

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



VIII НАЦІОНАЛЬНИЙ З'ЇЗД ФАРМАЦЕВТІВ УКРАЇНИ

Науковий симпозиум

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

МАТЕРІАЛИ

Наукового симпозиуму

у рамках VIII Національного з'їзду фармацевтів України

(Харків, 15-16 вересня 2016 року)

Харків

2016

УДК: 615.15:378.145/.147

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А. (голова), доц. Кубарева І. В., доц. Суріков О. О., доц. Волкова А. В., доц. Черкашина А. В., ас. Лобова І. О., ас. Пастухова О. А., ас. Кононенко О. В.

Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ № 113 від 21 квітня 2015 р.

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: наук. симп. у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, 15-16 вересня 2016 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2016. – 258 с.

Збірник містить матеріали VIII Національного з'їзду фармацевтів України та наукового симпозиуму «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», що проводиться у рамках з'їзду. Розглянуті питання: розвитку соціальної фармації, як наукового напрямку та навчальної дисципліни; соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню; нормативно-правового регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності. Визначено проблеми впровадження Національної лікарської політики, державного управління й регулювання у фармації, оцінки технологій охорони здоров'я (НГА), підвищення якості й доступності лікарського забезпечення населення на принципах маркетингу інновацій і менеджменту; розглянуто напрями соціально-економічного розвитку фармацевтичних підприємств, питання забезпечення раціонального застосування лікарських засобів в умовах впровадження формулярної системи та стандартизації надання медичної допомоги на основі результатів фармакоекономічних, фармакоепідеміологічних досліджень та оцінки якості фармакотерапії, та ін.

Матеріали подаються мовою оригіналу.

За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

УДК: 615.15:378.145/.147

© А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суріков, А. В. Волкова,
А. В. Черкашина, І. О. Лобова, О. А. Пастухова, О. В. Кононенко, 2016
© Національний фармацевтичний університет, 2016

ЗМІСТ

I СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ	17
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Волкова А. В., Суріков О. О., Черкашина А. В.	19
ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРШОЧЕРГОВИХ ЗАХОДІВ ТА ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Немченко А. С., Косяченко К. Л., Назаркіна В. М.	24
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ Котвіцька А. А., Черкашина А. В.	29
ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ЗАСАДАХ ФУНКЦІОНАЛЬНО-СТРУКТУРНОГО ПІДХОДУ Козирева О. В.	35
II ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ (ЗА НАПРЯМКАМИ)	45
1. Соціальна фармація у світовій освіті й науці. Соціально-ефективні механізми забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню - державна реєстрація, реімбурсація вартості лікарських засобів. Фармацевтичне забезпечення соціально незахищених категорій населення й хворих на соціально-значущі захворювання. Правове та етичне регулювання у фармації.	46
ОЦІНКА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІЙ СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ Котвіцька А. А., Волкова А. В.	47
ОБГРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ ФАРМАЦІЇ Мороз С. Г.	48
ПАЦІЄНТ – ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ Перцев І. М., Трохимчук В. В., Халавка М. В.	49
ЗАДАЧІ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ФАРМАЦЕВТІВ Артеменко А. П.	50
АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЛЕЙКОЗІВ Немченко А. С., Ніколаєва Ю. Є.	52
ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СОЦІАЛЬНОГО ТОВАРУ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН Котвіцька А. А., Бардакова Л. В.	53
РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНУВАННЯ РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА	54

ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЛЕЙКОЗИ В УКРАЇНІ Панфілова Г. Л., Корж Ю. В., Цурікова О. В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ДЕРЕГУЛЯЦІЇ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ Сушарина І. В., Чернуха В. М.	55
АНАЛІЗ ЦІНОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ Немченко А. С., Фурса Л. І.	57
АНАЛИЗ КОЭФФИЦИЕНТОВ АДЕКВАТНОСТИ ПЛАТЕЖЕСПОСОБНОСТИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ И УЗБЕКИСТАНЕ Немченко А. С., Подколзина М. В.	57
ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕНАЛЕЖНОЮ ЯКІСТЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Євтушенко О. М.	58
ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ Котвіцька А. А., Кононенко О. В.	60
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST Міщенко О. Я., Бондаренко А. І., Калашникова К. В.	61
АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЇ «ОСВІТА ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ» ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ У ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ НАВЧАННІ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ Толочко В. М., Артюх Т. О.	62
ОСОБЛИВОСТІ ПРИПИНЕННЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРУ ІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ В УКРАЇНСЬКИХ ГУБЕРНІЯХ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ У 2-й ПОЛОВИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ Васильєв С. В.	64
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ Іванова К. А.	65
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ В НАСЕЛЕНИИ УКРАИНЫ Кобец М. Н., Кобец Ю. Н., Филипцова О. В.	67
СУЧАСНЕ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛОГІСТИКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Білоус М. В., Рижов О. А., Шматенко О. П.	68
БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАЛЯРИОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	70

Бодня К. І., Газзаві-Рогозіна Л. В., Філіпцова О. В., Набока О. І.	
АНАЛІЗ БІОЛОГО-ЕКОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА СТАНУ ЧИСЕЛЬНОСТІ ІКСОДОВИХ КЛІЩІВ В УКРАЇНІ У 2015 РОЦІ	71
Газзаві-Рогозіна Л. В., Філіпцова О. В., Набока О. І.	
ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ	72
Гала Л. О.	
ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НАЦІОНАЛЬНОЇ І РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ	73
Федяк І. О., Семенів Д. В., Гудивок Я. С.	
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ D.REPENS	74
Філіпцова О. В., Бодня К. І., Газзаві-Рогозіна Л. В., Набока О. І.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ ВПРОВАДЖЕННЯ БІОСИМІЛЯРІВ В УКРАЇНІ	75
Сяркевич О. Р., Піняжко О. Б., Заліська О. М.	
ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ	76
Тетерич Н. В., Терещенко Л. В.	
ПОЛІТАБЛЕТКИ (POLYCAP) ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: СУЧАСНИЙ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ	77
Толочко В. М., Адонкіна В. Ю.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ ГОРОДА БИШКЕК	78
Чолпонбаев К. С., Дооталиева Т. Ч., Дооталиева С. Ч.	
РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОТИДІЇ ДИТЯЧИМ ВІРУСНИМ ІНФЕКЦІЯМ В УКРАЇНІ	80
Семенів Д. В., Іванюлик І. І., Федяк І. О.	
АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРОТИВІРУСНИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬ В ПЕДІАТРІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГРВІ	81
Сілаєв А. О., Ткачова О. В., Яковлева Л. В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ	82
Сагайдак-Нікітюк Р. В., Бандура В. І.	
ТЕНДЕНЦІЇ ВИВЕДЕННЯ ОРИГІНАЛЬНИХ ПРОТИДІАБЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СВІТОВИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК	83
Грошовий Т. А., Демчук М. Б., Денис А. І.	
ПЕРЕДУМОВИ РОЗРОБКИ ІННОВАЦІЙНИХ ПРОТИМАЛЯРІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	84
Данильченко С. Ю., Друшляк О. Г., Коваленко С. М., Коваленко С. С.	

ФАРМАЦЕВТИЧНА БЕЗПЕКА ЯК ПРІОРИТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ Дацко А. Й.	85
МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Евтушенко Е. Н., Осама Абузаид Мохамед Нур Ахмед	86
ФАРМАЦЕВТИЧНІ ЗНАННЯ, ЯК ДЖЕРЕЛО ДОКАЗОВОЇ БАЗИ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ Жерновніков С. О., Гриценко С. В.	88
ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ВІТЧИЗНЯННОЇ СИСТЕМИ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ Гетало О. В., Яковлева О. С	88
ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ЕС ПО РЕГИСТРАЦИИ БИОСИМИЛЯРОВ В УКРАИНЕ Литвинова Е. В., Посылкина О. В.	89
АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВАУЧЕРІВ ДЛЯ НАВЧАННЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ Толочко В. М., Зарічкова М. В.	91
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИМИ МЕДИЧНИМИ ЗАСОБАМИ ЗАХИСТУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Толочко В. М., Подгайний Г. Я.	93
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ГЕРІАТРИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ Чайковська В. В.	94
ПОПУЛЯЦИОННОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ВАРИАНТА <i>CYP1A2</i> (RS762551) В ВЫБОРКЕ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ Кобец М. Н., Кобец Ю. Н., Тимошина И. А., Филипцова О. В.	96
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩО РЕГУЛЮЄ ОБІГ СЕРТИФІКАТІВ ЯКОСТІ ВИРОБНИКА В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ Котвіцька А. А., Суріков О. О.	97
НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РОЗВИНУТИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ДЕРЖАВ Зарічкова М. В.	98
ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРУДОВИХ ВІДНОСИН ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Котвіцька А. А., Тарасенко Д. Ю.	100

<p>НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ Кубарева І. В., Демянік К. О.</p>	101
<p>АНТИНЕОПЛАСТИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: АСПЕКТИ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ Міщенко О. Я., Бездітко Н. В., Матяшова Н. О., Литовченко А. Г.</p>	102
<p>ПРОБЛЕМИ ТЕРМІНОЛОГІЇ У НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТАХ ТА НА ПРАКТИЦІ ЩОДО КЛАСИФІКАЦІЇ ДІАРЕЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ Немченко А. С., Подгайна М. В., Балинська М. В.</p>	103
<p>АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ГЕРМАНИИ Панфилова А. Л., Беккер Н. А.</p>	104
<p>ЕФЕКТИВНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРІЯХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Аугунас С. В., Малютіна Н. В.</p>	105
<p>SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF DRUG PROVISION OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS Yakovleva O. S., Khaliq R. N.</p>	106
<p>ACTUAL SITUATION IN POLISH PHARMACY Pharm Dr Jerzy Łazowski</p>	107
<p>СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТПУСКА БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Огарь С. В., Жирова И. В., Зайцева Ю. Л.</p>	108
<p>УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯРЕЄСТРАЦІЙНОГО НАГЛЯДУ ЗА ОБІГОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ- ВИРОБНИКУ Коляда В. В., Коновалова Л. В., Юхта Л. О.</p>	109
<p>ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ В ФАРМАЦІЇ Літвінова О. В., Посилкіна О. В.</p>	110
<p>ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВІЙСЬКОВО- МЕДИЧНА ПІДГОТОВКА І МЕДИЦИНА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ» Крупеня В. І.</p>	111
<p>2. Дослідження проблем Національної лікарської політики, державного управління й регулювання у фармації, оцінки технологій охорони здоров'я (НТА), ціноутворення на лікарські засоби, організації фармацевтичної допомоги населенню в умовах впровадження в Україні медичного страхування.</p>	113
<p>НАЦІОНАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ Мороз С. Г.</p>	114

INVESTIGATION OF THE MEDICAL INSURANCE APPROACHES IN THE INTERNATIONAL PRACTICE Zhirova I. V., Ogar S. V.	115
СУЧАСНІ СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ МОНІТОРИНГУ РОЗДРІБНИХ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В КОНКУРЕНТНОМУ ОТОЧЕННІ АПТЕКИ Назаркіна В. М., Фурса Л. І., Слюсар Н. В.	116
АНАЛІЗ ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕЦЕПТУРИ В ПРОВІДНИХ КРАЇНАХ СВІТУ Немченко А. С., Тетерич Н. В., Терещенко Л. В.	117
ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРАТИВНОЇ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТАПАХ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ Ветютнева Н. О., Убогов С. Г., Федорова Л. О.	119
МОНІТОРИНГ ЦІН НА ПРЕПАРАТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ДІЇ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ Сімонян Л. С., Немченко О. А.	120
ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЯК ФАКТОР В УПРАВЛІНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ Светочева І. І., Мухіна О. Ю.	121
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЯЛЬНОСТІ ВІТЧИЗНЯНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТРАТЕГІЯ ВОООЗ У ВІДНОШЕННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Гудзенко О. П., Кучеренко Н. В.	122
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ Кричковська А. М., Паращин Ж. Д., Лобур І. П., Заярнюк Н. Л., Хоменко О. І., Новіков В. П.	123
АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦІНОВОЇ ДОСТУПНОСТІ НА ПРИКЛАДІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОЇ РЕЦЕПТУРИ Назаркіна В. М., Чернуха В. М., Сушарина І. В.	125
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ ЩОДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ Немченко А. С., Царева К. О., Хоменко В. М.	127
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ НТА ПРИ ПОШИРЕНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ Піняжко О. Б., Заліська О. М., Слабий М. В.	129
ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ТА ДИНАМІКИ ЦІН НА ПРОТИГРИБКОВІ ЛІЗ У РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ Подколзіна М. В., Калайчева С. Г., Юрченко Г. М.	130
РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛІСВОЇ КИСЛОТИ Трохимчук В. В., Кирпач О. В., Гринчук І. Г., Трохимчук В'ячеслав В.	132

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ НОРМУВАННЯ МЕДИЧНОГО МАЙНА ДЛЯ ПОТРЕБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Шматенко О. П., Сирота П. С., Белозьорова О. В.	133
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В НАТО Шматенко О. П., Соломенний А. М., Дроздов Д. В.	134
PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THE PHARMACEUTICAL MARKET IN THE OF REALIZATION THE STATE PROGRAM Zhakipbekov K. S., Datkhayev U. M., Adibayeva G. K., Tulemissov S. K.	135
3. Сучасний стан і перспективні напрямки підвищення якості й доступності лікарського забезпечення населення на принципах маркетингу інновацій і менеджменту.	137
ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОЯЛЬНОСТІ ПЕРСОНАЛУ ВІТЧИЗНЯНИХ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ, ЯК ІНСТРУМЕНТУ АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЮ КУЛЬТУРОЮ Артюх Т. О.	138
ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКІВ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Гудзенко О. П., Барнатович С. В.	140
АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Яковлева Л. В., Портянка М. М., Кириченко О. М.	141
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗМІНИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ ДОБАВОК Калущка О. Б., Ковальова Н. П., Грошовий Т. А., Мельник О. А.	142
АНАЛИЗ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ РЫНОЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Малый В. В., Муса Истанис Марвек Медхат, Жадько С. В.	142
ИЗУЧЕНИЕ СЕГМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Маматова А. С., Сакипова З. Б., Кисличенко В. С., Новосел Е. Н.	144
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФОРМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПАРАФАРМАЦЕТИЧНИХ ТОВАРІВ В УКРАЇНІ Міщенко В. І., Тімофеев С. В., Винник О. В.	145
ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ АУДИТУ І КОНТРОЛІНГУ В АПТЕЧНУ ПРАКТИКУ Назаркіна В. Н., Сапсай Р. В.	147
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ Немченко А. С., Фурса Л. І, Кечеруков Х. Б.	149

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ФІТОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ Гарник М. С., Дученко М. А.	151
ВИВЧЕННЯ СПОЖИВЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ Вишницька І. В., Прилипко Н. А., Біліченко В. С., Базаренко І. С., Карчаускас В. Ю.	153
УЯВЛЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕК ПРО КОНЦЕПЦІЮ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН Півень О. П., Шуванова О. В., Ткаченко І. В.	154
МОТИВАЦІЯ СУЧАСНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ Прилипко Н. А., Вишницька І. В., Унгурян Л. М., Беляєва О. І.	155
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАБОТУ РОЗНИЧНОГО СЕГМЕНТА ФАРМРЫНКА УКРАИНЫ Синча Н. И., Дондик Н. Я., Литвиненко О. В.	156
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХАРАКТЕРИСТИКИ ІННОВАЦІЙНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Слободянюк М. М., Самборський О. С., Самборська М. І.	157
МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ФОРМІ АВТОІН'ЄКТОРІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ВІЙСЬКОВІЙ ТА ЦИВІЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ КАТАСТРОФ Шолойко Н. В.	158
CURRENT STATE OF THE PHARMACEUTICAL MARKET OF KAZAKHSTAN Tulemissov S. K., Zhakipbekov K. S., Yelshibekova K. M., Datkhayev U. M.	159
АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Орынбекова С. О., Наурызгалиева М. Ж., Сакипова З. Б., Ибрагимова Л. Н.	161
ОБОСНОВАНИЕ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ФОРМЕ СУППОЗИТОРИЕВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Шолпанбай А. О., Сакипова З. Б., Бошкаева А. К.	162
ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ Немятых О. Д., Фитисова А. И.	163
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ МАРКЕТИНГУ Самборський О. С., Слободянюк М. М.	164
СТРУКТУРА СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ Байгуш Ю. В., Семенів Д. В.	165
ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ СПОЖИВАННЯ БЛОКАТОРІВ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ II В УКРАЇНІ Толочко В. М., Адонкіна В. Ю.	166
МАРКЕТИНГ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ФАРМАЦІЇ Півень О. П., Ткаченко І. В.	166

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ АКТИВНОСТІ СТЕЙКХОЛДЕРІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ Малий В. В., Ольховська А. Б.	167
АНАЛІЗ АНКЕТНОГО ОПИТУВАННЯ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ПАРФАРМАЦЕВТИЧНИХ ТОВАРІВ ЩОДО ЗАХОДІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ПРОДАЖУ Немченко А. С., Міщенко В. І., Тимофеев С. В.	169
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ В СЕГМЕНТЕ РЫНКА ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Малый В. В., Муса Истанис Марвек Медхат	170
ОГЛЯД ПРЕПАРАТІВ З ГРУПИ ЗАСОБІВ, ЩО ДІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНУ СИСТЕМУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ Ткачова О. В., Сілаєв А. О.	171
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З КОРТИКОСТЕРОЇДАМИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ Глущенко О. М., Холоденко В. О.	172
ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ФІТОПРЕПАРАТІВ РИНКУ УКРАЇНИ, ЩО МІСТЯТЬ БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ З РОСЛИН РОДИНИ АЙСТРОВИХ Дякон І. В., Стадницька Н. Є., Лило В. В., Милянч А. О., Новіков В. П.	174
АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ Жилякова Е. Т., Баскакова А. В., Новиков О.О., Новикова М. Ю.	176
4. Сьогодення й майбутнє соціально-економічного розвитку фармацевтичних підприємств.	179
ОСОБЛИВОСТІ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ Зоїдзе Д. Р.	180
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ Козирева О. В.	182
АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ Юрченко Г. М., Калайчева С. Г., Подколзіна М. В.	184
ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ МАРКЕТИНГУ У ПІДПРИЄМНИЦЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ Чмихало Н. В., Пузак Н. О., Гавриш Н. Б.	185
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Братішко Ю. С., Посилкіна О. В.	186

ЕКОНОМІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ПРАЦІ НА ПІДПРИЄМСТВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ Гетало О. В.	188
ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА УКРАЇНИ Котвіцька А. А., Вороніна О. М., Кубарєва І. В.	189
РОЛЬ ТОВАРНОЇ ПОЛІТИКИ В РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЗА РИНКОВИХ УМОВ Самборський О. С., Слободянюк М. М., Самборська М. І.	191
АНАЛІЗ СТАНУ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ УКРАЇНИ Зборовська Т. В.	192
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ ДО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІДПРИЄМСТВА Носик О. М., Метковський Є. О.	193
НОВІ ФОРМАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ НА ДЕРЖАВНОМУ І РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ Присяник Л. Ф., Бойко П. С., Цубанова Н. А.	194
СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ Пузак Н. О., Чмихало Н. В., Гавриш Н. Б.	196
АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ Ромелашвілі О. С.	198
КОНТРОЛЬ І ЗВІТНІСТЬ МІЖНАРОДНИХ КОРПОРАЦІЙ Могилко В. О.	199
ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК МІЖНАРОДНИХ КОРПОРАЦІЙ Могилко В. О.	200
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ПІДПРИЄМСТВА Носик О. М., Шахворостов В. В.	201
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РИНКУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ Гончаров А. Б.	202
5. Сучасні аспекти соціального менеджменту фармації й медицини.	205
STUDY PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF CHANGES IN PHARMACIES Bondarieva I. V.	206
STUDY PECULIARITIES MANAGEMENT OF ASSORTMENT POLICY UKRAINIAN PHARMACIES Bondarieva I. V.	207

ПОЛІТИКА БРІДЖИНГУ В РАМКАХ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Кубарева І. В., Чмихало Н. В., Вороніна О. М.	208
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ БАЗ ЗНАНЬ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ Бойко А. І.	210
АКТУАЛЬНІСТЬ СПІВПРАЦІ СУЧАСНОЇ АПТЕКИ З АДВОКАТОМ Гриценко С. В., Жерновніков С. О.	211
АУТСТАФІНГ ЯК СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ Зоїдзе Д. Р.	211
ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СКЛАДОМ Хомуцька Н. І., Голуб А. Г.	212
MAIN ASPECTS THE PARTNERSHIP IN PHARMACEUTICAL COMPANIES Datkhayev U. M., Zhakipbekov K. S., Zharymbetov K. B., Tulemissov S. K.	213
ASSESSMENT OF SIGNIFICANCE OF KEY MANAGEMENT FUNCTIONS IN NETWORK PHARMACIES Mala Zh. V., Posylkina O. V.	215
6. Стан і перспективи розвитку системи управління якістю на вітчизняних підприємствах фармацевтичного сектора.	217
АНАЛІЗ СТАНУ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ З ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Лебединець В. О.	218
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПРИ СОЗДАНИИ НАНОМИКРОННЫХ ОБЪЕКТОВ Губин Ю. И.	220
АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У ДІЯЛЬНІСТЬ КОСМЕТОЛОГІЧНИХ УСТАНОВ Казакова В. С.	221
ПРОИЗВОДСТВО ФИТОПРЕПАРАТОВ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИИ Немятых О. Д., Акамова А. В.	222
ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ РИЗИКІВ У ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ Макарова О. Є.	223
7. Забезпечення раціонального застосування лікарських засобів в умовах впровадження формулярної системи та стандартизації надання медичної допомоги на основі результатів фармакоекономічних, фармакоепідеміологічних досліджень та оцінки якості фармакотерапії.	225
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ СТАТИНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ	226

АРТЕРИАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЕЙ В СОЧЕТАННІ С ГІПОТИРЕОЗОМ Беловол А. Н., Немцова В. Д.	
ДИНАМІКА ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ДЕЯКИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ Байгуш Ю. В., Семенів Д. В.	227
СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПРЕДМЕТНО-КІЛЬКІСНОГО ОБЛІКУ ОКРЕМИХ ГРУП ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ Бобрук В. П., Благун О. Д.	228
РЕЗУЛЬТАТИ АВС/ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ Яковлева Л. В., Герасимова О. О., Мещерякова І. В.	229
РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ТРАВМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ Шматенко О. П., Плешкова О. В., Хорошун А. Л.	230
АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ Толочко В. М., Музика Т. Ф.	231
РОЗРОБКА РЕГІОНАЛЬНИХ ФОРМУЛЯРІВ НА ОСНОВІ ЛОКАЛЬНИХ ФОРМУЛЯРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Кабачна А. В., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г., Бутко А. Ю.	232
ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ОЦІНКИ КОНКУРЕНТНИХ ПОЗИЦІЙ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ Котвіцька А. А., Костюк В. Г.	233
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ Котвіцька А. А., Лобова І. О.	234
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ДОСТУПНОСТІ ПРОТИГЛАУКОМНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА МІОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ Котвіцька А. А., Пастухова О. А.	235
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ МЕТОДОМ «ВИТРАТИ- ЕФЕКТИВНІСТЬ» Макаренко О. В., Кривов'яз О. В., Кривов'яз С. О.	236
РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОЇДНИЙ ЛЕЙКОЗ ТА МІСЛОЇДНИЙ ЛЕЙКОЗИ Панфілова А. Л., Цурікова О. В., Сокурєнко І. А., Заріцька Г. М.	237
ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ІНТЕГРОВАНОГО АВС/VEN АНАЛІЗУ ХВОРИМИ НА ГОСРІ ФОРМИ ЛЕЙКОЗІВ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ Панфілова Г. Л., Корж Ю. В., Цурікова О. В.	238

COST-MINIMIZATION ANALYSIS OF THE ACUTE STREPTOCOCCAL TONSILLOPHARYNGITIS PHARMACOTHERAPY WITH PEDIATRIC DOSAGE FORMS Masheiko A. M., Makarenko O. V.	239
MONOTHERAPY OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: PHARMACOECONOMIC ASPECTS Germanyuk T., Ivko T.	239
ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ Германюк Т. А., Поліщук Ю. М.	240
СУЧАСНИЙ СТАН ПАРАЗИТАРНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В УКРАЇНІ Набока О. І., Філіпцова О. В., Газзаві-Рогозіна Л. В.	241
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ Немченко А. С., Балинська М. В., Подгайна М. В.	243
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРОГА ГОТОВНОСТИ ПЛАТИТЬ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В УКРАИНЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТУРКМЕНИСТАН Панфилова А. Л., Зарицкая Г. М., Кечеруков Х. Б., Жанмурадов Н.	244
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТІЕПІЛ-ЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕПІЛЕПСІЇ МЕТОДОМ «МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ» Сімонян Л. С., Немченко О. А.	246
АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ СТАТИНІВ У ПРИВАТНІЙ АПТЕЦІ ХАРКОВА Ткачова О. В., Яковлева Л.В., Богатирчук Л. П.	247
АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ФІКСОВАНИХ КОМБІНАЦІЙ ТА ЇХ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ Яковлева Л. В., Міщенко О. Я., Адонкіна В. Ю.	248
РЕЗУЛЬТАТИ АВС/ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ Герасимова О. О., Морус Т. В.	249
РОЛЬ ПРОВІЗОРА В РЕАЛІЗАЦІЇ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Гордзієвська Н. А., Слюсар О. А.	250
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ «ЛІКО-ПОВ'ЯЗНІ ПОМИЛКИ» В МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ ТА В УКРАЇНІ Котвіцька А. А., Сурікова І. О.	251
A PHARMACIST IS “THE LAST LINE OF PATIENTS’ PROTECTION” Safiulina Z. R., Sofronova I. V.	252
Алфавітний покажчик	255

СТАТТИ КОНФЕРЕНЦІ

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ

Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Волкова А. В., Суріков О. О., Черкашина А. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Резюме. У статті розглянуто основні аспекти становлення соціальної фармації в історичному та сучасному аспектах у світовому освітянському та науковому просторі, наведено зміст соціальної фармації та її міждисциплінарні зв'язки. Визначено перспективні напрями подальшого розвитку соціальної фармації в Україні.

Ключові слова: соціальна фармація, охорона здоров'я, Національний фармацевтичний університет

Вступ. Зміни економічного, політичного та соціального становища в Україні, які відбуваються останнім часом, вимагають кардинальних змін у практичній фармації і, відповідно, у фармацевтичній освіті й науці.

Процеси соціально-економічного реформування, що охопили всі сфери життєдіяльності населення України, значною мірою повинні змінювати соціальну ситуацію в країні шляхом впровадження нових форм фармацевтичного забезпечення, критеріїв та показників соціально-ефективної роботи фармацевтичних організацій. Втілення зазначених принципів у практичне життя залежить, насамперед, від якості та спрямованості підготовки кадрів для соціально-орієнтованих галузей економіки, зокрема охорони здоров'я та фармації.

У зв'язку із цим роль фармацевтичного працівника у системі безпечної і раціональної використання ліків розширилася й суттєво змінилася. Для ефективного виконання своїх обов'язків фармацевт повинен бути належним чином підготовлений до контакту з пацієнтом, враховуючи його поведінку та психологію. Розуміння соціоповедінкових аспектів в процесі лікування є важливим для досягнення оптимальних клінічних та гуманістичних результатів від фармакотерапії [4, 6].

Незважаючи на значний прогрес медичних технологій впродовж останніх десятиліть, показники здоров'я багатьох людей у всьому світі ще далекі від досконалих. Не викликає сумніву, що здоров'я населення будь-якої країни значною мірою залежить від соціально-економічних і політичних чинників, як окремого індивідууму, так і нації в цілому. Враховуючи сучасний соціально-орієнтований вектор розвитку переважної більшості європейських країн, у тому числі України, життя та здоров'я кожної людини є найвищою суспільною цінністю. Тобто якісна та доступна медична й фармацевтична допомога знаходиться у площині пріоритетів як людини, так і всього суспільства.

З огляду на вищенаведене, *метою* нашої роботи стало визначення сучасних аспектів становлення соціальної фармації в Україні та векторів її розвитку.

Основна частина. Необхідно зазначити, що основною передумовою виникнення соціальної фармації стало, перш за все, переорієнтування освіти фахівців охорони здоров'я та фармації на аспекти здоров'я та вивчення лікарських засобів (ЛЗ) у соціальному, науковому, гуманітарному напрямках. Сьогодні соціальна фармація, або як її ще називають адміністрування фармації, викладається в багатьох університетах країн світу. Взагалі можна стверджувати, що в історичному аспекті розвиток соціальної фармації обумовлений розвитком двох наукових шкіл – Америки та Великобританії, де у 70-80-х роках двадцятого століття відбулося активне впровадження в навчальний процес дисципліни соціальна фармація. У подальшому доцільність введення цієї дисципліни в освітні програми фахівців фармації доведено багаторічним міжнародним досвідом. Зокрема у 16 світових вищих навчальних закладів (ВНЗ) у таких країнах, як США, Австралія, Канада, Норвегія, Великобританія та ін., дисципліна соціальна фармація достатньо розвинута, й з великими перспективами [5, 8-11].

Теми, що викладаються в рамках курсу соціальної фармації у різних країнах світу, спрямовані на вивчення усіх соціальних факторів, які впливають на використання ЛЗ, підходи у фармакотерапії, ставлення споживачів та норми правового та етичного регулювання.

Таким чином, на сьогодні **соціальна фармація** відповідно до визначення Енциклопедичного тлумачного словнику фармацевтичних термінів є інтегративною прикладною наукою, яка розглядає соціальні відносини в межах фармацевтичної діяльності в ринкових умовах. Соціальна фармація вивчає надання фармацевтичної допомоги та фармацевтичних послуг, обґрунтовуючи комплекс організаційно-економічних, медико-фармацевтичних, соціально-суспільних заходів у соціальному, науковому та гуманітарному напрямках, які спрямовані на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людей шляхом вивчення використання ЛЗ, ВМП та інших товарів у відповідності до вимог Належної аптечної практики та Етичного кодексу фармацевтичних працівників України [7].

Національний фармацевтичний університет (НФаУ) завжди був активним учасником усіх перетворень у фармацевтичному секторі, визначав стратегію підготовки фармацевтичних кадрів, й у 2011 році в університеті створено нову кафедру – кафедру Соціальної фармації.

Кафедра соціальної фармації (СФ) Національного фармацевтичного університету викладає на усіх факультетах університету, серед дисциплін, які вивчаються – історія медицини та фармації, екстремальна медицина, законодавство у фармації, соціальна економіка, соціальна економіка у фармації, правові та етичні норми діяльності у галузі та інші.

Відображення розвитку соціальної фармації знайшло також у новому стандарті вищої освіти шляхом впровадження однойменної навчальної дисципліни **«Соціальна фармація»**, до основної мети викладання якої нами віднесено надання студентам системних теоретичних знань та практичних навичок щодо застосування загальних принципів, основних методів системи фармацевтичного забезпечення населення й закладів охорони здоров'я та обґрунтування комплексу організаційно-економічних, медико-фармацевтичних, соціально-суспільних заходів у соціальному, науковому та гуманітарному напрямках, які спрямовані на збереження, зміцнення й відновлення здоров'я окремої людини, соціальних груп та суспільства в цілому. Завдання навчальної дисципліни «Соціальна фармація» полягають у формуванні у студентів повного уявлення щодо організаційної структури, цілей, завдань, функцій, механізмів системи фармацевтичного забезпечення у суспільстві, що засноване на знаннях з фармакоепідеміології, клінічної фармації, фармакоінформатики, фармаконагляду, та є підґрунтям для вивчення таких навчальних дисциплін, як організація та економіка у фармації, фармацевтичне правознавство, етика та деонтологія у фармації. За результатами вивчення дисципліни майбутні фахівці набудуть компетентності, що передбачають здатність проводити аналіз соціально-економічних процесів у фармації, форм, методів і функцій системи фармацевтичного забезпечення населення та її складових у світовій практиці, показників потреби, ефективності та доступності фармацевтичної допомоги в умовах медичного страхування та реімбурсації вартості ЛЗ.

Також кафедрою соціальної фармації НФаУ розроблено дисципліну «Академічна доброчесність», яку внесено до стандарту підготовки доктора філософії й вивчення якої дозволить здобувачам опанувати знання про етико-правові основи наукових досліджень, основи правового регулювання результатів наукової діяльності і використання творів, відповідальність за порушення авторських і суміжних прав і способах їх захисту, патентне право.

Методичне забезпечення дисциплін, які викладаються на кафедрі СФ, спрямоване на надання студентам можливості здобувати знання та практичні навички, оволодівати компетентностями, які передбачені тією чи іншою дисципліною. Загалом за 5 років роботи

кафедри видано п'ять навчальних посібників, рекомендованих МОЗ і МОН України, 18 методичних рекомендацій до практичних, семінарських занять і самостійної роботи студентів, а також навчальний підручник «Основи права і законодавства у фармації».

З метою відповідності навчального процесу потребам сучасного інформаційного суспільства кафедра СФ активно запроваджує дистанційні технології у навчальний процес. Колективом кафедри підтримується стратегічний напрямок діяльності НФаУ з наближення освіти до вимог практичної фармації. Так, протягом 2011-2016 рр. у проведенні практичних занять зі студентами брали участь представники аптечної мережі «Аптека 911» (м. Харків), тренінг-центру «Академія успішних продажів «SV Trade», ТОВ «Український аптечний холдинг» (м. Донецьк), ТОВ «Серв'є Україна» (м. Київ), фахівці КЗОЗу «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та Національної академії Національної гвардії України та Військово-медичного клінічного центру Північного регіону у м. Харків.

Наукові дослідження кафедри *соціальної фармації* спрямовані на удосконалення фармацевтичного забезпечення населення, зокрема його окремих соціально-вразливих категорій, таких як діти до 18 років, люди похилого віку, мешканці сільської місцевості, а також хворі на орфанні, важкі та соціально-небезпечні захворювання. За п'ять років на кафедрі захищено 1 докторську і 5 кандидатських дисертаційних робіт, триває підготовка 6 аспірантів і здобувачів ученого ступеня кандидата фармацевтичних наук і 4 майбутніх докторів наук. Основні здобутки кафедри СФ НФаУ за напрямками наукових досліджень за період 2011-2016 рр. наведено у табл.1 [1, 3].

Таблиця 1

**Результати наукових досліджень кафедри соціальної фармації НФаУ
за період 2011-2016 рр.**

Напрямок наукових досліджень	Результати наукових досліджень
<i>Розробка та обґрунтування напрямів удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на соціально-значущі захворювання</i>	<ul style="list-style-type: none"> • розроблено й обґрунтовано рівневу модель оптимізації лікарського забезпечення хворих на псоріаз; • розроблено соціально-ефективну модель оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих на виразкову хворобу, яка ґрунтується на раціональному виборі, призначенні та застосуванні ЛЗ на всіх рівнях організації системи охорони здоров'я; • розроблено автоматизований алгоритм, що призначений для здійснення моніторингу ефективності фармацевтичної допомоги пацієнтам, хворим на глаукому, в умовах амбулаторного лікування лікарями-офтальмологами; • розроблено інтегровану медико-фармацевтичну систему лікування хворих на псоріаз; • розроблено рекомендований перелік ЛЗ для місцевого лікування псоріазу фізично і економічно доступними ЛЗ.
<i>Фармакоеконімічні аспекти лікування соціальнозначущих захворювань</i>	<ul style="list-style-type: none"> • запропоновано багатокритеріальну модель розробки основного та додаткового страхових переліків ІПП з урахуванням вимог стандартів надання медичної допомоги й регулюючих переліків та результатів маркетингових, фармакоепідеміологічних і фармакоеконімічних досліджень; • обґрунтовано та розроблено науково-методичні підходи до формування локального формуляра ЛЗ у закладах охорони здоров'я стаціонарного типу з урахуванням соціально-

	<p>економічної складової;</p> <ul style="list-style-type: none"> • визначено основні етапи формування основного та додаткового страхового переліків для лікування хворих інфарктом міокарда з опрацюванням їх на прикладі ЛЗ антикоагулянтної дії як найбільш витратної медичної технології; • розроблено рекомендований перелік ЛЗ для місцевого лікування псоріазу фізично і економічно доступними ЛЗ; • сформовано рекомендований перелік ефективних та економічно доступних ЛЗ для лікування глаукоми; • розроблено і науково обґрунтовано модель визначення об'єктивної потреби в нейропротекторних ЛЗ для лікування хворих з ішемічним мозковим інсультом з використанням АТС/DDD-методології.
<p><i>Удосконалення фармацевтичного забезпечення соціально незахищених верств населення</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • запропоновано рівневу модель підвищення ефективності надання фармацевтичної допомоги особам похилого та старечого віку; • розроблено науково обґрунтовану модель організації та функціонування спеціалізованої аптеки геріатричного профілю; • обґрунтовано соціально-економічну модель удосконалення фармацевтичного забезпечення населення медичними імунобіологічними препаратами для планової вакцинопрофілактики дітей України; • запропоновано підходи до проведення оцінки стану функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей в Україні за сучасних умов; • розроблено методику визначення потреби у вакцинах для проведення планових щеплень дітям першого року життя з використанням методу математичного моделювання.
<p><i>Асортиментна політика вітчизняних фармацевтичних підприємств</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • запропоновано модель ефективного формування асортименту ЛЗ на вітчизняному промисловому фармацевтичному підприємстві з її подальшим опрацюванням на прикладі ноотропного препарату «Ліра»; • на підставі узагальнення й систематизації принципів і методів формування систем управління якістю (СУЯ) на вітчизняних підприємствах з виробництва лікарських засобів (ПВЛЗ) запропоновано актуальні напрямки й підходи до удосконалення та розвитку таких систем; • з використанням методу структурного аналізу й проектування (SADT) у нотації IDEF0 запропоновано методологію моделювання процесно-орієнтованих СУЯ, спрямованих на виконання сучасних та прогнозованих нормативних вимог до таких систем на ПВЛЗ.

