеют нерастворенных частиц, что может свидетельствовать о том, что высвобождение действующих веществ будет происходить достаточно длительно, а пациенты не будут испытывать неприятных ощущений при приеме, которые обусловлены значительным количеством нерастворимых или медленно растворимых веществ. В связи с этим, наиболее оптимальным составом для получения оромукозальных таблеток является состав №2, для которого нами далее разработана технологическая и аппаратурная схема производства.

На третьем этапе исследований проведены экономические расчеты для обоснования разработки и производства оромукозальных таблеток на предприятии.

Для расчета себестоимости калькуляционной единицей выбрано произ-

водство 1000 упаковок оромукозальных таблеток с флуконазолом и гексетидином для лечения кандидоза ротовой полости.

Далее осуществлен расчет по каждой статье калькуляции. При этом, заработную плату производственных рабочих определяли, согласно штатному расписанию регионального фармацевтического предприятия ОАО «Верофарм», а общепроизводственные расходы согласно распределению, заложенному в учетной политике организации. Результаты расчета представлены в таблице 2.

Таблица 2

Калькуляция себестоимости

№ п/п	Статья калькуляции	Сумма, руб.
1.	Сырье	4774,85
2.	Вспомогательные материалы	377,69
3.	Заработная плата производственных рабочих и отчисления на зарплату	4152,57
4.	Транспортные расходы	99,02
5.	Общепроизводственные расходы: - заработная плата общепроизводственного и вспомогательного персонала и налоги, - отчисления от заработной платы и страхование от несчастных случаев, - электроэнергия, теплоснабжение, водоснабжение и топливо, - амортизация - прочие расходы	14595,72
Производственная себестоимость		23 999,85

Таким образом, используя метод калькуляции себестоимости, в ходе работы установлено, что производственная себестоимость 1000 упаковок таблеток для рассасывания с гексетидином и флуконазолом №10 составляет 23 999,85 рублей.

Для учета объективных затрат на разработку и производство, с использованием метода «издержки плюс», рассчитана реальная себестоимость препарата.

Таким образом, согласно используемому методу, производственные рас-

ходы составляют всего 30% от всех затрат, следовательно учетом накладных расходов, реальная себестоимость 1000 упаковок составляет 79 999,5 рублей.

На следующем этапе нами проведены экономические расчеты по определению цены, прибыли и окупаемости препарата с использованием средней рентабельности работы предприятия ОАО «Верофарм» – 86% (таблица 3).

Таблица 3

Расчет экономических результатов

№ п/п	Параметр	Расчет	Результат	Примечание
1.	Прибыль в составе цены	$P_i = 79\,999,5 \cdot 86/100$	68 799,57 рублей	Средняя рентабельность 86%
2.	Цена 1000 упаковок	$C = 79\,999,5 + 68\,799,57$	148 799,07 рублей	
3.	Прибыль в год	$(148\,799,07 - 23\,999,85) \cdot 60$	7 487 953,20 рублей	При реализации 60 000 упаковок
4.	Окупаемость	$35\,000\,000 - 00 : 7\,487\,953,20$	4,67 года	При средних затратах 35 000 000 рублей

Исходя из приведенных расчетов, установлено, что при продаже 60 000 упаковок в год, разработка и производство нового препарата окупится за 4,67 года.

Заключение. В ходе данного исследования нами разработан состав и технология получения оромукозальных таблеток для лечения кандидоза ротовой полости, а так же проведен экономический расчет цены, себестоимости и окупаемости препарата. На следующем этапе планируется разработка маркетинговой концепции по продвижению нового лекарственного средства на фармацевтический рынок.

Список использованной литературы

1. Веселов, А. В. Микробиологические и фармакоэпидемиологические подходы к оптимизации терапии кандидоза [текст] автореф. дис. ... канд. мед.

наук: 14.00.25 / А. В. Веселов; [Смоленская государственная медицинская академия]. – Смоленск – 2005 – 111 с.

2. Железняк, В. А. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении кандидоза полости рта [текст] автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / В. А. Железняк ; [Самарский государственный институт]. – Самара – 2010 – 124 с.

3. Злобина, О. А. Диагностика, лечение и профилактика кандидоза слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом [текст] автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О. А. Злобина; [Казанская государственная медицинская академия]. – Казань – 2002 – 126

4. Лесовой, В. С. Кандидоз ротовой полости (обзор). / В.С Лесовой, А.В. Липницкий, О. М. Очкурова // Проблемы медицинской микологии. – 2003. – Т.5. – №1. – С. 13-16.

5. Шевяков, М.А. Стандартные подходы к диагностике и лечению кандидоза слизистых оболочек пищеварительного тракта / М. А. Шевяков // Проблемы медицинской микологии. – 2000. – Т.2. – №2 –С.53.

THE DEVELOPMENT OF COMPOSITION AND ECONOMIC'S SUBSTANTIATION THE PRODUCTION OF NEW MEDICINE FOR TREATMENT CANDIDIASIS OF THE ORAL CAVITY ON A REGIONAL LEVEL. Starunova E.V., Pankratova O.G.

In our work we realized marketing researches of medicines for treatment candidiasis of the oral cavity; we developed composition and technology; we proved production combined tablets for this pathology on a regional pharmaceutical market.

Key's worlds: candidiasis of the oral cavity, marketing research, the pelleted drug forms.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ИЗ РОДА ПОЛЫНЕЙ

Дуйшеналиев Н.К.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

nurik312@mail.ru

***Резюме.** Важная роль в сложении флоры Кыргызстана принадлежит видам рода *Artemisia L.*, которых насчитывается 40 видов. Сырьевые запасы полыни однолетней в Кыргызстане огромны. Из полыни однолетней выделено 137 биологически активных соединений, в том числе 10 тритерпенов, 7 кумаринов, 46 флавоноидов, которые могут послужить основой для разработки фитопрепаратов.*

В последние годы во всем мире значительно возрос интерес к лекарственным растениям, так как, во-первых, производство фармаконов на основе последних является экологически чистым, во-вторых, подобные фитопрепараты либо вообще не имеют побочных эффектов, либо имеют, но не в значительном проявлении [1].

Во всех странах мира ведется интенсивное изучение местных растений, в результате чего медицина обогащается новыми, более эффективными лечебными средствами. Большой интерес с точки зрения лекарственного использования представляет флора Кыргызстана, насчитывающая около 4 тысяч видов растений. Растительность и флора республики, благодаря большому разнообразию климато-географических районов, резкой контрастности природных условий, мозаична, богата и разнообразна сочетанием растительных сообществ, семейств и видов [2].

Важная роль в сложении флоры Кыргызстана принадлежит видам рода *Artemisia L.*, которых насчитывается около 40 видов. Они встречаются в разнообразных местах обитания: на степных склонах, на сухих лугах, залежах, берегах озер, песках, тяжелых глинистых почвах, солончаках и др. (табл. 1).