Необхідно зазначити, що всі наведені у табл. 1 наукові розробки затверджені ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, а також Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи та погоджені МОЗ України. Результати наукових

досліджень впроваджено у діяльність підприємств та організацій практичної фармації, медичних і фармацевтичних ВНЗ, спеціалізованих ЗОЗ.

Із першого року заснування кафедри СФ значна увага приділяється формуванню нового покоління фахівців і науковців шляхом залучення студентів до роботи у студентському науковому товаристві (СНТ) кафедри. Зростання результативності роботи кафедрального СНТ, які наведено у табл. 2, відображає, на нашу думку, як перспективне бачення молодого покоління проблемних питань в організації фармацевтичної діяльності в Україні, так і зростання активної громадянської й фахової позиції молоді, їх прагнення до підвищення соціальної ефективності вітчизняної охорони здоров'я й, зокрема, фармацевтичного сектору.

Таблиця 2

Результати роботи СНТ кафедри соціальної фармації НФаУ за період 2011-2016 рр.

Навчальні роки	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	Всього
СНТ кафедри соціальної фармації НФаУ						
Кількість студентів	19	23	12	39	41	134
Наукові публікації студентів СНТ кафедри соціальної фармації НФаУ						
Кількість тез доповідей	8	1	11	38	27	85
Кількість статей	-	-	1	1	1	3
Виконання магістерських та дипломних робіт на кафедрі соціальної фармації НФаУ						
Кількість магістерських робіт	10	14	9	23	21	67
Кількість дипломних робіт	7	4	1	2	3	17

Одним із вагомих кроків у розвитку соціальної фармації ми вважаємо заснування та видавництво НФаУ у 2015 р. наукового журналу «*Соціальна фармація в охороні здоров'я*», який є фаховим за напрямками «фармація» та «соціальна медицина». На сьогодні у журналі опубліковано 54 статті, він має достатньо широку географію авторів і рецензентів. Редакційна колегія журналу, до якої входять провідні вітчизняні та зарубіжні вчені, здійснює активну роботу із просування журналу до провідних міжнародних наукометричних баз.

Висновки. Узагальнюючи вищенаведене, вважаємо актуальним завданням та перспективними напрямками розвитку вітчизняної фармацевтичної освіти і науки посилення соціальної складової під час підготовки майбутніх фахівців фармації, а також впровадження заходів з формування соціально-ефективної системи фармацевтичного забезпечення населення з урахуванням провідного зарубіжного досвіду.

Література

1. Котвіцька А. А. Аналіз законодавчих та нормативно-правових засад надання фармацевтичної допомоги пільговим категоріям населення в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації – 2014. – № 6 (38). – С. 75-81.
2. Котвіцька А. А. Дослідження міжнародного досвіду викладання дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах країн світу / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, І. О. Лобова, О. О. Суріков // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. Всеукр. Наук.-практ. інтернет-конф. за участю міжнародних спеціалістів, м. Харків, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ. – 2013. – С. 59-69.
3. Котвіцька А. А. Науково-практичні напрямки діяльності кафедри соціальної фармації Національного фармацевтичного університету / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суріков, О. І. Красуля, Є. С. Коробова, В. В. Карло, А. В. Волкова, А. В. Черкашина // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. Всеукр. Наук.-практ. інтернет-конф. за участю міжнародних спеціалістів, м. Харків, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ. – 2013. – С. 40-58.
4. Котвіцька А. А. Соціальна фармація як складова системи фармацевтичного забезпечення населення та міждисциплінарна наука / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суріков, А. В. Волкова // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. Всеукр. Наук.-практ. інтернет-конф. за участю міжнародних спеціалістів, м. Харків, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ. – 2013. – С. 14-28.
5. Москаленко В.Ф. Системы здравоохранения: современный контекст – К.:«Книга-плюс», 2012. – 320с
6. Немченко А. С. Історичні аспекти розвитку організаційно-економічної освіти і науки / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, А. В. Волкова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012 р. – № 3. – С. 32-36.
7. Фармацевтична енциклопедія. Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.pharmacencyclopedia.com.ua/article/310/farmaceutichna-dopomoga>.
8. Anderson C. Social pharmacy: the current scenario. Indian J Pharm Pract 2008; 1;1 – 5.
9. Dolinsky D. Social/behavioural pharmacy in the united states – the state of the art / D. Dolinsky. – Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. – 1990. – №15. – P. 155-163.
10. Pauline T. Norris. Challenges facing social pharmacy / Pauline T. Norris. – Research in Social and Administrative Pharmacy. – № 5 – 2009. – P. 195-196.
11. Shane L. Scahill Placing “culture” at the center of social pharmacy practice and research / L. Shane. – Research in Social and Administrative Pharmacy. – №1. – 2013. – P. 1-3.
12. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education / Hassali MA, Shafie AA, Al-Haddad MS, Abduelkarem AR, Ibrahim MI, Palaian S, Abrika OS // Res Social Adm Pharm. – 2011. – №4. P. 415-420.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ В УКРАИНЕ

Котвицкая А. А., Кубарева И. В., Волкова А. В., Суриков А. А., Черкашина А. В.

В статье рассмотрены основные аспекты становления социальной фармации в историческом и современном аспектах, ее роль и место в мировом образовательном и научном пространстве, приведено содержание социальной фармации и ее междисциплинарные связи. Определены перспективные направления дальнейшего развития социальной фармации в Украине.

Ключевые слова: социальная фармация, здравоохранение, Национальный фармацевтический университет

MODERN ASPECTS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF SOCIAL PHARMACY IN UKRAINE

Kotvitska A. A., Kubareva I. V., Volkova A. V., Surikov O. O., Cherkashyna A. V.

Discusses the main aspects of the formation of social pharmacy in the historical and the modern aspects of its role and position in the world educational and scientific space, given the content of social pharmacy and its interdisciplinary connections in the article. Determine the perspective directions of further development of social pharmacy in Ukraine.

Keywords: social pharmacy, public health, the National University of Pharmacy.

УДК 615.1: 338.5

ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРШОЧЕРГОВИХ ЗАХОДІВ ТА ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Немченко А. С., Косяченко К. Л., Назаркіна В. М.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

Проведено аналіз підходів до ціноутворення на лікарські засоби в Україні та країнах ЄС та стану забезпечення доступності лікарських засобів. Обґрунтовані першочергові заходи та пріоритетні напрямки цінової політики щодо підвищення доступності лікарських засобів.

Ключові слова: ціноутворення, основні лікарські засоби, цінова доступність, моніторинг цін, референтне ціноутворення.

Постановка проблеми. Головними пріоритетами європейської стратегії “Здоров’я-2020” є орієнтація систем охорони здоров’я на високу якість і доступність медичної і фармацевтичної допомоги, загальне охоплення населення. Відповідно до Національної лікарської політики держава має забезпечувати загальний доступ до основних лікарських засобів (ОЛЗ) на основі раціонального відбору, доступних цін і відповідного фінансування. В цьому контексті в Україні створено формулярну систему, впроваджуються елементи оцінки технологій охорони здоров’я (Health Technology Assessments – НТА), медичного страхування та реімбурсації. Наразі вітчизняна система охорони здоров’я неспроможна повністю задовольняти потреби населення у високоякісній медичній та фармацевтичній допомозі, оскільки, на жаль, не відпрацьовані ефективні механізми забезпечення її цінової доступності. Отже, більшість людей в Україні сьогодні сплачують за ліки з власної кишені. Цьому сприяють також дефіцит бюджетних коштів та їх нераціональний розподіл, значна залежність вітчизняного фармацевтичного ринку від імпорту, непрозорі процедури державних закупівель.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання раціонального використання ЛЗ як з фармакотерапевтичної, так і з економічної точки зору, не втрачають актуальності протягом багатьох років. У роботах відомих вітчизняних та зарубіжних авторів А.С. Немченко, А.А. Котвіцької, К.Л. Косяченка, О.В. Посилкіної, О.П. Півень, К.Ланда, М.С. Пономаренка, Л.В. Яковлевої, О.М. Заліської, Г.О. Слабкого, К.П. Воробйова розглядаються питання удосконалення державного регулювання цін, раціонального відбору і використання ОЛЗ і ефективності формулярної системи, а також впровадження оцінки технологій охорони здоров’я. Урядом України ініціюються чергові реформи системи ОЗ, у т.ч. щодо регулювання цін на ліки. Попередні реформи не мали успіху, оскільки цей процес часто є недостатньо науково обґрунтованим, належним чином організованим, прозорим та контрольованим. Отже, на сучасному етапі видається актуальним та необхідним проведення аналізу підходів до регулювання цін на ліки і обґрунтування пріоритетних напрямків

удосконалення цінової політики з метою створення ефективної моделі ціноутворення на ЛЗ.

Викладення основного матеріалу. Результати проведеного ВООЗ дослідження свідчать, що проблема забезпечення населення якісними і доступними ЛЗ є актуальною не тільки для країн з низьким рівнем економічного розвитку, а й також у глобальному масштабі. Майже третина населення світу – більше 2 млрд. осіб – не мають регулярного доступу до основних лікарських засобів [1].

Обмеження доступності ОЛЗ в Україні обумовлене цілим комплексом факторів, а саме: низьким рівнем інноваційно-інвестиційного розвитку вітчизняного виробництва ЛЗ та залежністю від імпорту; високою вартістю оригінальних ЛЗ, проблемою підтвердження біоеквівалентності генериків; лобіюванням інтересів заявників та складною процедурою реєстрації ЛЗ; нераціональним відбором, призначенням і використанням ЛЗ на практиці; низьким рівнем доходів населення, відсутністю системи медичного страхування та реімбурсації ЛЗ; неефективною ціновою політикою тощо.

Україна займає друге місце за обсягами фармацевтичного ринку серед країн СНД. Станом на 12.07.2016 р. в Державному реєстрі ЛЗ України зареєстровано близько 12,8 тис. найменувань ЛЗ (з них 30% – вітчизняного виробництва і 70% – іноземні). Обсяг продажу ЛЗ за результатами 2015 р. склав 42,6 млрд. грн. за 1 млрд. упаковок. Частка вітчизняних препаратів у структурі продажів становить 76,7% (в упаковках), однак, це складає лише 40,9% у грошовому еквіваленті [2]. Вітчизняне виробництво ЛЗ, враховуючи фінансові обмеження, орієнтоване на генерики. Потреби в оригінальних ЛЗ забезпечуються переважно за рахунок імпорту. Більшість препаратів на фармацевтичному ринку України є генеричними – їхня частка становить понад 70 %, тоді як у США – 12 %, Японії – 30 %, Німеччині – 35 %, Франції – 50 %.

За даними Держстату України на кінець 2015 р. кожна третя з українських сімей (33,5%) не змогла купити необхідні ліки (у порівнянні з 2013 р. – кожна п'ята сім'я (22%)). Основною причиною є надто висока вартість ліків (так відповіли 92,3% опитаних у 2014 р. та 97,4% – у 2015 р.) [10]. Середньозважена вартість 1 упаковки ЛЗ, за даними аналітичної компанії «Proxima Research» у 2015 р. становила 42,5 грн. (при цьому ціна ЛЗ вітчизняного виробництва становила 22,7 грн., імпортні ліки – у середньому в 5 разів дорожчі – 107,8 грн.) [2].

Аналіз динаміки змін цін на ліки свідчить, що ціни на вітчизняні та імпортні ЛЗ змінюються нерівномірно. Так, найбільш неконтрольоване зростання роздрібних цін на ЛЗ спостерігалось протягом 2014-2015 рр., що обумовлене девальвацією національної валюти та введенням ПДВ на ліки. Так, середньозважена вартість 1 упаковки ЛЗ за 2014 рік зросла на 29,6% (імпортні ЛЗ подорожчали на 43,2%, вітчизняні – на 23,8% порівняно з цінами попереднього періоду), за 2015 рік ціни на ЛЗ в цілому зросли на 39,9% (імпортні – на 71,2%, вітчизняні – на 45,8%). Протягом 2016 року спостерігається тенденція до зниження темпів зростання цін в цілому (+9,9%), але за I півріччя середньозважена вартість упаковки вітчизняного ЛЗ подорожчала на 15,5%, у той час як ліки зарубіжного виробництва – лише на 2,3% [3].

Кризові явища в економіці та соціально-політичному житті значно вплинули на платоспроможність населення і системи ОЗ в цілому. Так, за аналізований період середня заробітна плата в Україні зросла несуттєво – на 20,5% (у 2014 р. – 3480 грн., у 2015 р. – 4195 грн.) [10]. За таких умов цінова доступність ЛЗ для населення знизилася, але відзначається тенденція до збільшення споживання вітчизняних ЛЗ, враховуючи їх нижчі ціни [2, 3].

Концепцією розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр. з метою забезпечення населення доступними лікарськими засобами (ЛЗ) передбачено перехід до ефективного механізму державного регулювання і контролю цін на ЛЗ, впровадження механізму реімбурсації, створення інформаційної бази даних референтних цін на основні ліки, проведення моніторингу системи цін на ЛЗ.

Аналіз закордонного досвіду вирішення проблеми підвищення доступності ЛЗ

свідчить про відсутність єдиного підходу до формування цін на ліки та їх державного регулювання. З цією метою використовуються різні методи державного впливу, як то: реєстрація оптових цін виробника (митної вартості), обмеження торговельних надбавок, моніторинг цін, пільгове оподаткування та ін. При цьому найбільш поширеним методом в ЄС є референтне ціноутворення, що дозволяє поєднувати механізми державного регулювання цін на ЛЗ та реімбурсації (відшкодування) їх вартості. Першою у 1989 р. впровадила систему референтного ціноутворення Німеччина, потім Данія – у 1991 р., Нідерланди – у 1993 р., Італія – у 1995 р. та Іспанія – в 1999 р. Наразі такий підхід застосовують більшість країн - членів ЄС (24 країни). Позитивним також є досвід європейських країн (Німеччина, Великобританія, Нідерланди та ін.) щодо досягнення домовленостей між державою, виробником ЛЗ та страховими компаніями про обмеження рентабельності виробництва ОЛЗ в обмін на гарантії обсягів державних закупівель [4, 5].

Як правило, контроль цін застосовується тільки до рецептурних ЛЗ, що підлягають відшкодуванню. Питання формування і контролю цін на ЛЗ врегульовані Директивою 89/105/ЕЕС про прозорість ціноутворення при включенні препаратів в систему реімбурсації (Transparency Directive). Згідно законодавства ціни можуть встановлюватися відповідним компетентним органом або спільно з виробником. При цьому беруться до уваги докази додаткової терапевтичної користі в порівнянні з існуючим лікуванням або результати оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ). Внутрішнє референтне ціноутворення використовується для визначення рівня відшкодування [5, 7].

Прямий контроль витрат здійснюється за допомогою встановлення граничних рівнів цін або націнок, надання виробниками або дистриб'юторами знижок для роздрібно-аптечної мережі. Також контроль витрат може здійснюватися шляхом генеричної заміни (для деяких країн така практика є загальноприйнятою) як в умовах аптеки, так і на рівні виписування рецептів лікарями (це може бути моніторинг рецептів, квоти, обмеження бюджету на 1 лікаря, фінансові важелі – премії та штрафи тощо). На рівні споживачів ЛЗ контроль витрат реалізується за допомогою політики со-паумент (співплати) [4].

Враховуючи достатньо великий діапазон цін в країнах ЄС (розбіжність може становити до 93%), механізм зовнішнього референтного ціноутворення має дуже важливе значення для підвищення доступності ліків в країнах з більш високим рівнем цін. Найчастіше застосовується середня або найнижча ціна в референтних країнах, які відбираються на базі схожості економіки і територіальної близькості.

Разом з тим, варто наголосити на обмеженнях у застосуванні методу референтного ціноутворення. Цей метод може бути ефективним для країн з відносно високими цінами на ліки. Порівняння цін на ЛЗ ускладнене тим, що у відкритих прайсах не завжди опубліковані актуальні ціни, до того ж, деякі країни публікують ціни виробника, інші – оптово-відпускні або роздрібні. Враховуючи відмінності у системах оподаткування, державного регулювання цін, надання знижок та механізмів відшкодування, ціни не завжди можуть бути порівнянними.

В Україні державне регулювання цін на основні ліки та ЛЗ, що закуповуються за бюджетні кошти здійснюється на державному рівні. Відповідно до Постанови КМУ від 02.07.2014р. №240 «Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення» ціни на такі ЛЗ підлягають декларуванню. Декларування оптово-відпускних цін на ЛЗ та вироби медичного призначення (ВМП) раніше здійснювалось з використанням механізму зовнішнього моніторингу: визначення референтних (порівняльних) цін, установлених у країні їх походження та в Україні. При цьому оптово-відпускні ціни на ЛЗ не повинні були перевищувати середньоарифметичного значення оптово-відпускних цін на відповідні препарати в референтних країнах та Україні. Починаючи з 07.07.2015 р. було змінено механізм формування та порядок декларування оптово-відпускних цін на ЛЗ та ВМП. Скасування методу референтного ціноутворення при

формуванні оптово-відпускних цін на ліки слід розцінювати як негативний фактор, що призведе до зниження цінової доступності ЛЗ.

Подальше регулювання цін, відповідно до Постанови КМУ від 17.10.2008р. №955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», відбувається шляхом регулювання встановлених оптових та роздрібних націнок на ЛЗ. Слід зазначити, що аптеками та аптечними мережами була знижена роздрібна націнка на ліки в середньому з 25% у 2013 р. до 22% у 2016 р. (за даними компанії «SMD»). У цьому контексті оптово-відпускна ціна виробника та порядок її формування набувають особливого значення, оскільки вона складає до 80% розміру роздрібною ціни та є основою для всіх подальших розрахунків.

Незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів та їх постійний перегляд, механізм державного регулювання цін на ЛЗ наразі недосконалий, а законодавча база містить ряд невідповідностей, які негативно впливають на процес формування цін.

Сьогодення фармацевтичної практики потребує реалізації основних принципів у формуванні системи цін на ЛЗ, зокрема обґрунтованість, прозорість і гласність. Для цього необхідно визначення пріоритетних методів державного регулювання по усьому ланцюгу від оптово-відпускних до роздрібних цін на ліки, які здатні забезпечити соціально-економічну ефективність ціноутворення на ЛЗ з позицій забезпечення їх доступності для населення, а також створення рівних конкурентних умов для суб'єктів господарської діяльності в галузі. Як свідчить міжнародний досвід, до таких методів відносять, насамперед, державну реєстрацію оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ, а також проведення моніторингу системи цін та показників доступності ліків.

У цьому контексті нами пропонується прийняття системи першочергових заходів стосовно удосконалення державного регулювання цін на ЛЗ і ВМП, а саме:

- 1) введення механізму державної реєстрації цін реалізації замість декларування змін оптово-відпускних цін з метою підвищення цінової доступності ліків та контролю за цінами;
- 2) встановлення граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ і ВМП, що включені до Переліку ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів, затвердженого постановою КМУ від 5.09.1996 р. №1071;
- 3) введення Державного реєстру цін для забезпечення об'єктивною інформацією про граничні оптово-відпускні та граничні роздрібні ціни на ЛЗ та ВМП для прийняття ефективних управлінських рішень;
- 4) створення Міжвідомчої експертної ради для здійснення державної реєстрації граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ і ВМП або їх перереєстрацію, а також визначення незалежної експертизи;
- 5) запровадження методу референтного ціноутворення шляхом визначення переліку ОЛЗ, вартість яких може відшкодуватись за рахунок державного бюджету та інших залучених коштів;
- 6) запровадження постійного моніторингу системи цін (оптово-відпускних, закупівельних та роздрібних) на основні ліки та ЛЗ, що закуповуються за бюджетні кошти, а також показників цінової доступності.

Нами запропоновано проект Постанови КМУ «Про заходи щодо удосконалення державного регулювання ціноутворення на лікарські засоби і виробу медичного призначення», що включає такі нормативні документи:

- Порядок державної реєстрації граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення;

- Положення про Державний реєстр цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення;
- Положення про Міжвідомчу експертну раду;
- Порядок проведення моніторингу цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення.

На нашу думку, перспективними напрямками удосконалення цінової політики доступності ЛЗ та ВМП можуть бути наступні:

- розробка та впровадження політики єдиних роздрібних цін на ОЛЗ (за граничним рівнем) з використанням методів моніторингу цін та референтного ціноутворення;
- формування єдиного Національного переліку шляхом об'єднання переліків основних ліків та ЛЗ, що закуповуються за бюджетні кошти;
- розробка та впровадження галузевих методик розрахунку собівартості виробництва ЛЗ, що закуповуються за державні кошти, а також на інноваційні препарати;
- створення інформаційно-аналітичної системи та бази даних світових та внутрішніх цін на ЛЗ та ВМП.

Все це, безумовно, сприятиме підвищенню доступності ЛЗ для пацієнтів.

Висновки. Результати комплексного аналізу системи цін на ЛЗ в Україні свідчать про низьку цінову доступність ОЛЗ, що обумовлено багатьма об'єктивними чинниками, у т.ч. недосконалими механізмами державного регулювання цін. Як першочергові заходи вирішення проблеми нами пропонується введення механізму державної реєстрації цін реалізації замість декларування змін оптово-відпускних цін; встановлення граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ і ВМП, що включені до бюджетного переліку; введення Державного реєстру цін; створення Міжвідомчої експертної ради. Запровадження методу референтного ціноутворення та постійного моніторингу системи цін (оптово-відпускних, закупівельних та роздрібних) на ОЛЗ та ліки, що закуповуються за бюджетні кошти, дозволить реалізувати принципи прозорості у ціноутворенні, як того вимагають європейські норми, та позитивно вплине на підвищення цінової доступності ЛЗ. Все це викладено у проекті Постанови КМУ «Про заходи щодо удосконалення державного регулювання ціноутворення на лікарські засоби і виробу медичного призначення», що прийнято до розгляду.

Література

1. Здоров'я-2020 : Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012
2. Кирсанов Д. Аптечный рынок Украины по итогам 2015 г.: Helicopter View / Д. Кирсанов // Еженедельник Аптека. – 2016. - № 1023 (2). [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/358052>
3. Кирсанов Д. Бриф-анализ фармынка: итоги апреля 2016 г. / Д. Кирсанов // Еженедельник Аптека. – 2016. - № 1040 (19). [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/372763>
4. Лукьянчук Е. Как работает система референтного ценообразования? / Е. Лукьянчук // Еженедельник Аптека. – 2012. - № 829 (8). [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/126957>
5. Danzon P. M. Pharmaceutical Price Regulation: National Policies Versus Global Interests. – М., 2010. – 232 с.
6. Essential Medicines Are More Available than Other Medicines around the Globe /Y. T. Bazargani, M. Ewen, A. de Boer, H. G. M. Leufkens, A. K. Mantel-Teeuwisse
7. European Economy. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU / G. Carone, C. Schwierz, A. Xavier // European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs). – Economic Papers 461. – 2012. - 67 p. [Электронный ресурс] –

Режим доступа : http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf

8. Роль оценки медицинских технологий в ценовой политике / К. Wendykowska, М. Władysiuk, К. Bondaryk, М. Budasz-Świdorska, G. Ofierska-Sujkowska, К. Łanda // Практичні аспекти впровадження оцінки технологій охорони здоров'я в Україні: матер. міжнар.наук.-практ. конф., м. Київ, 5-6 березня 2013 р. / ред. кол.: А.С. Немченко та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 70-82.
9. Pharmaceutical pricing. The use of external reference pricing / К. Ruggeri, E. Nolte. - RAND Corporation, 2013. – 61 p. [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR240.html
10. <http://www.ukrstat.gov.ua/>

JUSTIFICATION OF PRIMARY MEASURES AND PRIORITY DIRECTIONS OF PRICE POLICY TO INCREASE THE AVAILABILITY OF MEDICINES

Nemchenko A.S., Kosyachenko K.L., Nazarkina V.N.

An analysis of approach to medicine pricing in Ukraine and EU and state of ensure the availability of medicines. Grounded immediate measures and priority directions of pricing policy to improve the availability of medicines.

Keywords: pricing, essential medicines, affordability of prices, price monitoring, reference pricing.

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ МЕР И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ЦЕНОВОЙ ПОЛИТИКИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Немченко А.С., Косяченко К.Л., Назаркина В.Н.

Проведен анализ подходов к ценообразованию на лекарственные средства в Украине и странах ЕС и состояния обеспечения доступности лекарственных средств. Обоснованы первоочередные меры и приоритетные направления ценовой политики относительно повышения доступности лекарственных средств.

Ключевые слова: ценообразование, основные лекарственные средства, ценовая доступность, мониторинг цен, референтное ценообразование.

УДК 616: 314.44

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНОСТІ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Котвицька А. А., Черкашина А. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Резюме: У статті наведено світову статистику орфанних захворювань, визначено основні досягнення в регулюванні медико-фармацевтичного забезпечення хворих на орфанні захворювання в Україні. Визначено найбільш поширені в Україні орфанні захворювання та надано їх узагальнену характеристику. Наведено дані щодо поширеності основних орфанних захворювань за нозологіями серед новонароджених і кількості хворих в Україні.

Ключові слова: рідкісні (орфанні) захворювання, статистичні дані.

Вступ. Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), генетичні та рідкісні (орфанні) захворювання є одним з перспективних напрямків розвитку

медичної науки та практики. Кількість рідкісних захворювань зростає щорічно, що обумовлює їх соціальну значущість [13].

Орфанні захворювання (ОЗ) – рідкісні вроджені чи набуті захворювання, які характеризуються важким, хронічним плином, прогресуючим перебігом, супроводжуються формуванням дегенеративних змін в організмі, зниженням якості та скороченням тривалості життя хворих, що становлять загрозу для їх життя [2, 5].

Необхідно зазначити, що за епідеміологічними даними від 6 до 8% сукупного населення країн-членів ЄС страждають на рідкісні захворювання, а їх загальна кількість складає від 27 до 36 млн. хворих [2, 12, 13].

Європейським комітетом експертів з рідкісних ОЗ (EUCERD) на сьогодні вже ідентифіковано близько 8000 нозологічних форм ОЗ. Разом з тим в світі щотижня описується приблизно 5 нових патологічних станів, однак лише 250 з них мають свій шифр у Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ-10) [12].

Необхідно зазначити, що проблема рідкісних ОЗ в Україні визнана на державному рівні лише в 2014 році з прийняттям Закону «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань» від 15.04.2014 р. №1213-VII [5].

Не зважаючи на зазначений факт, на сьогодні, можна відзначити низку досягнень у регулюванні медико-фармацевтичного забезпечення хворих на ОЗ, а саме: упорядкування поняття «орфанне захворювання»; затвердження реєстру ОЗ; затвердження прав хворих ОЗ на безперебійне та безоплатне забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) та продуктами лікувального харчування; розроблення порядку пожиттєвого забезпечення хворих на ОЗ ЛЗ та продуктами лікувального харчування; затвердження номенклатури ЛЗ та продуктів лікувального харчування для централізованого забезпечення дітей, хворих на 9 нозологій; спрощення порядку державної реєстрації ЛЗ, призначених для лікування ОЗ; визначення порядку ввезення на митну територію України незареєстрованих ЛЗ для лікування ОЗ; збільшення державного фінансування на ЛЗ і лікувальне харчування для дітей, хворих на ОЗ (часткове забезпечення 9 нозологій) [2].

Серед нерегульованих державою питань щодо медико-фармацевтичного забезпечення хворих на ОЗ можна відзначити відсутність Національного реєстру хворих на рідкісні ОЗ і, як наслідок, репрезентативних статистичних даних. Саме тому **метою** нашої робота стало дослідження показників поширеності орфанних захворювань в Україні.

Основна частина. Більшість ОЗ виявляються генетичними захворюваннями, які супроводжують хворого протягом усього його життя. За даними Європейського альянсу організацій хворих на ОЗ, 2 з 3 орфанних нозологій виявляються у ранньому дитячому віці. Важкий інвалідизуючий перебіг мають 65% випадків, у 50% – передбачають погіршений прогноз для життя, в 35% є причиною смерті протягом 1-го року життя, в 10% – у віці 1-5 років, в 12% – у віці 5-15 років [2, 13].

В Україні перелік, який затверджено Наказом МОЗ від 27.10.2014 р. №778, містить 171 рідкісне ОЗ, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування [6].

Необхідно відзначити, що важливість своєчасного виявлення ОЗ обумовлена певними наслідками, наприклад, у разі пізнього виявлення та відсутності відповідного лікування фенілкетонурії, дитина стає нездібною до навчання (тяжка форма розумової відсталості, судомний синдром, інші ознаки ураження ЦНС). Також, в іншому випадку, результатами вродженого гіпотиреозу можуть бути тяжка розумова відсталість, грубі риси обличчя, набряки, закрепи. Аналогічним прикладом виступає муковісцидоз, який характеризується тяжкими ураженнями дихальної системи (рецидивуючі пневмонії, обструктивні бронхіти), недостатнім функціонуванням підшлункової залози, що призводить до тяжкої гіпотрофії. При адреногенітальному синдромі спостерігається неправильний розвиток зовнішніх

статевих органів у дівчаток, передчасне статеве дозрівання хлопчиків, безпліддя, а також ризик раптової смерті на фоні наднирникової недостатності [11].

Як відомо, своєчасне виявлення і початок лікування хворих дітей з метою запобігання їх інвалідизації забезпечується неонатальним скринінгом (скринінгом новонароджених). В Україні новонародженим в перші дні життя проводять скринінг на 4 орфанні хвороби – фенілкетонурію, муковісцидоз, адреногенітальний синдром та гіпотиреоз. З цією метою з державного бюджету в 2014 році було виділено 21 708 тис. грн., які орієнтовно забезпечили обстеження 42,44% новонароджених дітей [2, 11].

Необхідно зазначити, що на сьогодні в Україні діагностуються та лікуються найбільш поширені ОЗ, а саме: гемофілія, фенілкетонурія, муковісцидоз, гіпофізарний нанізм, уроджена гіперплазія надниркових залоз (адреногенітальний синдром), синдром Тернера, хвороба Гоше, хвороба Фабрі, хвороба Віллебранда, мукополісахаридози, онкологічні та онкогематологічні захворювання, ювенільний ревматоїдний артрит, первинний (вроджений) імунodefіцит [1, 4, 7-11].

Гемофілія – рідкісне захворювання, при якому порушена коагуляція, або згортання крові, зумовлене дефіцитом факторів VIII і IX зсідання крові. Серед спадкових порушень системи коагуляційного гемостазу, які мають геморагічний характер, гемофілія займає перше за поширеністю місце, а у структурі спадкових геморагічних діатезів – друге після хвороби Віллебранда.

Розповсюдженість гемофілії у більшості європейських країн становить 13-18 на 100000 чоловічого населення (гемофілії А – 1:10000, а гемофілії Б – 1:30000), або за даними ВООЗ та Всесвітньої федерації гемофілії 1:10000 новонароджених хлопчиків. Гемофілія А зустрічається частіше, ніж гемофілія В, що складає 80-85% від загальної популяції з гемофілією. У всьому світі нараховується біля 350 000 хворих на гемофілію [8].

За даними реєстру дітей, хворих на спадкові коагулопатії в Україні станом на 01.01.2013 року на диспансерному обліку знаходилось 652 дітей з різними формами спадкових коагулопатій, у тому числі 281 дитина (41%) з важкими формами захворювання, а саме: 472 дитини, хворі на гемофілію А, у тому числі 245 дітей (52%) з важкими формами захворювання 81 дитина, хвора на гемофілію В, у тому числі 36 дітей (45%) з важкими формами захворювання 11 дітей з рідкісними формами вроджених коагулопатій [8].

Хвороба Віллебранда (ХВ) – спадкове захворювання крові, що характеризується виникненням епізодичних спонтанних кровотеч, які схожі з кровотечами при гемофілії.

ХВ зустрічається з частотою 1:100 жителів, однак у більшості з цих осіб жодних симптомів розладу гемостазу не спостерігається; частота клінічно значущих випадків значно нижча і становить 1:10000 жителів. Оскільки більшість випадків ХВ характеризуються легким клінічним перебігом, то частіше вона виявляється у дівчат пубертатного віку, у яких продовжується тривалість та інтенсивність менструацій. Зазвичай тяжка форма захворювання виникає у дітей з I (O) групою крові [8].

Станом на 05.04.2013 року на диспансерному обліку в Україні знаходилось 88 дітей з ХВ [8].

Фенілкетонурія (ФКУ) – спадкове захворювання в основі якого лежить порушення амінокислотного обміну (наслідок генетичного дефіциту ферменту (ФАГ), який відповідає за розщеплення амінокислоти фенілаланіну).

Дефіцит ФАГ є досить поширеним у людей європеїдної раси, в яких загальна частота цього захворювання складає 1 на 10000 новонароджених дітей; захворювання особливо поширене в Ірландії та Туреччині, де частота складає відповідно 1 на 4500 і 1 на 2600 [10].

За даними неонатального скринінгу, поширеність ФКУ в різних регіонах України коливається від 1:4500 до 1:10000 (у середньому частота даного захворювання серед немовлят складає 1:7697-1:7027); частота носійства мутантного гену ФКУ серед населення України становить 2-3% [10].

Синдром Шерешевського-Тернера (СШТ) – виключно жіноче захворювання, яке виникає при аномальному розвитку жіночих хромосом; є одним із найпоширеніших генетичних порушень.

Поширеність СШТ у різних популяціях складає від 25:100000 до 210:100000 новонароджених дівчат, але, ураховуючи значну кількість мозаїчних форм синдрому та відсутність класичних ознак хвороби, реальну поширеність синдрому в світі визначити майже неможливо. Відповідно до наукових джерел інформації, поширеність СШТ у Німеччині складає 29 випадків на 100 000 новонароджених дівчат, у Данії – 40:100 000, в Албанії – 49:100 000, у Польщі – 116:100 000 [7].

В Україні щороку вперше діагностують від 17 до 25 випадків СШТ, а поширеність синдрому складає 77,5 на 100000 новонароджених і є аналогічною його поширеності в інших країнах. Діагностування СШТ в нашій країні відбувається із запізненням (середній вік встановлення діагнозу становить $9,8 \pm 4,7$ року з максимальною частотою первинної реєстрації випадків у пубертатному (12-17 років) віці [7].

Муковісцидоз (МВ), або кістофіброз підшлункової залози – спадкове захворювання з аутосомно-рецесивним типом передачі, що протікає з переважним ураженням органів дихання і шлунково-кишкового тракту.

МВ є одним з найбільш розповсюджених генетично детермінованих захворювань серед людей європеїдної раси з середнім показником захворюваності 1 випадок на 2000-2500 новонароджених [4].

На сьогодні діагноз МВ вже не є вироком, а тривалість життя таких хворих за останній час у багатьох країнах світу значно зросла (наприклад, у США середня тривалість життя складає 32 роки, найстаршому пацієнту 78 років, близько 30% хворих працюють повний робочий день і лише 3,5% знаходяться вдома; третина дорослих пацієнтів одружуються і навіть народжують дітей). Проте середня тривалість життя українських пацієнтів значно менша (12-15 років), що обумовлено низьким рівнем діагностики та значною кількістю невирішених на сьогодні проблем з надання своєчасної та адекватної медичної допомоги хворим [4].

Гіпофізарний нанізм – нейроендокринне захворювання, зумовлене порушенням секреції соматотропного гормону (СТГ) або його дії на периферичні тканини, що характеризується затримкою росту та фізичного розвитку.

За статистичними даними частота затримки росту, викликана недостатньою секрецією СТГ, коливається від 1 на 3000-4000 до 1 на 10000 дитячого населення. В Росії розповсюдженість гіпофізарного нанізму становить 1:20000, в Африці, Америці та на Близькому Сході – 1:4000. Відставання у рості вдвічі частіше спостерігається в осіб чоловічої статі, ніж у дівчат [11].

Уроджена дисфункція кори наднирників (УДКН) (адреногенітальний синдром, вроджена гіперплазія кори наднирників) – група гетерогенних спадкових захворювань, в основі яких лежить первинне порушення стероїдогенезу в кірковій речовині наднирникових залоз, що призводить до різноманітних метаболічних розладів і, найчастіше, виявляється клінічними проявами зміни темпів і характеру статевого дозрівання та порушенням росту.

УДКН є найчастішою патологією наднирників у дитячому віці й складає, за даними світового неонатального скринінгу, 1 випадок на 14500 новонароджених. Частота клінічно виражених форм серед осіб європеїдної раси становить 1:11900 чоловік, а частота гетерозигот – 1:55. Пізні форми УДКН зустрічаються частіше і в загальній популяції досягають приблизно 0,1-0,2%, частота виникнення інших форм УДКН значно нижча (приблизно, в 10 разів) і зустрічається у 1 з 100000 новонароджених. Патологія спостерігається однаково часто як у хлопчиків, так і у дівчаток [1].

Хвороба Гоше (ХГ) – спадкове захворювання накопичувального характеру, яке є одним з найпоширеніших серед лізосомних патологій (заповнені ліпідами «клітини Гоше»

акумулюються в різних тканинах і органах, особливо в селезінці, печінці, кістковому мозку, легенях та мозку).

Серед населення Західної та Східної Європи частота ХГ становить від 1:40 000 до 1:60 000. Нейропатичний тип ХГ зустрічається значно рідше і становить від 1:50 000 до 1:100 000 населення. Серед євреїв ашкеназі це одна з найрозповсюдженіших генетичних патологій з частотою випадків серед носіїв 1:17 [9].

В електронній базі Центру орфанних захворювань Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» станом на 01.07.2015 року нараховувалось 55 пацієнтів з хворобою Гоше: 23 дитини та 32 дорослих пацієнтів. Серед них з I-м типом – 53 особи (22 дітей, 31 дорослий), III-м типом – 2 особи (1 дитина, 1 дорослий). II-й (нейропатичний) тип хвороби Гоше було діагностовано у 3 дітей, всі померли у перші роки життя [9].

За результатами аналізу наукових інформаційних джерел та офіційних даних Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України) нами узагальнено статистичну інформація щодо показників поширеності основних орфанних захворювань в Україні (табл. 1).

Таблиця 1

Хворі на орфанні захворювання, які пройшли медико-генетичне консультування

Перелік хвороб	Код (МКХ)	2013 рік			2014 рік		
		Діти до 18 років	Дорослі 18 років і старші	Загальна кількість хворих	Діти до 18 років	Дорослі 18 років і старші	Загальна кількість хворих
Гемофілія	D68	599	1445	2044	571	1290	1861
Фенілкетонурія	E70.0	909	397	1306	766	334	1100
Синдром Тернера	Q96	644	660	1304	482	648	1130
Муковісцидоз	E84	712	119	831	642	95	737
Гіпофізарний нанізм	E23.0	241	114	355	205	126	331
Адрено-генітальний синдром	E25.0	198	68	266	173	80	253

Висновки. 1. Орфанні захворювання є рідкісними вродженими чи набутими захворюваннями, які супроводжуються формуванням дегенеративних змін в організмі, зниженням якості та скороченням тривалості життя хворих і навіть становлять загрозу для їх життя, кількість та соціальна значущість яких щороку зростає.

2. Серед основних досягнень у регулюванні медико-фармацевтичного забезпечення хворих на ОЗ в Україні визначено наступні: затвердження реєстру ОЗ; розроблення порядку пожиттєвого забезпечення хворих на ОЗ ЛЗ та продуктами лікувального харчування; затвердження номенклатури ЛЗ та продуктів лікувального харчування для централізованого забезпечення дітей; спрощення порядку державної реєстрації орфанних ЛЗ; визначення порядку ввезення на митну територію України незареєстрованих ЛЗ для лікування ОЗ; збільшення державного фінансування на ЛЗ і лікувальне харчування для дітей, хворих на ОЗ.

3. До найбільш поширених ОЗ, які діагностуються та лікуються в Україні віднесено наступні: гемофілія, фенілкетонурія, муковісцидоз, гіпофізарний нанізм, уроджена гіперплазія надниркових залоз, синдром Тернера, хвороба Гоше, хвороба Фабрі, хвороба Віллебранда, мукополісахаридози, онкологічні та онкогематологічні захворювання, ювенільний ревматоїдний артрит, первинний (вроджений) імунodefіцит.

4. Узагальнено дані щодо поширеності основних ОЗ, а саме: гемофілії (розповсюдженість 1:10000 новонароджених хлопчиків, в Україні 1861 хворих), фенілкетонурії (розповсюдженість 1:10000 новонароджених дітей, в Україні 1100 хворих), синдрому Тернера (розповсюдженість 25:100000-210:100000 новонароджених дівчат, в Україні 1130 хворих), муковісцидозу (розповсюдженість 1:2000-1:2500 новонароджених дітей, в Україні 737 хворих), гіпофізарного нанізму (розповсюдженість 1:3000-1:10000 новонароджених дітей, в Україні 331 хворий), адреногенітального синдрому (розповсюдженість 1:14500 новонароджених дітей, в Україні 253 хворих).

Література

1. Адреногенітальний синдром у дітей: неонатальний скринінг, діагностика і лікування : метод. рекомендації / О. Я. Гречаніна, В. М. Лісовий, О. А. Будрейко, ін. – Х. : 2013.– С. 43.
2. Котвіцька А. А. Дослідження сучасного стану державного регулювання медико-фармацевтичного забезпечення хворих на орфанні захворювання в Україні / А. А. Котвіцька, А. В. Черкашина // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2016. – Т. 2, № 1.– С. 29–36.
3. Перелік рідкісних (орфанних) захворювань у 2013-2014 роках [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://dostup.prawda.com.ua/request/orfanni_zakhvoriuvannia. – Центр медичної статистики МОЗ України.
4. Пояснювальна записка до проекту наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при муковісцидозі». Короткий опис проблеми. Актуальність для України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151221_0.html.
5. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань [Електронний ресурс] : закон ВР України від 15.04.2014 р. №1213-VII. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1213-18>. – Верховна Рада України.
6. Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 27.10.2014 р. №778. – Режим доступу : URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141027_0778.html. – Міністерство охорони здоров'я України.
7. Синдром Шерешевського-Тернера у дітей в Україні: аналіз поширеності, віку діагностування та генетичних варіантів / Н. Б. Зелінська, І. Ю. Шевченко, Є. В. Глоба, ін. // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2015. – №1 (49). – С. 49–54.
8. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. №34. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140115_0034.html.
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 19.08.2015 р. №529. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ25007.html
10. Фенілкетонурія. Загальна інформація [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://pku.org.ua/organization/about_disease/Fen_lketonur_ya_Zagalna_nformats_ya/. – Українська організація батьків дітей-інвалідів хворих на фенілкетонурію.
11. Фоменко Н. М. Скринінг новонароджених на тяжкі спадкові захворювання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.odkl.if.ua/important/skrin%D1%96ng-novonarodzhenikh-na-tyazhk%D1%96-spadkov%D1%96-zakhvoryuvannya>.
12. EUCERD [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eucerd.eu/>. – European Union Committee of Experts on Rare Diseases.
13. EURORDIS [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eurordis.org/content/promoting-orphan-drug-development>. – Rare Diseases Europe.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УКРАИНЕ

Котвицкая А. А., Черкашина А. В.

В статье приведена мировая статистика орфанных заболеваний, определены основные достижения в регулировании медико-фармацевтического обеспечения больных с орфанными заболеваниями в Украине. Определены наиболее распространённые в Украине орфанные заболевания и дана их обобщенная характеристика. Приведены данные о распространенности основных орфанных заболеваний по нозологиям среди новорожденных и количестве больных в Украине.

Ключевые слова: редкие (орфанные) заболевания, статистические данные.

RESEARCH OF THE PREVALENCE INDICATORS OF ORPHAN DISEASES IN UKRAINE

Kotvitska A. A., Cherkashyna A. V.

The world statistics of orphan diseases is given in the article; the main achievements in the regulation of medical and pharmaceutical ensuring of patients with orphan diseases in Ukraine were defined. The most common orphan diseases in Ukraine were identified and their generalized characteristic was given. The data on the prevalence of major orphan diseases by nosology among newborns and the number of patients in Ukraine were determined.

Keywords: rare (orphan) diseases, statistics.

УДК 331.8-230.047

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ЗАСАДАХ ФУНКЦІОНАЛЬНО-СТРУКТУРНОГО ПІДХОДУ

Козирева О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Резюме. З метою вдосконалення механізму забезпечення ефективності діяльності персоналу фармацевтичних підприємств запропоновано використовувати теорію графів для знаходження критичного шляху, який є оптимальним для вирішення проблем із забезпеченням ефективності діяльності персоналу підприємств. Граф оптимального шляху забезпечення ефективності діяльності персоналу розраховано на основі показників діяльності підприємств, а власне оптимальний шлях ґрунтується на характеристиках управління персоналом, які, за визначенням керівництва, є пріоритетними.

Ключові слова: управління персоналом, механізм забезпечення ефективності управління персоналом, функціонально-структурний підхід, фармацевтичне підприємство.

Вступ. Останнє десятиліття характеризується активізацією досліджень як вітчизняними, так і зарубіжними науковцями з найважливіших теоретичних і методологічних питань створення господарських, організаційно-економічних, соціальних механізмів, у тому числі механізмів управління активною трудовою діяльністю персоналу. Але, вивчаючи наукові розробки багатьох учених і практиків, стає зрозумілим, що виникає нагальна необхідність розробки та реалізації дієвого механізму забезпечення ефективності діяльності персоналу фармацевтичних підприємств.

Основна частина. Механізм забезпечення ефективності управління персоналом в сучасних умовах суттєво впливає на забезпечення конкурентоспроможності підприємств та створення конкурентних переваг за рахунок раціонального використання інтелектуальних

ресурсів і трудового потенціалу працівників. Незважаючи на значну кількість та накопичений досвід наукових розробок вітчизняних і зарубіжних учених щодо вдосконалення форм і методів кадрового менеджменту, більшість українських підприємств через брак висококваліфікованого управлінського персоналу та недостатньо гнучку й застарілу концепцію кадрової політики не встигають реагувати на швидкі зміни ситуації на ринку праці, нові вимоги до мобільної переорієнтації власного інтелектуального потенціалу, впровадження сучасних технологій кадрової роботи як одного з дієвих виробничих процесів.

Слід зазначити, що за даними Міністерства промислової політики України рейтинг найбільших вітчизняних підприємств нараховує тільки 16% підприємств із нормальною та 14,7% — із високою продуктивністю праці. Як висновок, лише третина підприємств мають достатній рівень продуктивності праці, а відповідно, і раціональне використання робочої сили та ефективності виробництва в цілому. Така ситуація суттєво впливає на ефективність роботи підприємства та його конкурентоспроможність. За таких умов одним із головних завдань у цій сфері є розробка теоретичних та методологічних положень і практичних рекомендацій щодо вдосконалення процесу формування механізму забезпечення ефективності діяльності персоналу фармацевтичних підприємств [1].

Головною умовою підвищення ефективності діяльності фармацевтичного підприємства є не просто побудова механізму забезпечення ефективності управління персоналом, а використання на підприємствах запропонованих напрямів, які можуть забезпечити реальну соціально-економічну віддачу. У зв'язку із цим у рамках дослідження найбільш актуальним є питання щодо формування ефективного механізму забезпечення ефективності діяльності персоналу та прогнозування рівнів ефективності діяльності промислових підприємств на основі розробленої та запропонованої методики. На механізм негативно впливає дія таких чинників:

- трудові відносини формуються здебільшого стихійно, без належного регулювального впливу з боку держави;
- набула значних масштабів диференціація заробітної плати як наслідок монопольного становища тих чи інших підприємств і цілих галузей;
- поширюється непрозорість у трудових відносинах, що пов'язано з масштабністю тіньової економіки, недосконалістю чинного трудового законодавства, відсутністю належного контролю за його дотриманням на різних рівнях управління;
- знижується рівень соціальної захищеності найманих працівників, що є наслідком, з одного боку, перегляду державних соціальних гарантій не на користь працюючих, а з іншого — масових порушень чинного законодавства з боку роботодавців;
- залишається низькою ефективність діяльності соціальних партнерів щодо формування та розвитку системи соціального партнерства в сучасних умовах.

На рис. 1 запропоновані напрями процесу вдосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом, які базуються на засадах функціонального підходу з виокремленням організаційно-інформаційно-мотиваційної компонент.

Забезпечення ефективності функціонування цих компонент здійснюється завдяки виявленню тих бізнес-процесів управління персоналом, які мають найбільший вплив на ефективність діяльності підприємства.



Запропоновані організаційно-інформаційно-мотиваційні компоненти трансформуються в такі напрями для вдосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом:

— організаційна компонента забезпечується за допомогою графу оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом, побудова якого базується на використанні методології теорії графів;

— інформаційне забезпечення діяльності персоналу на основі системи інформаційного забезпечення автоматизації рутинних бізнес-процесів, визначення інтенсивності праці (положення про підрозділи й посадові інструкції), прозора система планування та бюджетування, упровадження інтелектуальних агентів для обміну інформацією управлінського персоналу; — мотиваційне забезпечення відбувається за допомогою визначення мотиваторів та демотиваторів ефективності діяльності персоналу.

Управлінська діяльність потребує розробки нових прогресивних методів та механізмів забезпечення ефективності діяльності персоналу, які впливають на діяльність підприємства в цілому та забезпечують підвищення продуктивності та результативності праці.

Основні результати дії механізму забезпечують:

- економічний та соціальний ефект;
- виявлення критичного шляху управління персоналом та його оптимізація;
- створення інформаційного забезпечення управління персоналом;
- модель мотиваційного механізму забезпечення управління персоналом.

На основі проведених досліджень пропонується застосування функціонального підходу в основу вдосконалення процесів формування механізму забезпечення ефективності управління персоналом фармацевтичних підприємств.

Функції управління персоналом можна визначити як діяльність, що спрямована на досягнення найбільш ефективного використання працівників для досягнення їх особистісних цілей та цілей підприємства загалом. Останні традиційно пов'язують із забезпеченням ефективності підприємства. Причому ефективність іноді розуміється у вузькому значенні — як отримання максимального прибутку. Однак дедалі частіше ефективність розглядається не тільки в економічному плані — як економічність, якість, продуктивність, нововведення, прибуток, а й у більш широкому контексті, і пов'язується з такими поняттями особистісного, психологічного плану, як задоволеність співробітників своєю працею, участю в трудовому колективі підприємства, високий рівень самооцінки колективу, мотивація персоналу до ефективної праці.

Для побудови механізму запропоновано використання теорії графів для розрахунку графу оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом. Використання методології теорії графів для знаходження оптимального шляху дозволяє виявити бізнес-процеси підприємства, які найбільше впливають на ефективність управління персоналом. Для визначення впливу бізнес-процесів на забезпечення ефективності управління персоналом можна застосувати систему індикаторів оцінювання кожного бізнес-процесу.

В основу формування механізму забезпечення ефективності управління персоналом фармацевтичних підприємств покладено функціональний підхід, згідно з яким було розглянуто основні функції управління персоналом та бізнес-процеси, які забезпечують реалізацію цих функцій (табл. 1).

Функції управління персоналом та відповідні бізнес-процеси

№ з/п	Функція	№ з/п	Бізнес-процес
1	Функція аналізу та планування персоналу	1	Процес аналізу кадрової політики управління персоналом при існуючій стратегії
		2	Процес розробки та коригування політики управління персоналом
		3	Процес відбору стратегії управління персоналом
2	Функція набору персоналу	4	Визначення потреби в персоналі з внутрішніх джерел
		5	Визначення потреби в персоналі із зовнішніх джерел
		6	Комплексний підхід у визначенні потреби в персоналі
		7	Визначення цільових потреб у персоналі за фактом організації робочих місць
3	Функція відбору та розстановки персоналу	8	Відбір персоналу з внутрішніх джерел та розстановка за робочими місцями
		9	Відбір персоналу із зовнішніх джерел та розстановка за робочими місцями
		10	Відбір та розстановка персоналу періодично, відповідно до функціонування робочих місць
4	Функція атестації та оцінювання кадрів	11	Процес оцінювання персоналу
		12	Процес атестації персоналу
5	Функція організації трудових відносин	13	Процес зниження конфліктності та забезпечення комфортного соціально-психологічного клімату
6	Функція мотивації персоналу	14	Процес впливу матеріальних чинників мотивації персоналу
		15	Процес впливу нематеріальних чинників мотивації персоналу
7	Функція створення умов праці	16	Процес управління поточною безпекою праці персоналу
		17	Процес створення умов праці та моніторингу безпеки діяльності персоналу
8	Функція інформаційного забезпечення	18	Процес поточного обліку персоналу та моніторингу робочого місця
		19	Процес загального обліку персоналу та моніторингу робочого місця
9	Функція розвитку та навчання персоналу	20	Процес загального розвитку персоналу
		21	Процес цільового навчання та забезпечення розвитку персоналу
		22	Розвиток та поточне навчання персоналу

Граф оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом розраховано на основі показників діяльності підприємств, а власне оптимальний шлях ґрунтується на характеристиках управління персоналом, які, за визначенням керівництва, є пріоритетними. У процесі моделювання вирішувалося завдання щодо виявлення взаємозв'язку результатів діяльності підприємств із ефективністю механізму управління персоналом.

Вершини графа — відділи підприємства, що формують процеси, ребра графа — ділянки шляхів виконання бізнес-процесів. Цикли на графі — проблемні місця неузгодженості в бізнес-процесах управління персоналом. У результаті розраховуються дев'ять згорток показників за бізнес-процесами, знаходяться дев'ять індикаторів бізнес-процесів і як згортка цих процесів визначаються інтегральний індикатор ефективності

управління персоналом та граф оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом. Таким чином, оптимальний шлях забезпечення ефективності управління персоналом — певний лабіринт, побудований на основі функцій управління персоналом та бізнес-процесів підприємства, від початку 1-го бізнес-процесу (1) (функція № 1) до закінчення 9-го бізнес-процесу (функція № 9). У цьому лабіринті й необхідно знайти оптимальний шлях забезпечення ефективності управління персоналом (без циклів) із максимізації ефективності управління персоналом за інтегральним індикатором ефективності управління персоналом.

Для побудови графу та виявлення оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом розраховуються основні функції та показники діяльності підприємств. Алгоритм економіко-математичного моделювання оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом підприємств представлено на рис. 2. Оскільки від ефективності управління персоналом залежить ефективність діяльності підприємства в цілому, то в процесі моделювання вирішувалося завдання щодо виявлення взаємозв'язку результатів діяльності підприємства з ефективністю механізму управління персоналом.

Як модель оптимізації розглядається випадок бульової або бінарної моделі цілочисельного лінійного програмування із цільовими функціями напрямів, що характеризують ефективність управління персоналом. Приклад побудови графу оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом машинобудівного підприємства представлено на рис. 3.

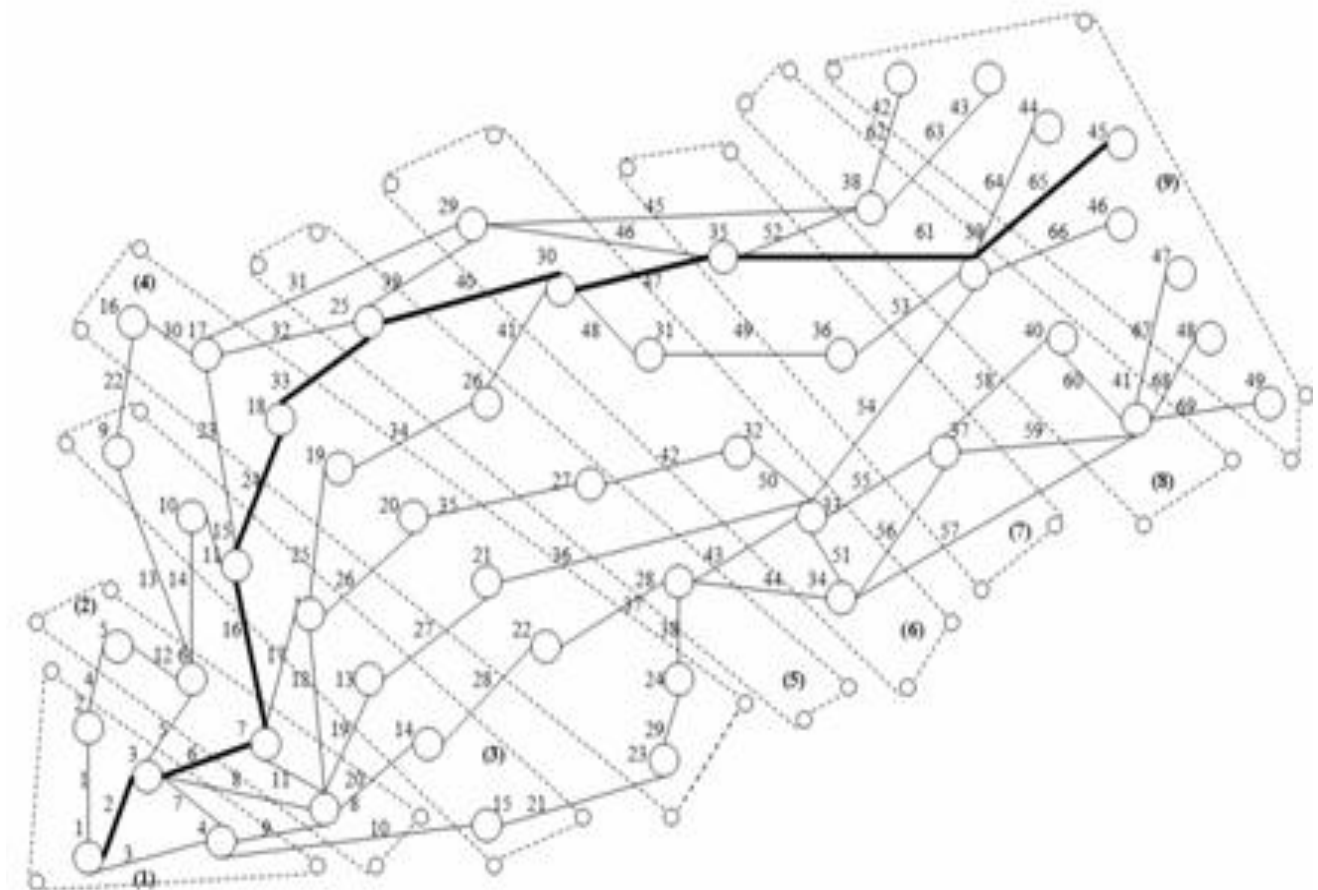


Рис. 3. Граф оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом підприємств (на прикладі фармацевтичного підприємства)

У процесі аналізу управління персоналом фармацевтичних підприємств визначено та обґрунтовано комплекс показників, які певною мірою характеризують стан діяльності

персоналу підприємств. Використання сукупностей показників із застосуванням таких економіко-математичних методів, як кореляційний аналіз змінних, регресійний аналіз змінних та метод множинної регресії, дозволило на основі індикаторів розрахувати індикатор ефективності управління персоналом.

У результаті проведеного дослідження здійснено моделювання впливу показників діяльності персоналу на забезпечення рівня ефективності фармацевтичних підприємств, які дозволяють побудувати граф оптимального шляху забезпечення ефективності діяльності персоналу. Граф будується на основі функцій управління персоналом, а реалізація всіх зазначених пропозицій можлива тільки за допомогою механізму забезпечення ефективності управління персоналом (табл. 2).

Таблиця 2

Аналіз графу оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом досліджуваних фармацевтичних підприємств

№ вершини	Індикатор	№ ребра	Виконуючі функції
Функція аналізу та планування персоналу			
1	I_{app}	1	Процес аналізу кадрової політики управління персоналом при існуючій стратегії
2		2	Процес розробки та коригування політики управління персоналом
3		3	Процес відбору стратегії управління персоналом
Функція набору персоналу			
4	I_{np}	4	Процес відбору стратегії управління персоналом
5		23, 24	Маркетингові дослідження. Визначення матеріально-технічних досліджень
6		7	Визначення цільових потреб у персоналі за фактом робочих місць
7		6	Комплексний підхід у визначенні потреб у персоналі
Функція відбору персоналу			
8	I_{vpp}	25	Відбір персоналу для підвищення кваліфікації
9		26, 27	Контроль за персоналом. Визначення адаптації персоналу на робочих місцях
10		9, 27	Відбір із зовнішніх джерел та розстановка за робочими місцями. Визначення адаптації персоналу на робочих місцях
11		8, 28	Відбір персоналу із внутрішніх джерел та розстановка за робочими місцями
12		29	Пошук персоналу
13		30	Пошук персоналу та заохочення до праці саме в даній компанії
14		31	Висвітлення персональних особливостей працівника
Функція оцінювання та атестації кадрів			
15	I_{aok}	32, 33	Надання звіту про результати спостереження та характеристики працівника
16		11	Оцінювання персоналу
17		12	Атестація персоналу
18		34	Надання звіту про гру. Оцінки гравців і їх ролей
19		35	Надання таблиці оцінок праці
20		36	Оцінка потенційних здібностей працівників і їх можливостей до професійного зростання

21		37	Розробка рішень щодо покращення трудових показників
22		44	Переміщення працівників з однієї посади на іншу
23		38, 44	Організація підбору, розміщення та виховання персоналу. Формування кадрового резерву
Функція організації трудових відносин			
24	<i>I_{ov}</i>	13, 69	Зниження конфліктності та забезпечення соціально-психологічного клімату. Представлення інтересів персоналу
25		40	Надання правового захисту працівникам
26		41	Підготовка робочого місця до роботи
27		43, 45	Розв'язання індивідуальних і колективних трудових спорів.
Функція мотивації персоналу			
28	<i>I_{mp}</i>	15, 39	Вплив нематеріальних чинників мотивації персоналу. Вироблення мотивації працівників
29		14, 17, 46	Вплив матеріальних чинників мотивації персоналу. Створення сприятливих умов праці та моніторинг безпеки діяльності й інших напрямів удосконалення організації праці
30		17	Створення умов праці та моніторинг безпеки діяльності
31		47, 51	Розроблення тарифів на роботи. Виконання роботи щодо системи оплати праці робітників
32		49, 51, 42	Виконання роботи щодо системи оплати праці робітників. Правильність нарахування відповідних категорій виплат. Зміцнення фінансової дисципліни
33		50, 52	Оплата путівок працівникам. Надання службового автотранспорту
Функція створення умов праці для персоналу			
34	<i>I_{sup}</i>	16, 54	Управління поточною безпекою персоналу. Організація курсів з охорони праці
35		55	Дотримання вимог психофізіології та ергономіки праці
36		58, 59	Організація медичного обслуговування персоналу. Воєнізована охорона організації та окремих посадових осіб
Функція інформаційного забезпечення та обліку персоналу			
37	<i>I_{iz}</i>	19, 53	Загальний облік персоналу та моніторинг робочого місця
38		18, 56, 57	Поточний облік персоналу та робочого місця. Ведення обліку й статистики персоналу
39		60, 63	Інформаційне забезпечення функціонування підприємства. Надання консультативної та методичної допомоги в межах відділу
40		61, 62	Організація роботи органів масової інформації підприємства
Функція розвитку й навчання персоналу			
41	<i>I_{mp}</i>	64	Введення на посаду та адаптація нових працівників
42		65	Оцінка кандидатів на вакантну посаду
43		22	Розвиток та поточне навчання персоналу
44		21	Цільове навчання та забезпечення цільового розвитку персоналу
45		20	Загальний розвиток персоналу
46		66	Забезпечення перепідготовки та підвищення кваліфікації
47		67	Періодична оцінка кадрів
48		68	Розробка та укладання угод із навчальними закладами щодо підготовки необхідних спеціалістів

Як висновок, необхідно зазначити, що використання побудованого графу дозволить виявити низку взаємопов'язаних бізнес-процесів, які мають найнижчу забезпеченість ефективністю управління персоналом. Дефрагментація цих процесів дає підстави для розробки заходів щодо підвищення рівня продуктивності праці персоналу. Це, у свою чергу, дозволило визначити пріоритети щодо вибору напрямів оптимізації функціонування механізму забезпечення ефективності управління персоналом, які варто застосовувати з метою підвищення конкурентоспроможності фармацевтичних підприємств на основі імплементації компонент забезпечення ефективності управління персоналом.

Література

1. Гавриш О.А. Інформаційні технології в антикризовому управлінні підприємством / О.А. Гавриш, Т.В. Трихліб // Сучасні проблеми економіки та підприємництва — 2011. — №6 — С. 59 - 63. [Електронний ресурс]. — Режим доступу до журн. : http://keip.kpi.ua/kaf_doc/Sb_6_2011.pdf.

Резюме. В целях совершенствования механизма обеспечения эффективности деятельности персонала фармацевтических предприятий предложено использовать теорию графов для нахождения критического пути, который является оптимальным для решения проблем по обеспечению эффективности деятельности персонала предприятий. Граф обеспечения оптимального пути эффективности деятельности персонала рассчитан на основе показателей деятельности предприятий, а собственно оптимальный путь основывается на характеристиках управления персоналом.

Ключевые слова: управление персоналом, механизм обеспечения эффективности управления персоналом, функционально-структурный подход, фармацевтическое предприятие.

Resume. To improve the mechanism to ensure the efficiency of the staff of pharmaceutical companies offered to use graph theory to find the critical path that is best for solving problems with ensuring the efficiency of personnel. Count the best way to ensure the efficiency of the staff are based on performance indicators and the actual optimal way based on characteristics of personnel management.

Key words: personnel management mechanism to ensure the effectiveness of personnel management, functional and structural approach, pharmaceutical company.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІ

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ У СВІТОВІЙ ОСВІТІ Й НАУЦІ.
СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ - ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ,
РЕІМБУРСАЦІЯ ВАРТОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.
ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО
НЕЗАХИЩЕНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ Й ХВОРИХ
НА СОЦІАЛЬНО-ЗНАЧУЩІ ЗАХВОРЮВАННЯ.
ПРАВОВЕ ТА ЕТИЧНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У ФАРМАЦІЇ.**

ОЦІНКА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІЙ СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

Котвіцька А. А., Волкова А. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На сьогодні особливістю розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я (ОЗ) є вплив сукупності факторів, серед яких найбільш важливими є низький рівень державних видатків на ОЗ, необ'єктивність офіційних даних медичної статистики, велика кількість призначень лікарських препаратів (ЛП) при лікуванні більшості нозологій, наявність великого обсягу спеціалізованої інформації у доступних для пацієнта джерелах, побічні реакції при застосуванні ЛП, низька ступінь комплаєнтності більшості пацієнтів, поширення самолікування тощо. У свою чергу повноцінне фармацевтичне забезпечення повинно базуватися на якісній допомозі кожному конкретному пацієнту і повноті надання фармацевтичних послуг.

Метою нашого дослідження стало проведення аналізу підходів щодо оцінки фармацевтичної допомоги у системі фармацевтичного забезпечення населення у міжнародній практиці з використанням методів контент-аналізу, історичного, логічного аналізу, мета-аналізу.

За результатами аналізу міжнародного досвіду надання медичної і фармацевтичної допомоги (ФД) у країнах ЄС, США і Канаді нами проведено узагальнення основних складових управління фармакотерапією на всіх її рівнях. Встановлено, що ефективне функціонування системи фармацевтичного забезпечення населення ґрунтується на постійній взаємодії учасників процесу надання ФД – лікарів, фармацевтів і пацієнтів – та передбачає своєчасне визначення доцільності призначення основних та додаткових ЛП і проведення діагностики основного й супутніх захворювань, забезпечення доступності ефективних ЛП, проведення повноцінної фармацевтичної опіки, участь пацієнта у наданні ФД, здійснення систематичного моніторингу медичної допомоги, ведення документації і встановлення системи взаємозв'язку між учасниками процесу надання ФД, створення системи управління результативністю ФД.

Необхідно зазначити, що світовий досвід розробки підходів щодо оцінки ФД у країнах з обмеженим фінансуванням системи ОЗ свідчить про ефективність впровадження чотирьох етапного підходу в наданні ФД і відповідно оцінки її якості за показниками економічних, клінічних і соціальних результатів. При цьому до основних напрямків діяльності фармацевтичних служб віднесено управління фармацевтичним забезпеченням на рівні суб'єктів ринку, забезпечення цілеспрямованого, економічно ефективного та безпечного використання ЛП, популяризація здорового способу життя та профілактики захворювань.

Як відомо, усі процеси і процедури оцінки ФД мають на меті забезпечення контролю за обігом та раціональним використанням ЛП і передбачають формулювання і впровадження методик і нормативів, створення відповідних організаційних форм на рівні суб'єктів ОЗ, локалізація та управління джерелами фінансування, моніторинг і дослідження втручань та співставлення терапевтичних результатів, розподіл людських ресурсів. Встановлено, що практичне впровадження даної системи організації ФД підвищує якість послуг, що надаються, створює систему внутрішньої і зовнішньої підзвітності, підвищує інформованість споживачів.

Таким чином, можна стверджувати, що сучасна тенденція переорієнтації взаємовідносин лікар – пацієнт – провізор на підвищення відповідальності кожного з елементів процесу надання ФД і, як результат, створення узгодженого процесу функціонування соціально-ефективної системи фармацевтичного забезпечення на всіх рівнях, повинна базуватися на безперервній оцінці всіх суб'єктів системи ОЗ і використання адаптованого підходу до впровадження систем оцінки якості.

ОБГРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ ФАРМАЦІЇ

Мороз С. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Фактор здоров'я, що є пріоритетною соціальною цінністю і найважливішим економічним ресурсом суспільства, виступає в сучасному світі індикатором прогресу соціально-економічного розвитку, в якому поєднуються досягнутий рівень якості життя людей і економічного благополуччя країни. Проблема збереження здоров'я, що значною мірою базується на системі забезпечення населення лікарськими засобами, займає особливе місце в глобальних питаннях національної безпеки держави, а сама фармацевтична сфера набуває виключної соціальної значущості. У визначенні сутності фармації вказано, що це – сукупність взаємопов'язаних складових науково-практичних напрямків: освітнього, наукового, виробничого та соціально-правового характеру стосовно ліків. Отже, соціальна складова є однією із найважливіших функцій, яка забезпечується цією сферою народного господарства.

У масштабах держави фармацевтична галузь покликана виступати як посередник, що реалізовує ряд соціальних функцій, спрямованих на покращення якості і тривалості життя населення. В цілому виконання соціальної функції є найважливішим аспектом діяльності фармацевтичного сектора. Фармацевтичний ринок за темпами середньорічного зростання є одним з найбільш динамічних в сучасній економіці. Такі темпи розвитку безпосередньо пов'язані з потребою людини бути здоровою, що виражається в задоволенні потреби в лікарських засобах і виробач медичного призначення. Висока соціальна пріоритетність ринку фармацевтичної продукції поєднується з низькою еластичністю попиту, що дозволяє відносити фармацевтичний ринок до категорій соціально-значущих ринків.

В Україні соціальна значущість фармацевтичної сфери відчувається особливо гостро. Беручи до уваги, що близько 90% витрат на фармацевтичні препарати оплачуються з кишень споживачів, будь-які коливання на фармацевтичному ринку здійснюють негайний і відчутний вплив на українські сім'ї. Співвідношення витрат на фармацевтичні продукти на душу населення та середньої тривалості життя в Україні та країнах світу відображає гостру соціальну проблему – низьку економічну доступність ліків для населення та, як наслідок, зниження показників якості та рівня життя (табл. 1).

Таблиця 1
Співвідношення витрат на фармацевтичні продукти на душу населення та середньої тривалості життя

Країни	Середня тривалість життя, років	Витрати на фармацевтичні продукти на душу населення, дол. США	Країни	Середня тривалість життя, років	Витрати на фармацевтичні продукти на душу населення, дол. США
США	78,9	1010	Швейцарія	82,6	562
Канада	81,5	771	Іспанія	82,1	523
Германия	80,7	668	Італія	82,4	514
Франція	81,8	651	Польща	76,4	321
Угорщина	74,6	574	Україна	68,5	100

Серед економічних аспектів регулювання фармацевтичного ринку з метою підвищення доступності ліків для населення варто виділити: регулювання цін, вдосконалення механізмів субсидування ліків, впровадження інформаційних технологій у сфері призначення та обліку лікарських рецептів.

ПАЦІЄНТ – ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ

Перцев І. М., Трохимчук В. В., Халавка М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Пацієнт (лат *patiens* – страждаючий, терплячий) – особа, яка отримує медичну (профілактичну, діагностичну, лікувальну) або фармацевтичну допомогу чи послугу, проходить медико-біологічні дослідження, є донором крові (органу) тощо. Термін «Пацієнт» є поширеним, але не сталим поняттям і потребує подальшого уточнення. Наприклад, у фармації, використовуються терміни: пацієнт, клієнт, хворий, відвідувач, споживач та інші. Пацієнт відіграє важливу роль у трикутнику лікар – фармацевт – пацієнт, як багатогранний людський фактор. Пацієнтом може бути будь-хто незалежно від віку, фаху і т. д. (сьогодні ти активний працівник, а завтра – пацієнт, що потребує медичної допомоги).

Професійно-етичні відносини лікар-пацієнт сформульовані в міжнародних кодексах, деклараціях, міжнародних та регіональних правових актах наприкінці минулого століття. Взаєвідносини фармацевтичних працівників і пацієнтів формуються пізніше – після спільного видання ВООЗ та Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) під назвою «Розвиток фармацевтичної практики. Фокус на допомогу пацієнту» (2006), де було виложеної основи просвітницької медико-соціальної ролі аптеки та її працівників і значно розширені у наступних рекомендаціях ВООЗ, де фармацевт розглядається як важливий і необхідний з'єднуючий ланцюжок між лікарем і пацієнтом. Дослідженнями останніх років, проведеними у США і Канаді та накопиченою доказовою базою переконливо підтверджена ефективність командного підходу за участю фармацевтів при лікуванні різних захворювань.

На сьогодні у суспільстві нашої країни відбуваються кардинальні зміни, які торкаються і фармації. Аптека при наданні медичної допомоги займає ключову позицію, де перетинаються професійні, соціальні, фінансові, юридичні та інші проблеми хворої людини. Лишаючись один на один з пацієнтом фармацевт повинен швидко і професійно вирішувати весь спектр питань з надання фармацевтичної допомоги, володіти навичками психолога, дієтолога і діагноста, забезпечувати пацієнта ефективними, безпечними та доступними ліками, а також рекомендаціями щодо їх правильного використання та зберігання, чуйно ставитись до хворого, підтримувати його морально й духовно.

Різноманітні стосунки фахівців з пацієнтом тісно пов'язані з соціальним змістом медицини й фармації, правилами етики та деонтології, що спрямовані на підвищення ефективності допомоги, збереження і зміцнення здоров'я пацієнта, який має цілу низку прав та обов'язків (див. статтю «Пацієнт» викладену у Фармацевтичній енциклопедії). Адже пацієнт є однією із головних і зацікавлених осіб, відповідальною за стан власного здоров'я, яка повинна своєчасно звертатися до лікаря за допомогою. Одним із обов'язків пацієнта при лікуванні є обов'язкове дотримання рекомендацій фахівців, активне співробітництво з питань власного одужання.

Зі зміною пріоритетів суспільства змінюється і пацієнт. У ринкових умовах, де пропонується великий обсяг медичних послуг він стає більш досвідченим, розбірливим і вимогливим. За висновками дослідження «Лікарські препарати в Україні», здійсненого Київським інститутом проблем управління ім. Горшеніна, лише 45,4% пацієнтів при придбанні лікарських препаратів керуються рекомендаціями лікаря. Відповідальне самолікування розцінюється наразі як перспективний напрям розвитку фармацевтичної галузі, де важливість професійної допомоги провізора ні в якому разі не зменшується. Через провізора пацієнт отримає також надійну консультацію, необхідну для початку самолікування. На провізора не тільки покладається обов'язок забезпечення хворого якісними ліками та виробами медичного призначення та надання повної інформації щодо їх використання, умов зберігання, взаємодії та можливих наслідків побічної дії ліків, а також

підвищення ефективності й безпеки фармакоterapiї конкретного хворого, основою якої є професійні знання й досвід провізора. При цьому провізор жодною мірою не є конкурентом лікаря, а навпаки, зменшує навантаження на лікарів коригуючи контингент пацієнтів, які потребують саме лікарської допомоги.