Виды полыней, произрастающих в Кыргызстане

№	Русское название	Латинское название
1	Полынь обыкновенная, чернобыльник	<i>Artemisi avulgaris L.</i>
2	Полынь сантолинолистная	<i>Artemisia santolinifolia Turcz.</i>
3	Полынь Турнефора	<i>Artemisia Tournefortiana Rchb.</i>
4	Полынь однолетняя	<i>Artemisia annua L.</i>
5	Полынь гребенчатая	<i>Artemisia pectinata Pall.</i>
6	Полынь австрийская	<i>Artemisia austriaca Jacq. (A. frigid Eichw.)</i>
7	Полынь Ашурбаева	<i>Artemisia Aschurbajevii Winkl. (A. sericea var. turkestanica C. Winkl. ex O. et B. Fedtsch.)</i>
8	Полынь рутолистная	<i>Artemisia rutifolia Steph.</i>
9	Полынь персидская	<i>Artemisia persica Boiss.</i>
10	Полынь зеленая	<i>Artemisia viridis Poljak. (A. viridifolia Ldb.)</i>
11	Полынь горькая	<i>Arremisia absinthium L.</i>
12	Полынь Сиверса	<i>Arremisia Sieversiana Ehrh. Ex Willd.</i>
13	Полынь крупнокорзиночная	<i>Aretmisia macrocephala Jacq. (A. Sieversiana var. pygmaea Kryl.)</i>
14	Полынь Сапожникова	<i>Arremisia Saposhnikovii Krasch.</i>
15	Полынь-эстрагон	<i>Arremisia dracunculus L.</i>
16	Полынь памирская	<i>Arremisia pamirica Winkl.</i>
17	Полынь метельчатая	<i>Arremisia scoparia W. et Kit.</i>
18	Полынь Шренка	<i>Arremisia Schrenkiana Ldb. (A. albida auct., non Spreng, A. maritime Ldb.)</i>
19	Полынь плотная	<i>Arremisia compacta Fisch. (A. albida Willd.)</i>
20	Полынь тьянь-шанская	<i>Arremisia tianschanica Krasch.</i>
21	Полынь розовоцветковая	<i>Arremisia rhodantha Rupr.</i>
22	Полынь обильная	<i>Arremisia prolix Krasch. Ex Poljak. (A. maritime auct. fl. As. Med.)</i>
23	Полынь Дубянского	<i>Arremisia Dubjanskyana Krasch. Ex Pol.</i>
24	Полынь Кнорринг	<i>Arremisia Knorringiana Krasch.</i>

25	<i>Полынь Коровина</i>	<i>Arremisia Korovinii Poljak.</i>
26	<i>Полынь белоземельная</i>	<i>Arremisia terrae – albae Krasch. (A. maritime auct. fl. As. Med.)</i>
27	<i>Полынь семеренческая</i>	<i>Arremisia heptapotamica P. Pol.</i>
28	<i>Полынь лессинговидная</i>	<i>Arremisia sublessigiana (Rell.) Krasch. Ex Poljak. (A. maritime var. sublessingiana Kell.)</i>
29	<i>Полынь заилийская</i>	<i>Arremisia transiliensis Poljak.</i>
30	<i>Полынь тонкорассеченная</i>	<i>Arremisia tenuisecta Nevski. (A. Grigorievi Krasch. ex Nevski, A. Karatavica Krasch. Et Abol. Ex Poljak., A. Glaucina Krasch. Ex Poljak., A. mukronulata (Poljak.) auct. fl. As. Med.)</i>
31	<i>Полынь Федченко</i>	<i>Arremisia Fedtschenkoana Krasch.</i>
32	<i>Полынь иссык-кульская</i>	<i>Arremisia issykkulensis P. Pol.</i>
33	<i>Полынь железистая</i>	<i>Arremisia glanduligera Krasch.</i>
34	<i>Полынь ферганская</i>	<i>Arremisia ferganensis Krasch. Ex Poljak. (A. maritima auct. fl. As. Ved.)</i>
35	<i>Полынь вытянутая</i>	<i>Arremisia porrecta Krasch. Ex Nevski et ex Poljak. (A. maritima auct. fl. As. Ved.)</i>
36	<i>Полынь поздняя</i>	<i>Arremisia serotina Bge. (A. Maracandica Bge., fragrans Bornm., A. maritima auct. fl. As. Ved.)</i>
37	<i>Полынь наманганская</i>	<i>Arremisia namanganica Poljak. (A. uzbekistanica Poljak.)</i>
38	<i>Полынь Лемана</i>	<i>Arremisia Lehmanniana Bge. (A. Korshinskyi H. Krasch. ex P. Pol.)</i>
39	<i>Полынь ситниковидная</i>	<i>Arremisia juncea Kar. Et Kir. (A. multifida Kar. et Kir., A. macrosciadia Poljak.)</i>
40	<i>Полынь беловатая, камфорная полынь</i>	<i>Arremisia leucodes Schrenk.</i>

Эти растения представляют собою однолетние, двулетние или многолетние травы, полукустарники, реже – кустарники. Очень мелкие цветки полыней собраны в корзинки, которые вместе образуют метельчатые, кистевидные или колосовидные общие соцветия. В корзинке все цветки одинаковые, трубчатые, обоеполые, или же краевые цветки, расположенные в один ряд,

трубчатые, пестичные (женские), а более или менее многочисленные внутренние или, как их называют, цветки диска, – обоеполые, или же тычиночные (мужские). Корзинки с одинаковыми цветками называют гомогамными, с разными – гетерогамными. Снаружи корзинок имеются «обертки» из черепитчато расположенных листочков. По форме обертки бывают полушаровидные, яйцевидные, чашевидные или бокаловидные; листочки их травянистые, кожисто-травянистые, голые или волосистые, все или только внутренние по краю с пленчатой каймой, причем наружные листочки немного или значительно меньше внутренних. Цветоложе выпуклое, коническое или полушаровидное, голое или б. м. волосистое. Венчики пестичных цветков очень узкие, иногда нитевидно-трубчатые, с 2-3 зубцами, почти бесцветные, или же они окрашенные, трубчатые, с 2-3-4 зубцами. Венчики цветков диска в верхней части обычно колокольчато или бокальчато-расширенные, пятизубчатые, желтые, красновато-фиолетовые, пурпуровые. Пыльники на верхушке с придатками ланцетной или ланцетно-продолговатой формы; столбики двураздельные; лопасти рыльца у краевых пестичных цветков узколинейные, на верхушке без волосков или ресничек, у обоеполых цветков диска – линейные, на верхушке усеченные, с бородкой из отстоящих волосков. Столбики недоразвитого пестика у тычиночных цветков цельные, с торчащими реснитчатыми волосками или спаянными на верхушке лопастями [3].

Различные виды полыней распространены по всей территории Кыргызстана. Например, на западном Тянь-Шане произрастают такие виды полыней, как полынь зеленая, полынь тонкорассеченная, полынь Ашурбаева, на центральном Тянь-Шане полынь ситниковидная, полынь розовоцветковая, полынь Шренка, полынь тянь-шаньская, полынь плотная, полынь крупнокорзинчатая. Большое видовое богатство полыней можно найти в Ферганской долине, а так же в котловине озера Иссык-Куль. Полыни распространены на Алайском, Чаткальском, Кетмен-Тюбинском хребтах, Таласском Ала-Тоо, Кунгей и Тескей Ала-Тоо. Ареал распространения полыни однолетней находится по всей территории Кыргызстана (рис.1).