Відвідуючи медичні та фармацевтичні установи, пацієнт зазвичай бажає спілкуватися з фахівцями, що мають високий рівень професійних знань і певний практичний досвід, що дозволяє правильно здійснити діагностику захворювання та виявити його індивідуальні особливості. І з цим повинні рахуватись фахівці, налаштовуючи свої відносини з пацієнтом.

Постійний професійний розвиток є важливою умовою успішної діяльності будь-якого фахівця. Це особливо справедливо на етапі, коли темп науково-технічного прогресу веде до швидких змін і вимог до професійних знань, умінь і навиків. В умовах постійної зміни інформаційного середовища найбільш актуальну інформацію можливо черпати лише з надійних та перевірених періодичних видань. Наразі великим попитом як у фахівців практичної фармації та і у пацієнтів користується «Щотижневик АПТЕКА» та газета «Я-ПАЦІЄНТ» (всеукраїнський медичний огляд), Фармацевтичний часопис, а також журнал «Фармацевт-практик» на шпальтах яких надається інформація визнаних вчених та відповідальних фахівців МОЗ України, що дозволяє черпати інформацію з метою постійно підвищувати необхідний рівень знань та здійснювати профілактику розповсюджених захворювань. Так що будьмо здорові!

ЗАДАЧІ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ФАРМАЦЕВТІВ

Артеменко А. П.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Проведення досліджень та розробка практичних рекомендацій фахівцями в галузі соціальної фармації малоефективні, якщо вони не корелюються з соціально-філософськими концепціями, які пояснюють структуру, зміст та спрямованість сучасних соціальних трансформацій. Будь-яке явище, що досліджується соціальною фармацією немає самостійної соціальної природи і не є незалежним системоутворюючим фактором. Соціальна фармація - важлива галузь спеціальної сфери дослідження, яка екстраполює загальні положення соціальної теорії на професійну галузь фармації.

Одним з вузькоспеціальних завдань соціальної фармації сьогодні є аналіз та прогнозування розвитку системи фахової освіти фармацевта. Розв'язання такого завдання передбачає звернення нової методології аналізу структури та динаміки сучасного суспільства. В своїх роботах 2000-2010-х років Ентоні гідденс, Гай Стендинг, Ульріх Бек, Джон Ло успішно довели, що класична система соціологічного аналізу ХХ століття для сучасних суспільних процесів втрачає свою ефективність. Рациональність соціального процесу суттєво змінилась за останні двадцять років, а соціальні явища, породженні глобалізацією, призвели до формування нової соціальної структури, соціальних класів, соціальної поведінки. Концепції суспільства ризиків, глобалізованого суспільства та індивідуалізованого суспільства задали нові параметри обчислювання та прогнозування конкретних соціальних дій, в тому числі і розвитку професійної освіти. Найголовніша сентенція, яка впливає з узагальнення новітніх концепцій соціальної теорії – втрата можливості довгострокових прогнозів і структурних проектів. Яке значення це має для прогнозування розвитку професійної фармацевтичної освіти?

По-перше, ідея розрахунку підготовки фахівців відповідно до попиту ринку праці втрачає свою актуальність у тому вигляді, до якого звикли пострадянські суспільства і суспільства, де були впроваджені елементи економічного планування. Саме на це слід

звернути увагу при аналізі матеріалів щодо кризи університетської системи першого десятиліття XXI ст.. Технологічні зміни, які відбуваються сьогодні, настільки інтенсивні, що система професійної підготовки, розрахована на 4 або 5 років не в змозі відповідати попиту ринку праці. Таким чином, вимальовується перспектива реформи освіти за принципом модульного доповнення спеціалізації фахівця. Це не означає зникнення системи базової підготовки в системі освіти, як це бачать деякі вітчизняні реформатори. Навпаки, мова йде про універсалізацію змісту базової освіти.

По-друге, постає проблема що вважати базовою освітою і якого рівня вона має бути? Відповідно до нового Закону України «Про вищу освіту», це рівень бакалавра. Останні три роки ведеться дискусія щодо стандартів змісту цього освітньо-кваліфікаційного рівня. Але складається враження, що під ідеєю базового рівня ми отримуємо формально скорочений та якісно неповноцінний сурогат диплома вищої освіти. Чотири роки освіти бакалаврів ми намагаємось перетворити на отримання професійного фундаменту знань і спеціалізацію водночас. Як результат – барак і першого, і другого. Аналіз системи фармацевтичної освіти має бути проведений в рамках соціальної фармації з урахуванням динаміки соціального розвитку і глобальних тенденцій розвитку системи освіти. Стандарт фармацевтичної освіти – це практичний результат такого соціально фармацевтичного дослідження, якого очікують від вітчизняних фахівців.

По-третє, неможливість з об'єктивних причин передбачити попит ринку праці і запрограмувати розвиток системи освіти диктує необхідність побудови системи спеціалізації і перепідготовки кадрів, яка передбачатиме вузьку спеціалізацію на попит сьогодення. Ми повинні мати в системі фахової освіти структуру, яка забезпечує короткотермінову спеціалізацію на базі фахової основної освіти. І знову таки, це завдання для спеціалістів з соціальної фармації, яке не вирішується навіть на рівні досліджень. Соціальна фармація, що тяжіє до проведень соціологічних розвідок, чомусь зводить розгляд цих проблем до рівня маркетингового дослідження, без бажання структурних корекцій чи опрацювання схем функціонального перепрофілювання роботи системи професійної підготовки.

І останнє, якщо ми говоримо про принципові зміни системи професійної підготовки фармацевтів, то ми повинні змінити наше уявлення про магістратуру. Магістратура не може розглядатись лише як спеціалізація, яку проходять на старших курсах. Також вона не є останньою крапкою фахового диплому. Це підготовка фахівців, що мають здійснювати не тільки наукові чи технологічні розвідки – це кадровий потенціал галузі, який зможе взяти участь в організації короткотермінової спеціалізації чи перепідготовки основного кадрового масиву галузі. Нагадаю, що за законом України «Про вищу освіту» магістр – це перший науковий ступінь, що дає право викладання. І знову ми натикаємось на недослідженість цих проблем вітчизняною соціальною фармацією. Проведення реформ галузі унеможлиблюється через відсутність фахового аналізу, методологій його проведення і корпоративну замкненість потенціальних замовників і виконавців таких робіт.

Соціальна фармація має підготувати науково обгрунтовані пропозиції щодо реформування професійної освіти фармацевтів, а не оцінювати хаотичні спроби реформування галузі «на марші». Проблема стандартів освіти, кваліфікаційних вимог, структур, які здійснюють підготовку та їх субординацію – все це повинно вирішуватись на рівні аналізу соціального розвитку суспільства і трансформації фармацевтичної галузі в нових умовах.

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЛЕЙКОЗІВ

Немченко А. С., Ніколаєва Ю. Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

За правом однією з найнебезпечніших у світі медико-фармацевтичних та соціально-економічних проблем можна назвати злякисні новоутворення. Хронічні лейкози були та залишаються однією з актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я та фармації. Незважаючи на те, що на даний час досить добре розвинуті методи діагностики і лікування різних видів лейкозів, залишається високою рівень онкологічних захворювань, що не дозволяє істотно знизити смертність і поліпшити якість життя пацієнтів.

Питання доступності та високоякості препаратів для лікування новоутворень залишається також однією з важливих соціальних проблем. Тому, за умов соціально-економічної кризи та нестабільної ситуації на ринку валют в Україні актуальним є аналіз динаміки коефіцієнту адекватності платоспроможності, який характеризує рівень доступності того або іншого найменування лікарського засобу (ЛЗ).

Метою наших досліджень став аналіз динаміки коефіцієнта адекватності платоспроможності ЛЗ для лікування лейкозів в період з 2011 по 2016 (травень) рр.. У дослідженні використовувалися статистичний, логічний і методи маркетингового аналізу фармацевтичного ринку.

Об'єктом були обрані дані протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія», дані Державного формуляру ЛЗ, а також дані інформаційно-пошукової системи «Моріон» та спеціальної літератури, у якій представлені дані з аналізу сучасних методів лікування хронічних лейкозів в Україні та закордоном. Обробка статистичної інформації здійснювалася за допомогою сучасного програмного забезпечення.

На підставі обробленої інформації нами була сформована вибірка протипухлинних препаратів (ПП), у яку увійшло 80 ЛЗ за торговельною назвою. Препарати були розділені на 6 груп відповідно до системи АТС (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) класифікації. Так, до групи L01A – Алкілюючі сполуки увійшло 9 (11,25%) ПП, в т.ч. 2 (2,5%) вітчизняного виробництва; у групу L01B – Антиметаболіти - 16 (20,0%) найменувань ПП іноземного виробництва; до групи L01C - Алкалоїди рослинного походження та інші препарати природного походження - 8 (10,0%) препаратів іноземного виробництва; у групі L01D – Цитоксичні антибіотики і споріднені препарати представлено - 12 (15,0%) найменувань ПП, в т.ч. 1 (1,25%) препарат вітчизняного виробництва; в складі групи L01X – Інші антинеопластичні засоби - 21 (26,25%) ЛЗ іноземного виробництва; а у групі L03A – Імуностимулятори - 14 (17,5%) найменувань ПП, в т.ч. 5 (6,25%) вітчизняних ліків.

Наступним етапом став розрахунок коефіцієнта адекватності платоспроможності (Ca.s.). Згідно аналізу офіційної літератури, значення показника адекватності платоспроможності ЛЗ в межах від 1 до 5 є задовільним (Ca.s.≤5). Таким, чином при розрахунку Ca.s. було виявлено, що у групі L01A – Алкілюючі сполуки показник варіював від 1,20 до 3,28; у групі L01B – Антиметаболіти від - 22,34 до 66,23; у групі L01C – Алкалоїди рослинного походження та інші препарати природного походження від 6,38 до 15,07; у групі L01D – Цитоксичні антибіотики і споріднені препарати від 17,55 до 26,20; у групі L01X – Інші антинеопластичні засоби від 10,08 до 71,23; та у групі L03A - Імуностимулятори від 0,43 до 5,12. Вочевидь, що значення даного показника в період з 2011 по 2016 рр. (травень) постійно варіює в бік збільшення.

Отже, підбиваючи підсумки аналізу, встановлено, що значна частина ЛЗ, яка використовується в терапії хронічних лейкозів, відноситься до імпортних препаратів. Одним з напрямків вирішення даної проблем є введення національної програми імпортозаміщення ЛЗ, до яких, з повною мірою відповідальності відносяться протипухлинні ліки.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СОЦІАЛЬНОГО ТОВАРУ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН

Котвіцька А. А., Бардакова Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Вступ. Соціальні та економічні зміни, які останнім часом відбуваються в Україні, вимагають вивчення та удосконалення правового регулювання обігу ЛЗ як соціально важливого товару. На сьогодні Урядом України впроваджуються заходи щодо підвищення економічної доступності ЛЗ для населення, шляхом запровадження державної політики, яка спрямовується на гарантування забезпечення якості ЛЗ, їх безпеки та ефективності, та рівного доступу населення до основних ліків. Також державою запроваджуються механізми щодо зменшення вартості ЛЗ шляхом регулювання ціноутворення на ліки та створення системи реімбурсації.

З огляду на вищезазначене **метою** нашої роботи стало дослідження ЛЗ як соціального товару у сфері фармацевтичних правовідносин.

Методи дослідження. У роботі використано системно-логічний метод аналізу.

Основний матеріал дослідження. Системне вивчення сучасних правових відносин через призму чинного законодавства і практики його застосування свідчить про нагальну потребу опрацювання питань правового положення ЛЗ як соціально важливого товару у сфері фармацевтичних правовідносин.

Виходячи з визначення ЛЗ відповідно до ЗУ «Про лікарські засоби» лікарський засіб становить собою будь-яку речовину або комбінацію речовин, що мають певні свої властивості і призначені для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яку речовину або комбінацію речовин, які можуть бути призначені для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної чи метаболічної дії для встановлення медичного діагнозу. Враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що ЛЗ представляють собою соціально важливий товар, а суспільні відносини, що виникають у сфері обігу ЛЗ згідно з положенням Закону підлягають державному регулюванню. Необхідно зазначити, що чинним законодавством передбачено кримінальну відповідальність за незаконну фармацевтичну діяльність. Таким чином, законодавчо враховується соціальна складова ЛЗ як об'єктів матеріального світу, їх значимість і суспільна небезпека при їх безконтрольному відпуску.

До основних елементів, які дозволяють визначити ЛЗ як соціальний товар у системі фармацевтичних правовідносин, належать такі:

- правовий, який передбачає наявність системи способів та заходів, а також органів, за допомогою яких забезпечується необхідний контроль якості та безпеки ЛЗ;
- соціальний, що передбачає суспільну значимість ЛЗ з одночасним існуванням реальної загрози для здоров'я населення у разі неналежного використання;
- цільовий – передбачає застосування ЛЗ у медицині з метою діагностики, профілактики та лікування захворювань.

Висновок. Узагальнюючи вищезазначене, з метою вивчення питання ЛЗ як соціального важливого товару у сфері фармацевтичних правовідносин, на нашу думку, доцільним вбачається охарактеризувати їх за 3-ма елементами – правовим, соціальним і цільовим, що надасть можливість встановити їх значення у сфері фармацевтичних правовідносин, підкреслити соціальну значущість і посилити захист їх в аспекті розвитку фармацевтичного законодавства у тісному взаємозв'язку із законодавством щодо державного регулювання ЛЗ та їх відпуску як соціально важливого товару.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНУВАННЯ РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЛЕЙКОЗИ В УКРАЇНІ

Панфілова Г. Л., Корж Ю. В., Цурікова О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

За даними Національного канцер-реєстру (НКР) лейкози стабільно займають лідируючі позиції у структурі захворюваності та смертності населення до 17 років, які в свою чергу формують соціально-економічний потенціал нації. За умов недостатнього рівня фінансування медичної та фармацевтичної допомоги та впровадження соціально адаптованих механізмів обслуговування населення все більшого науково-практичного значення набувають дослідження з оцінки рівня надання медичної та фармацевтичної допомоги. Тому одним із напрямків наших досліджень став аналіз результатів соціологічного опитування хворих на лейкози з метою визначення рівня надання медичної та фармацевтичної допомоги за умов функціонування бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я.

У дослідження використовувалися логічний, порівняльний, історичний та математично-статистичні методи досліджень. Нами були оброблені дані соціологічного опитування хворих на лейкози в Україні (2010-2013 рр. На попередньому етапі була розроблена анкета, що містили особисті дані, які необхідно було відмітити респондентові (стать, вік, соціальний статус, рівень освіти та середньомісячних доходів тощо) та перелік спеціальних запитань з означеної тематики. Відбір респондентів був цілеспрямованим, а обсяг вибірки розраховувався з урахування показників очікуваної достовірності результатів опитування та враховуючи кількість хворих на лейкози, що представлена в НЦР за відповідний період. Усього в анкетування приймало участь 300 (100%) хворих з різними формами лейкозів, у подальшому було відібрано 280 (93,3%) правильно та охайно оформлених анкет. Анкетування було проведено у восьми регіонах країни, насамперед це Донецька, Харківська, Луганська, Херсонська, Львівська, Івано-Франківська, АР Крим в тому числі м. Севастополь та ін.. Обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою сучасного програмного забезпечення та стандартних статистичних програм.

В анкеті респондентам пропонувалося по шести бальній шкалі оцінити рівень якості та доступності надання медичної та фармацевтичної допомоги, що надається хворим на лейкози в амбулаторних та стаціонарних умовах. Пропонувалося відмітити наступні варіанти відповідей: «незадовільний» (0 балів); «дуже низький» (1 бал) ; «низький» (2 бали); «задовільний» (3 бали); «добрий» (4 бали); «відмінний» (5 балів). В обробці результатів приймали участь всі правильно та охайно оформлені анкети (280 опитаних хворих – 100%). Результати обробки даних анкетування наведені на рис. 1 та 2.

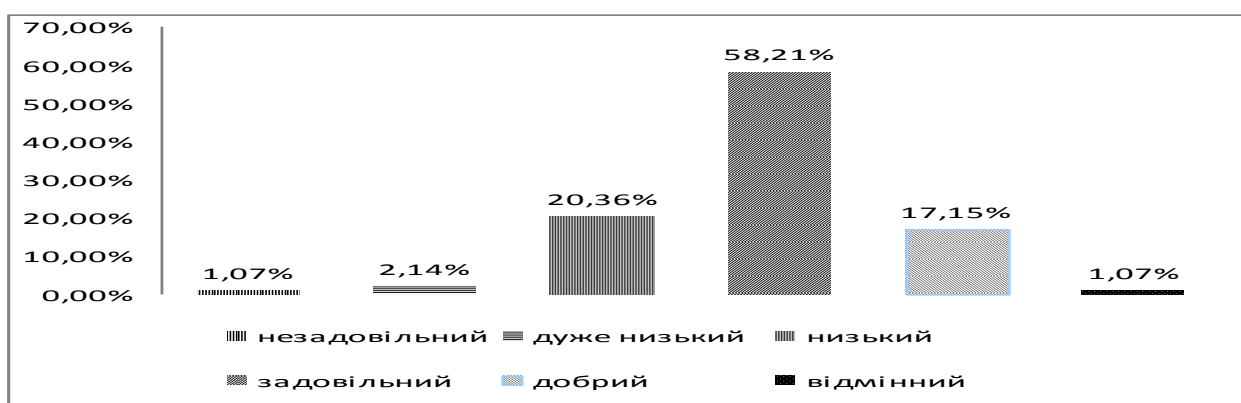


Рис. 1 – Аналіз результаті оцінки респондентами рівня якості та доступності надання медичної допомоги хворим на лейкоз у закладах охорони здоров'я

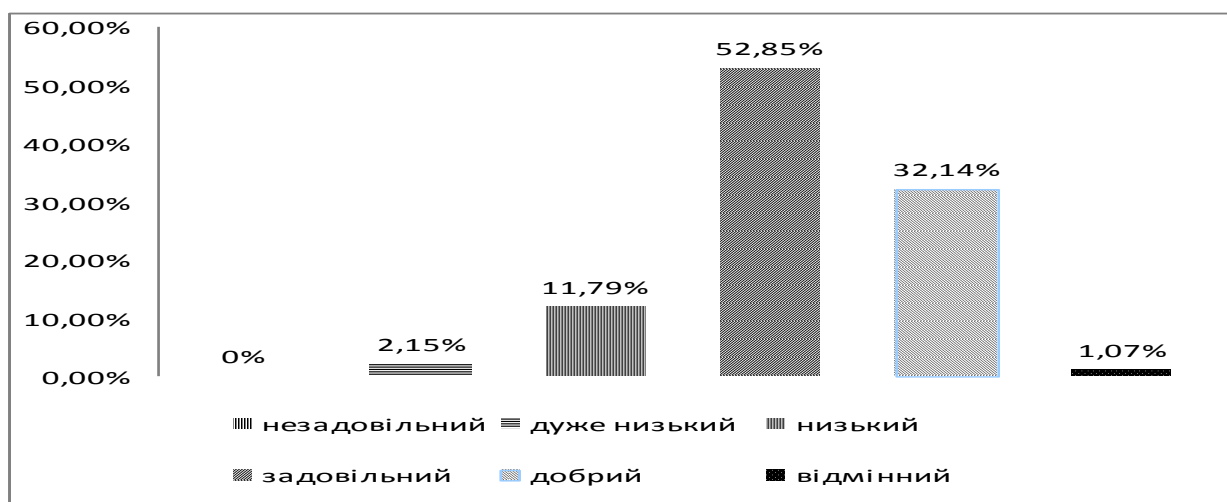


Рис.2 – Аналіз результатів анкетування хворих на лейкози з приводу оцінки якості та доступності надання фармацевтичної допомоги

Як бачимо, більше половини опитаних хворих оцінили рівень якості та доступності надання медичної та фармацевтичної допомоги як «задовільний» (58,21% и 52,85% відповідно). Варіант відповіді «відмінний» відмітило рівна кількість респондентів, як по запитанню про якість та доступність медичної так й фармацевтичної допомоги. Звертає на себе той факт, по запитанню про якість та доступність медичної допомоги варіант відповіді «добрий» відмітило 48 (17,15%) опитаних, а по фармацевтичній допомозі практично у два рази більше (90 чоловік або 32,14%).

Варіант відповіді «низький» по запитанню з оцінки якості та доступності надання медичної допомоги відмітили 57 (20,36%) респондентів, а по фармацевтичній допомозі 33 (11,79%) хворих. Жоден опитаний не відмітив варіант відповіді «незадовільний» по запитанню з оцінки фармацевтичної допомоги, при цьому, по аналогічному запитанню по медичній допомозі зазначений варіант відповіді відмітили 3(1,07%) респондента. В цілому можна стверджувати, що респонденти оцінили рівень якості та доступності надання фармацевтичної допомоги вище, ніж медичної у закладах охорони здоров'я.

За результатами проведених досліджень можна стверджувати про наявність різного надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на лейкози в Україні та необхідності прийняття цілого ряду нормативно-правових актів, що регулюють медичне та фармацевтичне забезпечення зазначеної групи онкогематологічних хворих.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ДЕРЕГУЛЯЦІЇ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Сушарина І. В., Чернуха В. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Димитров, Україна

Після підписання Україною Угоди про асоціацію з ЄС у 2014 р. процеси демократизації та реформування суспільного життя й економічної діяльності, у т. ч. й у фармацевтичній галузі, актуальні як з наукової, так і практичної точок зору. У 2015 р. Кабінет Міністрів України ухвалив план дій щодо дерегуляції господарської діяльності та спрощення регуляторної бази, який передбачає перегляд та зменшення кількості наглядово-контролюючих органів, приведення системи дозвільних документів до європейських стандартів та вимог тощо.

Мета роботи – дослідження процесів дерегуляції у фармацевтичній галузі країни та ролі в них громадських фармацевтичних організацій. Були використані методи системного аналізу, зокрема, контент аналіз та опитування фахівців.

Дерегуляцію у фармації, на нашу думку, слід розуміти як відміну або скорочення державного регулювання з метою зменшення контролю держави над фармацевтичною діяльністю.

Державна регуляторна служба України вважає, що дерегуляція господарської діяльності, реформування дозвільної системи, процесів ліцензування, органів державного нагляду (контролю) можлива тільки за активної участі громадськості, підприємницької спільноти, професійних та бізнес-асоціацій. Нажаль, протягом 2015 р. було прийнято 78 нормативних актів, які не подавалися у встановленому законодавством порядку на погодження до Державної регуляторної служби України (серед них і МОЗ України), зокрема 52 документи від центральних органів виконавчої влади проти 9 – у 2014 р. Також, слід вказати на цікаву тенденцію у національній дерегуляції – регуляторними органами центрального рівня у 2015 р. збільшено обсяги розробки проектів регуляторних актів на 10%. Кількість проектів, щодо яких Державною регуляторною службою України приймалося рішення про відмову у погодженні, зменшилася з 30% від загальної кількості у 2014 р. до 20% у 2015 р. Також дерегуляція фармацевтичного ринку – один із основних етапів медичної реформи в Україні, який зафіксований в Програмі дій Уряду та Указі Президента «Про стратегію сталого розвитку «Україна-2020».

У МОЗ України створена робоча група з дерегуляції фармацевтичного сектору, засідання якої проходять щотижня, але учасники цієї групи вважають, що її робота приносить не достатні результати. Так, наприклад, проект Ліцензійних умов, який направлено до центральних органів виконавчої влади на погодження, ідентичний тому, який оприлюднений на сайті МОЗ України для громадського обговорення. Слід також зазначити, що оператори фармацевтичного ринку та професійні асоціації направляли свої пропозиції до проекту Ліцензійних умов у Держлікслужбу, але вона їх не врахувала.

Отже, політика дерегуляції, а не лібералізації, яка зараз проводиться урядом як альтернатива надлишкового державного контролю, може мати й негативний ефект. З іншого боку, лібералізований ринок, хоча і має в цілому менше регулюючих актів, проте, законодавчо стимулює ефективність виробництва та захищає права споживачів як це має місце у країнах ЄС.

На нинішньому етапі наших досліджень проводиться контент-аналіз звернень фармацевтичних професійних громадських об'єднань (Об'єднання організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України і Аптечної професійної асоціації України) до центральних органів влади та відповідей на них. Це проводиться з метою оцінки ефективності діяльності як самих фармацевтичних асоціацій, так і їх взаємодії з органами державної та місцевої влади. Перспективами наших досліджень є визначення на підставі результатів контент-аналізу запропонованих показників ефективності діяльності фармацевтичних асоціацій та їх взаємодії з органами влади (результативність та лобіювання професійних інтересів).

АНАЛІЗ ЦІНОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Немченко А. С., Фурса Л. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Рак легенів є одним з найбільш поширених злоякісних новоутворень. Фармацевтичне забезпечення хворих на рак легенів (РЛ) потребує значних фінансових ресурсів на проведення хіміотерапії протягом тривалого часу.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу цінових характеристик протипухлинних препаратів (ПП), які зазначені у протоколах надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» для лікування хворих на РЛ для обґрунтування загальних тенденцій щодо доступності ліків.

Нами був проведений аналіз цінових характеристик ПП для лікування РЛ, які були представлені на вітчизняному оптовому ринку протягом 2010-2015 рр. Для визначення динаміки закупівельних цін на ПП був розрахований ланцюговий індекс (I_g) середньостатистичних закупівельних цін ПП. Встановлено, що у період 2009 – 2010 рр. I_g становив 1,23; 2010 – 2011 рр. – 1,26; 2011 – 2012 рр. – 1,01; 2012 – 2013 рр. – 1,00; 2013 – 2014 рр. – 1,30; 2014 – 2015 рр. – 1,39. Загалом в динаміці років спостерігалась тенденція до росту середніх закупівельних цін на ПП, виключення 2013 р ($I_g = 1$). Особливо звертає на себе увагу значне збільшення закупівельних цін на ПП у 2014-2015 рр., порівняно з попереднім періодом, на 30 % ($I_g=1,30$) та 39 % ($I_g=1,39$) відповідно. За результатами аналізу цінових характеристик ПП встановлено, що протягом 2010-2015 рр. домінувала тенденція до росту середніх закупівельних цін на ПП, виключення – 2013 р Цей факт можливо пояснити значною девальвацією гривні і як наслідок значним ростом цін на ПП, що є негативним явищем із соціально-економічного погляду та потребує ефективного вирішення на основі впровадження референтного ціноутворення.

АНАЛИЗ КОЭФФИЦИЕНТОВ АДЕКВАТНОСТИ ПЛАТЕЖЕСПОСОБНОСТИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ И УЗБЕКИСТАНЕ

Немченко А. С., Подколзина М. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Сахарный диабет II типа является серьезной медико-социальной проблемой во всех странах мира. По данным статистики, сахарным диабетом в Украине болеет от 35% до 49%, а в Узбекистане 46% населения, при этом больные сахарным диабетом II типа составляют 90% всех зарегистрированных случаев. Растущие экономические затраты на лечение данного заболевания обуславливает настоятельную необходимость осуществления мер, направленных на обеспечение больных сахарным диабетом II типа гипогликемическими препаратами, а также необходимость своевременной и ранней диагностики заболевания.

В Узбекистане в 2010 году в рамках государственной программы «Здоровое поколение» проводились мероприятия по выявлению больных сахарным диабетом, – врачи выписывали рецепты на сахароснижающие лекарственные средства (ЛС) и эти препараты отпускали бесплатно исключительно через аптеки государственной сети ДОРИ-ДАРМОН, а стоимость ЛС покрывалась за счет выделенных на программу средств. В Украине, несмотря на ограниченность финансовых ресурсов, планируется внедрение «Пилотного проекта» по компенсации стоимости лечения для больных сахарным диабетом.

Принимая во внимание сложное состояние экономики и тяжелое материальное положение многих семей в Украине и Республике Узбекистан, тяжесть заболевания и

хронічний характер його протекання, целью дослідження став порівняльний аналіз коефіцієнта адекватності платіжеспособності (Ca.s.) для гіпоглікемічних лікарських засобів (ЛЗ), розрахований по основним соціальним стандартам (прожиточному мінімуму, мінімальній зарплатній платі, мінімальній пенсії) в Україні та Узбекистані в цінах за січень 2016 року.

Коефіцієнт адекватності платіжеспособності - важливий показувач, який використовується в аналізі ценових характеристик ЛЗ в фармакоекономічних дослідженнях.

Дослідження коефіцієнта адекватності платіжеспособності на гіпоглікемічні ЛЗ по прожиточному мінімуму показало, що в групі бігуаніди+похідні сульфонілмочевини Ca.s. в Україні на 55% менше, ніж в Узбекистані виявлено для препарату Глібофор 500мг/5мг №60 українського виробництва. В інших групах ЛЗ найбільша різниця Ca.s. спостерігалась для Манініла 5мг №120 (Німеччина) (похідні сульфонілмочевини) - 43% та Сіофора 1000мг №30 (Німеччина) (бігуаніди) - 34%.

Дослідження Ca.s. по мінімальній зарплатній платі в двох країнах показало, що Ca.s. Глібенкламіда 0,005 №50 (Україна) група похідні сульфонілмочевини, в Узбекистані в 4,78 разів вище, ніж в Україні; Діаформіна 1000мг №30 (Україна) група бігуаніди - в 4 рази.

Результати дослідження Ca.s. на гіпоглікемічні ЛЗ по мінімальній пенсії показали, що Ca.s. для Глібофора 500мг/5мг №60 українського виробництва (бігуаніди+похідні сульфонілмочевини), Манініла 5мг №120 (Німеччина) (похідні сульфонілмочевини), Онгліза 5мг №30 (США) (інгібітори ДПП-4) склали 8,6; 6,75 та 19,37 відповідно, що на 22,5%, 1% та 65 % менше, ніж Ca.s. для цих препаратів в Україні.

Таким чином, в результаті дослідження встановлено, що Ca.s. по мінімальній зарплатній платі для ЛЗ досліджуваних груп значно вище (до 4,8 разів) в Узбекистані, ніж в Україні, по прожиточному мінімуму – до 55%. Для пенсіонерів Узбекистану гіпоглікемічні ЛЗ більш доступні (до 65%), ніж для інших досліджуваних соціальних груп.

ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕНАЛЕЖНОЮ ЯКІСТЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Євтушенко О. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Сьогодні в умовах широкого використання великого арсеналу лікарських засобів (далі – ЛЗ) актуальним питанням фармацевтичної опіки стає рівень їх ефективності та безпеки, тобто забезпечення належного рівня якості. Значна увага приділяється фізичній та економічній доступності ліків, контролю їх якості, раціональному вибору ЛЗ, питанням фармацевтичної опіки, формуванню оптимальної системи медичної та фармацевтичної допомоги. Проблеми в цій сфері викликають низку ризиків, які перетворюються один в один, викликаючи нові загрози та витрати на їх ліквідацію.

У зв'язку з вищезазначеним **метою** нашого дослідження стали ризики, пов'язані з неналежною якістю ЛЗ.

Дослідження проведено з використанням результатів **мета-аналізу** системи фармацевтичної опіки та стану фармацевтичного ринку. Інформаційну базу досліджень становили нормативно-правові документи України, міжнародні директиви, рекомендації, правила, публікації вітчизняних та зарубіжних авторів, дані всесвітньої мережі Інтернет.

Проведений нами аналіз даних літератури дозволив вивчити найбільш розповсюджені ризики, пов'язані з неналежним рівнем якості ЛЗ на тих етапах життєвого циклу, коли препарат виводиться на ринок, та провести їх структурування (табл.1).

Таблиця 1

Структура ризиків, пов'язаних з неналежною якістю ЛЗ

Рівні забезпечення якості ЛЗ			
Рівень реєстрації	Рівень виробництва	Рівень реалізації	Рівень споживання
<p>Ризики:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ невідповідності ЛЗ стандартам ефективності та безпеки; ▪ біологічної нееквівалентності препарату; ▪ недостатньої кількості зареєстрованих оригінальних ЛЗ. 	<p>Ризики:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ зміни фізико-хімічних параметрів ЛЗ через порушення чи недосконалість технол. процесу; ▪ псування чи зміни властивостей сировини через порушення умов зберігання; ▪ невідповідної якості сировини; ▪ недотримання санітарних норм, правил та гігієнічних нормативів; ▪ здійснення діяльності особами, що не відповідають кваліфікаційним вимогам. 	<p>Ризики:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ недостатньої економічної доступності ліків; ▪ нераціонального вибору при закупівлі ЛЗ; ▪ відсутності у лікарів та населення необхідної інформації про лікарські засоби та їхнє застосування; ▪ пов'язані з паралельним патентуванням та нелегальною імітацією; ▪ появи субстандартних препаратів; ▪ недотримання нормативних умов зберігання ЛЗ; ▪ продажу ЛЗ без сертифікатів якості; ▪ продажу незареєстрованих ЛЗ; ▪ продажу ЛЗ з терміном придатності, що закінчився; ▪ недостатній вибір оригінальних ЛЗ; ▪ здійснення діяльності особами, що не відповідають кваліфікаційним вимогам; ▪ недотримання санітарних норм, правил та гігієнічних нормативів. 	<p>Ризики:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ нераціонального призначення ЛЗ лікарями; ▪ виникнення побічної реакції; ▪ помилки лікаря або медичного персоналу; ▪ збільшення виплат за лікарняними листами; ▪ моральних збитків для хворого; ▪ збільшення тривалості лікування; ▪ збільшення вартості лікування для хворого, страхової компанії або ЛПЗ; ▪ штрафних санкцій і судових розглядів для ЛПЗ; ▪ збільшення ліжко-днів і серед. зайнятості ліжка на рік; ▪ трудових втрат для роботодавця; ▪ погіршення іміджу фірми-виробника, ЛПЗ або аптечної установи.

Висновки. До переліку факторів, що забезпечують якість та безпеку споживання ЛЗ входять: фізична та економічна доступність системи охорони здоров'я та фармацевтичної допомоги, кількість та якість препаратів на ринку, раціональна фармакотерапія, а також купівельна спроможність пацієнтів. Огляд літературних джерел та вивчення статистичних даних свідчить про обмеження вибору оригінальних ЛЗ, що пов'язано з високою вартістю клінічних випробувань та реєстрації оригінальних ЛЗ. Актуальним залишається питання контролю якості ЛЗ, а саме виявлення ЛЗ невідповідної якості, незареєстрованих, фальсифікованих, а також субстандартних препаратів.

ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Котвіцька А. А., Кононенко О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Згідно рекомендацій експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) рівень охоплення профілактичними щепленнями за окремими інфекційними нозологіями повинен становити не менше 95% , що забезпечує створення належного рівня популяційного імунітету. На сьогодні охоплення плановими профілактичними щепленнями дітей в Україні залишається на занадто низькому рівні, що створює ризик розповсюдження особливо небезпечних інфекційних захворювань.

З огляду на вищезазначене, метою нашої роботи стала оцінка сучасного стану функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей в Україні шляхом вивчення думки фахівців галузі охорони здоров'я.

Для оцінки значимості окремих факторів, які, на нашу думку, визначають ефективність функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей, використано метод анкетного опитування фахівців. В опитуванні задіяний 381 лікар-педіатр з різних регіонів України, яким пропонувалося оцінити значимість окремих факторів за п'ятибальною шкалою. Для обробки отриманих результатів відповідей респондентів нами використано метод кластерного аналізу, що проводився з використанням програмного забезпечення SPSS Statistica.

За результатами дослідження нами визначено чотири групи респондентів, які суттєво відрізняються за обраними параметрами.

Результати розподілу респондентів за кластерною приналежністю наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати розподілу респондентів за кластерною приналежністю

Кластер	Параметри							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Безкоштовне забезпечення вакцинами	Наявність необхідних вакцин в поліклініках	Поінформованість населення щодо ефективності вакцинопрофілактики	Своєчасність здійснення планових щеплень	Економічна доступність вакцин	Фізична доступність вакцин для населення	Законодавче закріплення обов'язковості планових щеплень дитячого контингенту населення	Добровільність дитячої вакцинації
Вагомість параметру								
1 (69,73%)	2	1	4	3	6	7	8	5
2 (13,27%)	1	3	5	2	4	8	6	7
3 (9,82%)	3	1	2	5	8	6	7	4
4 (7,18%)	6	2	1	3	4	8	7	5

Виходячи з результатів аналізу відповідей фахівців охорони здоров'я, можна стверджувати, що найбільш чисельною є група, що формує перший кластер та об'єднує 69,73% респондентів. За думкою респондентів даної групи до основних факторів, що впливають на функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей, віднесено

наявність необхідних вакцин в поліклініках, безкоштовне забезпечення вакцинами та своєчасність здійснення планових щеплень. Найменш значимим фактором впливу дана група фахівців вважає законодавче закріплення обов'язковості планових щеплень дітей.

До другого кластеру увійшло 13,27% респондентів, які основними факторами, що впливають на функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей, вважають безкоштовне забезпечення вакцинами, своєчасність здійснення планових щеплень і наявність необхідних вакцин в поліклініках, а найменш значимим фізичну доступність вакцин для населення.

Третій кластер сформований 9,82% опитаних. Фахівці, що увійшли до зазначеного кластеру, до основних факторів впливу віднесли наявність необхідних вакцин в поліклініках, поінформованість населення щодо ефективності вакцинопрофілактики та безкоштовне забезпечення вакцинами. Найменший вплив на ефективність функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей, за думкою респондентів, має економічна доступність вакцин.