Рис. 1. Ареал полны однолетней в Кыргызстане
(----- красным штрихом отмечены места произрастания)

Поскольку одним из основных отраслей хозяйственной деятельности в Кыргызстане является животноводство, ряд полней вызывают значительный практический интерес в качестве корма и считаются кормовыми. Ряд полней, произрастающих на территории Кыргызстана, на данный момент еще не исследованы. А другие полны как полень обыкновенная, полень австрийская, полень однолетняя, полень горькая, полень зеленая, полень-эстрагон, полень Сиверса, полень рутолистная, полень поздняя, полень Турнефора, полень крупнокорзиночная, полень сантолинолистная, полень персидская, полень ферганская, полень тонкорассеченная, полень беловатая, полень тьянь-шаньская, полень ситниковидная имеют лекарственное значение (рис. 2).

Различные виды полны издавна применяются в народной медицине в виде отваров, настоек, как горечи возбуждающие аппетит, являются составляющей

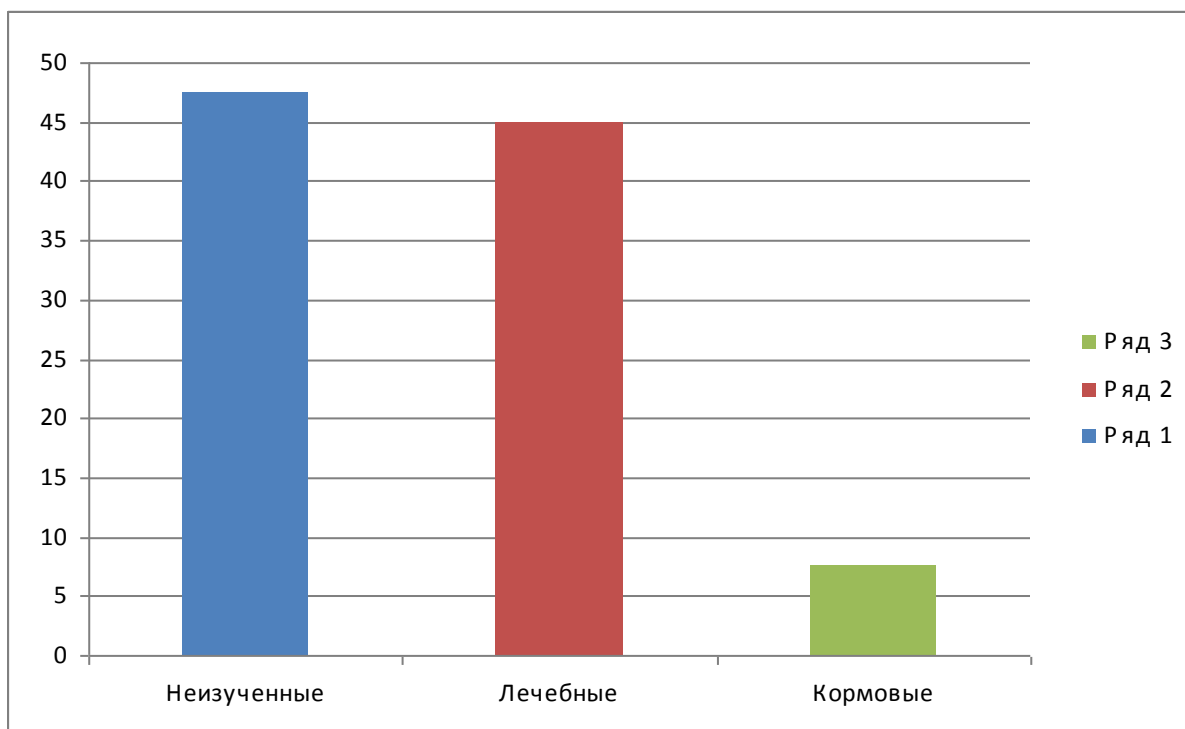


Рис. 2. Использование видов полыней частью желудочных таблеток и капель, желчегонных сборов.

В полынях присутствуют эфирные масла, разного состава, для многих видов установлено наличие алкалоидов и других химических соединений, имеющих санитарно-диетическое и лекарственное значение. Таким образом, полыни являются эфирноносными лекарственными растениями. Эфирные масла полыни являются перспективными источниками получения фитопрепаратов и широко применяются в качестве антимикробных, противовоспалительных, спазмолитических, антисептических, фунгицидных и других средств.

Среди лекарственных полыней важное место занимает полынь однолетняя (*Artemisia annua* L.) и на сегодняшний день он является актуальным для изучения и получения из него фитопрепаратов.

Полынь однолетняя – это однолетнее растение 30-100 см высоты. Стебель прямостоячий, ребристый, буроватый или буровато-зеленый, разветвленный. Нижние и средние стеблевые листья на черешках, верхние сидячие; листовая пластинка нижних листьев в очертании широкояйцевидная (3-5 см дл. и 2-4 см шир.), трижды перисторассеченная. Нижние прицветные листья дважды перисторассеченные; верхние более мелкие, перисторассеченные или

цельные. Корзинки шаровидные (2-3 мм в диам.), на тонких ножках, собраны в боковых веточках метелки. Краевые цветки пестичные, в числе 15-20, с узкотрубчатым, почти бесцветным венчиком; срединные многочисленные (до 35), с узкоконическим ярко-желтым венчиком. Плоды – семянки, продолговато-яйцевидные (1-1,3 мм дл.) Цветет в июле – сентябре, плодоносит в августе – октябре [3].

Сырьевые запасы полыни однолетней в Кыргызстане огромны. Она широко распространена в полупустынях, мелко дерновинных степях, лугостепях, вдоль арыков и на предгорьях по всей территории Кыргызстана.

Из полыни однолетней выделено 137 биологически активных соединений, в том числе 40 сесквитерпенов, 10 тритерпенов, 7 кумаринов, 46 флавоноидов, которые могут послужить основой для разработки фитопрепаратов [4].

Нами методом перегонки с водяным паром было получено эфирное масло из полыни однолетней. Были проведены исследования эфирного масла на подлинность и доброкачественность, которые показали, что в состав эфирного масла входит камфора, мирцен, пинен, цинеол, артемезиакетон, борнеол, уксусная и масляная кислоты.

Из литературных данных известно, что эфирное масло из полыни однолетней в экспериментах на животных и при клиническом испытании проявил высокую эффективность при лечении малярии, в том числе устойчивых ее форм, встречающихся в тропиках [5]. На сегодняшний день страны, производящие артемизинин, содержащийся в эфирном масле полыни однолетней, обеспечивают около четверти потребности мирового здравоохранения [6]. По примеру же китайской медицины полынь однолетняя используется при лечении гнойничковых, кожных заболеваний, экземе, а так же чесотке.

Все вышеуказанное является свидетельством того, что проблема рационального использования фитопрепаратов из травы полыни однолетней требует более детального изучения.

Литература:

1. Шалпыков К.Т., Асанбаев А.М., Рекомендации по технологии размножения и выращивания облепихи крушиновидной (*Hippophaerhamnoides*L.) в условиях Кыргызстана. – Кыргызстан, Бишкек. –2011– с. 4.
2. Алимбаева П.К., Нуралиева Ж.С., Арбаева З.С., Шамбетов Т.М., Лекарства вокруг нас. – Кыргызстан, Фрунзе. –1978. – с. 3-4.
3. Никитина Е.В., Убукеева А.У., Полыни Киргизии и их хозяйственное значение. – Фрунзе. –1964. – с. 5-6.
4. Bhakuni, R.S. Secondary metabolites of *Artemisia annua* and their biological activity / R.S. Bhakuni, D.C. Jain, R.P. Sharma // Current science. 2001. –Vol. 80. – № 1. – P 35-48.
5. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. Душанбе, 1989, 238 с.
6. Толстикова Т. Г., Толстиков Г.А., Лекарства из растительных веществ. Новосибирск. – 2010. – 215 с.

Resume. *The important role in the flora of Kyrgyzstan belongs to species of Artemisia, which there are 40 species. Kyrgyzstan has huge reserves in Artemisia annua. There are 137 biologically active compounds in Artemisia annua, including 10 triterpens, 7 coumarins, 46 flavonoids, which can be used to develop herbal remedies.*

ЭКОЛОГО - МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТРАВЫ ПОЛЫНИ ЗЕЛЕННОЙ

Исмаилова Д.Н.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызстан

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

anarbuu@mail.ru

Резюме. Целью исследования является определение подлинности травы полыни зеленой. Проведенный эколого – морфологический анализ показал подлинность травы полыни зеленой, произрастающей в Кыргызстане.

В последние десятилетия отмечается заметное ухудшение экологической обстановки во многих регионах Кыргызстана, что оказывает негативное влияние на состояние растительности, в том числе и на лекарственные растения. Большинство эксплуатируемых зарослей лекарственных растений расположено в зоне активной хозяйственной деятельности человека, на доступных в транспортном отношении территориях. К ним относятся зоны, прилегающие к населенным пунктам, автомобильным и железным дорогам, сельскохозяйственным полям и фермам, промышленным предприятиям.

Экосистемы этих территорий имеют высокий уровень загрязняющих веществ. Интенсивные антропогенные воздействия на окружающую среду неизбежно проявляются в загрязнении лекарственных растений. Произрастая в неблагоприятных экологических условиях, растения накапливают несвойственные для них химические вещества, либо вещества в несвойственных растениям концентрациях. Загрязненное лекарственное растительное сырье и фитопрепараты, полученные из такого сырья, являются одним из источников поступления ксенобиотиков в организм человека. Ксенобиотики вызывают серьезные нарушения работы различных органов и систем организма, многие из них меняют в организме человека фармакологическую активность лекарственных веществ [3,7].

К основным антропогенным факторам, оказывающим наиболее существенное негативное влияние на дикорастущие лекарственные растения, относятся:

- загрязнение окружающей среды промышленными предприятиями;
- загрязнение окружающей среды автомобильным и железнодорожным транспортом;
- использование в сельском и лесном хозяйстве пестицидов, азотных удобрений и других химикатов;
- загрязнение окружающей среды в результате техногенных катастроф;
- неблагоприятные климатические условия, требующие высокого удельного энергопотребления и других эксплуатационных затрат;
- низкий технологический уровень многих подготовительных и производственных процессов; медленная обновляемость основных производственных фондов, их высокий износ и аварийность; большая отходность производства;
- значительная территориальная неравномерность распределения ресурсов, плотности населения и хозяйственного потенциала; большая протяженность энергетических и транспортных коммуникаций.

Согласно исследованиям, все классы систем материального мира Земли замкнуты в одну динамическую суперсистему, которая называется ЧЭБС: «Человек – Экономика – Биота - Среда» (рис.1)

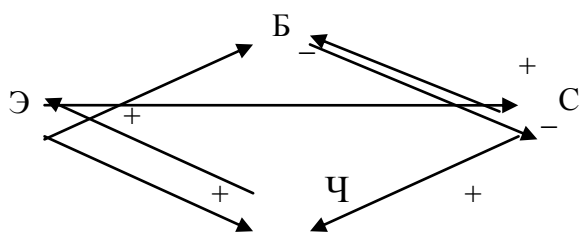


Рисунок 1. Система ЧЭБС

Система ЧЭБС состоит из четырех компонентов:

1. биота;
2. среда;
3. человек;
4. экономика.

Биота (Б) – это живая природа, совокупность живых организмов биосферы Земли. Под “Средой” (С) подразумевается и природная, и окружающая человека среда как совокупность непосредственно воздействующих на людей условий обитания. “Человек” (Ч) представляет всё человечество. “Экономика” (Э) обозначает всё человеческое хозяйство, все материальные и ценностные субъекты и формы хозяйственной деятельности (включая ресурсы недр, производство, технику), прямо или косвенно воздействующие на природу планеты и окружающую человека среду. Двусторонняя связь “человек \leftrightarrow экономика”, обладает признаками контура с положительной обратной связью. В XX веке, особенно во второй его половине, эта система находилась в состоянии экспоненциального роста, который лишь частично сдерживался дефицитом ресурсов и лимитирующими факторами среды [3].

Связь “экономика \rightarrow биота” в данной модели односторонняя и имеет отрицательный знак, поскольку экономика выступает в этой связи исключительно как потребитель и нарушитель, а биота, как ресурс обладает конечным, хотя и большим объёмом и до некоторых пределов пассивна по отношению к эксплуататору - экономике. Осуществляемые человеком восстановительные усилия и возраст веществ, которые могут быть использованы в природном круговороте, ничтожны по сравнению с объёмом изъятия и порчи природных ресурсов.

Такой же характер имеет и связь “экономика \rightarrow среда”. Отличие заключается в ином соотношении “порчи” и “изъятия”. Темпы загрязнения сейчас намного превосходят способность природных систем к очистке среды. Именно эта способность живой природы — формировать и регулировать среду отражена в модели положительной связью “биота \rightarrow среда”, а лимитирующее действие среды — отрицательной связью “среда \rightarrow биота”.

Связь “среда \rightarrow человек” практически односторонняя и положительная, поскольку благополучие человека существенно зависит от состояния среды, но пока ещё не так заметно, как в природе, лимитируется ресурсами и факто-

рами среды. Воздействие человека на биоту и среду практически полностью опосредовано экономикой.

В целом система ЧЭБС имеет отрицательный знак, т.е. обладает свойствами контура с отрицательной обратной связью и должна быть способной к авторегуляции. Благополучие человечества обусловлено двумя положительными связями: $\text{Э} \rightarrow^+ \text{Ч} \leftarrow^+ \text{С}$, причём сами люди отдают явное предпочтение первой из них - получению производственных ценностей. Поскольку число людей (Ч) и их потребности растут, увеличивается и продукция экономики (Э). Следовательно, рост экономики сопровождается и ростом его вредного действия - увеличением негативного техногенного давления на природу и окружающую среду, а через них и на человека.