Респонденти, які увійшли до найменш чисельного четвертого кластеру (7,18%), вважають, що на сьогодні найбільш впливовими на функціонування системи планової вакцинопрофілактики дітей факторами є поінформованість населення щодо ефективності вакцинопрофілактики, наявність необхідних вакцин у поліклініках та своєчасність здійснення планових щеплень, а найменш значимим – фізична доступність вакцин для населення.

Виходячи з отриманих результатів дослідження, визначено низку найбільш проблемних аспектів діяльності системи планової вакцинопрофілактики, вирішення яких сприятиме максимальному підвищенню її ефективності, а саме: відсутність необхідних вакцин у поліклініках, відсутність доступної для населення інформації щодо ефективності методу вакцинопрофілактики, недотримання строків вакцинації, необхідність отримувати вакцини за власні кошти.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Міщенко О. Я., Бондаренко А. І., Калашникова К. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є найбільш частою причиною смерті в Україні та світі. Гострий коронарний синдром (ГКС) об'єднує такі клінічні стани, як інфаркт міокарда та нестабільну стенокардію, є одним з найбільш поширених ССЗ і також характеризується високими показниками смертності. В умовах обмеженого фінансування галузі охорони здоров'я актуальним є питання раціональної фармакотерапії та оптимізації її вартості, зокрема у хворих з ГКС. Одним із шляхів вирішення даної проблеми є ефективне лікування хворих шляхом раціонального призначення ЛЗ, відібраних у відповідності до чинних нормативних документів.

Мета – визначити сучасні підходи фармакотерапії гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST (ГКСбСТ) за результатами аналізу чинних нормативних документів в Україні та клінічної настанови Європейської асоціації кардіологів.

Методи дослідження: Були проаналізовані українські чинні нормативні документи фармакотерапії ГКСбСТ: Адаптована клінічна настанова «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», заснована на доказах 2016 р.; Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (УКПМД) «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», що розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини

та розглядає особливості проведення діагностики та лікування ГКСбСТ в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги (Наказ МОЗУ № 164 від 03.03.2016) та Клінічні настанови Європейської асоціації кардіологів (ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation, 2011).

Основний матеріал дослідження. Результати аналізу сучасних українських та європейських нормативних документів показали, що основними напрямками фармакотерапії ГКСбСТ є антиішемічна та антитромботична. За основними напрямками терапії ГКСбСТ усі три нормативні документи є узгодженими. Розбіжність між українськими нормативними документами і європейськими полягає в кількісному і якісному складі рекомендованих препаратів з підгрупи інших антиангінальних ЛЗ, з нового підкласу антиагрегантів – антагоністу рецепторів (PAR-1) тромбіну, представником якого є ворапаксар, та з підгрупи інгібіторів рецепторів P2Y₁₂A (клопідогрель і тиклопідин).

Українськими нормативними документами рекомендовано три ЛЗ з підгрупи інших антиішемічних ЛЗ: нікорандил, ранолазин, івабрадин, а європейськими клінічними настановами - тільки два нікорандил та ранолазин. Івабрадин – препарат, який селективно блокує йонні f-канали синусового вузла серця, що призводить до уповільнення діастолічної деполяризації і ізольованого негативного хронотропного та антиішемічного ефекту, Європейською асоціацією кардіологів (ESC) рекомендований для лікування стабільної форми ішемічної хвороби серця.

У підгрупі антиагрегантів Європейськими клінічними настановами рекомендований антагоніст рецепторів PAR-1 тромбіну – ворапаксар, а в підгрупі інгібіторів рецепторів P2Y₁₂A – окрім клопідогрелю і тиклопідину, рекомендований кангрелор. Ці два препарати відсутні в чинних документах України і не зареєстровані на українському фармацевтичному ринку.

Висновки. За основними напрямками терапії ГКСбСТ усі три нормативні документи є узгодженими, що свідчить про те, що всі вони створені на засадах доказової медицини. В українських нормативних документах сьогодні не представлені антитромботичні ЛЗ нової генерації, оскільки вони не зареєстровані на фармацевтичному ринку України, але це має статися у найближчому майбутньому.

АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЇ «ОСВІТА ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ» ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ У ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ НАВЧАННІ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

Толочко В. М., Артюх Т. О.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Вступ. Одним із сучасних світових пріоритетів стає безперервна освіта, оскільки за останні десятиліття кардинально змінилася система генерації й передачі знань, а їх обсяг багаторазово зріс, до того ж підвищилась швидкість оновлення та старіння інформації. Нині щорічно обновляються теоретичні і професійні знання. Це все є надзвичайно актуальним й для фармацевтичної освіти, особливо для післядипломного навчання (ПН) спеціалістів фармації (СФ) в рамках концепції «Освіта протягом життя», де базова освіта періодично повинна доповнюватися програмами додаткової освіти й організується не як кінцева,

завершена, а лише як основа для подальшого навчання. Крім основних, отриманих у ВНЗ, знань, майбутній СФ повинен на студентській лаві розвинути свої здатності до навчання протягом усього професійного життя, розвинути навички комунікації, адаптивності, самовдосконалення, організаційної й групової ефективності та низку інших якостей. Тому, що сьогодні не можна за один раз, навіть за 5 або 6 років, підготувати людину до професійної діяльності на все життя.

Мета. Пошук можливостей та шляхів для ПН СФ в Європейських рамках на продовження програми «Освіта протягом життя» (Lifelong learning programme - LLP).

Методи дослідження. Дослідження було здійснено з використанням сучасних кабінетних методів: історичного, системного та порівняльного аналізу, методу групувань.

Основний матеріал дослідження. Зазначена LLP реалізована за рахунок фінансування ЄС в галузі освіти і підготовки кадрів та передбачає зростання інвестицій, зокрема, розширення знань СФ, поліпшення навичок і компетентності за умови розширення можливостей для інноваційної, більш гнучкої форми їх навчання для забезпечення СФ будь-якого віку рівним і відкритим доступом до якісного навчання.

Серед функцій LLP виділяють: розвиваючу (задоволення духовних запитів особистості, потреб творчого зростання); компенсуючу (заповнення пробілів у базовій освіті); адаптивну (оперативна підготовка й перепідготовка в умовах мінливої виробничої й соціальної ситуації); інтегруючу в незнайомий культурний контекст; ресоціалізуючу (повторної соціалізації).

Зауважимо, що комплекс заходів LLP, що пов'язані з навчанням дорослого населення, передбачає навчання грамотності в широкому сенсі, включаючи комп'ютерну, функціональну, соціальну та ін.; професійне навчання, що включає професійну підготовку, перепідготовку, підвищення кваліфікації (job qualification); загальнокультурну додаткову освіту, не пов'язану із трудовою діяльністю (life qualification). Саме тому в другій половині 90-их років ХХ століття у сфері освіти дорослих було проголошено сполучення принципу LLP із принципом навчання протягом життя і формуванням суспільства знань. Тим самим зроблена спроба закріпити у суспільній свідомості розуміння взаємної відповідальності суспільства, держави й особистості за розвиток освітніх процесів. Європейська Комісія об'єднала різні освітні й навчальні ініціативи в єдину LLP. Ця програма прийшла на зміну програмам професійного та дистанційного навчання, що існували до 2006 року. Рада Європи затвердила LLP, як один з основних компонентів європейської соціальної моделі. Таке навчання не обмежується лише сферою освіти; воно також є критичним чинником у сферах зайнятості й соціального забезпечення, економічного зростання і конкурентоспроможності.

На сьогоднішній день все більшої актуальності набуває прагнення України до галузевої співпраці з ЄС шляхом реалізації ефективних форм взаємодії з євроінституціями. Юридичним підтвердженням такої політики для укладення двосторонніх меморандумів про доступ України до окремих програм ЄС є «Протокол до Угоди про партнерство і співробітництво про Рамкову угоду між Україною та ЄС про загальні принципи участі України в програмах ЄС», від 22.11. 2010 р. Із затвердженням нової фінансової перспективи ЄС на період до 2020 року та запрошенням країн, що наразі не є державами-членами ЄС, до участі у різноманітних тематичних програмах Співтовариства Україна визначила для себе ряд програм ЄС, які становлять підвищений інтерес для наукової академічної думки, культурної та креативної індустрії, перспективного розвитку промислово-підприємницького потенціалу.

Одним із сучасних освітніх шляхів ПН СФ є участь у таких програмах, як «Горизонт 2020» ЄС асоційованих країн, у томч чмелі «Еразмус +» в якості країни-партнера, що направлена на підтримку проєктів, співробітництва, мобільності й діалогу в сфері освіти, молоді та спорту. Основною цільовою аудиторією програми є вищі навчальні заклади, студенти, працівники університетів, випускники або державні службовці Міністерства

освіти. «Еразмус+» об'єднує сім попередніх програм ЄС в сфері освіти, підготовки та роботи з молоддю. «Еразмус+» замінив LLP, «Молодь в дії» (Youth in Action), «Еразмус Мундус», «Альфа», «Темпус», «Edulink» та двосторонні програми кооперації з індустріальними країнами, а тому може бути ефективно використаний як потужний резерв для обміну досвідом, набуття та розширення знань через участь СФ у семінарах, тренінгах, заходах для налагодження контактів, навчальних візитах або робочих тренінгах (наприклад, «job-shadowing»). Крім того, в рамках такої програми передбачено участь у молодіжних обмінах через фінансування мобільності молодих СФ за підтримки ЄС для заходів нарощування потенціалу та модернізації навчальних програм, практик, оновлення приміщень, а також покращення управління.

Висновки. Таким чином, на сьогоднішній день для України у сфері фармацевтичної освіти, у тому числі, післядипломного навчання спеціалістів фармації є безліч можливостей для участі у програмах ЄС.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИПИНЕННЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРУ ІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ В УКРАЇНСЬКИХ ГУБЕРНІЯХ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ У 2-й ПОЛОВИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ

Васильєв С. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Належне правове регулювання трудових відносин фармацевтичних працівників є запорукою якісного і дбайливого виконання ними своїх трудових обов'язків у будь-який історичний період. Нормативно-правову основу для регулювання трудових відносин фармацевтичних працівників в українських губерніях Російської імперії у другій половині ХІХ ст. складали Лікарський статут Зводу законів Російської імперії (далі – Лікарський статут), Уложення про покарання 1866 р. та циркуляри Медичного департаменту МВС Російської імперії. Дані нормативно-правові акти встановлювали особливі підстави і спеціальний порядок припинення трудових відносин між власником аптеки та фармацевтичним працівником. Особливості звільнення фармацевтичних працівників були передбачені циркуляром Медичного департаменту МВС Російської імперії від 8 травня 1865 р. № 3549. Згідно із вказаним підзаконним актом про звільнення за власним бажанням працівник аптеки повинен був повідомити утримувача аптеки за два місяці до звільнення. Але особа підлягала звільненню лише за згодою керівника або утримувача аптеки. Роботодавець мав право відмовити працівникові у звільненні. Водночас, у випадку відмови у звільненні утримувач або керівник аптеки повинен був встановити для такого фармацевта підвищене у півтора рази жалування.

Як було передбачено ст. 279 Лікарського статуту та ст. 891 Уложення про покарання 1866 р. фармацевтичні працівники аптек повинні були точно виконувати вказівки керівника аптеки відносно приготування, зберігання та реалізації ліків, запису відповідних операцій до книг, дотримання порядку. У випадку систематичних зауважень за недобросовісне виконання своєї роботи фармацевтичний працівник міг бути звільнений або позбавлений права на зайняття фармацевтичною практикою на строк до одного, двох або трьох років, а у деяких випадках і назавжди залежно від міри винуватості працівника. Щодо кожного випадку звільнення працівника аптеки за неналежне виконання своїх обов'язків керівник або утримувач аптеки повинен був повідомити місцеве медичне керівництво. Також про неналежне виконання фармацевтичним працівником своїх обов'язків керівник аптеки повинен був доповісти до губернського медичного управління, якому й належало право позбавити особу права на зайняття фармацевтичною практикою. Зауважимо, що нині особа може бути позбавлена права на зайняття тим або іншим видом діяльності лише на підставі вироку суду.

Окрім того, нині за жодних обставин людина не може бути позбавлена права займатися певною діяльністю довічно.

Т. О. Терешук вказує, що для української фармації у ХІХ ст. стали характерними проблеми аптекарської монополії, конкурентної боротьби за отримання дозволу на ведення аптеки, дискримінація прав провізорів-службовців, що наймалися на роботу до аптекаря-власника. На нашу думку, обумовлення звільнення фармацевтичного працівника виключно згодою утримувача або керівника аптеки суттєво звужувало можливості підданого імперії до вільного обрання місця роботи. Така ситуація створювала умови для свавілля роботодавців, приниження честі і гідності спеціалістів. Разом із тим, необхідно зауважити, що у ХІХ ст. не лише російське законодавство, але й законодавство європейських країн не передбачало трудових прав працівника у сучасному розумінні.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ

Іванова К. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Система вищої освіти України знаходиться в стані структурної реформи, яка має відповідати потребам економіки та ринку праці. Економічні фактори формують базові вимоги до змісту, якості та структури вищої освіти фармацевтів. Але найважливіший критерій системи фахової освіти – затрати на підготовку спеціаліста.

Соціальна фармація в Україні, як галузь знань, недостатньо приділяє увагу дослідженню проблеми фахової підготовки фармацевтів. Більшість тем, які розглядаються на конференціях, симпозіумах та конгресах з соціальної фармації присвячені проблемам соціальних наслідків роботи фармацевтичної галузі, обговоренню занадто витратної економічної складової галузі. Але рідко хто з фахівців звертає увагу на вартість підготовки фахівця фармацевта і на те, що ця вартість переноситься на ціну товарів і послуг, які надає фармацевтична галузь. Корпоративна замкненість фармації в цьому питанні не дозволяє критично оцінити ситуацію і провести системну реформу, яка б відповідала вимогам сучасної університетської освіти.

Економічні розрахунки – справа фахівців-економістів, але вони мають будуватися відповідно до стандартів та базових професійних критеріїв підготовки фармацевта, які опрацьовують самі фармацевти. Крім того є ще одна складова, на яку рідко звертають увагу при обговоренні проблем фармацевтичної фахової освіти – тенденції розвитку системи вищої освіти як тотальної економічної структури.

Завданням для вітчизняної соціальної фармації є дослідження та розробка базових положень фахової освіти фармацевта. По-перше, слід звернути увагу на світові тенденції розвитку вищої освіти. Українська система освіти в наслідок об'єктивних причин залишалась осторонь трьох принципових реформ, які відбулись в світі за останні п'ятдесят років. Революційний перехід від елітарної вищої освіти до масової якісної освіти, що відбувся ще на межі 1970-х не досліджувався в Україні і не аналізувався стосовно фахової підготовки фармацевтів. Головна теза революції 70-х років – раціональність змісту професійної освіти. Фахова освіта – сфера надання послуг, які мають бути доступними та якісними не за рахунок спрощення змісту, а завдяки доцільній схемі надання цих послуг. Вітчизняне суспільство досі перебуває під впливом стереотипів радянської системи освіти, переносячи уявлення про рівень бакалавра як «незакінчену вищу освіту». Але це освітній рівень, який має забезпечувати основний попит ринку праці фармацевтичної галузі. Це базова освіта без зайвого навантаження і затрат на її отримання. Вдаючись до автомобільної метафорики - це базова комплектація автомобіля.

По-друге, вітчизняна система освіти пропустила етап формування освітньої мобільності, що проходила світова система вищої освіти у 1980-х роках. Ми на практиці приєднались до болонської системи лише після наказу МОН України 2004 року, але лише формально і без розуміння самої ідеї. На цьому етапі реформи світової системи професійної освіти сформувались економічно обґрунтовані форми вищої освіти, які відповідають попиту ринку праці на фахівців вузької спеціалізації і вищої якості професійної підготовки. Слід звернути увагу на тенденції розвитку магістерських програм в університетах. Магістр фармації – це не продавець-консультант аптеки, а фахівець-дослідник, який працює над розвитком галузі. Це інший рівень і інша галузь застосування робочої сили. І знову таки, ці аспекти розвитку фармацевтичної освіти, як складової фармацевтичної галузі, залишаються поза межами дослідження вітчизняної соціальної фармації.

Третій революційний етап розвитку світової системи вищої освіти – формування ліберальної системи. Її ідея виглядає жахливо з точки зору радянського спадку. Але вона перетворюється в безглуздя, коли ліберальні принципи використовують для підміни структурної базової освіти. Суть цієї системи полягає в тому, що студент, як замовник освітніх послуг, сам обирає предмети і формує навчальний план своєї фахової підготовки. Ми бачимо як ці принципи механічно потрапили до практик наших освітніх закладів без розуміння головної мети – дисципліни за вибором мають складати алгоритм спеціалізації фахівця. Це механізм професійного і кваліфікаційного відбору. Фактично, це дорожня карта фахової освіти, яку згоден оплатити замовник освітніх послуг. Якщо знову вдатись до метафори автомобіля, то це є додатковими опціями базової комплектації. Саме ці додаткові опції створюють цінність диплома і слугують кваліфікаційними оцінками для отримання посади чи продовження навчання.

З одного боку запровадження курсів за вибором має здешевлювати систему освітніх послуг. Але тут наступає ефект маркетингової пастки, коли відмова від одержання атестації з певного курсу за вибором стає підставою для додаткового післядипломного навчання. Саме так працює система «навчання протягом життя». Клієнт отримує послуги, в яких зацікавлений сьогодні я які може оплатити. Планування власної кар'єри відбувається не навчальним закладом, а споживачем освітніх послуг. Для сфери соціальної фармації тут формується низка стратегічних завдань щодо економічних розрахунків, прогнозування, розробки кваліфікаційних вимог фармацевтичної галузі. Ми досі не бачимо вітчизняних кваліфікаційних вимог та алгоритмів їх набуття. Так само ми забуваємо, що вартість підготовки кадрів закладається в ціну товарів і послуг, що виробляє фармацевтична галузь.

Корпоративність фармацевтичної галузі має свої переваги і недоліки. Соціальна фармація – сфера знання, яка дозволяє подолати професійну обмеженість і відкрити фармацевтичну галузь як частину загальної соціальної системи. Але в сучасній вітчизняній ситуації ми бачимо хибну тенденцію впливу корпоративності, коли не галузь реформується відповідно до потреб соціальної системи, а соціальна система деформується на потребу галузі.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ В НАСЕЛЕНИИ УКРАИНЫ

Кобец М. Н., Кобец Ю. Н., Филипцова О. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Современная персонифицированная (персонализированная) фармакотерапия направлена, в первую очередь, на снижение потенциально опасных для пациентов побочных эффектов, а также на снижение общей стоимости лечения, что является крайне актуальным в настоящее время. Данный подход базируется на фармакогенетическом тестировании – определении генетических особенностей пациентов и назначении соответствующих схем лечения.

Целью работы является изучение понимания фармакогенетического тестирования профессионально разными группами, а также популяционное распределение CYP1A2 (rs762551) в выборке населения Украины. Данное исследование проводится впервые. Ранее ген CYP1A2 (rs762551) не исследовался ни на какие виды полиморфизма.

Материалы и методы. Проведено анкетирование врачей, медицинского персонала, студентов фармацевтического и медицинских ВУЗов, биологических факультетов, а также лиц, не имеющих отношения к системе здравоохранения.

Выборка смещена в сторону женского пола, что обусловлено спецификой фармацевтической и медицинской отраслей (82,2%). Возрастная категория большинства опрошенных находилась в диапазоне 17 – 22 года. Осуществлен сравнительный анализ полученных данных. Для расчетов использовались программы Microsoft Excel и Statistica 6.

Анкета состояла из двух частей: основной и социо-демографической. В основную часть анкеты включены вопросы, направленные на понимание фармакогенетического тестирования. В данной работе использованы некоторые вопросы основной части анкеты.

Для изучения полиморфизма CYP1A2 (rs762551) сформирована группа из 102 обследованных, у которых произведён забор буккального эпителия. Участники данного исследования являлись жителями Украины. Расчет производили с помощью онлайн статистики.

Результаты исследования. В ходе исследований при изучении понимания сути о фармакогенетике и фармакогенетическом тестировании усановлено, что в разных профессиональных группах данное направление понимается по-разному. Полученные различия статистически значимы ($\chi^2=163,6$, $v=24$, $p\leq 0,001$).

Ничего не знают о фармакогенетическом тестировании 7,8% опрошенных студентов Национального фармацевтического университета (НФаУ) и колледжа, одинаковое количество студентов медицинских ВУЗов и врачей (8,5%), а также 17,8% – студентов биологического факультета. Подавляющее большинство неосведомленных в данном вопросе составили лица, не имеющие отношение к сфере медицины или фармации (34,7%).

Правильно понимают суть фармакогенетики 43,6% опрошенных студентов медицинских ВУЗов, а также 41,7% – врачей, 39% – студентов биологического факультета, 37,5% – студентов НФаУ и колледжа. Лишь четверть лиц, не имеющих отношение к сфере медицины или фармации (25,5%), оказались осведомленными в данном вопросе.

Показано, что у лиц разного пола неодинаковое понимание данного направления. Именно поэтому проанализированы данные отдельно для мужчин и для женщин. Так, на основании анкетирования студентов 1-4 курса фармацевтического факультета НФаУ (637 студентов) установлено, что правильный ответ о сути фармакогенетики дали 37,7% опрошенных мужчин и 43,9% женщин. Полученные данные свидетельствует о том, что женщины более осведомлены о фармакогенетике и с большей вероятностью могут быть

потребителями фармакогенетических тестов и с меньшей вероятностью иметь побочные эффекты вследствие фармакотерапии.

Источником сведений о фармакогенетики для большинства опрошенных является ВУЗ (для 70,7% опрошенных мужчин и 72,9% – женщин).

Студенты 1 курса фармацевтического факультета в НФаУ при изучении дисциплины «Биология с основами генетики» рассматривают вопросы о фармакогенетике.

В результате исследований однонуклеотидного полиморфизма CYP1A2 (rs762551) установлено распределение генотипов в данной группе (37% AA, 50% AC, 15% CC).

Изучено распределение генотипов на соответствие соотношению Харди-Вайнберга. Показано, что популяционная структура населения не отклоняется от равновесия Харди-Вайнберга.

Выводы.

1. Впервые в Украине изучено понимание фармакогенетического тестирования профессионально разными группами в выборке населения Украины как современного направления повышения качества фармацевтических услуг. Показаны проблемные аспекты в данном направлении.

2. Показано, что более трети опрошенных студентов НФаУ правильно понимали суть фармакогенетики. Из них более 70% впервые получили информацию о фармакогенетике в вузе.

3. Установлено, что лица, не имеющие отношение к сфере медицины или фармации, менее осведомлены в области фармакогенетики. Правильно понимают сущность данного направления почти равное количество опрошенных студентов фармацевтического и медицинских ВУЗов Украины.

4. В результате исследований полиморфизма CYP1A2 (rs762551) изучено распределение генотипов в данной группе. Популяционная структура населения не отклоняется от равновесия Харди-Вайнберга.

СУЧАСНЕ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛОГІСТИКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Білоус М. В.¹, Рижов О. А.¹, Шматенко О. П.²

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Останнім часом спостерігається підвищений інтерес у вітчизняних фармацевтичних компаній до вибору і впровадженню сучасних інформаційних технологій (ІТ), як ефективного інструменту для оптимізації логістичного управління та підвищення прибутку. В умовах жорсткої конкуренції на фармацевтичному ринку безліч підприємств усвідомили, що конкурентною перевагою наразі стало впровадження у свою діяльність сучасних ІТ. Тим самим досягається значне скорочення витрат, шляхом модернізації своїх систем управління складом та транспортом, використовуючи штрих коди, складні алгоритми відбору та навіть RFID – технології (Radio Frequency Identification – Радіочастотна ідентифікація). Інші фармацевтичні компанії дуже зменшили запаси та поліпшили клієнтський сервіс за рахунок використання сучасних систем синхронного планування виробництва та ретельно аналізуючи розташування своїх підприємств та складів. Правильно зрозумілі, коректно впровадженні та вірно застосовані ІТ можуть стати інструментом перетворення ланцюга поставок в джерело економічного прибутку поліпшити в той же час якість клієнтського сервісу.

Військова фармацевтична логістика, як основа у системі медичного постачання Збройних Сил України (ЗСУ), на сьогодні також потребує модернізації. Оптимізація

логістичного управління медичним постачанням в ЗСУ не можлива без застосування сучасних інформаційно-комунікаційних (ІК) ресурсів та ІТ в логістиці, які представлені в таблиці 1 та на рис. 1

Таблиця 1

ІК ресурс	Термін та призначення
ERP (KIC)	Корпоративна інформаційна система
GIS (ГІС)	Геоінформаційна система. Програмне забезпечення (ПЗ) для планування маршрутів та навігації з функціями пошуку та розрахунку транспортних витрат
SCM	SupplyChainManagement – Управління ланцюгами поставок
CRM	CustomerRequirementsManagement – Управління взаємовідносинами зі споживачами
WMS	WarehouseManagementSystem – Система управління складом
EDI	ElectronicDataInterchange – Електронний обмін даними
GSM, GPS	Стільникові (GSM) та супутникові системи (GPS) зв'язку та навігації
WAP	WirelessApplicationProtocol – Протокол (технологія) бездротового доступу до даних. Системи та засоби мобільного управління
ASP	ApplicationServiceProviding – Оренда інформаційних ресурсів (систем). Технологія ІТ – аутсорсингу.
RFID	RadioFrequencyIdentification – Радіочастотна ідентифікація
APS	AdvancedPlanningSystem – Система поглибленого планування (розширює можливості ERP)
OLAP	OnLineAnalyticalProcessing – Інтерактивний аналіз даних. ПЗ аналітичного класу для оперативної роботи з даними
E-SCOR	SupplyChainOperationReferencemodel – Моделі ланцюгів поставок(типові)
CASE	ComputerAidedSystemEngineering – засоби та технології проектування і моделювання складних інформаційних систем

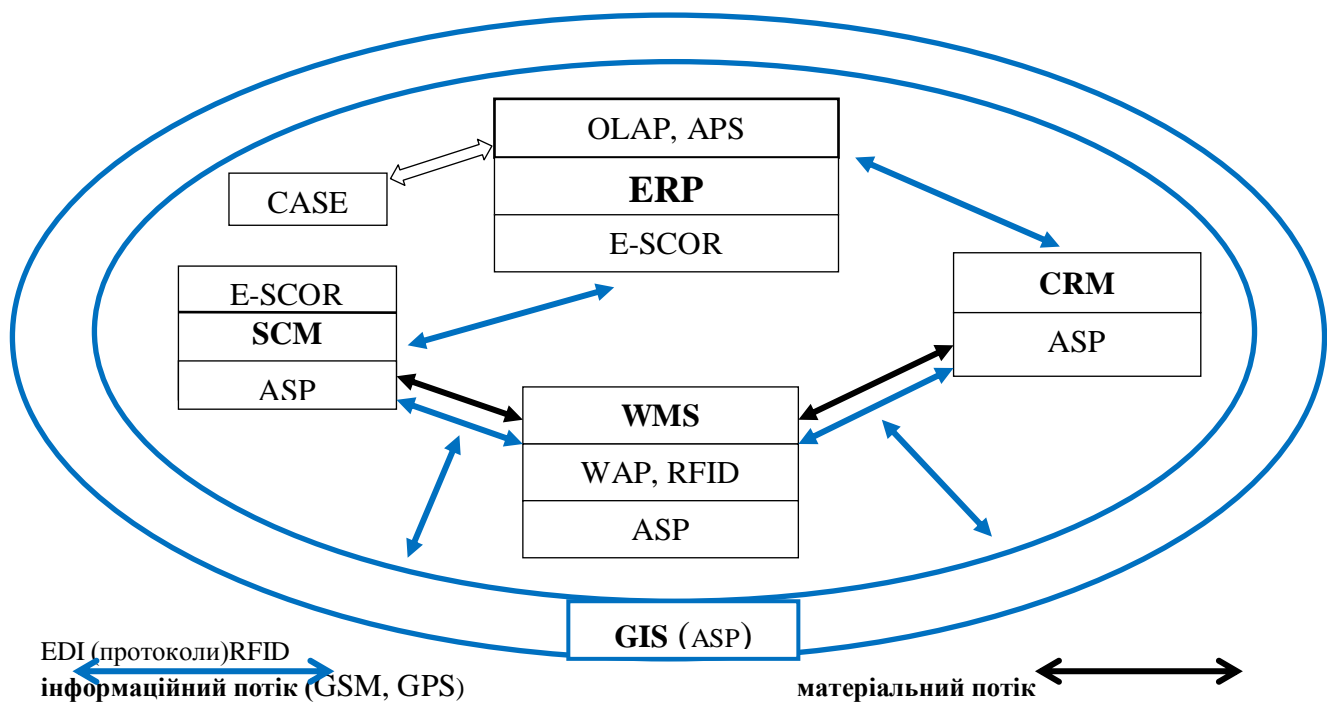


Рис. 1 Сучасне інформаційно-комунікаційне забезпечення логістики у фармацевції

Так, наприклад, повне програмно-апаратне рішення для складу включає в себе: апаратне забезпечення (сервери, робочі станції); пристрої ідентифікації, що забезпечують роботу за безпаперовою технологією (радіо термінали, сканери штрих-кодів, системи світлового управління, гарнітури для голосового відбору); програмне забезпечення для баз даних (Oracle, Sybase, Informix або інші); програмне забезпечення для управління складом (WMS); програмне забезпечення для взаємодії з корпоративною системою (інтерфейс між ERP та WMS); програмне забезпечення, яке встановлюється на складському обладнанні (конвеєрах, системах AS/RS та інші) та пристроях, що забезпечують роботу за безпаперовою технологією.

Наразі Україна має статус «особливого партнера НАТО», її зближення з Альянсом в даний час проходить планово та системно. Співпраця у ЗСУ закріплена на законодавчому рівні та реалізується виконанням Державної програми розвитку ЗСУ до 2020 року (Постанова Верховної Ради України від 11.12.2014 року № 26-VIII «Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України»). Ця програма передбачає перехід до нової системи логістичного забезпечення ЗСУ відповідно до стандартів НАТО. Модернізацію ЗСУ з метою досягнення оперативної і технічної сумісності зі збройними силами держав-членів НАТО, в тому числі і у сфері військової охорони здоров'я, безумовно необхідно проводити відповідно до критеріїв Альянсу. Але, разом з тим, необхідно вибрати найбільш ефективну та ближчу за своєю структурою до України систему логістичного управління медичним забезпеченням та застосовувати кращий світовий досвід оптимізації потокових процесів. Інтеграція двох інтерфейсів (українського та НАТО) дозволить мінімізувати витрати на реформування системи логістики і стандартизації ЗСУ.

Таким чином, виникає потреба у розробці концептуальної моделі оптимізації управління потоковими процесами у медичному постачанні ЗСУ на основі інформаційної логістики, відповідно до стандартів НАТО. Створена концептуальна модель дозволить виділити і спланувати етапи реструктуризації логістичної системи управління медичним постачанням ЗСУ, гармонізація до стандартів НАТО та перейти до розробки функціональної моделі управління ресурсами у системі медичного постачання ЗСУ.

БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАЛЯРИОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Бодня К. І., Газзаві-Рогозіна Л. В., Філіпцова О. В., Набока О. І.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. В даний час при високому розвитку фармацевтичних засобів досі існує ряд ендемічних інфекційних захворювань, інфікування якими, може призвести до смерті. Одним з таких захворювань є малярія.

В Україні в цілому та в Харківській області окремо, є умови для виникнення і поширення малярії *vivax*, а посилена міграція населення робить цілком реальним завезення малярії, викликаної і іншими її збудниками.

Мета роботи. Проаналізувати біологічні аспекти маляріогенної ситуації в Харківській області.

Матеріали та методи. Проаналізована ентомологічна та метеорологічна ситуація в Україні та в Харківській області за даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України та Харківського обласного лабораторного центру.

Отримані результати. За даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України у 2015 році серед цивільних громадян зареєстровано 51 випадок завізної малярії з 3 летальними наслідками від тропічної малярії (відповідно проти 50 завізних з 2 летальними у 2014 році), з яких громадянами України було

завезено 45 випадки (88%), іноземними – 6 (12%).

Найбільше випадків було виявлено в Одеській області – 10, м. Києві – 8; Дніпропетровській, Київській та Львівській областях – по 5; Харківській, Черкаській – по 3.

За даними Харківського обласного центру з гідрометеорології кінець весни 2015 року був жарким. Температура доходила до + 30 °С. Літо 2015 було помірним, з достатньою кількістю опадів. Осінь була теплою, дощовитою, максимальна температура доходила до + 25 °С.

Сезон ефективного зараження малярійних комарів збудником триденної малярії *P. vivax* у 2015 р. в Харківській області розпочався у II декаді травня. Закінчення сезону ефективного зараження комарів припадало на III декаду серпня.

Все вищезазначене демонструє покращення екологічних умов у можливому розповсюдженні завізних випадків малярії.

Епідеміологічна ситуація з малярії ускладнюється у зв'язку з погіршенням ентомологічного контролю за переносниками – кровосисними комарами. Після реформування санітарно-епідеміологічної служби, яке відбулось у грудні 2012 року, було значно скорочено паразитологічно-ентомологічну ланку.

В Харківській області за 2012 рік, у порівнянні з 2011 роком, середній показник чисельності преімагінальних стадій комарів р. *Anopheles* збільшився на 3,9%.

На території області у 2015 році було зареєстровано 2726 водоймищ, з них анофелогенних - 1825 (67%). Протималярійні гідротехнічні роботи проводилися в усіх галузях - від робіт, що ведуть до ліквідації виплоду комарів, до робіт, що створюють умови непридатні для розвитку личинок. В 2015 році середньосезонний показник чисельності личинок малярійних комарів у водоймищах області склав 12,8 екз. на 1 м², у 2014 році – 14,4. Обробки водоймищ проти личинок комарів у 2015 році в області не проводились.

Висновки. Таким чином, ситуація з малярії в Україні в цілому та в Харківській області окремо, залишається нестійкою і є сприятливі умови для поширення цієї хвороби, про що свідчать: постійний завіз малярії на територію України, в основному, в сезон передачі малярії, сприятливі умови для поширення хвороби (наявність і стабільна чисельність переносників збудників малярії в усіх регіонах України), відсутність вітчизняних дезінсектантів для регуляції чисельності малярійних комарів.

АНАЛІЗ БІОЛОГО-ЕКОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА СТАНУ ЧИСЕЛЬНОСТІ ІКСОДОВИХ КЛІЩІВ В УКРАЇНІ У 2015 РОЦІ

Газзаві-Рогозіна Л. В., Філіпцова О. В., Набока О. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Кліщовий вірусний енцефаліт (КВЕ) та іксодові кліщові бореліози (ІКБ) в Україні залишаються актуальними природно-вогнищевими інфекційними хворобами людей. За останні 15 років зареєстровано 120 спорадичних випадків КВЕ, в т.ч. з них 2,5% – завізних та 97,5% – місцевого характеру. Найбільшу кількість хворих, від числа всіх виявлених, було зареєстровано у Волинській області – 54,2%. Епідемічна ситуація з іксодових кліщових бореліозів (ІКБ) в Україні з кожним роком ускладнюється. Дані офіційної реєстрації ІКБ, введеної в Україні 2000 р., залишаються неповними, але й вони свідчать, що за рівнем захворюваності і поширеності, важкістю клінічного перебігу ІКБ є однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфекційної патології багатьох країн Європи.

Мета. Аналіз біолого-екологічних особливостей та стану чисельності іксодових кліщів в Україні.

Матеріали та методи. За даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України проаналізовані біолого-екологічні,

кліматичні особливості та стан чисельності іксодових кліщів.

Результати та обговорення. Особливістю 2015 року була посуха. Виникнення такої ситуації було обумовлено синоптичними процесами, що формували підвищений температурний фон упродовж усього року, особливо теплого періоду, дефіцит опадів на більшій частині території та нехарактерний їх просторовий розподіл.

Вихід іксодових кліщів із зимової діапаузи у більшості ландшафтно-географічних зон прийшовся на ранні терміни. У зв'язку з потеплінням він розпочався у перших числах березня, але подальше похолодання призупинило активізацію кліщів, що відновились у III декаді березня. Весняний пік чисельності кліщів майже на всій території країни відмічений у кінці квітня — III декаді травня.

У Західному Поліссі при обліку на сільськогосподарських тваринах домінували кліщі *Ixodes ricinus*.

У Центральному Поліссі та більшості районів Східного Полісся відмічене значне підвищення чисельності кліщів роду *Dermacentor*.

У Лісостеповій ландшафтно-географічній зоні відмічене зростання кліщів роду *Ixodes* та зменшення кліщів роду *Dermacentor* (представників роду *Ixodes* вдвічі більше). Але у Східному Лісостепу найбільш численним видом був *D. reticulatus*.

На території Північно-Західного Лісостепу та Правобережного Степу домінували *I. ricinus* та *D. reticulatus*.

У Лівобережному Степу значно збільшилася чисельність кліщів *Rhipicephalus rossicus*, *Hyalomma marginatum*.

Іксодові кліщі майже на всій території країни зберігали активність до II декади червня. Явно вираженого осіннього піку на більшості територій України не виявлено.

Висновки. Як і в попередні роки в Поліссі і Лісостепу масово зустрічалися лише європейський лісовий кліщ (звичайний) (*I. ricinus*) і шкіроріз луговий (*D. reticulatus*). Відмічаємо збільшення чисельності *D. reticulatus* який зустрічався у всіх ландшафтно-географічних зонах. Подібне явище пов'язане з розширенням ареалу шкірорізу на північ і південь, в т.ч. з освоєнням цим видом урбаністичних ландшафтів.

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ

Гала Л. О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

На виконання вимог Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 травня 2013 року №455 для розробки стандартів Належної аптечної практики (НАП) в Україні була рекомендована в якості базового інформаційного джерела Спільна настанова Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фармацевтичної федерації «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» (2011) (настанова з НАП).