Миллиарды лет существовала устойчивая система $\text{Б} \leftrightarrow^+ \text{С}$, и наши предки сравнительно недавно естественным путём вошли в её сообщество. Два миллиона лет они жили в согласии с природой, потребляя только то, что им было выделено по естественному закону. Но постепенно они создали неустойчивую, быстро растущую систему $\text{Ч} \leftrightarrow^+ \text{Э}$. И всего два столетия - миг по масштабам эволюции - она наращивает конкуренцию с породившей её природной системой, уничтожая другие виды, захватывая чужие ресурсы, осуществляя глобальный экоцид. Видимо, в пределах такого же масштаба времени по закону обратной связи вся суперсистема должна стабилизироваться, стать равновесной. Это неизбежно. Вопрос лишь в том, сохранится ли при этом вся структура ЧЭБС или останется только БС - ограбленная и изуродованная человеком природа планеты, которой понадобятся миллионы лет, чтобы залечить раны, но которая уже никогда не станет прежней. Именно человек запустил бумеранг техногенеза по замкнутой орбите ЧЭБС и человек сейчас находится под его ударом, опосредованным окружающей средой. Вся система ЧЭБС и природа, и человечество находятся сейчас в точке бифуркации, может быть, самой драматичной в истории Земли. Необходим выбор новой разумной стратегии. Но возможности выбора очень ограничены [7].

Состояние здоровья населения Кыргызстана ухудшается под двойным прессом неблагоприятных экологических и экономических условий. Наибольшую тревогу вызывают различные заболевания, их хронизация, потеря трудоспособности и сокращение жизни, обусловленные плохими экологическими и гигиеническими условиями проживания и труда. Поэтому на сегодняшний день актуально применять фитопрепараты на основе экологически чистого лекарственного растительного сырья. Одним из видов является полынь зеленая, которая произрастает очень высоко в горах Кыргызстана.

Нами изучены ареал и экология полыни зеленой в течение нескольких лет в трех регионах Республики: Ошская область (Алайский район), Нарынская область (Каратал-Жапырский заповедник), Иссык-Кульская область (Хан-Тенгри). Полынь зеленая встречается в поясах субальпийских лугов, разнотравных степей, лугостепных типчяковых полынных, нередко образует чистые заросли с единичными видами типчяка и мятлика. Полынь зеленая, произрастающая в этих регионах, отличается по морфологической характеристике только по высоте и по размеру цветочных корзинок [4,5].

Собранная нами полынь зеленая - это многолетнее травянистое растение высотой 10-60 сантиметров, образующее рыхлые дерновины. Корень деревянистый, стержневой и множество тонких корешков, отходящих от лежащих частей стебля и образующих мочки. Стебли высотой 6-20 см, прямостоячие, многочисленные, неветвистые, при основании древеснеющие, в нижней части буроватые, усаженные пленками. Кроме обильных, укороченных, густооблиственных нецветущих побегов, имеется несколько или много толстых, красно-фиолетовых, реже зеленых, шерстисто-волосистых плодущих. Листья толстоватые, морщинистые, с точечными железками, голые или слегка волосистые, 1,5-5 см в длину и 1-2,5 см в ширину, сидячие, перисторассеченные 8-10 парные, в очертании линейные. Корзинки 6-7 мм шириной, многоцветковые, отклоненные или поникающие, расположены в кистевидном или колосовидном соцветии, редко - в метельчатом. Цветоложе волосистое. Краевые цветки пестичные; венчик их узкотрубчатый, точно - железистый; лопасти

рыльца чуть выставляются из венчика. Цветки диска красно- бурые многочисленные (до 60); венчики их конические, точечно - железистые; лопасти рыльца короткие. Плод – семянка, имеет продолговато - яйцевидную, бороздчатую форму.

Полынь зеленая издавна применяется в народной медицине в виде настоев, как горечь возбуждающая аппетит и желчегонных сборов. Однако, до настоящего времени не уделялось большое внимание изучению полыни зеленой, которая произрастает на территории Кыргызской Республики высоко в горах, в экологически чистых условиях [1,2,6].

Резюмируя данное исследование, в целом следует отметить, что дальнейшее изучение фитохимического состава травы полыни зеленой и разработка фитопрепаратов на основе местного лекарственного растительного сырья является актуальным.

Литература:

1. Алимбаева П.К. Состояние заготовок лекарственного растительного сырья в Кыргызской ССР. // Растительные ресурсы. - 1988 - Т.24 №2 - с. 182-187.
2. Краснов Е.А., Саратиков А.С. Значение эмпирической медицины в создании новых лекарственных средств.//Лекарственные растения в традиционной и народной медицине. - Улан-Удэ, 1987. – с. 84-85.
3. Кормилицин В.И., Цицкишвили Н.С., Яломов Ю.И. Основы экологии. М., 1997.
4. Муравьев А.Д. Фармакогнозия. Издательство «Медицина», М., 2002.
5. Никитина С.В., А.У. Убукеева «Полыни Киргизии и их хозяйственное значение», изд. Академии наук Кыргызской ССР, Фрунзе, 1964.- 54 с.
6. Попов А.П. Лекарственные растения в народной медицине.- Киев: Здоровье, 1970.
7. Рейнер Н.Ф. Экология (теории, законы, правила, принципы, гипотезы) – М., Россия молодая -99.

Ecologic and Morphologic Monitoring of Summer- fir (*Artemisia Willd*)

Ismailova D.N.

The subject of research is to identify the genuineness of Artemisia Willd. The have carried out ecological monitoring of Artemisia Willd growing in Kyrgyzstan, where we have indefinited the genuineness of Artemisia Willd.

ІМЕННИЙ ПОКАЗЧИК

Harriet Bonabaana	195
Sobeh Mohamed	270
Tatis Anastasia	272
Абделькрим Манар	52
Алекперова Н.В.	3, 46
Андреева И.Н.	203, 354, 358
Арстанбекова А.А.	9
Бабак Т.Н.	127
Бабець М.М.	42
Багирова В.Л.	52
Базаренко І.С.	315
Байгуш Ю.В.	135, 144, 209
Баркаев Г.С.	294
Беда Н.П.	27
Бережная Е.С.	62, 66, 81, 98, 102, 176
Бидарова Ф.Н.	354
Білик І.П.	308
Бозрова Ж.М.	81, 176
Бондарева Т.М.	294, 317
Бурсаков А.В.	331
Бучковський Г.В.	340
Бушина Н.С.	155
Бушуєва І.В.	225, 264
Вальдовський А.О.	245
Васіліна Н.Ю.	6
Воронов А.В.	358
Габриелян Н.В.	35, 62
Гавриленко Н. А.	264
Галицька О.С.	123
Галій Л.В.	32
Гарумова М.А.	294
Геллер Л.Н.	27, 165
Гергиева И.В.	354
Германюк Т.А.	335
Главатчук А.В.	235
Гончаров Ж.В.	66, 102
Гордиенко В.В.	317
Гореньков В.Ф.	109
Гореньков С.В.	109
Горин С.Ф.	62
Горілик А.В.	25