Методологічний супровід розробки стандартів НАП мало б забезпечити Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України». У той же час імплементація у законодавство нашої країни вимог НАП стала одним з напрямів роботи Держлікслужби України, що є логічним продовженням стратегії впровадження системи належних практик на всіх етапах обігу лікарських засобів.

Потреба в розробці стандартів НАП виникла зважаючи на необхідність підвищення ролі провізора (фармацевта) в системі охорони здоров'я, зокрема його інформаційно-консультативну функцію та участь у профілактиці захворювань і пропаганді здорового способу життя. Проте настанова з НАП лише встановлює межі, в яких кожна країна має

запропонувати власні національні стандарти з урахуванням особливостей роботи аптечних закладів для забезпечення населення якісними фармацевтичними послугами. Вивчення професійних стандартів НАП розвинених країн світу свідчить про різні підходи до нормування даної діяльності та керівну роль професійних фармацевтичних організацій в розробці стандартів НАП, у зв'язку з тим, що дані структури наближені до аптечної практики і спроможні встановити такий мінімальний рівень надання фармацевтичних послуг, нижче якого діяльність не може вважатися «аптечною практикою» взагалі. Впровадження НАП призведе до підвищення якості обслуговування споживачів, які окрім ефективних і безпечних лікарських засобів отримають гарантований мінімум фармацевтичної допомоги.

На підставі вивчення світового досвіду та з урахуванням вітчизняних розробок складових фармацевтичного забезпечення нами запропоновано структуру національного стандарту НАП, який повинен містити наступні елементи: назву; вступ; терміни та визначення; позначення та скорочення; сферу застосування; вимоги до діяльності фахівців з визначенням критеріїв оцінки та індикаторів, що дозволяють проконтролювати певні види робіт; додатки; бібліографічні ресурси; примітки. З використанням зазначеної структури розроблено проекти національних стандартів «Участь у профілактичних заходах та послугах»; «Поширення достовірної інформації про лікарські засоби та основ медичної грамотності»; «Безперервний професійний розвиток» та планується подальша робота в даному напрямі.

Перелік стандартів слід розглядати як документ, що носить, як і у багатьох країнах світу, рекомендаційний характер, а процес їх впровадження має бути представлений як цикл вдосконалення якості (цикл Демінга) для покращення якості фармацевтичного забезпечення.

На нашу думку, розроблені за вказаною структурою стандарти НАП дозволять державним контролюючим та регулюючим органам, власникам й управлінському персоналу переконатися, що мікросередовище аптеки, в якому надаються фармацевтичні послуги, є відповідним, а самі послуги належної якості, що дозволить в майбутньому підняти престиж професії провізора (фармацевта).

ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НАЦІОНАЛЬНОЇ І РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Федяк І. О., Семенів Д. В., Гудивок Я. С.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Вступ. Всесвітня асамблея охорони здоров'я (Швейцарія, 2014) схвалила Глобальну стратегію «Покласти край туберкульозу на період 2016–2035 рр.». Туберкульоз (ТБ) відноситься до групи соціальних хвороб, виникнення яких тісно пов'язане з умовами життя населення. ТБ є не лише медичною проблемою, а й соціально-політичною, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень, благополуччя, добробут, поінформованість населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі і фтизіатричної служби та фармації як на національному, так і регіональних рівнях.

Мета роботи – аналіз забезпеченості національної і регіональної (на прикладі Івано-Франківської області) програм боротьби з ТБ за даними Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Матеріали і методи: бібліографічний, системно-логічний.

Результати дослідження. Реалізацію заходів та стратегії протидії ТБ здійснює протитуберкульозна служба України, представлена протитуберкульозними диспансерами (ПТД), туберкульозними лікарнями, фтизіатричними кабінетами в закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу. В Україні у 2014 р. функціонував 81 ПТД, в т.ч. 67

диспансерів зі стаціонарними відділеннями (12 304 ліжка), у яких було проліковано за рік 45 705 хворих. Зайнятість ліжка в ПТД складала 292 дні, середнє перебування хворого – 79,1 дні. Усього у 2014 р. нараховувалось 16 324 туберкульозних ліжка для дорослих, на яких було проліковано 50 133 хворих. Водночас в Івано-Франківській області із загальною кількістю населення 1 379 370 осіб у 2014 р. захворюваність на ТБ (нові випадки плюс рецидиви, у т.ч. ТБ / ВІЛ) становила 74,4 на 100 тис. населення (1 026); хворих із мультирезистентним туберкульозом (МРТБ) було 215 осіб, з яких 195 – розпочали лікування. Кількість ТБ ліжок у 2014 р. в області становила 480 (3,82 на 10 тис. населення), кількість санаторних ТБ ліжок – 385, середнє перебування на ліжку – 65,53, середнє число днів – 288.

Видатки на виконання заходів Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ТБ за 2014 р. склали 346174 тис. грн., із них з державного бюджету України – 188507 тис. грн. (54,45 %), Глобального фонду – 157667 тис. грн. (45,55 %).

Закупівлю протитуберкульозних препаратів (ПТП) за кошти Державного бюджету здійснено на суму 152,9 млн. грн., що склало 90 % від загального обсягу видатків для закупівлі ПТП на 2014 р., та на 50 % – хворих на МРТБ. Інші 50 % ліків 2 ряду для лікування МРТБ Україна отримала у якості гуманітарної допомоги за кошти Глобального фонду.

Висновок. Якщо прийняти до уваги, що закупівля ПТП в Івано-Франківській області у 2014 р. була забезпечена за кошти місцевого бюджету (64,78 %), Глобального фонду (20,29 %), МОЗ України (14,31 %), інших джерел (0,62 %), то першою умовою удосконалення фармацевтичної допомоги цій категорії населення є дотримання формулярного підходу на усіх рівнях її надання. Оскільки за даними наших власних досліджень вартість спожитого лікування 1-го хворого на МРТБ становила у середньому 21441,39 грн. у 2014, з яких ПТП склали лише 12,5 %. Водночас Протоколом лікування, окрім ПТП, передбачено призначення ще й вітамінів та гепатопротекторів, які хворі купують за власний кошт.

Тому програма боротьби з ТБ в Україні потребує удосконалення з врахуванням даних методології оцінки медичних технологій протидії цій соціально небезпечній недугі.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ D.REPENS

Філіпцова О. В., Бодня К. І., Газзаві-Рогозіна Л. В., Набока О. І.
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Актуальність. Актуальність проблеми дирофіляріозу полягає в постійній наявності поблизу людини джерел хвороби – тварин, переносників – кровосисних комарів родини Culicidae та низькою інформованістю медичних працівників.

Мета. Аналіз епідеміологічних умов щодо розповсюдження дирофіляріозу у Харківській області.

Матеріали та методи. Проаналізована ентомологічна, метеорологічна та паразитологічна ситуація в Харківській області за даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я Україна, Харківського обласного лабораторного центру та кафедри медичної паразитології та тропічних хвороб ХМАПО.

Результати та обговорення. Проаналізувавши захворюваність підшкірною формою дирофіляріозу в Харківській області за останні 10 років (з 2005 по 2015 рр.), відмічається щорічна реєстрація з тенденцією до зростання. Статистичні дані кафедри медичної паразитології та тропічних хвороб ХМАПО відрізняються від офіційної статистики тому, що Харківським обласним лабораторним центром реєстрації підлягають лише випадки з хірургічно видаленим, або само-видаленим гельмінтом, тоді, як кафедрою медичної паразитології та тропічних хвороб враховуються і клінічні прояви з неможливим видаленням паразита у зв'язку з його активною міграцією або хірургічною недоступністю. У більшості

випадків локалізація паразита приходилась на очі та обличчя. Всі хірургічно, або самостійно видалені гельмінти ідентифіковані як *D. геренс*, самки розміром від 7 до 15 см.

Ситуація з дирофіляріозу ускладнюється у зв'язку з погіршенням ентомологічного контролю за переносниками – кровосисними комарами в наслідок реформації санітарно-епідеміологічної служби.

За даними Харківського обласного центру з гідрометеорології у весняний період 2013 – 2015 рр. температура доходила до + 30 °С та вище. Літо 2013 – 2015 рр. було помірним, з достатньою кількістю опадів. Денна температура, як правило, не перевищувала відмітки + 35 °С. Осінній сезон був теплим, дощовитим, максимальна температура доходила до + 25 °С.

Все вищезазначене демонструє покращення екологічних умов у розповсюдженні випадків дирофіляріозу.

За даними Харківського обласного лабораторного центру показники заселеності кровосисними комарами (родів *Aedes* та *Culex*) господарських приміщень, підвалів, доквілля складають 12,6% проти 12,5% у 2014 році, що потребує посилення протикомариних заходів, у зв'язку з щорічним зростанням захворюваності на дирофіляріоз людей. У 2015 році досліджено на наявність мікрофілярій нематод 563 екз. малярійних комарів (у 2014-391 екз.), мікрофілярії не знайдені. При дослідженні 463 екз. немаларійних комарів в 3 екз. знайдено мікрофілярії нематод (0,6%).

Частота нападу комарів на людину залежить від ступеня їх активності і чисельності, а також зв'язку комарів з житлом людини. Так як в Харкові є досить велика кількість водойм, то ймовірність нападу природної популяції комарів на людину і домашніх собак різко зростає, що збільшує можливість передачі інвазії людині і залучення його в епідемічний процес. В умовах міської квартири передача інвазії при наявності хворої собаки або кішки може здійснюватися цілий рік «підвальними» комарами роду *Culex* (*C. molestus*).

Висновки. Дирофіляріоз в Харківській області, як і в Україні в цілому, залишається актуальною проблемою, що обумовлено зростанням захворюваності тварин і людей на цей паразитоз, значною кількістю різних видів переносників інвазії та труднощами в її регуляції.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ ВПРОВАДЖЕННЯ БІОСИМІЛЯРІВ В УКРАЇНІ

Сяркевич О. Р., Піняжко О. Б., Заліська О. М.

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

За глобальними оцінками Європейського агентства з лікарських засобів (ЕМА) ринок біологічних лікарських препаратів та їх біосимілярів у 2015 році становив 2,29 млрд доларів, може досягнути 6,22 млрд до 2020 року, отже, зрости на 22,1%. Ріст зумовлений такими факторами, як постійний тиск з боку держави на скорочення витрат на охорону здоров'я, підвищення попиту на біосиміляри завдяки фармакоекономічному показнику «витрати/ефективність», збільшенню доказових даних у клінічних випробуваннях та при різних поширених захворюваннях, зокрема, цукровому діабеті. Проте, такі фактори, як складнощі у технології промислового виробництва, строгі нормативні вимоги в провідних країнах, а також інноваційні стратегії виробників біологічних препаратів обмежують доступ до них. Світовий ринок біосимілярів підрозділяється на чотири основні регіони, а саме: в Північній Америці (США і Канада), Європі (Великобританії, Німеччини, Франції, Іспанії, Італії), Азіатсько-Тихоокеанського регіону (Індія, Китай, Японія, Південна Корея), а інша частина Латинська Америка, Африка та Близький Схід. На даний час Європа є найбільшим ринком для біосимілярів.

Метою нашого дослідження було провести аналіз організаційно-економічних аспектів впровадження біосимілярів на прикладі лікування діабету в Україні.

Виявлено, що на даний час діюча система найменування лікарського засобу за міжнародними непатентованими назвами (МНН), що здійснюється ВООЗ, не зовсім прийнятна для біосимілярів. Існуючі підходи до надання МНН лікарському засобу передбачають, що у біосимілярі може бути така сама МНН, як і в оригінального препарату. Однак у біосимілярі повинні бути специфічна торгова назва, зовнішній вигляд, упаковка, відмінні від референтного біологічного лікарського засобу. При введенні у ринок біосиміляр має показати у випробуваннях на безпеку та ефективність безпосередньо у порівнянні з біологічним ЛЗ. Лише такі прямі порівняння дають можливість заявнику проводити післяреєстраційний нагляд за безпекою та ефективністю біосиміляру.

В Україні триває розробка Національної політики забезпечення лікарськими засобами, реалізація Державної цільової соціальної програми «Цукровий діабет до 2018 року» у відповідності до нової Європейської політики «Здоров'я 2020». Оскільки щороку витрати на забезпечення хворих із ЦД препаратами інсуліну зростають, нещодавно прийнято Постанову КМУ від 23 березня 2016 р. №239, яка затверджує Порядок відшкодування вартості препаратів інсуліну. Нами встановлено, що на українському фармацевтичному ринку людський інсулін представлений 11 найменуваннями, 55% яких є вітчизняних виробників. Серед аналогів інсуліну зареєстровано 5 найменувань за МНН, причому 6 торгових назв представлені лише іноземними виробниками на ринку України.

За міжнародними даними економічні втрати від діабету у розрахунку до світового ВВП становитимуть 1,7 трильйони доларів до 2030 р. В Україні відповідно до офіційної статистики МОЗ зареєстровано 1 197 317 хворих на цукровий діабет (ЦД) у 2015 р., де кількість хворих на ЦД, які приймають препарати інсуліну, становить 217 770 осіб, з них 209 786 осіб дорослого населення та 8028 дітей. Відповідно до протоколів лікування препарати інсуліну призначаються при ЦД 1 та 2 типу.

Доцільним є передбачити законодавче та організаційне регулювання у рамках Національної політики забезпечення лікарськими засобами, програми «Цукровий діабет до 2018 року» для забезпечення доступу до сучасних біосимілярів та їх практичного впровадження у вітчизняну фармацевтичну промисловість.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ

Тетерич Н. В., Терещенко Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність сучасної інформатизації національної охорони здоров'я (ОЗ) та впровадження електронної рецептури (ЕР) в Україні обумовлена нагальними запитами сьогодення. Концепцією розвитку фармацевтичного сектору галузі ОЗ України на 2011-2020 рр. (далі Концепція) передбачено розробку пріоритетних напрямів та програмних завдань щодо удосконалення єдиного інформаційного поля у фармації. В документі зазначено, що створення єдиного інформаційного поля спрямоване на забезпечення усіх суб'єктів національної ОЗ: виробників фармацевтичної продукції, оптово-посередницьких підприємств, медичних та аптечних закладів, науково-педагогічних працівників, а також споживачів об'єктивною, повною, оперативною, обґрунтованою, доказовою та доступною інформацією з метою надання якісної та ефективної фармацевтичної допомоги.

Зауважимо, що деякі пріоритетні напрями та програмні завдання Концепції наразі успішно реалізуються. Зокрема, розроблено та впроваджено електронні версії Державного реєстру лікарських засобів, Державної фармакопеї України, Державного формуляра лікарських засобів, а також Фармацевтичної енциклопедії. На виконання Постанови КМУ № 546 від 06. 06. 2012 р. «Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів»

очікується впровадження загальнодержавного електронного реєстру пацієнтів, який працюватиме як єдина загальнодержавна інформаційна система із електронними медичними картками пацієнтів.

Окрім цього, наразі активно удосконалюються основні складові інформаційного забезпечення процесів щодо постачання, дистрибуції, реалізації та споживання ліків, на належному рівні активно підтримується прозорість та відкритість інформації про наявність на ринку неякісних чи фальсифікованих ліків.

У навчальний процес студентів медичних та фармацевтичних вузів активно залучаються елементи віртуального та дистанційного навчання, електронних підручників та мультимедійних систем, тощо. Це активно сприятиме адаптації майбутніх фахівців до роботи з інформаційними системами.

Разом із цим численні несприятливі фактори зовнішнього та внутрішнього впливу на економіку країни значно уповільнюють реформування вітчизняної ОЗ.

Вельми актуальною при цьому постає необхідність впровадження чисельних змін на законодавчому рівні та відповідного рівня фінансування на підставі науково обґрунтованої методології, економічних розрахунків та основних напрямків щодо впровадження електронної ОЗ (eHealth) та EP.

При цьому однією з найголовніших перешкод щодо впровадження eHealth та EP в Україні постає відсутність системного підходу до вирішення даної проблеми. Адже незадовільна політична та економічна ситуація в Україні сьогодні засвідчують, що рішення стосовно впровадження системи eHealth та EP на центральному рівні ухвалюються досить повільно при одночасному браку підтримки впровадження.

Таким чином, основними проблемами реалізації послуг eHealth та EP в Україні є такі, як: відсутність чіткої стратегії, стандартів та нормативно-правових актів щодо впровадження та підтримки такої системи, визначених на загальнодержавному рівні; обмежені людські здатності щодо системи, а також безліч інфраструктурних обмежень на рівні медичних та фармацевтичних закладів.

Тому розробка ефективного та системного стратегічного плану щодо впровадження eHealth та EP в Україні в першу чергу залежить від відповідальності з боку органів Державної влади, усвідомлення сучасних вимог до ОЗ та потреб населення.

ПОЛІТАБЛЕТКИ (POLUSAP) ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: СУЧАСНИЙ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ

Толочко В. М., Адонкіна В. Ю.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Багатьом людям, які страждають від серцево-судинних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії, необхідно приймати відразу кілька лікарських засобів (ЛЗ): одні для зниження артеріального тиску (АТ), інші для зниження рівня холестерину тощо. Необхідність щоденного прийому кількох ЛЗ одночасно, значно ускладнює життя хворого, призводить до неминучих пропусків їх прийому. Експерти бачать вихід з цієї ситуації у підвищенні прихильності пацієнта до лікування, що може бути досягнуто шляхом зменшення кратності прийому ЛЗ, спрощення режиму їх прийому, підвищення зручності для хворого, поліпшення профілю переносимості і здешевлення. Цього можна досягти при використанні політаблеток (polusap). У світовій літературі активно дискутується проблема багатокомпонентної таблетки для одноразового прийому протягом доби, яка поряд з адекватним контролем АТ забезпечувала б сприятливий вплив на параметри ліпідного профілю, коагуляцію і, можливо, інші важливі щодо серцево-судинного ризику показники.

Тому, метою нашого дослідження був аналіз політаблеток (rolucap) для лікування серцево-судинних захворювань на фармацевтичному ринку України.

Дослідження ринку політаблеток для лікування серцево-судинних захворювань проводили протягом 2012-2015 років за даними інформаційно-пошукової системи «Моріон».

Встановлено, що три роки тому на вітчизняному фармацевтичному ринку політаблетки були представлені 2 міжнародними непатентованими назвами (МНН): гіполіпідемічним ЛЗ з селективним інгібітором абсорбції холестерину: аторвастатин + езетиміб (C10BA05) – 2 торгові назви (ТН) та гіполіпідемічним ЛЗ з антигіпертензивним ЛЗ антагоністом кальцію (АК): аторвастатин + амлодипін (C10BX03) – 3 ТН, тобто на ринку rolucap були представлені у вигляді 5 ТН. Усі ЛЗ були закордонного виробництва. А вже на початку 2016 р. політаблетки представлені на ринку України 4 МНН: антигіпертензивним ЛЗ з антиагрегантом: бісопролол + ацетилсаліцилова кислота (АСК) (C07AB57), гіполіпідемічними ЛЗ з селективним інгібітором абсорбції холестерину: симвастатин + езетиміб (C10BA02) і аторвастатин + езетиміб (C10BA05), гіполіпідемічним ЛЗ і антигіпертензивним ЛЗ АК: аторвастатин + амлодипін (C10BX03) у вигляді 17 ТН. Політаблетки аторвастатину з амлодипіном (C10BX03) були представлені найбільшою кількістю ТН – 9, rolucap симвастатину з езетимібом (C10BA02) були представлені 4 ТН, аторвастатину з езетимібом (C10BA05) і бісопрололу з АСК (C07AB57) були представлені найменшою кількістю ТН по 2 кожна. Лише 3 ТН для комбінації аторвастатин + амлодипін були представлені вітчизняними виробниками, 14 ТН ЛЗ були закордонного виробництва.

Таким чином, з кожним роком на фармацевтичному ринку України розширюється асортимент політаблеток (rolucap) для лікування серцево-судинних захворювань, як ЛЗ багатогранного патогенетичного впливу на серцево-судинні захворювання і найбільш компластні для пацієнта. Це свідчить про те, що вітчизняний ринок не відстає від світових тенденцій і на ньому присутні сучасні ЛЗ для лікуванні серцево-судинних захворювань, які допомагають пацієнтам у дотриманні камплаєнтності при лікуванні. А на популяційному рівні такі зміни здатні привести до достовірного зниження захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань та їх ускладнень.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ ГОРОДА БИШКЕК.

Чолпонбаев К. С., Дооталиева Т. Ч., Дооталиева С. Ч.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Одной из приоритетных задач государственной лекарственной политики является обеспечение экономической и физической доступности лекарственных средств (ЛС) населению, чему способствует наличие программ льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) [1, 2]. В Кыргызской Республике Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) реализуются программы, направленные на ЛЛО на амбулаторном уровне льготных категорий граждан через аптечную сеть. Это ЛЛО застрахованных граждан по Дополнительной программе ОМС (ДП ОМС), реализуемая с 2001 года, и лекарственное обеспечение по Программе государственных гарантий (ПГГ) граждан с социально значимыми заболеваниями, реализуемая с 2006 года. Главным инструментом в системе ЛЛО является возмещение государством значительной части стоимости ЛС, рецептурный отпуск ЛС по ограниченному списку, согласно действующему Справочнику ЛС, подлежащих возмещению по ДП ОМС и ПГГ на амбулаторном уровне [3,4,5].

Цель работы: анализ эффективности системы льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне путем оценки степени удовлетворенности врачей, фармацевтов и населения г. Бишкек.

Материалы и методы исследования: анкеты социологического опроса врачей, фармацевтов и населения г. Бишкек; социологический, статистический.

Результаты. Для оценки степени удовлетворенности участников ЛЛО был проведен социологический опрос врачей центров семейной медицины (ЦСМ), фармацевтов аптек и жителей г. Бишкек.

В опросе приняло участие 43 врача ЦСМ, средний возраст – 42,39 лет. Согласно анкетным данным 83,7% опрошенных врачей знают о льготных программах и обучены выписывать льготные рецепты. 79% респондентов отметили, что выписывают льготные рецепты пациентам, имеющим на это право. При выписывании ЛС 19,6% опрошенных врачей ответили, что выписывают ЛС под международным непатентованным наименованием, 80,4% – предпочитают выписать препарат под торговым наименованием. Проблемы, с которыми сталкиваются врачи при выписывании рецептов на ЛЛО: затраты времени на выписку и оформление рецептурного бланка (52%), в Справочнике приводится недостаточное количество необходимых ЛС (28,4%), отсутствует механизм поощрения врачей, выписывающих льготные рецепты (13,4%), частые проверки мешают работе (25%).

При опросе фармацевтов (количество опрошенных – 81, средний возраст 39,21 лет) установлено, что знают о программах ПГГ и ДП ОМС 96% опрошенных, из них 82,7% – работают в аптечных учреждениях, заключивших договор с Бишкекским территориальным управлением ФОМС по исполнению программ ЛЛО. На вопрос: «Как часто Вы отпускаете ЛС по рецептам 109-ОМС и 109-ПГГ?» респонденты ответили – ежедневно (6,2%), 1 раз в неделю (18,5%), более одного раза в неделю (35,8%), т.е. отпуск ЛС по льготным рецептам осуществляется активно. Фармацевты считают, что участие аптеки в исполнении государственных программ по ЛЛО повышает имидж аптеки (85%) и обеспечивает гарантированный спрос и выручку (15%). Проблемы, с которыми сталкиваются в своей работе фармацевты: агрессивное поведение посетителей аптек из-за незнания или непонимания о льготах на ЛП (36,8%), их отказ от генерической замены (18,4%), нет возможности провести генерическую замену, т.к. врач выписал под торговым наименованием (11,4%), недостаточный ассортимент Справочника (43,2%).

Третьей группой, участвовавшей в социологическом опросе, были жители г. Бишкек в количестве 101 человек, средний возраст – 39,33 года. Из них: работающие – 42%, пенсионеры – 24%, учащиеся (студенты) – 21%, безработные и временно не работающие – 13%. По результатам анкетирования установлено, что около 50% опрошенных обращаются к врачам за назначением, более 42% - консультируются с фармацевтом. Знают о льготном отпуске ЛС 44,6% участников опроса, причем, информация хорошо понятна (32%); 55,4% - не знают о программах и не знают источники информации, где они могли бы узнать о них. Зная о ЛЛО, пользуются льготами лишь 15% опрошенных, остальные – считают не целесообразным тратить время и деньги на транспорт, стояние в очереди у врача, сумма возмещения на ЛС не оправдывает их затраты. В общем, 84% респондентов не получали льготные рецепты, среди них 41,6% отметили в качестве основной причины – «врач никогда не выписывал им такой рецепт». Участники анкетирования отметили следующие неудобства при получении льготного рецепта: 24,4% - наличие очереди у врача; 17,3% - недостаточный ассортимент ЛС в аптеке или их отсутствие; 19,7% - недостаточное количество аптек, отпускающих льготные ЛС. В ходе опроса было выявлено, что многие жители столицы ошибочно считают, что льготные лекарства доступны только гражданам при госпитализации в стационары.

Выводы: в целом, считают эффективной существующую систему ЛЛО 50% опрошенных врачей и 70,4% фармацевтов. Однако, всего лишь 38,6% респондентов из числа опрошенного населения полностью или частично удовлетворены ЛЛО, не смотря на то, что

95% из них считают льготные программы необходимыми. Таким образом, в течение 15-ти лет действия льготных программ коммуникации между врачами и фармацевтами отработаны, а основные потребители ЛЛО в качестве основных проблем видят низкую осведомленность о своих правах и недостаточность доступной и понятной информации. Также в качестве основных проблем отмечено: низкая приверженность врачей выписывать рецепты; не удовлетворяющий потребностям ассортимент льготных ЛС по Справочнику; привязанность ЛЛО к приписке в ЦСМ (10% населения), отдаленное их расположение (6% населения), малое количество аптек, работающих по программам ЛЛО (19,7% населения). В итоге можно сделать вывод, что необходима оптимизация системы управления ЛЛО в Кыргызской Республике.

РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОТИДІЇ ДИТЯЧИМ ВІРУСНИМ ІНФЕКЦІЯМ В УКРАЇНІ

Семенів Д. В., Іванюлик І. І., Федяк І. О.

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

Вступ. В Україні був розроблений план заходів щодо удосконалення системи управління програмою імунізації, затверджений наказом МОЗ України від 15.11.2012 № 916. Ним серед іншого передбачений науковий, в т.ч. і фармацевтичний, супровід програми імунізації. Адже для боротьби з вірусними інфекціями необхідні величезні, насамперед, фінансові ресурси для їх подолання. Тому вивчення думок різних груп респондентів, зацікавлених у подоланні дитячих вірусних інфекцій, було актуальним завданням.

Метою роботи став аналіз проведеного анкетування щодо питань протидії розповсюдженню дитячих вірусних інфекцій. **Матеріали і методи:** анкетне опитування.

Таблиця 1

Результат відповідей лікарів, працівників аптек, батьків на 2 спільні запитання анкет

Запропоновані дестрактори	Лікарі	Провізори	Батьки
<i>«Вкажіть, будь ласка, чим пояснюється, на Вашу думку, широке розповсюдження в Україні в останні роки кору, краснухи, вітряної віспи як серед дітей, так і серед дорослих?»</i>			
Відмовою батьків від вакцинації	48 %	63,2 %	4,4 %
Формуванням засобами масової інформації негативної суспільної думки щодо необхідності вакцинації	13 %	8,8 %	12,3 %
Поганою якістю вакцин, що не дозволяє виробити стійкий імунітет після проведення щеплення	21 %	25,4 %	81,6 %
Зниження опірності жителів України через сучасний економічний стан, який впливає на загальний рівень життя і медико-фармацевтичне обслуговування населення	18 %	2,6 %	1,7 %
<i>«Вкажіть, будь ласка, можливі шляхи попередження в Україні росту захворювань на дитячі вірусні інфекції в сучасних умовах?»</i>			
Розробка і впровадження державної програми боротьби з дитячими вірусними інфекціями	40 %	45,6 %	30 %
Підняття загального рівня життя населення України	52 %	33,3 %	59,6 %
Підняття загальної культури поведінки і пропаганди здорового способу життя серед всіх верств населення	7 %	17,5 %	9,6 %
Законодавче впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування	1 %	3,5 %	0,8 %

Результати дослідження. Було проведено анкетування 3-х груп респондентів: лікарів-інфекціоністів з трьох областей України (30 повернутих анкет), провізорів / фармацевтів із 11 областей (114), батьків дітей із 19 областей (175). Дані подано у табл. 1.

Висновок. Отже, встановлено відсутність однастайності в уподобаннях респондентів різних категорій. Так, більшість опитаних лікарів (48 %) та працівників аптек (63,2 %) вважають відмову батьків від вакцинації основною причиною широкого розповсюдження в Україні дитячих вірусних інфекцій. Проте в батьків дітей (81,6 %) переважає думка про погану якість вакцин, що не дозволяє виробити стійкий імунітет. Водночас провізори / фармацевти (45,6%) вбачають основний шлях попередження в Україні росту цих недуг у впровадженні державної програми боротьби з ними. А лікарі (52 %) і батьки (59,6 %) вказали, що основним, на їх думку, є підняття загального рівня життя населення.

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРОТИВІРУСНИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬ В ПЕДІАТРІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГРВІ

Сілаєв А. О., Ткачова О. В., Яковлева Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. За даними офіційної статистики, в Україні щороку реєструють 4,5-5 млн. випадків захворювань на ГРВІ у дітей. Найчастішими збудниками ГРВІ у дітей є: ортоміксовіруси (вірус грипу); параміксовіруси (вірус парагрипу, респіраторно-синцитіальний вірус); аденовіруси; пікорнавіруси (риновіруси); реовіруси; коронавіруси. Для лікування дітей, хворих на ГРВІ, застосовують препарати етіотропної патогенетичної та симптоматичної терапії, що сприяють елімінації збудників захворювання, зниженню інтоксикації організму, підвищенню його захисних сил, ліквідації запалення та болю, профілактиці ускладнень. Доведено, що застосування противірусних препаратів при ГРВІ у дітей сприяє зменшенню тривалості перебігу захворювання, полегшенню його симптомів; зниженню ризиків загострення хронічних хвороб (хронічного бронхіту, бронхіальної астми тощо); зниженню ризиків розвитку важких ускладнень після перенесеного вірусного захворювання.

Метою даного дослідження став аналіз вітчизняного ринку противірусних засобів за 2015 р. та виділення серед них препаратів, що використовують для лікування ГРВІ у дітей.

Отримані результати. За АТС класифікацією противірусні препарати представлені наступними 8-ми фармакотерапевтичними групами: нуклеозиди і нуклеотиди (J05A B); циклічні аміни (J05A C); інгібітори протеази (J05A E); нуклеозидні і нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази (J05A F); ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (J05A G); інгібітори нейрамінідази (J05A H); противірусні засоби для лікування ВІЛ-інфекції (J05A R); інші противірусні засоби (J05A X).

У 2015 р. на ринку України було представлено 126 противірусних препаратів 41 виробника, серед яких 17 вітчизняних, 24 іноземних компаній. Серед міжнародних непатентованих найменувань (МНН) виділяють противірусні препарати, що застосовують при герпесі: ацикловір (24 торгових найменувань (ТН)); ганцикловір (1 ТН); фамцикловір (3 ТН); валацикловір (13 ТН) та для лікування гепатиту С – рибавірин (14 ТН) і боцепревір (1 ТН). Для лікування ВІЛ-інфекції на ринку по 1 ТН представлені наступні МНН: тенофовір, тельбивудін, невірапін, ефавіренз, етравірин, зидовудин і ламівудин, емтрицитабін, тенофовір дизопроксил і ефавіренз, лопінавір і останній ритонавір включає 2 ТН.

Для лікування ГРВІ на ринку представлено 61 ТН серед наступних МНН: інозин пранобекс, амантадин, римантадин, занамівір, уміфеновір, осельтамівір та інших, що окремо не виділені. В більшій кількості ТН на ринку представлений уміфеновір (20 ТН), серед них 8 ТН можуть використовуватись у дітей віком з 6 років. Інозин пранобекс представлений 9-ма

ТН, всі з них можуть використовуватись у дітей з 1 року. Амізон представлений 4-ма ТН, 1 з яких може використовуватись у дітей віком з 6 років. Римантадин представлений 5-ма ТН, 1 з яких може використовуватись у дітей віком з 7 років. Осельтамівір представлений 1 ТН (дозволено застосування у дітей віком з 1 року), а ТН амантадину у 2015 р. на ринку були відсутні. Серед інших противірусних засобів на ринку представлено 22 препарати (Імунофлазид, Протефлазид, Флавозид, Енгістол, Ергоферон, Еребра, Альтабор та ін.), серед них 10 ТН випускається у дитячих лікарських формах – сиропах.

Висновок. На фармацевтичному ринку України у 2015 р. для лікування ГРВІ у дітей було представлено 32 противірусні препарати, що складає 52 % від усіх противірусних засобів (61 ТН), представлених для лікування ГРВІ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ

Сагайдак-Нікітюк Р. В., Бандура В. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Організація забезпечення населення доступними лікарськими засобами є однією з найскладніших проблем в охороні здоров'я. При цьому найбільш проблематичним залишається організація фармацевтичного забезпечення військовослужбовців на всіх етапах, на яких державою повинна гарантуватися наявність необхідних лікарських засобів відповідно до вимог законодавства України.

Організація фармацевтичного забезпечення військовослужбовців являє собою комплекс заходів зі збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ, за допомогою забезпечення ліками військовослужбовців та інший контингент з метою їх лікування та якнайшвидшого відновлення боє- та працездатності. Фармацевтичне забезпечення військ організується і здійснюється у всіх видах бойової обстановки та повсякденної діяльності особового складу. Але відповідно до законодавства України, отримання повноцінної медичної допомоги, яка включає доступність ефективних, безпечних та якісних лікарських засобів нарівні з іншими чинниками, є однією з головних передумов реалізації права кожного військовослужбовця України на охорону здоров'я, якість життя та благополуччя. Ця функція покладена на систему фармацевтичного обслуговування, елементами якої є аптечні заклади військових частин та військові аптечні склади.

В умовах незадовільного бюджетного фінансування охорони здоров'я та відсутності достатніх резервів лікарських засобів, необхідних у випадках бойових дій та виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, з'явилася проблема недосконалості нормативно-правової бази стосовно функціонування системи фармацевтичного забезпечення військовослужбовців і особливо актуальним постає питання організації своєчасного постачання лікарських засобів, потрібних для надання їм першої допомоги. У свою чергу, все перераховане вище і обумовлює необхідність створення обґрунтованих обсягів регіональних і місцевих резервів лікарських засобів, а також стратегічного національного запасу. Також потребує перегляду та узгодження з Національним переліком лікарських засобів і основних виробів медичного призначення номенклатура відомчого, регіонального та місцевих резервів ліків, необхідних для запобігання наслідків надзвичайних ситуацій з подальшим їх доповненням препаратами нового покоління. В Україні сьогодні відсутній та потребує розробки механізм оновлення препаратів, які знаходяться в резервах та у яких закінчився термін зберігання або термін державної реєстрації. Також відповідно до Рішення Конгресу США, у 1999 році створений Стратегічний національний запас лікарських засобів призначений для ліквідації наслідків епідемій і пандемій. У зв'язку з цим виникає потреба створення національного сховища

лікарських засобів для зберігання цього запасу.

Не викликає сумніву і необхідність розробки логістичних схем доставки ліків до відповідних пунктів дислокації військовослужбовців по усій території та в терміни, які не перевищують стандартні терміни доставки. Аналіз ліквідації наслідків відомих надзвичайних ситуацій свідчить про те, що в цих умовах на функціонування аптечних закладів військових частин будуть впливати різноманітні чинники, до яких належать: кількість постраждалих; функціонування мереж електропередачі, водопостачання, опалення, каналізації; стійкість будівель аптечних закладів до впливу негативних чинників та їх місце розміщення на території регіону; забезпечення аптечних закладів засобами зв'язку і транспортування лікарських засобів, що вимагає певного нормативно-правового регулювання та створення відповідних вимог.

ТЕНДЕНЦІЇ ВИВЕДЕННЯ ОРИГІНАЛЬНИХ ПРОТИДІАБЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СВІТОВИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК

Грошовий Т. А., Демчук М. Б., Денис А. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Потужним поштовхом до розвитку фармацевтичного ринку є виведення оригінальних лікарських препаратів, що найбільш ефективно для країн з високою купівельною спроможністю і неухильним зростанням категорії населення «старших 65 років», де держава здійснює великі витрати на медицину.

Метою нашої роботи є дослідження динаміки впровадження оригінальних лікарських препаратів та брендів генериків у секторі пероральних протидіабетичних засобів на фармацевтичні ринки США, Європейського Союзу, Японії, України та Росії. Сформовано вибірку оригінальних лікарських препаратів та брендів генеричних препаратів, яка налічує 57 торгових назв для лікування цукрового діабету 2 типу.

У вибірку потрапили брендів генерики метформіну Glucophage і Siofor, препарати із групи похідних сульфонілсечовини (Amarel, Maninil, Diabeton, Glurenorm), комбінації метформіну з іншими діючими речовинами (Janumet, Velmetia, Competact, Eucreas, Jentaducto, Xigduo та ін.).

Оригінальні лікарські засоби із групи глінідів представлено препаратом Starlix, який був виведений на фармацевтичний ринок у США (2000 р.), потім у країнах ЄС (2001 р.). Інший препарат цієї групи під назвою Novonorm став доступний в США (1997 р.) потім в країнах ЄС (1998), пізніше в Україні (2004 р.) і Росії (2008 р.).

Ексенатиди представлено ліксисенатидом (Lixumia) та ексенатидом (Byetta та Budyreon). Препарат Budyreon був зареєстрований лише в США (2012 р.) країнах ЄС (2011 р.) і в Японії (2012 р.) Препарат Lixumia доступний для реалізації в країнах ЄС (2013 р.), Росії і Україні (2014 р.) і Японії (2013 р.).