Городецька В.І.	14
Городецька І.Я.	60, 285, 338
Горчанюк А.	121
Громова-Стасюк С.О.	30
Громовик Б.П.	25, 130, 158, 343
Грошовий Т.А.	183
Грушковська Д.Т.	73, 313
Данилова М.А.	66
Дацко А.Й.	235
Демченко В.О.	340
Демчук М.Б.	183
Дереглазова Ю.С.	325
Доброва В. Є.	351
Дорикевич К.І.	346
Дорохова Л.П.	241
Дорохов М.О.	291
Дорохов О.В.	241
Доскоч Є.А.	60
Дрёмова Н.Б.	155, 189, 248
Дудар Г.М.	240, 301
Дударь А.Н.	135
Дудка М.В.	237
Дудина А.С.	280
Дуйшеналиев Н.К.	375
Євтушенко О.М.	263, 364
Жадько С.В.	237
Жирова І.В.	125
Журавель М.А.	280
Загорій Г.В.	76
Захарчук М.І.	338
Ильинская Н.И.	194
Исмаилова Д.Н.	383
Іванюлик І.І.	213, 308
Івко Т.І.	335
Кабаківа Т.І.	274
Кабачна А.В.	348
Кабачний О.Г.	348
Кайдалова А. В.	12
Калайчева С.Г.	121
Карнышева Н.Г.	81, 176
Касютина О.Л.	294
Кирпач О.В.	366
Кір'якулова Т.С.	244
Ключак А.І.	305
Кобец М.Н.	194, 233

Кобец Ю.Н.	119, 127
Коваленко С.М.	14
Корж Ю.В.	125
Коржавых Э.А.	16, 248
Корнієнко О.М.	42, 226
Котвіцька А.А.	186
Кошель М.С.	35
Крапивна Ю. О.	233
Краснянська Т.М.	366
Кричковська А.М.	158
Кроль Я.Ю.	231
Кузнецов О.А.	229
Курило Х.І.	183
Кутова Д.В.	215
Лактіонова Ю.С.	187
Лебединець В.О.	14, 331
Літвиненко М.В.	128
Мазин Н. П.	274
Максименко О.В.	201
Максимкина Е.А.	62, 66, 98, 102
Малярець Л.М.	291
Масюта Ю.А.	215
Міщенко В.І.	268
Мнушко З.Н.	3, 79, 89, 154, 237, 245, 256, 364
Молодожонова О.О.	225
Морозов В.А.	189
Москвитин А.А.	98
Мошкова Л.В.	16
Мунес Алабдулла	237
Мурашко Ю.И.	325
Мымрина А.Л.	165
Наумова О.Е.	288
Немченко А.С.	45, 212, 268
Новіков В.П.	158
Олійник О.Е.	263
Ольхова І.В.	315
Ольховская А.Б.	3
Опанасенко А.В.	119
Панкратова О.Г.	368
Панфілова Г.Л.	303
Панькевич О.Б.	130
Парацин Ж.Д.	158
Парфейников С.А.	35, 52, 62, 81, 89, 176, 294, 317
Пестун И.В.	89, 187
Півень О.П.	220, 222

Поварчук Т.Я.	209
Подберезный А.А.	89
Пономаренко М.С.	366
Прилипко Н.А.	218
Притула Р.Л.	310
Прокіп С.Є.	343
Просяник Л.Ф.	240
Пругло Є.С.	215
Пыленко В.И.	52
Райкова Т.С.	215
Ратушна К. Л.	351
Рогуля О.Ю.	3
Романчук М.І.	226
Ромелашвілі О.С.	331
Руденко В.В.	310
Самборський О.С.	209
Сафиуллина З.Р.	256
Семенів Д.В.	144
Серопян Т.М.	32
Сімонян Л.С.	212
Сліпченко Г.Д.	220
Слободянюк Н.Н.	135, 144, 209, 240, 301
Соловйов О.В.	366
Софронова И.В.	270
Спичак И.В.	280, 325
Старунова Е.В.	368
Сушарина І.В.	45
Тиманюк И.В.	3, 154, 195, 256, 272
Ткаченко Н.О.	123, 132, 207, 229, 231, 244
Токарев Н.Н.	358
Трусь С.А.	109
Тутутченко Е. В.	89
Удовенко О.О.	285
Унгурян Л.М.	130
Ушкалова О.М.	158
Федурця О.В.	73
Федяк І.О.	201, 213, 308
Харченко А.О.	79
Хачатрян М.М.	203
Хоменко В.М.	45
Хоменко І.М.	158
Цахилова Е.Н.	203
Ціхонь Г.М.	222, 301
Цурікова О.В.	303
Чепель Ю.Г.	207

Червоненко Н.М.	123, 132, 340
Чернуха В.М.	268
Чигринова М. Г.	303
Чмихало Н.В.	186
Чухрай І.Л.	305
Шевченко Н.Р.	313
Шелкова Е.В.	348
Шматенко О.П.	310
Шульга Ю.В.	62
Юрченко А.М.	267
Юрченко Г.М.	267
Ялпы Л.С.	46
Ясенев А.А.	280

ЗМІСТ (ОГЛАВЛЕНИЕ)

МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В СИСТЕМЕ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА В ФАРМАЦИИ Мнушко З.Н., Рогуля О.Ю., Ольховская А.Б., Тиманюк И.В., Алекперова Н.В.....	3
ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ДЛЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ГАЛУЗІ У ВИЩІЙ ШКОЛІ МЕНЕДЖМЕНТУ У ВАРШАВІ Васіліна Н.Ю.....	6
АКТУАЛИЗАЦИЯ КРЕДИТНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ Арстанбекова А.А.....	9
ДО ПИТАННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ Кайдалова А. В.....	12
АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАХІВЦЯ З ЯКОСТІ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ Городецька В.І., Лебединець В.О., Коваленко С.М.....	14
ЗНАЧЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ Мошкова Л.В., Коржавых Э.А.....	16
ВИВЧЕННЯ ДУМКИ ПРОВІЗОРІВ СТОСОВНО СТРУКТУРИ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ Громовик Б.П., Горілик .В.....	25
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМУ МАРКЕТИНГУ Геллер Л.Н., Беда Н.П.....	27
ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕНЕДЖМЕНТУ Громова-Стасюк С.О.....	30
ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС ЯК СУЧАСНИЙ ЕЛЕКТРОННИЙ	

ОСВІТНІЙ РЕСУРС ТА ВИМОГИ ДО ЙОГО РОЗРОБКИ Галій Л.В., Серопян М.....	32
ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ГАРМОНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА СТРАН СНГ В СФЕРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ. Габриелян Н.В., Кошель М.С., Парфейников С.А.....	35
ОСОБЛИВОСТІ ОПОДАТКУВАННЯ ТА ПОДАТКОВИХ ПЕРЕВІРОК ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ Корнієнко О.М., Бабець М.М.....	42
СТАНОВЛЕННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ ТА УКРАЇНІ Немченко А.С., Хоменко В.М., Сушарина І.В.....	45
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РАДИОЛОГИИ ИМ. Н. Н. АЛЕКСАНДРОВА» РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Ялпы Л.С., Алекперова Н.В.....	46
РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Абдельkrim Манар, Багирова В.Л., Пыленко В.И., Парфейников С.А.....	52
АСПЕКТИ ПОСИЛЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА ОБІГОМ НАРКОТИЧНИХ І ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН Доскоч Є.А., Городецька І.Я.....	60
РЕГУЛИРОВАНИЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕФЕРЕНТНОЙ ЦЕНЫ ДЛЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ Бережная Е.С., Горин С.Ф., Максимкина Е.А., Парфейников С.А., Шульга Ю.В., Габриелян Н.В.....	62
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА И КОНКУРЕНТНО СПОСОБНОСТЬ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕГИОНАЛЬНУЮ ИНФРАСТРУКТУРУ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА. Бережная Е.С., Гончаров Ж.В., Максимкина Е.А., Данилова М.А.....	66
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ МАКРОСЕРЕДОВИЩА НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФІРМ Федурця О.В., Грушковська Д.Т.....	73

НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРИНЦИПИ ПОЕТАПНОЇ ПІДГОТОВКИ РЕКОНСТРУКЦІЇ, МОДЕРНІЗАЦІЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПрАТ "ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА "ДАРНИЦЯ" Загорій Г.В.....	76
ПРО ВПЛИВ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ АПТЕКИ Мнушко З.М., Харченко А.О.....	79
ИЗУЧЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНОГО И СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ Карнышева Н.Г., Бозрова Ж.М., Бережная Е.С., Парфейников С.А.....	81
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ И МАРКЕТИНГОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ИМИ Пестун И.В., Мнушко З. Н., Тутутченко Е. В.....	89
ИНСТРУМЕНТЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ПРЕДПРИЯТИЕМ Бережная Е.С., Максимкина Е.А. Москвитин А.А., Парфейников С.А., Подберезный А.А.....	98
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ РАБОТНИКОВ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Бережная Е.С., Максимкина Е.А., Гончаров Ж.В.....	102
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА В АПТЕКАХ Гореньков В.Ф., Гореньков С.В., Трусъ С.А.....	109
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ Кобец Ю.Н., Опанасенко А.В.....	119
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОТИВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНИЗАЦИИ Калайчева С.Г., Горчанюк А.....	121
ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ПРОФЕСІЇ Червоненко Н.М., Ткаченко Н.О., Галицька О.С.....	123
ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВУЗІВ Жирова І.В., Корж Ю.В.....	125

ИЗУЧЕНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ Кобец Ю.Н., Бабак Т.Н.....	127
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОБРАНОЇ СТРАТЕГІЇ НАУКОВО- ТЕХНІЧНОГО РОЗВИТКУ НА ПОТРЕБУ В ТРУДОВИХ РЕСУРСАХ Літвиненко М.В.	128
ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ВИБОРУ ПРОВІЗОРСЬКОГО ФАХУ Громовик Б.П., Панькевич О.Б., Унгурян Л.М.....	130
ЩОДО ІНФОРМОВАНOSTІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ З ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.....	132
ОЦЕНКА БРЕНДА НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Байгуш Ю. В., Дударь А.Н., Слободянюк Н.Н.....	135
ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА ТА СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ Байгуш Ю.В., Семенів Д.В., Слободянюк М.М.....	144
STRENGTHS AND WEAKNESSES OF CHAOS THEORY IN MARKETING Mnushko Z.M., Timanyuk I.V.....	154
МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Бушина Н.С., Дремова Н.Б.....	155
ВІДОМЧА ЛІКАРНЯНА ФАРМАЦІЯ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Кричковська А.М., Ушкалова О.М., Громовик Б.П., Хоменко І.М., Паращин Ж.Д., Новіков В.П.....	158
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ – ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАЦИИ Мырина А.Л., Геллер Л.Н.....	165
ИЗУЧЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНОГО И СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ Карнышева Н.Г., Бозрова Ж.М., Бережная Е.С., Парфейников С.А.....	176

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕК НА ПРИКЛАДІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ Демчук М.Б., Курило Х.І., Грошовий Т.А.....	183
РОЗВИТОК ПРОГРАМИ ЛОЯЛЬНОСТІ СПОЖИВАЧІВ У РОЗДРІБНОМУ СЕКТОРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ Котвіцька А.А., Чмихало Н.В.....	186
ПРО ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-САЙТІВ АПТЕК Пестун І.В., Лактіонова Ю.С.....	187
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ АЛАНИЯ О ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ Морозов В.А., Дремова Н.Б.....	189
ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОБСЛУЖИВАНИЯ В АПТЕКАХ ФОРМАТА САМООБСЛУЖИВАНИЯ Кобец М.Н., Ильинская Н.И.....	194
FACTORS LEADING TO THE PERSISTENT INCREASE OF IRRATIONAL DRUG USE in Uganda Harriet Bonabaana, Timanyuk Iryna.....	195
МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАРЕЇ Федяк І.О., Максименко О.В.....	201
ИССЛЕДОВАНИЕ НОМЕНКЛАТУРЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ Цахилова Е.Н., Андреева И.Н., Хачатрян М.М.....	203
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ Чепель Ю.Г., Ткаченко Н.О.....	207
МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ ПРОТИАЛЕРГІЙНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ Самборський О.С., Слободянюк М.М., Байгуш Ю.В., Поварчук Т.Я.....	209
ДОСЛІДЖЕННЯ ЦІНОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Немченко А.С., Сімонян Л.С.....	212

МІСЦЕ АМІЗОНУ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА РЕЗУЛЬТАТ АНАЛІЗУ ЙОГО ОПТОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ Федяк І.О., Іванюлик І.І.....	213
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВАННЯ ГІПОЛІПІДЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ Райкова Т.С., Масюта Ю.А., Пругло Є.С., Кутова Д.В.....	215
МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МАРКЕТИНГОВОГО АНАЛІЗУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ Прилипко Н.А.....	218
МАРКЕТИНГОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НООТРОПНОЇ ДІЇ ІЗ ШОЛОМНИЦІ БАЙКАЛЬСЬКОЇ Півень О.П., Сліпченко Г.Д.....	220
ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ РИНКУ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ГРУПИ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ Півень О.П., Ціхонь Г.М.....	222
АЛГОРИТМ РОЗРОБКИ АНКЕТИ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ПОХИЛОГО ВІКУ Молодогонова О.О., Бушуєва І.В.....	225
ПОЗИЦОНУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Романчук М.І., Корнієнко О.М.....	226
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРОТИ ДЕМОДЕКОЗНОЇ ІНВАЗІЇ Кузнецов О.А., Ткаченко Н.О.....	229
ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АКНЕ Кроль Я.Ю., Ткаченко Н.О.....	231
ВИВЧЕННЯ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ Кобець М. М., Крапивна Ю. О.....	233
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НОВОГО КЛАСУ ПРОТИПУХЛИННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	

Дацко А.Й., Главатчук А.В.....	235
АНАЛІЗ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВИДАННЯХ	
Мнушко З.М., Мунес Алабдулла Джома Халіл, Жадько С.В., Дудка М.В....	237
ВИЗНАЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ НА ОСНОВІ SWOT-АНАЛІЗУ	
Дудар Г.М., Слободянюк М.М, Присяник Л.Ф.....	240
АГЕНТНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОДІЇ СУБ'ЄКТІВ МАРКЕТИНГУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ	
Дорохова Л.П., Дорохов О.В.....	241
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	
Кір'якулова Т.С., Ткаченко Н.О.....	244
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ПОТЕНЦІАЛУ РИНКУ АНТИАНЕМІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ	
Вальдовський А.О., Мнушко З.М.....	245
ТОРГОВІ НАИМЕНОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: МЕТА-АНАЛИЗ РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
Коржавых Э.А. , Дрёмова Н.Б.....	248
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Сафиуллина З.Р., Мнушко З. Н., Тиманюк И.В.....	256
ОЦІНКА ТОВАРНОЇ ПОЛІТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА	
Євтушенко О.М., Олійник О.Е.....	263
СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЫНКА ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ	
Бушуева И. В., Гавриленко Н. А.....	264
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОТРУЄННЯХ СИЛЬНОДОЮЧИМИ ОТРУЙНИМИ РЕЧОВИМИ	
Юрченко Г.М., Юрченко А.М.....	267

МОНІТОРІНГ СТАНУ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ: РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ СПОЖИВАЧІВ, ВИРОБНИКІВ ТА ДИСТРИБ'ЮТОРІВ Немченко А.С., Чернуха В.М., Міщенко В.І.....	268
RESEARCHES OF PHARMACEUTICAL MARKET OF LEBANON Sobeh Mohamed, Sofronova I.V.....	270
ACTUAL PROBLEMS OF INCREASING RESISTANCE TO ANTIBIOTICS AMONG CYPRIOTS Tatis Anastasia, Timanyuk Iryna.....	272
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ Кабакова Т.И., Мазин Н. П.....	274
ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ Спичак И.В., Журавель М.А., Дудина А.С., Ясенев А.А.....	280
ДО ПИТАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Удовенко О.О., Городецька І.Я.....	285
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ МАРКЕТИНГОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Наумова О.Е.....	288
ІМІТАЦІЙНЕ МОДЕЛЮВАННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАПАСАМИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ЗАСОБАМИ ПАКЕТУ EXTENDSIM Малярець Л.М., Дорохов М.О.....	291
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР В ОТНОШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ Бондарева Т.М., Гарумова М.А., Парфейников С.А., Касютина О.Л., Баркаев Г.С.....	294
ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВІДПУСКУ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ Ціхонь Г.М., Дудар Г.М., Слободянюк М.М.....	301
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЛЕЙКОЗИ	

Цурікова О.В., Панфілова Г.Л., Чигринова М. Г.....	304
ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБІОТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В ПЕДІАТРІЇ	
Чухрай І.Л., Ключак А.І.....	306
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ	
Федяк І.О., Білик І.П., Іванюлик І.І.....	309
АЛГОРИТМ КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНОГО ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАН В І ФАЗУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ	
Руденко В.В., Шматенко О.П., Притула Р.Л.....	311
МОНІТОРИНГ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	
Шевченко Н.Р., Грушковська Д.Т.....	314
VEN-АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ, НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ	
Ольхова І.В., Базаренко І.С.....	316
ИННОВАЦИОННЫЕ СХЕМЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫВОДА НА РОССИЙСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК ТАРГЕТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Бондарева Т.М., Гордиенко В.В., Парфейников С.А.....	318
АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	
Спичак И.В., Дерезлазова Ю.С., Мурашко Ю.И.....	325
АКТУАЛЬНІСТЬ І ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ФОРМУВАННІ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ	
Лебединець В.О., Ромелашвілі О.С., Бурсаков А.В.....	332
УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ НА ОСНОВІ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ	
Германюк Т.А., Івко Т.І.....	336
ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ ЛІКАРІВ У ПОВНІЙ ТА ДОСТОВІРНІЙ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ	
Захарчук М.І., Городецька І.Я.....	339
ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ПИТАННЯ	

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї»	
Червоненко Н.М., Демченко В.О., Бучковський Г.В.....	341
ВИВЧЕННЯ РОЛІ ПРОВІЗОРА (КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА) У СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ	
Громовик Б.П., Прокіп С.Є.....	344
РОЛЬ ПРОВІЗОРА У РАЦІОНАЛЬНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК	
Дорикевич К.І.....	346
ОБГРУНТУВАННЯ СТРУКТУРИ І СКЛАДУ СІМЕЙНОЇ АПТЕЧКИ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ	
Кабачна А.В., Кабачний О.Г., Шелкова Е.В.....	348
АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР НА МІСЦІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПРОБУВАННЯ	
Доброва В. Є., Ратушна К. Л.....	351
ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ	
Бидарова Ф.Н., Андреева И.Н., Гергиева И.В.....	354
УПРАВЛЕНИЕ ОТХОДАМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕВЕРСИВНОЙ ЛОГИСТИКИ	
Воронов А.В., Токарев Н.Н., Андреева И.Н.....	358
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОБЛІКУ ВИТРАТ НА ЛІКВІДАЦІЮ НАСЛІДКІВ ПОБІЧНОЇ РЕАКЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	
Євтушенко О.М., Мнушко З.М.....	364
НООФАРМАЦІЯ, ФАРМАКОЕКОНОМІКА В НАУЦІ, ОСВІТІ, ПРАКТИЦІ	
Пономаренко М.С., Соловійов О.В., Краснянська Т.М., Кирпач О.В.....	366
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА НОВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	
Старунова Е.В., Панкратова О.Г.....	368
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ИЗ РОДА ПОЛЫНЕЙ	
Дуйшеналиев Н.К.....	375
ЭКОЛОГО - МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТРАВЫ	

ПОЛЬНИ ЗЕЛЕНОЇ	
Исмаилова Д.Н.....	383
ІМЕННИЙ ПОКАЗЧИК.....	389

.
.

Наукове видання
Научное издание

Серія Наука

**МЕНЕДЖМЕНТ ТА МАРКЕТИНГ У СКЛАДІ СУЧАСНОЇ
ЕКОНОМІКИ, НАУКИ, ОСВІТИ, ПРАКТИКИ**

Міжнародна науково-практична **INTERNET** конференція

Матеріали конференції
(Харків 28-29 березня 2013 року)

Відповідальний за випуск: проф. Мнушко З.М.
Підписано до друку 05.03.2013. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Папір офсетний. Друк різнографічний. Тираж 300 екз. Зам. №0320/4.
Видавництво Національного фармацевтичного університету.
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53.
Свідоцтво серія ДК № 3240 від 11.03.2009 р.

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В.В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

Запис № 2480000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, кв. 137
Тел. (057) 778-60-34; e-mail: bookfabrik@rambler.ru