Групу аналогів ГПП 1-го та 2-го типу складають ліраглутид, албіглутид, дулаглутид. Лікарські препарати ліраглутиду зареєстровані компанією Novo Nordisk під брендними назвами Victoza і Saxenda. У країнах ЄС з 2009 р. споживачам став доступним препарат Victoza, з 2010 р. – у США та Росії, з 2012 р. – у Японії та Україні. У країнах ЄС бренд Saxenda був зареєстрований лише у 2015 р., а у США - з грудня 2014 року. Лікарська форма албіглутиду зареєстрована під торговими назвами Tanzeum (США) та Eperzan (ЄС). Дулаглутид відомий під брендовою назвою Trulicity був впроваджений на фармацевтичні ринки США і країн ЄС у 2014 році, пізніше, у 2015 році - на ринок Японії.

Група інгібіторів дипептидилпептидази-4 представлена препаратами Januvia (Merck Sharp & Dohme Ltd), Galvus (Novartis), Onglyza (Astra Zeneca), Trajenta (Boehringer Ingelheim), Vipidia, Nesina, Oseni і Incresync (Takeda Pharma).

Компанія Takeda Pharma зареєструвала препарати на основі алогліптину бензоату під торговими назвами Nesina (Японія (2010 р.), США (2013 р.) і Україна (2014 р.)) та Vipidia (країни ЄС (2013 р.) і Росія (2014 р.)). Комбінацію алогліптину бензоату з піоглітазону гідрохлоридом представлено під назвами Oseni (США (2013 р.)) і Incresync (ЄС (2013 р.)). Ці комбіновані препарати не зареєстровані в Україні та Росії. Компанією Takeda Pharma запропонована комбінація алогліптину з метформіном під брендовою назвою «Vipdomet» у ЄС, як «Казано» - на фармацевтичному ринку США (2013 р.), а в Україні – у 2015 р.

Спостерігається хронологічна різниця в реєстрації протидіабетичних засобів в досліджуваних країнах. У більшості випадків, оригінальні протидіабетичні засоби реєструються спочатку в США, країнах ЄС, Японії, потім в Росії та Україні. Причиною цього може бути локалізація фармацевтичних гігантів, а також більшою платоспроможністю населення країн ЄС і значною кількістю людей похилого віку.

ПЕРЕДУМОВИ РОЗРОБКИ ІННОВАЦІЙНИХ ПРОТИМАЛЯРІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Данильченко С. Ю.¹, Друшляк О. Г.¹, Коваленко С. М.², Коваленко С. С.¹

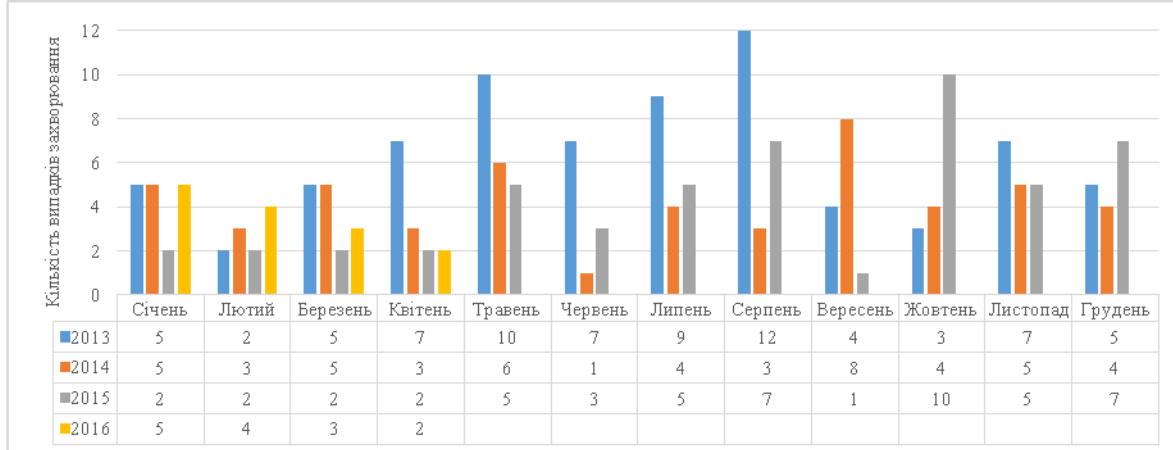
¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Стійкість збудника до протималарійних лікарських засобів продовжує залишатися проблемою. Резистентність протозойного паразита *Plasmodium falciparum* до попередніх поколінь ліків, таких як хлорохін, сульфадоксин, піриметамін широко поширилася ще в 1970 – 1980-х роках. А в останні роки стійкість переносників малярії до артемізиніну (сучасна найбільш ефективна артемізинінова комбінована терапія) та його генериків була виявлена в деяких частинах світу. Існують численні фактори, що сприяють появі та поширенню стійкості, але одним з основних факторів є використання монотерапії цього лікарського засобу. Якщо стійкість до артемізиніну отримає подальший розвиток і пошириться в інші географічні райони, наслідки для здоров'я людей можуть бути вкрай небезпечними, оскільки відсутня ефективна альтернатива артемізиніну.

Зважаючи на це в довгостроковій перспективі ВООЗ закликає глобальне дослідницьке співтовариство в області малярії та фармацевтичну індустрію активізувати потенціал інновацій та розширити наукові дослідження зі створення наступного покоління протималарійних лікарських засобів, на і що направлена «Глобальна технічна стратегія боротьби з малярією на 2016-2030 роки».

В Україні, за даними фахівців Українського центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України, після ліквідації місцевої малярії у 1960 році, мають місце лише завізні випадки цього захворювання. За період 2013-2015 роки встановлено 178 випадків завізної малярії. Статистичні дані щодо інфекційної захворюваності в Україні на малярію (відповідно до Інформаційних бюлетеней про стан інфекційної захворюваності в Україні) наведені на рисунку.



Ситуація з малярії в Україні залишається нестійкою і є сприятливі умови для поширення цієї хвороби. За даними Державної служби України з лікарських засобів в Україні зареєстровано протималярійні лікарські засоби імпорного виробництва групи амінохінолінів (хлорохін, гідроксихлорохін) та метанолхінолінів (мефлохін). Однак, треба зазначити, що серед виробників зазначених лікарських засобів лише представники закордонних компаній, що пов'язано з економічною не вигідністю вітчизняного виробництва протималярійних лікарських засобів.

Однак, з огляду на світову значимість необхідності проведення наукових досліджень з розробки інноваційних протималярійних лікарських засобів, а також можливості участі вітчизняних виробників у міжнародних програмах, дослідження з розробки нових протималярійних лікарських засобів є вельми актуальними в умовах вітчизняного фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

ФАРМАЦЕВТИЧНА БЕЗПЕКА ЯК ПРІОРИТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

Дацко А. Й.

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького, м. Львів, Україна

Загострення геополітичних, економічних криз, глобальна інтеграція, постійне зростання рівня захворюваності населення зумовлюють нові загрози та виклики для фармацевтичної безпеки України. Під фармацевтичною безпекою держави розуміємо такий її соціально-економічний стан за якого: всі її громадяни стабільно та гарантовано забезпечені фармацевтичною продукцією в необхідній кількості та відповідної якості і за доступними цінами; сформований гарантований необхідний запас фармацевтичної продукції на випадок надзвичайних ситуацій; фармацевтичний ринок характеризується низьким рівнем імпортозалежності.

Щорічне зростання світового та вітчизняного фармацевтичного ринку вимагає збалансування інтересів бізнесу та суспільства, а відповідно і обґрунтованого державного регулювання цього ринку з урахуванням безумовного примату безпеки людини. Фармацевтична галузь входить до п'яти найпривабливіших для бізнесу галузей економіки у світі, що зумовлює глобальні масштаби «бізнесу на хворобах», орієнтованого на отримання прибутку, а не на покращення здоров'я населення, що притаманно і для України. Зокрема збільшення ємності вітчизняного фармацевтичного ринку в середньому 10-20 % на рік зумовлене як зростанням рівня захворюваності населення, так і бізнес-інтенсифікацією збуту та споживання фармацевтичної продукції, особливо з боку зарубіжних компаній. Відсутність дієвої державної політики регулювання та контролю за фармацевтичним ринком зумовлює низку соціальних, економічних, екологічних загроз як для населення, так і для вітчизняних виробників, що вимагає формування концептуальних засад розвитку фармацевтичної безпеки як пріоритет соціальної політики України.

На посттрансформаційному етапі соціально-економічного розвитку України посилюються системні загрози фармацевтичній безпеці держави. До найвагоміших з них віднесемо: 1) високий рівень імпортозалежності внутрішнього ринку, найперше внаслідок охоплення імпортерами сегментів інноваційної високовартісної продукції, аналогів якої в Україні не випускають; 2) низький рівень впровадження інноваційних розробок у вітчизняне фармвиробництво, що істотно впливає на зниження конкурентоспроможності вітчизняних виробників на внутрішньому та зовнішньому ринках, а також посилює загрози дефіциту імпортованих ліків; 3) недостатній рівень фізичної та економічної доступності фармацевтичної продукції; 4) неефективність системи гарантування фармакологічної безпеки фармацевтичної продукції; 5) недосконалість системи контролю за обігом, використанням та зберіганням фармацевтичної продукції, насамперед наркотичних препаратів; 6) непрозора конкуренція, монополізованість фармацевтичного ринку; 7) неефективність фармацевтичного забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій та воєнних дій.

Нівелювання окреслених загроз потребує системного формування державної політики гарантування фармацевтичної безпеки України з декларування її стратегічної важливості для України, у т.ч. шляхом доопрацювання діючих нормативно-правових актів у цій сфері, а також прийняття Концепції фармацевтичної безпеки України. Доцільно провести системні дослідження, теоретико-прикладні розробки з оцінки ризиків, а також рівня фармацевтичної безпеки за участі профільних науково-дослідних інституцій. Необхідне впровадження організаційно-економічних, правових механізмів взаємодії та взаємоконтролю різними суб'єктами фармацевтичного ринку, а також стратегічне планування процесу забезпечення населення необхідною фармацевтичною продукцією.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Евтушенко Е. Н., Осама Абузаид Мохамед Нур Ахмед
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Введение. Важность мониторинга доступности лекарственной помощи определяется степенью ее влияния на показатели качества жизни населения. Доступность лекарственной помощи тесно связана с системой здравоохранения и может формироваться под воздействием многих факторов, а именно: наличия и территориальной доступности лечебно-профилактических учреждений, аптек, наличия квалифицированных специалистов, физического наличия лекарственных средств (далее – ЛС) на местном фармацевтическом рынке или вне рыночного оборота (в случае госпитального получения помощи), демографического статуса региона (численность населения, заболеваемость, смертность, структура и соотношение нозологий), уровня и структуры доходов, и связанной с ними возможностью оплатить необходимую терапию, этапа оказания помощи (амбулаторный, госпитальный), наличия дополнительного медицинского страхования как фактора ценовой доступности лекарственной помощи, режима работы медицинских и фармацевтических организаций, соответствия лекарственной помощи современным стандартам и технологиям (новейшее поколение лекарственных средств, новейшие лекарственные формы). Неоднородность состава факторов по происхождению, значению и действию определяет необходимость их ранжирования и отбора, и в дальнейшем – определения степени их взаимного влияния друг на друга и на уровень заболеваемости в стране.

Целью исследования стало определение и дальнейшее моделирование взаимного влияния социально-экономических факторов на доступность медицинской и лекарственной помощи населению (на примере Судана, страны региона Восточное Средиземноморье). Для ее достижения были решены следующие задачи: определить критерии доступности лекарственной помощи населению муниципального образования, а также **с помощью корреляционно-регрессионного анализа** построить математическую модель зависимости уровня заболеваемости от доступности медицинской и лекарственной помощи населению административно-территориальных единиц.

В качестве базы для исследования были выбраны штаты Судана, имеющие относительно стабильное развитие (на территории которых не ведутся военные действия). В данной стране наиболее высокие показатели уровня заболеваемости и смертности характерны для инфекционных заболеваний, которые являются просто бичом данного африканского государства. В связи с этим целесообразным стало проведение математического моделирования с использованием показателей заболеваемости именно этой нозологией (класс по МКБ-10 – «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»). Для

проведения анализа и определения зависимости были выбраны следующие факторные признаки:

- доля населения штата в общей численности населения Судана;
- доля площади штата в общей площади Судана;
- доля врачей в общей численности занятого населения Судана;
- территориальная доступность медицинской помощи, которая будет выражена следующим соотношением:

$$\frac{\text{количество больниц в штате}}{\text{на 1 жителя в штате}} \quad : \quad \frac{\text{количество больниц в Судане}}{\text{на 1 жителя Судана}}$$

- темпы роста аптечной сети в штате (цепные индексы роста/снижения, ki);
- территориальная доступность фармацевтической помощи, которая будет выражена следующим соотношением:

$$\frac{\text{количество аптек в штате}}{\text{на 1 жителя в штате}} \quad : \quad \frac{\text{количество аптек в Судане}}{\text{на 1 жителя Судана}}$$

- доля затрат на ЛС в прожиточном минимуме суданца.

Разработанные в ходе исследования показатели и определение уровня их взаимосвязей позволяет сравнивать отдельные муниципальные образования по уровню доступности лекарственной помощи, учитывать и прогнозировать влияние изменения отдельного фактора на уровень доступности лекарственной помощи населению в целом, математически рассчитывать эффект воздействия на систему в зависимости от предпринятых административных мер.

Результативным признаком был выбран уровень заболеваемости.

С помощью корреляционно-регрессионного анализа было выведено уравнение зависимости уровня заболеваемости (Y) от следующих факторов:

x1 – территориальная доступность медицинской помощи;

x2 – темпы роста аптечной сети в штате;

x3 – территориальная доступность фармацевтической помощи;

x4 – доля затрат на ЛС в прожиточном минимуме суданца.

$$Y = 13,7 + 52,2 \cdot x_1 - 6,3 \cdot x_2 + 82,5 \cdot x_3 - 136,5 \cdot x_4$$

Выводы. Таким образом, в соответствии с выделенными факторами возможно определение не только уровня заболеваемости, но и моделирование уровня доступности фармацевтической помощи населению отдельного муниципального образования, сравнение показателей доступности лекарственного обеспечения разных территорий друг с другом и моделирование потенциальных влияний на доступность медицинской и фармацевтической помощи населению, при изменении факторов на нее влияющих, разработка на основе проведенного анализа организационных мер по повышению доступности фармацевтической помощи.

ФАРМАЦЕВТИЧНІ ЗНАННЯ, ЯК ДЖЕРЕЛО ДОКАЗОВОЇ БАЗИ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Жерновніков С. О. адвокат, Гриценко С. В.,
Комунальне підприємство охорони здоров'я

Центральна районна аптека №63 ім. М.О. Валяшка, м. Куп'янськ, Україна

Правова допомога, яку може надати адвокат, набуває особливої актуальності саме на етапі збирання доказів. Адвокат, користуючись наданими йому правами, може виявити неповноту, не все сторонність та не об'єктивність фактів у розслідуванні кримінальних справ, попередити можливі порушення прав, і свобод підзахисного, виявити слабкі і сумнівні сторони обвинувачення та звернути на них увагу суду.

З огляду на такі завдання, адвокат повинен використовувати вказані в законі можливості і засоби в цілях виявлення обставин, виправдовуючи підзахисного або пом'якшуючи його відповідальність.

Діяльність адвоката, що складає змістовну сторону функції захисту в кримінальному процесі є гарантією реалізації права кожного громадянина на правову допомогу.

В сучасних умовах з'являються кримінальні справи, в яких ті, чи інші злочини або право діяння відбуваються із застосуванням лікарських засобів та/або під їх впливом. Для надання правової допомоги в такого роду справах, адвокату необхідно мати можливість отримувати консультації від різних спеціалістів фармацевтичної галузі.

Як приклад справа, в якій підозрюваний «Є» вживав психотропні лікарські засоби, за призначеною лікарем схемою. Завдяки дослідженням фахівців в області фармації, було встановлено, що «Є» в момент скоєння злочину знаходився в неосудному стані з огляду на пряму та побічну дію призначених лікарських засобів.

Таким чином, цей приклад, як і інші, вказує про необхідність впровадження фармацевтичних знань на службу захисту прав людини, необхідність плідної співпраці адвоката з фармакологами і провізорами.

Саме така багаторічна співпраця з колективом Комунального підприємства охорони здоров'я Центральна районна аптека №63 ім. М.О. Валяшка, м. Куп'янська, в якому працює кандидат фармацевтичних наук, 3 провізори вищої категорії, 1 провізор першої категорії дає можливість отримувати таку кваліфіковану допомогу і будь-які консультації з питань застосування лікарських засобів.

ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ВІТЧИЗНЯННОЇ СИСТЕМИ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Гетало О. В., Яковлева О. С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Нещодавно в Україні лише незначні категорії населення (немовлята, інваліди певних категорій, хворі на окремі захворювання і т.п.) мали можливість отримувати лікарські засоби (ЛЗ) безоплатно. Загалом, така практика не носила системного характеру та виглядала, в більшості випадків, як система надання ліків амбулаторним пацієнтам через лікарні. Разом з тим, складна соціально-економічна ситуація, яка склалась в країні потребує розробки дієвих соціально-економічних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню. Вивчення європейського досвіду свідчить, що одним із засобів реалізації зазначених механізмів є функціонування системи компенсації вартості ЛЗ, яка має загальноприйнятну назву reimbursement (реімбурсація).

З квітня 2012 року в Україні почав реалізуватися пілотний проект, який було запроваджено постановами КМУ від 25.04.2012 р. № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою» та від 05.09.2012 р. № 907 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою». У квітні 2016 року наказом МОЗ від 13.04.2016 р. № 359 «Про затвердження Положення про реєстр референтних цін (цін відшкодування) на препарати інсуліну та Порядку розрахунку референтної ціни (ціни відшкодування) на препарати інсуліну» визначенні вимоги до формування та внесення змін до реєстру референтних цін та порядок до їх розрахунку на препарати інсуліну.

Задля втілення ключових аспектів сталої системи відшкодування витрат на ЛЗ в Україні необхідно окреслити основні напрямки удосконалення правової основи її функціонування в Україні. Для цього необхідно першочергове вирішення таких питань:

- формування реєстру захворювань, для лікування яких буде відшкодуватися вартість ліків;
- визначення на базі існуючого стандарту лікування рівня відшкодування ліків для кожного захворювання з визначеного переліку;
- узгодження системи відшкодування частки вартості та базових (референтних обґрунтованих) цін на ліки, які будуть визначені як такі, що потребують відшкодування;
- проведення розрахунків необхідних обсягів фінансування;
- побудова адекватної фінансової моделі реімбурсації та розробка концепції фінансування (державне фінансування, державні чи приватні страхові фонди);
- розробка критеріїв щодо створення переліку категорій пацієнтів, виходячи з аналізу наявних можливостей та ресурсів, що отримують право на відшкодування витрат на медикаменти з визначенням частки у вартості препаратів, що має компенсуватися;
- розробка технічного механізму відшкодування.

Необхідно також зазначити, що при формуванні вітчизняної моделі реімбурсації вартості ЛЗ, варто враховувати такі ключові вимоги європейських стандартів. По-перше, під час створення переліків ЛЗ, вартість яких відшкодується, необхідно враховувати як їх ефективність, так і економічну виправданість їх застосування, що є необхідною умовою раціоналізації видатків державних коштів. По-друге, необхідно створення установи, яка б займалася питанням визначення фармакоекономічних особливостей ЛЗ, що включені або розглядаються як можливі для включення до позитивних переліків ЛЗ.

ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ЕС ПО РЕГИСТРАЦИИ БИОСИМИЛЯРОВ В УКРАИНЕ

Литвинова Е. В., Посылкина О. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Биотехнологические препараты открыли новые возможности терапии заболеваний, трудно поддающихся лечению. Однако, ввиду сложности их разработки и производства стоимость таких препаратов, как правило, довольно высокая. Одним из путей повышения экономической доступности для населения является замена биотехнологических препаратов на биосимиляры. Их внедрение повышает доступность лечения для пациентов, обеспечивая не только положительный научно-технический, экономический, но и социальный результат, поскольку фармация является социально значимой отраслью. Сегмент биотехнологических

препаратов и биосимиляров в Украине развит слабо и аккумулирует чуть более 3 % рынка лекарственных средств (ЛС), при этом доминируют импортные препараты.

Цель работы – анализ нормативно-правовой базы по разработке и регистрации биосимиляров (биоподобных препаратов) в Украине и за рубежом.

Исследования проводили с использованием баз данных в сети Интернет: Администрации по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (<http://www.fda.gov>), Европейского агентства лекарственных средств (<http://www.ema.europa.eu>), Государственного предприятия «Государственный экспертный центр» Министерства здравоохранения Украины (www.pharma-center.kiev.ua), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Контролирующий орган стран ЕС – European Medicines Agency (EMA) при координации ВОЗ в 2004-2005 гг. одним из первых разработал научно-обоснованную правовую базу и начал регистрацию воспроизведенных биологических подобных ЛС «biosimilars». В основу требований ВОЗ положен принцип пошаговой методики доказательства сходства биоподобного и референс препарата. Чем более полно и достоверно продемонстрировано сходство биоподобного и референс препаратов на каждом этапе, тем меньший объем исследований требуется на следующих этапах. В Канаде и Японии для оценки и регистрации указанных препаратов взяты общие принципы ВОЗ и EMA, в которые включены изменения, касающиеся требований к референс препарату, примесям и стабильности.

Требования к регистрации биоподобных ЛС в Украине гармонизированы с требованиями ЕС, и они существенно отличаются от требований к регистрации генериков, так как точно воспроизвести биосимиляры не представляется возможным. Выбранный референс препарат должен быть утверждён для применения в ЕС на основе полного досье в соответствии с требованиями статьи 8 Директивы 2001/83/ЕС с поправками и применяется на протяжении выполнения всей программы сравнительных исследований. Активная субстанция в биоподобных ЛС должна быть подобной активной субстанции в оригинальном ЛС сравнительно с молекулярной и биологической структурами. Лекарственная форма, концентрация и способ применения биоподобного ЛС должны совпадать полностью с оригинальным ЛС. Доклинические исследования носят сравнительный характер, а их дизайн направлен на установление отличий в ответе организма на биоподобное ЛС и референс препарат. Клинические исследования проводятся поэтапно и начинаются со сравнительного изучения фармакокинетических и фармакодинамических параметров биоподобного и референс препаратов.

Учитывая возможную иммуногенность биоподобных ЛС, необходимо проводить эффективную программу фармаконадзора и развивать систему мониторинга побочных реакций и побочных явлений данной группы препаратов.

Таким образом, необходимо и в дальнейшем разрабатывать и внедрять соответствующие нормативные документы по биосимилярам в соответствии с требованиями ВОЗ и документами EMA, регламентирующими порядок и объём исследований по другим медицинским иммунобиологическим препаратам.

АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВАУЧЕРІВ ДЛЯ НАВЧАННЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Толочко В. М., Зарічкова М. В.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, України

Вступ. Інвестиції в людський капітал через систему освіти та професійного навчання є необхідною передумовою досягнення сталого розвитку, покращення якості робочих місць, мотивації населення до особистісної самореалізації, активної громадянської позиції та соціальної згуртованості.

Мета. Встановити доцільність використання ваучерів для працівників фармацевтичного сектора та виявити їх особливості для вікових груп.

Методи дослідження. Під час дослідження нами використовувались методи логічного, історичного, аналітичного аналізу. Було проведено аналіз законодавчо-нормативної бази України щодо ваучерної системи та у сфері «навчання впродовж життя» («Lifelong Learning» – LLL).

Основний матеріал дослідження. У контексті розбудови системи освіти та професійного навчання стратегічним для України стає «навчання впродовж життя», яке забезпечує нові можливості дорослих у пошуку роботи. Актуальність цього напрямлення пов'язана з демографічними змінами, зокрема старінням населення, так частка осіб віком 45–59 років серед населення України зростає з теперішніх 36,3% до 45% у 2035 р. Зростання ролі цього вікового контингенту пов'язане також із заходами пенсійної реформи, зокрема з підвищенням пенсійного віку для жінок до 60 років з 2021 р. та збільшенням тривалості нормативного страхового стажу для призначення пенсії на 10 років. Особливо це актуально для фармацевтичного сектору, де спеціалісти фармації (СФ) старшого віку в основному жінки, які більш уразливі на ринку праці.

За даними центра зайнятості, про зниження рівня конкуренто-спроможності СФ старшого віку свідчать вимоги при наймі на роботу. Це означає, що роботодавці охоче беруть працівників до 45 років, мотивуючи тим, що після цього віку більшість працівників втрачають можливості подальшого професійного розвитку та підвищення продуктивності своєї зайнятості. Порівнюючи з країнами ЄС там притаманна ситуація коли зростання рівня заробітку відбувається аж до досягнення пенсійного віку.

Нажаль, СФ не звикли розглядати професійне навчання, як один із доступних способів поліпшення своїх життєвих перспектив. Зазначене пов'язане в першу чергу з нерозвиненістю інфраструктури освіти дорослих, недостатнім зв'язком між освітньо-кваліфікаційним рівнем та рівнем заробітку тощо. Ефективним кроком щодо запровадження системи LLL та імплементації європейських стандартів є активне використання ваучерів на перепідготовку, спеціалізацію або підвищення кваліфікації для підтримання конкурентоспроможності на ринку праці. Тому Україна розпочала введення стандартів у сфері зайнятості, соціальної політики, рівних можливостей, захисту трудових прав працівників, підвищення рівня безпеки та охорони здоров'я на виробництві тощо. Для цього була прийнята нова редакція Закону України «Про зайнятість населення», що набула

чинності з 1.01.2013 р., яка передбачає нову для України форму соціальної підтримки - видачу ваучерів на перепідготовку, спеціалізацію або підвищення кваліфікації для підтримання конкурентоспроможності на ринку праці.

Законодавча база щодо ваучерної системи включає в себе Закон України «Про зайнятість населення», яка передбачає для осіб понад 45 років із страховим стажем не менше 15 років право одноразово отримати ваучер для перепідготовки, спеціалізації, підвищення кваліфікації за професіями із затвердженого переліку. Уперше в національному законодавстві з'явилася норма з реальними державними гарантіями щодо розширення можливостей формальної освіти для осіб старшого працездатного віку. Порівняно з традиційною організацією профнавчання, ваучер дає більше свободи користувачам щодо вибору форми та місця навчання і передбачає істотно меншу роль державної служби зайнятості. Порядок видачі ваучерів та перелік професій, спеціальностей та напрямів підвищення кваліфікації, для навчання за якими може бути виданий ваучер, затверджений постановою Кабінету Міністрів України (ПКМУ) від 20.03.2013 р. №207. Водночас програма має низку досить жорстких обмежень: недоступна для осіб, які не мають документального підтвердження наявності професійної освіти; надто вузький вибір професій (13 робітничих професій та 22 спеціальності/напрями), обмежена мобільність між освітньо-кваліфікаційними рівнями. Це звужує коло потенційних користувачів ваучерної програми і унеможливує участь у неї СФ, завдяки відсутності їх в переліку професій, які мають право здійснювати навчання за ваучерною програмою (ПКМУ від 13.08.2014 р. №342).

Досвід країн Європи засвідчує, що до найсильніших сторін ваучерні системи слід віднести функцію активізації та наявність вибору у користувачів. Тому ваучерні програми зазвичай орієнтовані на певні цільові групи населення, які найчастіше стикаються з бар'єрами на ринку праці (жінки, працівники старшого віку тощо), що є актуальним для СФ. На концептуальному рівні заходи з удосконалення та розвитку ваучерної системи для СФ потрібно створити діючу ваучерну програму професійної підготовки осіб віком 45+ для СФ.

Заходи з створення діючої програми ваучерів для СФ понад 45 років мають бути спрямовані на посилення інформаційного висвітлення, флексібілізацію умов програми та підвищення її доступності, поліпшення адміністрування. Ваучерна програма професійної підготовки СФ має передбачати розроблення окремих програм для урахування специфіки як за критеріями участі, так і за основною метою їх професійного навчання, а також пошук додаткових джерел фінансування.

Висновки. Становлення ваучерних систем для СФ потребує певного часу для налагодження взаємодії між її учасниками (зокрема між місцевими офісами публічної служби зайнятості, навчальними закладами та приватним сектором) і підготовки потенційних користувачів (обізнаність, активізація тощо). Основна цільова група це СФ віком понад 45 років для яких необхідність регулярного оновлення й розвитку кваліфікаційних навичок є актуальною в сучасних соціально-економічних умовах.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИМИ МЕДИЧНИМИ ЗАСОБАМИ ЗАХИСТУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Толочко В. М., Подгайний Г. Я.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Вступ. Номенклатура медичного майна (ММ), що використовується в сучасних умовах для забезпечення лікувальних закладів військової медицини і військовослужбовців, різноманітна і залежить від джерел постачання та фінансування. Також слід враховувати, що ММ повинно бути стійким до зберігання в недоторканих запасах. На сьогодні відбувається становлення та підбір найбільш ефективних, стійких до використання в польових умовах лікарських засобів (ЛЗ), медичного обладнання та польового медичного оснащення.

Мета. Встановити як практичне забезпечення медичної служби військової ланки ММ динамічно змінюється на краще, як за кількісними, так і за якісними показниками. Тобто створюється нова нормативна база забезпечення ММ різних частин і підрозділів Збройних Сил України (ЗСУ) та інших силових структур держави.

Методи дослідження. Дослідження було здійснено з використанням сучасних кабінетних методів: логічного, історичного, аналітичного та порівняльного аналізу. Було проведено аналіз нормативної бази медичної служби ЗСУ щодо забезпечення ММ, в частині вільного доступу.

Основний матеріал дослідження. За оцінкою американських фахівців – військових медиків у сучасних збройних конфліктах 90 % летальних випадків серед поранених припадає на догоспітальні етапи надання медичної допомоги, при цьому половина з них обумовлена крововтратою. Тому одним з найважливіших аспектів успішної роботи медичної служби ЗСУ є забезпечення військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту – аптечками.

У ЗСУ на оснащення прийнята аптечка медична загальновійськова індивідуальна (АМЗІ), номенклатура якої офіційно затверджена наказом Начальника Генерального Штабу ЗСУ № 26 від 30.01.2015 р., як новий вид індивідуального медичного захисту і є елементом екіпіровки кожного військовослужбовця.

АМЗІ – це комплект з ЛЗ і виробів медичного призначення, який застосовується для оснащення (екіпірування) особового складу і надання домедичної допомоги в порядку самодопомоги з метою зниження дії вражаючих факторів зброї.

У зв'язку з тим, що одних механічних засобів зупинки кровотечі недостатньо, тому до переліку індивідуальної медичної аптечки військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, були включені спеціальні засоби гемостазу, це порошкоподібний засіб "Quikclot".

На сучасному етапі, на основі здобутого досвіду, вносяться зміни до переліку індивідуальних засобів захисту, зокрема, в аптечки. Передбачається, що до кінця нинішнього (2016) року в аптечках буде замінений Налбуфін-фармакс по 2 мл у попередньозаповненому шприці, який показав суперечливі результати і викликав багато нарікань. Він буде замінений на більш ефективний анальгетик. Планується, що аптечки будуть комплектувати хімічним засобом для зупинки кровотечі третього покоління Quikclot Combat Gauze, на основі каоліну, який більш ефективний ніж попередній ЛЗ.

“Квіклот” – армійська версія кровоспинного бинта третього покоління Quikclot Combat Gauze. Це армійський аналог відомого “целокса” (Celox), але сучасніший і більш зручний у застосуванні. Завдяки тому, що бинт складається з- подібно (гармошкою), він постійно готовий до використання. Бинт просякнутий розчином на основі каоліну, що активує в організмі швидкий кровоспинний ефект. Препарат сертифікований державними установами США, наприклад, Інститутом Польових Медичних Досліджень Армії США.

На сьогодні в Україні розроблений науковцями-волонтерами хімічний гемостатичний (кровоспинний) засіб “КРОВОСПАС”, який офіційно зареєстрований Міністерством охорони здоров’я України 30 травня 2016 року .

Гемостатичні засоби “КРОВОСПАС” призначені для швидкої зупинки масивної (критичної) кровотечі на полі бою при наданні само- та взаємодопомоги, першої медичної допомоги, якими може комплектуватися індивідуальна аптечка кожного бійця (а також аптечки польових медиків та транспортних засобів). Їх застосування не потребує спеціальних медичних знань та вмінь, може бути відпрацьовано кожним бійцем на протязі короткого курсу навчання (до 2 годин). Вони є максимально простими у використанні та абсолютно безпечними, не потребують підготовчих процедур перед застосуванням, перевірок щодо індивідуальної сумісності, подальшого спеціального медичного нагляду на етапах тактичної та медичної евакуації, що є критичним при зупинці кровотечі в зоні вогню противника. Вони забезпечують швидку (до 3 хвилин) зупинку кровотечі з магістральних судин на рівні світових зразків, після чого подальша допомога, обробка та нагляд здійснюється вже на етапі кваліфікованої медичної допомоги.

“КРОВОСПАС” викликає виникнення фібринів нитки, з якої починається згортання крові, уже на 35 секунд, а той же QuikClot лише на 120 секунд. Новий засіб зберігає свої якості, герметичність упаковки і стерильність при зберіганні, перевезенні, використанні у складних кліматичних умовах (від —40 до +50 градусів за Цельсієм при вологості, що перевищує 95%)

ТОВ виробниче об’єднання “Тетерів” вже налагодило серійне виробництво гемостатичних засобів “КРОВОСПАС” і готове забезпечувати зазначеними засобами ЗСУ. Планується розпочати виробництво гемостатичних засобів “КРОВОСПАС” на ПАТ НВЦ «БОРЩАГІВСЬКИЙ ХФЗ» (м.Київ).

Висновки. Таким чином, на сьогоднішній день в ЗСУ забезпечення медичної служби новими видами ММ, ЛЗ наближається до кращих світових зразків. Реформується логістика забезпечення ММ лікувальних закладів військової медицини і кожного військовослужбовця, удосконалюється нормативна база.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ GERIATРИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Чайковська В. В.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України», м. Київ

Вступ. В Україні частка населення старше 60 років перебільшує 21% з прогнозованою тенденцією до подальшого підвищення. За демографічними прогнозами вже до середини цього сторіччя очікується збільшення цього показника до 38%, зокрема частка людей 80 років і старших збільшиться в 3,5 рази. Це визначає зростання кількості людей, які за станом здоров’я потребують активної підтримки з боку суспільства. Нажаль, потреби населення старшого віку у терапевтичній, спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються, в середньому, на 47,0%; реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 72,0 %; організації стаціонарів вдома - на 61,1%; стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2%. Стосовно фармацевтичної допомоги, то в аптеках широко представлений асортимент фармацевтичних засобів, в тому числі антиейджингової спрямованості, але купівельна спроможність людей літнього віку настільки низька, що мають змогу придбати всі необхідні ліки з них тільки 15%, стосовно життєво необхідних медикаментів цей показник дорівнює в цілому 36%. Для літніх мешканців сільської місцевості показники якості і доступності медичної та фармацевтичної допомоги значно нижчі, ніж для міських. Це обумовлює

необхідність переорієнтації сучасних систем надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню на більш адекватні та ефективні для людей літнього віку форми обслуговування.

Тому **метою** дослідження стало формування програми заходів щодо реалізації Національного плану дій з питань старіння. Програма заходів включає до себе:

- створення сучасних моделей догляду і соціального захисту людей літнього віку. Розробка і впровадження заходів по профілактиці прискореного старіння;
- моніторинг впливу факторів ризику на тривалість життя, захворюваність і смертність в залежності від статі, віку, регіону проживання; поширення серед населення знань про негативний вплив факторів ризику на організм;
- впровадження принципів здорового способу життя та досягнення активного довголіття. Створення сприятливих умов для підтримання людьми літнього віку оптимальної фізичної і соціальної активності. Поширення серед населення знань про побічну дію лікарських засобів, особливо у випадках їх нераціонального застосування;
- розробка і впровадження на державному рівні стандартів здорового харчування для різних вікових груп населення;
- розширення виробництва спеціальних технічних засобів для попередження травм і каліцтва людей літнього віку;
- забезпечення інформаційної підтримки людей літнього віку, інвалідів та членів їх сімей щодо принципів здорового способу життя та можливостей отримання різнопланової допомоги;
- створення єдиної електронної бази даних надавачів послуг особам похилого віку різних форм власності та отримувачів соціальних послуг;
- створення центрів перебування людей літнього віку у зимовий період (насамперед, у сільській місцевості) на базі відділень дільничних/районних лікарень;
- розробка і впровадження сучасної діагностики когнітивних порушень у осіб похилого віку на рівні первинної ланки надання медичної допомоги за допомогою стандартизованих шкал;
- розробка і впровадження амбулаторних форм допомоги хворим на деменцію (центрів денного догляду);
- створення у різних регіонах відділень медсестринського догляду, розширення мережі паліативних відділень;
- залучення пенсіонерів до опіки над людьми похилого віку з когнітивними проблемами (можливо в обмін на певні пільги)
- психологічна, просвітницька та навчальна робота з рідними, що опікуються за хворим родичем з когнітивними проблемами;
- розробка і впровадження стандартів надання паліативної допомоги;
- створення системи геріатричної медичної допомоги населенню, зокрема, організація в обласних (міських) лікарнях геріатричних відділень;
- забезпечити постійне підвищення рівня та якості медичних оглядів та диспансерного спостереження за станом здоров'я людей літнього віку з проведенням необхідного обсягу обстежень та вжиття відповідних заходів медичного характеру;
- розробка Маршруту пацієнта літнього віку на всіх рівнях надання допомоги;
- удосконалення системи до- та післядипломної освіти, навчальних програм, дистанційну систему навчання для медичних, соціальних педагогічних працівників з питань паліативної і геріатричної допомоги.

Висновки. Таким чином, введення усіх етапів Програми вирішить важливу медико-соціальною проблему, сприятиме створенню доступної та ефективної системи геріатричної і паліативної допомоги населенню, суттєво підвищить якість життя пацієнтів і членів їх сімей.

ПОПУЛЯЦИОННОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ВАРИАНТА CYP1A2 (rs762551) В ВЫБОРКЕ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Кобец М. Н., Кобец Ю. Н., Тимошина И. А., Филипцова О. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

В настоящее время при фармакотерапии актуальным является учет индивидуальных генетических особенностей пациентов, позволяющий добиться максимальной эффективности и безопасности лечения. Как известно, реакция организма человека на лекарственное средство зависит от ряда факторов, среди которых можно выделить: возраст, пол, одновременный прием сразу нескольких лекарственных средств, сопутствующие заболевания, в т.ч. хронические, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), характер питания и др. Из литературных источников известно, что в 50% случаев неэффективность лекарственных средств или риск развития побочных эффектов зависит от генетических особенностей пациента.

Целью настоящего исследования является изучение популяционного распределения CYP1A2 (rs762551) в выборке населения Украины. Данное исследование в Украине проводится впервые и является пилотным. Ранее ген CYP1A2 (rs762551) не исследовался ни на какие виды полиморфизма. Изучению фармакогенетики в Украине, в т.ч. и в СССР, были посвящены работы проф. Тернопольского государственного медицинского университета Скакун Н.П., опубликовавшего монографии «Основы фармакогенетики» и «Клиническая фармакогенетика». В тоже время исследования по другим цитохромам были проведены проф. Горовенко Н.Г., Хайтович Н.В., Ткач С.Н. и др.

Одной из причин неэффективности лекарственных средств может быть наличие генов, ассоциированных с медленным или быстрым метаболизмом средств.

Одними наиболее изучаемыми генами являются гены, кодирующие ферменты под общим названием CYP P-450. Так, изучена фармакокинетика субстратного маркера CYP1A2 – кофеина и его метаболитов. Главными источниками кофеина являются кофе, чай, какао, кока-кола, а также безрецептурные и рецептурные лекарственные средства. Несмотря на широкое использование кофеина, совсем мало известно о влиянии генетического фактора на потребление кофеина и его эффекты на организм человека. Установлено, что носители генотипа AA – «быстрые» метаболитаторы, а носители генотипов AC или CC – «медленные» метаболитаторы. В связи с этим, например, одинаковое количество кофеина будет иметь более стимулирующее влияние у медленных метаболитаторов CYP1A2 по сравнению с быстрыми метаболитаторами CYP1A2.

Пищевые добавки из растительных экстрактов и классические лекарственные средства также влияют на метаболизм кофеина. Известно, что сок грейпфрута может усиливать действие средств, понижающих содержание холестерина в крови.

Для исследования однонуклеотидного полиморфизма CYP1A2 (rs762551) была сформирована группа 102 человека (не состоящих в родстве). Все участники исследования были жителями Украины – этническими украинцами и русскими. У обследованных был произведен забор буккального эпителия. В результате исследований установлено распределение генотипов в выбранной группе (37% AA, 50% AC, 15% CC). Проведена проверка распределения генотипов на соответствие соотношению Харди-Вайнберга. Сравнение генотипов выполнено с использованием критерия χ^2 . Проверку статистических гипотез проводили на уровне значимости 0,05. Установлено, что популяционная структура населения не отклоняется от равновесия Харди-Вайнберга.

Полученные в ходе анализа литературных источников данные показывают на важность фармакогенетических исследований для повышения эффективности и безопасности применения лекарственных средств.

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩО РЕГУЛЮЄ ОБІГ СЕРТИФІКАТІВ ЯКОСТІ ВИРОБНИКА В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Котвіцька А. А., Суріков О. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Якість лікарських засобів (ЛЗ) є беззаперечною умовою виробництва ліків, їх постачання до аптечних складів та реалізації. Документом, що підтверджує та гарантує якість препарату є сертифікат якості виробника, який супроводжує ЛЗ у процесі обігу. З огляду на соціальну значущість ЛЗ метою нашого дослідження став аналіз нормативно-правової бази, що регулює обіг сертифікатів якості ЛЗ в аптеках.

Як відомо, функція контролю якості ЛЗ покладена на уповноважених осіб, які перевіряють наявність сертифікату якості під час їх надходження до аптечних закладів. Реалізацією ЛЗ займаються провізори та фармацевти, тому саме вони задовольняють прохання пацієнтів надати їм сертифікат якості ЛЗ, але безпосереднього доступу до цих документів вони не мають. Як наслідок, провізору необхідно звернутися до уповноваженої особи з проханням надати цей документ, що відповідно потребує додаткового часу, а у пацієнтів може викликати підозру, непорозуміння та претензії до аптечних фахівців і, як наслідок зменшити впевненість у якості ЛЗ, а відповідно у ефективності лікування.

Аналізуючи нормативно-правову базу, яка регламентує обіг сертифікатів якості виробника, нами встановлено, що даний процес визначений у двох нормативно-правових актах: Наказі МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ» та Наказі МОЗ України від 29.09.2014 р. № 677 «Про затвердження порядку контролю якості ЛЗ під час оптової та роздрібною торгівлі».

Відповідно до положень Наказу МОЗ України № 677, який затверджує обов'язки уповноваженої особи, передбачено перевірку наявності сертифікатів якості виробника під час постачання ЛЗ, але норм, щодо забезпечення зберігання та видачі сертифікатів якості не представлено.

Наказом МОЗ України від 31.01.2011 р. № 723, передбачено, що суб'єкт господарювання зобов'язаний зберігати сертифікати якості виробника (копії на паперових чи скановані копії на електронних носіях) на серії ЛЗ, реалізованих суб'єктом господарювання, протягом трьох років з дати придбання, тобто він не надає вказівок щодо обігу сертифікатів якості в аптечних закладах. Також даним наказом передбачено, що у разі зберігання сертифікатів якості у вигляді сканованих копій сертифікатів аптека зобов'язана надати (на вимогу) їх паперові копії, засвідчені печаткою суб'єкта господарювання, у строк не пізніше двох днів. Щодо надання копій сертифікатів якості виробника з паперових носіїв, жодних пояснень у тексті наказу не передбачено.

Необхідно зазначити, що окремої уваги, щодо обігу сертифікатів якості, потребують медичні імунобіологічні препарати, оскільки під час проведення вакцинації у закладах охорони здоров'я необхідно надати документи, що підтверджують факт придбання та якість препарату. З урахуванням умови дотримання «холодового ланцюга», це необхідно зробити протягом двох годин з моменту придбання, що також не передбачено у жодному нормативно-правовому документі.

Таким чином, для забезпечення належного рівня обслуговування населення та організації роботи аптечних закладів, на нашу думку, необхідно перш за все розширити положення Наказу МОЗ України № 677 від 29.09.2014 р. «Про затвердження порядку контролю якості ЛЗ під час оптової та роздрібною торгівлі», до якого включити обов'язки уповноваженої особи забезпечення зберігання та надання сертифікатів якості виробників на вимоги споживачів. Також, враховуючи соціальну значущість та особливості зберігання та транспортування медичних імунобіологічних препаратів процедуру видачі сертифікатів якості необхідно врегулювати окремою нормою.

НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РОЗВИНУТИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ДЕРЖАВ

Зарічкова М. В.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Однією із цілей на шляху європейської інтеграції України, одночасно із загальною демократизацією та забезпеченням прав людини і верховенство права, є лібералізація та реформування соціально-економічної системи. В Угоді про партнерство і співробітництво між Україною і ЄС визначені основні пріоритети, які можуть сприяти зміцненню їх економічних зв'язків, зокрема:

1. Зближення чинного і майбутнього законодавства України із законодавством ЄС, в т. ч. у таких напрямках, як охорона праці, охорона здоров'я та життя людей тощо.

2. Співробітництво в галузі соціального захисту.

3. Координації соціального забезпечення України з ЄС, зокрема щодо громадян, які на законних підставах перебувають на території України чи ЄС.

Водночас у Плані дій «Україна – Європейський Союз», схваленому в лютому 2005 р., передбачається посилення діалогу та співробітництва з соціальних питань, забезпечення наближення стандартів України до стандартів та практики ЄС у сфері зайнятості та соціальної політики.

Зокрема планується запровадження ефективних заходів, спрямованих на суттєве зменшення частки населення, що перебуває за межею бідності, та посилення соціальної інтеграції, включаючи стабільну систему освіти, охорони здоров'я та інших соціальних послуг для всіх верств населення.

11 грудня 1999 року Рада Європи схвалила Спільну стратегію ЄС щодо України. В даному документі йдеться про зміцнення співпраці між ЄС та Україною, яка розглядається в контексті розширення ЄС та встановлюються такі пріоритети:

1. Виконання Україною взятих на себе зобов'язань та приведення свого законодавства у відповідність до норм і стандартів Ради Європи.

2. Заохочення та підтримка зближення законодавства України із законодавством ЄС.

3. Сприяння ЄС у розвитку прозорої та стабільної правової, нормативної та інституційної бази в Україні.

4. Створення Україною цілеспрямованої системи соціального забезпечення для врахування соціальних аспектів переходу до ринкової економіки.

5. Підтримка ЄС розвитку системи охорони здоров'я.

6. Підтримка ЄС розвитку системи соціальної допомоги та пенсійного забезпечення.

На реалізацію цих пріоритетів була розроблена Стратегія інтеграції України до ЄС, затверджена Указом Президента України № 615/98 від 11.06.1998. Так, у Стратегії відзначається, що адаптація соціальної політики України полягає у реформуванні систем соціального страхування, охорони праці і охорони здоров'я, пенсійного забезпечення, політики зайнятості та інших галузей соціальної політики відповідно до стандартів ЄС, а також поступовому досягненні загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення. Даний напрям інтеграційного процесу має першочергово бути спрямованим на адаптацію соціальної політики в цілому і впровадження соціальних гарантій для працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема.

Водночас, пріоритетом впровадження соціальних гарантій для працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я є нагальна потреба покращити їх соціальне становище, а актуальність підтверджується прийняттям законопроекту «Про внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Останні роки, рівень оплати праці працівників державних та комунальних закладів

охорони здоров'я залишається на низькому рівні. Так, загальний рівень заробітної плати працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я значно нижчий ніж у працівників промисловості, економіки, освіти. Це сприяє міграції кваліфікованих працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я в інші сфери діяльності та зниженню престижності професії.

Основними нормативно-правовими актами, які регулюють це питання є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 р. № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери».

Доцільно зазначити, що впровадження в повному обсязі єдиної тарифної сітки оплати праці працівників бюджетної сфери дозволить підвищити в середньому на 50 % заробітну плату працівникам бюджетної сфери, але навіть при цьому, їх рівень оплати праці залишатиметься недостатнім.

Для вирішення цієї проблеми необхідно на законодавчому рівні затвердити соціальні гарантії працівників охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню рівня оплати праці працівників охорони здоров'я та значно підвищить престижність праці в даній сфері. Першим кроком на шляху вирішення цього питання стало прийняття Верховною Радою України за основу проект Закону «Про внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (щодо соціальних гарантій працівників охорони здоров'я)».

Прийняття такого закону підвищить рівень оплати праці працівників державних і комунальних закладів, установ, організацій охорони здоров'я та надасть медичним і фармацевтичним працівникам право на отримання:

1. Щомісячної надбавки за вислугу років у відсотках посадового окладу (ставки заробітної плати) залежно від стажу роботи у сфері охорони здоров'я в таких розмірах: понад 3 роки – 10 відсотків; понад 10 років – 20 відсотків; понад 20 років – 30 відсотків.

2. Щорічної грошової винагороди в розмірі одного посадового окладу (ставки заробітної плати) за сумлінну працю, зразкове виконання службових обов'язків.

3. Допомоги на оздоровлення в розмірі місячного посадового окладу (ставки заробітної плати) при наданні щорічної відпустки.

4. Щомісячної доплати в розмірі 25 відсотків посадового окладу (ставки заробітної плати) за роботу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості та селищах міського типу.

Висновки. Основним пріоритетом євроінтеграційних процесів є лібералізація та реформування соціально-економічної системи особливо в таких напрямках, як охорона праці, охорона здоров'я та життя людей тощо. Одним з актуальних шляхів з цього напрямку це - забезпечення гідного рівня оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я та впровадження соціальних гарантій для працівників охорони здоров'я. Це буде сприяти підвищенню якості надання послуг в галузі охорони здоров'я і створить передумови для залучення висококваліфікованих працівників до роботи в державних та комунальних закладах охорони здоров'я і в т.ч. у сільській місцевості.

ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРУДОВИХ ВІДНОСИН ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Котвіцька А. А., Тарасенко Д. Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Розвиток кожної держави нерозривно пов'язаний із реформуванням діючих систем регулювання суспільних відносин. Аналогічна тенденція спостерігається також й у регламентації трудових відносин фармацевтичних працівників. Чинним законодавством регулювання трудових відносин передбачена система різнорідних за змістом нормативно-правових актів, що призводить до часткової неузгодженості між загальним і спеціальним трудовим законодавством.

Метою нашого дослідження є аналіз існуючих норм законодавчого регулювання праці працівників фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я та вивчення подальших перспектив реформування.

Законодавством України закріплено право на належні умови праці фармацевтичних працівників з урахуванням особливостей характеру та специфіки їх праці.

Відповідно до мети дослідження, нами проаналізовано зареєстрований у Верховній Раді України законопроект Трудового кодексу України (далі – ТК України) за № 1658, який 05.11.2015 р. прийнято за основу. Норми проекту мають на меті визначення основних механізмів реалізації передбачених Конституцією України трудових прав і гарантій працівників, створення належних та безпечних умов праці, забезпечення захисту інтересів працівників і роботодавців.

З використанням порівняльно-правового аналізу положень Кодексу законів про працю України (далі – КЗпП України) та вказаного законопроекту ТК України, нами встановлені відмінності у регулюванні праці працівників, які розподілені за наступними критеріями: наявність поняття колективного договору та угоди в документах; визначення поняття трудового договору в документах; наявність форми трудового договору у вигляді контракту; варіативність форм укладення трудового договору, визначених у документах; наявність обов'язкових умов трудового договору; обсяг представлених в документі підстав для звільнення; порядок звільнення у зв'язку із скороченням; наявність в документі положень щодо кваліфікаційних вимог до працівників.

На прикладі декількох критеріїв, за якими здійснюється порівняння, зокрема варіативність форм укладення трудового договору та наявність в документі положень щодо кваліфікаційних вимог до працівників, нами встановлені відмінності у положеннях нормативно-правових актів, що аналізувалися.

Так, чинним КЗпП України передбачена варіативність форм укладення трудового договору, що передбачає сторонами право укласти договір, як у письмовій формі, так і за усною домовленістю. Проте, нормами законопроекту ТК України передбачено укладення трудового договору виключно у письмовій формі на відміну від КЗпП України. Крім того, положеннями ТК України встановлені вимоги до працівників, зокрема наявність відповідної освіти, професійної підготовки, досвіду трудової діяльності, віку та можливість роботодавців встановлювати особливі вимоги до працівників. У свою чергу, норми КЗпП України містять чітку заборону на будь-яке обмеження прав чи встановлення переваг при укладенні договору крім вимог, передбачених законодавством України.

Таким чином можна стверджувати, що за результатами аналізу основних положень проекту нового ТК України, визначено, що ним передбачено низку суттєвих змін до підходів у регулюванні трудових відносин працівників. З однієї сторони зазначені зміни покращують становище працівників, наділяючи їх широким колом прав, а з іншої – фактично посилюють позиції роботодавців. Тому, на нашу думку, необхідним є істотне доопрацювання зазначеного проекту ТК України з подальшим оновленням та удосконаленням основних законодавчих актів, що визначають засади нормативно-правового регулювання трудових відносин фармацевтичних працівників.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Кубарева І. В., Демянік К. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На сьогодні ефективний розвиток вітчизняної охорони здоров'я й фармації вимагає посилення державного впливу на процеси забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ), особливо у період кризового стану в економіці країни та пов'язаних з ним значним зменшенням доходів і платоспроможності населення, а також значним постарінням населення та недосконалим розвитком фармацевтичного забезпечення (ФЗ) у сільській місцевості. Впровадження дієвих регуляторних заходів з боку держави дозволить, на нашу думку, значною мірою забезпечити конституційне право громадян на медичну і фармацевтичну допомогу.

З огляду на вищезазначене, **метою** нашого дослідження стало обґрунтування сучасних підходів до удосконалення ФЗ населення у сільській місцевості.

Запропоновані нами підходи містять три основні етапи і передбачають проведення систематичних досліджень медико-соціальних та соціально-економічних показників у системі ФЗ населення сільської місцевості із визначенням показників споживання та ефективності витрат на ЛЗ зазначеним контингентом.

З огляду на вищезазначене, відповідно до змісту запропонованих підходів, на **I етапі** їх реалізації нами проаналізовано медико-соціальні аспекти ФЗ сільського населення та встановлено, що у структурі захворюваності та поширеності захворювань серед сільського населення лідируючу позицію займають хвороби системи кровообігу (20,4%), новоутворення (15,2%) та хвороби органів травлення (14%), які значною мірою є соціально-небезпечними для населення та зумовлює необхідність проведення аналізу ефективності споживання та витрат на ЛЗ відповідно до структури захворюваності.

На **II етапі** здійснено оцінку споживання ЛЗ та ефективність витрат населення на ліки у сільській місцевості за 2015 р. шляхом застосування методів клініко-економічного аналізу (КЕА) й визначено, що найвищі показники споживання мають ЛЗ анатомічної групи А (53,87% від загальних витрат), що вказує на невідповідність споживання ЛЗ в аптечних закладах сільської місцевості медико-соціальним показникам сільського населення.

На заключному **III етапі** опрацювання зазначених підходів нами узагальнено результати інтегрованого КЕА з урахуванням медико-соціальних показників та встановлено, що найбільша частка витрат (60,79%) сільського населення на ФЗ, припадає на 1850 торгових найменувань ЛЗ, які є найвитратнішими та, водночас, відносяться до групи другорядних ЛЗ, що потребує розробки заходів до удосконалення споживання ЛЗ та формування пропозицій щодо корекції показників споживання ЛЗ, напрямів й обсягів фінансування ФЗ, зокрема у сільських регіонах.

Таким чином, реалізація визначених нами науково-методичних підходів з удосконалення ФЗ населення у сільській місцевості, як на державному, так і на регіональному рівні, дозволить оптимізувати витрати сільського населення з позицій раціонального споживання ЛЗ та перспектив впровадження системи реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги населенню, що являє собою найбільш пріоритетний і соціально значущий напрямок структурної перебудови вітчизняної охорони здоров'я й фармації.

АНТИНЕОПЛАСТИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: АСПЕКТИ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ

Міщенко О. Я., Бездітко Н. В., Матяшова Н. О., Литовченко А. Г.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Рак молочної залози (РМЗ) є важливою медичною та соціально-економічною проблемою для суспільства, причиною збільшення показників трудових збитків, інвалідності та передчасної смерті жіночого населення. В Україні захворюваність жінок на РМЗ займає перше місце у структурі онкологічної захворюваності. Сьогодні досягнуті певні успіхи в лікуванні хворих на РМЗ. В умовах обмеженого фінансування системи охорони здоров'я нові високоефективні медичні технології потребують значних витрат, тому гострою проблемою залишається економічна доступність фармакотерапії хворих на РМЗ. Вартість одного курсу хіміотерапії коливається від декількох сотень до десятків тисяч гривень.

Мета роботи - аналіз соціально-економічної доступності стандартних хіміотерапевтичних схем лікування хворих на РМЗ.

Матеріали та методи дослідження. Економічну доступність стандартних схем лікування хворих на РМЗ (відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги хворим на РМЗ, Наказ МОЗ України № 396 від 30.06.2015) було проведено за показником адекватності платоспроможності ($C_{a.s.}$). Даний показник було розраховано як співвідношення вартості річного курсу лікування до середньої річної заробітної плати споживача (за даними сайту www.ukrstat.gov.ua. - 50340 грн в 2015 р.). При розрахунку вартості схем лікування за основу брали вартість середньої добової дози з урахуванням площі поверхні тіла $1,87 \text{ м}^2$ (середній ріст пацієнтки - 167 см, середня маса тіла - 75 кг), що розраховували за формулою Монстеллара. Було сформовано 18 схем лікування з наповненням торговими назвами (ТН) антинеопластичних препаратів, представлених на українському фармацевтичному ринку в 2015 році в трьох цінових характеристиках: мінімальній (max.), максимальній (min.) і середній (med.).

Результати оцінки соціально-економічної доступності стандартних схем антинеопластичної терапії хворих на РМЗ показали, що практично всі схеми є низько доступними для українського пацієнта ($C_{a.s.} > 15\%$). Було визначено тільки дві схеми: СМФ (циклофосфамід + метотрексат + флуороурацил) та АС (доксорубіцин + циклофосфамід) з використанням ТН з мінімальною вартістю курсової дози, $C_{a.s.}$ яких становить відповідно 12,12% та 14,8%, тому їх можна характеризувати як середньо доступні для українських хворих на РМЗ. Найбільш доступними є схеми з застосуванням антинеопластичних засобів ранніх генерацій: циклофосфаміду, метотрексату, флуороурацилу, доксорубіцину. Це препарати з високою протипухлинною активністю і серйозними побічними ефектами (алопеція, кардіо-, гепато-, нейро і нефротоксичність, нудота, блювота), що значно знижують якість життя хворих. Схеми антинеопластичної терапії з застосуванням препаратів рослинних алкалоїдів паклітакселу, доцетакселу, вінольребіну, які є більш безпечними у порівнянні з антиметаболітами (метотрексат, флуороурацил), препаратами алкілювальної дії (циклофосфамід) та цитотоксичними антибіотиками (доксорубіцин), є найменш економічно доступними для українських пацієнтів.

Висновки. Низька економічна доступність протипухлинної терапії хворих на РМЗ зумовлює необхідність проведення державних заходів, направлених на підвищення її доступності: організацію програм відшкодування вартості терапії, впровадження системи медичного страхування, а також запровадження дієвих механізмів профілактики розвитку хвороби і методів ранньої діагностики.

ПРОБЛЕМИ ТЕРМІНОЛОГІЇ У НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТАХ ТА НА ПРАКТИЦІ ЩОДО КЛАСИФІКАЦІЇ ДІАРЕЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Немченко А. С., Подгайна М. В., Балинська М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Реформування та розвиток вітчизняної медицини та фармації передбачають вдосконалення існуючих підходів до впорядкування існуючої нормативно-правової бази, організації та надання медичної й фармацевтичної допомоги населенню, моніторингу за якістю медико-фармацевтичних сервісів тощо.

В ході проведення організаційно-економічних досліджень щодо діарейних захворювань у дітей було виявлено деякі розбіжності у термінах серед чинної нормативної бази. Встановлено, що існуючий протокол лікування гострих кишкових інфекцій (п. 22), який затверджений наказом МОЗ України від 10.12.2007 № 803 (далі - Протокол) класифікує діареї на «інвазивні» (запальні, кров'янисті) і «секреторні» (незапальні, водянисті), що «в переважній більшості випадків викликаються вірусами...». Одночасно, наказ МОЗ України від 29.08.2008 № 503 «Про затвердження методичних рекомендацій Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду» визначає необхідність кодування причин захворюваності в закладах охорони здоров'я України відповідно до Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), який в Україні введено в дію з 01.01.1999 року (наказ МОЗ України № 297 від 08.10.98). Вивчення МКХ-10 дозволило встановити відсутність термінів «інвазивні» та/або «секреторні» діареї, що можна пояснити використанням у Протоколі узагальнених назв груп захворювань - діареї, об'єднані за етіологічним фактором та за механізмом розвитку хвороби. Справедливо зазначити, що секреторним та інвазивним діареям відповідає Клас I МКХ-10 - Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A 00-A09), зокрема, діареям вірусного походження коди: A08 - «Вірусні та інші уточнені кишкові інфекції» та A09 - «Інший гастроентерит та коліт інфекційного або неуточненого походження».

Відповідно до рекомендацій підрозділу ВООЗ з контролю за діареями та гострими респіраторними інфекціями (WHO Division for the Control of Diarrhoea and Acute Respiratory Disease, CDD/ARI) підвищення якості медичної та фармацевтичної допомоги при діареях можливе лише за умов наявності об'єктивних достовірних статистичних даних. в той час як відсутність єдиної системи термінів може ускладнювати збір та обробку загальнодержавних статистичних даних щодо захворюваності та смертності від патології, що досліджується. На підтвердження даної тези, можна вказати на повну відсутність офіційної статистичної інформації щодо захворюваності та смертності дитячого населення в Україні від діарей, зокрема вірусного походження у відкритому доступі.

Підсумовуючи, можна вказати на доцільність впорядкування системи термінів щодо діарейних захворювань у нормативно-правових документах, що дозволить зменшити помилкову підміну термінів та систематизувати й чітко окреслити межі їх використання: «кишкові інфекції», «гострі кишкові інфекції», «діарейні захворювання», «секреторні діареї», «інвазивні діареї», «вірусні діареї» тощо.

Уніфікація системи термінів дозволить забезпечити об'єктивний та своєчасний збір й обробку статистичної інформації, як наслідок - підвищення рівня попередження захворюваності, якості надання медичної та фармацевтичної допомоги, можливість проведення міжрегіональних порівнянь і поглиблених статистичних розробок у конкретних областях медицини.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ГЕРМАНИИ

Панфилова А. Л., Беккер Н. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Мировой фармацевтический рынок (ФР) несмотря на финансово-экономический кризис в мире, является динамично развивающейся и социально ориентированной структурой. Как известно, Германия является крупнейшим производителем лекарственных средств (ЛС) и товаров аптечного ассортимента в мире. Кроме этого, в Германии уже на протяжении нескольких десятилетий функционирует эффективная система социальной защиты граждан, которая имеет глубокие исторические корни. Важнейшей структурой системы фармацевтического обеспечения населения Германии является ФР. В условиях реформирования украинского здравоохранения в направлении введения социально адаптированных моделей обслуживания населения опыт функционирования немецкой системы фармацевтического обеспечения и ФР имеет актуальность и социально-экономическое значение. Поэтому целью наших исследований стал анализ динамики развития ФР Германии и определение основных характеристик его развития. Традиционно Германия принадлежит к социально ориентированным группам стран в развитии здравоохранения. Доля ВВП, которая приходится на нужды здравоохранения в Германии с каждым годом увеличивается. По состоянию на 2015 г. указанный показатель составил 11,3%. Как известно, Германия является крупнейшим производителем ЛЗ и товаров аптечного ассортимента не только в Европе, но и в мире. По данным обзора аналитических компаний, можно утверждать, что экспорт продукции фармацевтических компаний из Германии является одним из основных источников получения дохода в государственный бюджет страны. Нами установлено, что структура (по странам) экспорта ЛЗ и товаров аптечного ассортимента характеризуется стабильностью. Первые позиции занимают США, Швейцария и Великобритании, Российская Федерация и Япония.

Среди компаний лидирующие позиции на немецком ФР по объемам продаж занимают швейцарские компании Novartis и Roche. И из американских – Pfizer, Merck и J&J. Обращает на себя внимание тот факт, что немецкие компании, такие как Bayer и Stada, являющиеся гигантами фармацевтической отрасли страны, занимают по объемам реализации на немецком ФР лишь 5 и 10 место. Важнейшей характеристикой немецкого ФР является высокий уровень монополизации дистрибьюторского звена товаропроводящей сети. Установлено, что на 5-ть дистрибьюторских компаний приходится более чем 84% объема реализации на ФР. В то же самое время, на долю прочих 14 компаний приходится 15,7% объема реализации ЛЗ и товаров аптечного ассортимента.

Конечным звеном товаропроводящей сети на ФР являются аптеки. С 2010 по 2014 год динамика развития аптечной сети в Германии характеризуется планомерным уменьшением. Так в указанный промежуток времени количество аптек в Германии уменьшилось на 1000 аптек - с 21441 (2010 г.) до 20441 (2014 г.). Однако количество аптек еще не полностью характеризует уровень обеспечения фармацевтической помощью населения страны.

Одним из важнейших показателей развития системы фармацевтического обеспечения населения является количество жителей, приходящихся на 1 аптеку. Известно, что Германия является страной, активно принимающей эмигрантов и беженцев, то есть население характеризуется активной динамикой роста. Так, с 2010 по 2014 года количество жителей, приходящихся на 1 аптеку выросло с 3814 человек до 3958 человек на 3,7%. То есть в Германии с 2010 по 2014 года темп уменьшения количества аптек опережает темпы увеличения количества жителей, приходящихся на 1 аптеку. Как видим, ФР Германии является структурой, которая активно развивается. Поэтому исследования в данном направлении будут продолжены.

ЕФЕКТИВНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРІЯХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Пономаренко М. С., Матюха Л. Ф., Агунас С. В., Малютіна Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Сьогодні існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним з найважливіших чинників розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення. Ключову роль в наданні якісних медичних послуг та ефективного фармацевтичного забезпечення відіграє первинна медико-санітарна допомога, яка організована за принципами загальної практики – розвитку охорони здоров'я сімейної медицини. Впровадження сімейної медицини є одним з головних напрямів в багатьох країнах світу і в Україні.

Мета розробки переліку лікарських засобів для надання невідкладної допомоги пацієнтам в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини полягає у впровадженні якісної раціональної фармакотерапії - безпечного, ефективного та економічно обґрунтованого застосування ліків через забезпечення сімейних лікарів при невідкладних станах у пацієнтів, що слугує вагомою складовою покращання якості та підвищення клінічної та економічної ефективності медичної допомоги.

Кафедрою організації і економіки фармації спільно з кафедрою сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги був розроблений Перелік лікарських засобів для надання невідкладної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини. Перелік розроблявся у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги та чинного Державного формуляра лікарських засобів. Структура Переліку, який налічує 61 МНН, наведена у табл. 1, у вигляді фрагменту, складається з основних показників, які враховують всі необхідні чинники при наданні невідкладної медичної допомоги: розділ (групи) за Державним формуляром, які відповідають порядковим номерам його розділів; міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН); торгова назва ЛЗ, яка включає торговельні назви всіх зареєстрованих в Україні ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва; добова визначена доза (DDD) або стандартна добова доза; форма випуску ЛЗ; ціна ЛЗ; посилання на нормативну документація (№ наказу МОЗ України, яким затверджено відповідний уніфікований клінічний протокол), код захворювання за МКХ-10 та інформація, щодо результатів VEN – аналізу.

Таблиця 1

Фрагмент переліку лікарських засобів для надання невідкладної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини

№ п.п.	Розділи (групи) за Державним формуляром	Міжнародна непатентована назва ЛЗ (МНН)	Торговельна назва ЛЗ	Добова визначена доза (DDD)	Форма випуску ЛЗ	Ціна DDD, грн. I. вітчизняні II. імпортовані	Посилання на Нормативну документацію	Результати VEN - аналізу
1	2	4	5	6	7	8	9	10
1.	2. Кардіологія 2.9. Діуретики 2.9.1. Петльові діуретики:	<u>Торасемід</u>	I. ТОРСІД ПАТ "Фармак", м. Київ, Україна II. ТРИФАС 10 А. Менаріні Мануфактурінг, Логістике енд Сервісес С.р.Л., Італя	15 мг 15 мг	р-н <u>дін'єк.</u> по 2мл в ампл. 5 мг/мл №5 р-н <u>дін'єк.</u> по 2мл в ампл. 10мг/2мл №5	I. відсутня у реєстрі ОБЦ II. відсутня у реєстрі ОБЦ	від 24 травня 2012 року № 384 Код МКХ10– П10-П15 Гіпертонічна хвороба	V

Розроблений нами Перелік лікарських засобів є тим мінімумом, який може бути використаний при наданні невідкладної допомоги в амбулаторіях сімейної медицини.

SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF DRUG PROVISION OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Yakovleva O. S., Khaliq R. N.
Zaporozhye State Medical University, Ukraine

The attention of Health Organizations of different countries is traditionally drawn to the problems and irregularities of physical health of the population, despite clear signs that the number of mental disorders of psychosocial nature grows. WHO estimates that 20% of children and adolescents nowadays suffer from mental health problems that lead to disability. One of the most common types of disorders is depression. According to the same data, about 4-5% of the population suffers from this illness; the risk of harboring the disease throughout life reaches 20%. Depressive disorder is the fourth leading cause of disability (after infectious and cardiovascular and respiratory diseases), and it is expected that by 2030 it will take the first place, and will be even ahead of cardiovascular diseases.

Depression is an important public and interdisciplinary medical problem, which leads to significant health, social and economic costs that are similar to those diseases, which have priority for health care funding in the whole world. The extent of the problem is really huge. Annually, 800 thousand people in the world (about 15%) are committing suicide because of this disease. Patients suffering from depression have significantly decreased efficiency; their temporary disability increases, the quality of life is reduced, and families are destroyed. Depressive disorders mostly affect physical, mental and social functioning of the patient and cause an increased risk of premature death. Depression makes it difficult to satisfy basic human needs and has negative impact on daily life activities, resulting in a significant reduction of the quality of life. The social significance of depression is caused not only by the negative impact of depressive disorders on the quality of life of the patient. Care of patients with depression involves significant costs of treatment and social security. Another aspect of burden is the loss of economic and social opportunities that face individuals with mental disorders and their relatives. Economic losses resulting from morbidity on depressive disorders with temporary incapacity and disability consist of the cost of unmanufactured products and social losses of the society which are necessary for human existence and preservation of health. Calculations of the huge figures indicate the need to implement adequate measures to reduce the risk of the disease.

Ensuring the availability of drugs for the treatment of patients with depressive disorders is an important component of multi-level strategy for the reducing of health and socio-economic consequences of this disease. The calculation of these indicators and their comparison with similar indicators of other diseases is the scientific justification for the restructuring of the pharmaceutical budget of psychiatric services. It is proved that the costs of drug provision of patients with depressive disorders are much less than the costs of further socio-rehabilitation activities. The discrepancy between the cost of providing specialized care and prices for the new generation antidepressants do not exclude the feasibility of their application on the basis of clinical and economic justification. The use of these scientific approaches will enhance resource-saving potential of antidepressant therapy, and significantly reduce not only the costs associated with the provision of medical, pharmaceutical and social care to patients with depressive disorders, but also will shorten the huge social and economic losses.

Thus, the health care sector, is a part of non-productive sphere, it plays an essential part in the economic progress, solving complex tasks of reducing socio-economic losses of the society associated with the quality of human life and well-being of the environment.

ACTUAL SITUATION IN POLISH PHARMACY

Pharm Dr Jerzy Łazowski

Polish Pharmaceutical Chamber, Warsaw, Poland

In the years 2001 – 2016 the pharmacy market in Poland was subject to many changes resulting from the economic and geopolitical situation of the country.

No legislative alignment with changes in business reality led to a number of pathologies of the pharmacy market, which could eventually jeopardize drug safety in Poland. The most important of them include:

- uncontrolled export of life-saving drugs – reducing the availability of certain medicines for patients,
- deliberate crossing the statutory limitations of a number individually owned pharmacies,
- the unprecedented increase in the number of pharmacies – disproportional to the number of pharmacists in Poland – statistically there are only two pharmacists in one pharmacy,
- violation of the ban on advertising of pharmacies,
- the use of dumping prices – selling drugs below the purchase price,
- certain mechanisms for limiting the tax revenues to the State budget,
- the increase of shares of foreign investors in the ownership structure of pharmacies with particular emphasis on investment funds – currently nearly 10 % of pharmacies belong to businesses with foreign capital and this number is steadily growing,
- the marginalization of the role of the pharmacy in the health care system,
- pharmacy only as a distribution points focused on the business side of its activity,
- discrimination against Polish entrepreneurs running private pharmacies.

There are no quick and deceive decisions resulting in the changes in provisions concerning the operation of pharmacies.

This poses a real thread to independent drug policy of the country and will lead to elimination from the market individual pharmacies run by Polish entrepreneurs, who pay taxes in the country and are under direct control of the competent authorities.

According to the standpoint of the Polish Pharmaceutical Chamber, the only solution that guarantees the maintenance of the state supervision over the retail sale of medicines is the introduction of statutory changes in the ownership structure of entities operating pharmacy.

The introduction of mandatory majority share of pharmacist in the ownership of pharmacy will:

- ensure the effective enforcement of antitrust law,
- eliminate entrepreneurs offenders with the ownership structure of pharmacy,
- increase resources to the State budget,
- improve quality of services based on professional knowledge and rights of pharmacy owners,
- facilitate the supervision of retail market distribution of medicines,
- support Pharmaceutical Inspection by self-government authorities,
- reduce the illegal export of drugs and restore their availability for the patients,
- introduce dual responsibility of running pharmacy (entrepreneur and pharmacist).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТПУСКА БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Огарь С. В., Жирова И. В., Зайцева Ю. Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Одной из главных предпосылок развития рынка безрецептурных ЛС является внедрение ответственного самолечения в мире. Самолечение может быть определено как использование ЛС без какого-либо профессионального надзора. За последние десятилетия произошло значительное увеличение числа людей, принимающих на себя больше ответственности за свое собственное лечение с помощью безрецептурных лекарств, особенно для многих распространенных заболеваний, таких как простуда, аллергии, и изжога. Этому способствовало два основных фактора. Во-первых, значительное расширение ассортимента перечней ЛС, разрешенных к отпуску без рецепта врача. Данные аналитических обзоров фармацевтического рынка различных стран свидетельствуют о неуклонной тенденции увеличения доли безрецептурных ЛС в розничном товарообороте аптечных организаций как в стоимостном, так и в натуральном выражении.

Ассортимент ЛС, разрешенных к отпуску без рецепта врача, и их доля в розничном товарообороте аптечных организаций постоянно увеличивается. ОТС-рынок остается весьма конкурентоспособным, ведущие фармацевтические компании продолжают укреплять свои позиции на нем за счет расширения продуктового портфеля и стратегических приобретений.

Учитывая современные экономические условия, складывающиеся в европейских странах, СНГ и возрастающие потребности потребителей, можно сделать вывод, что роль самостоятельного лечения в настоящее время растет. Общемировая тенденция по либерализации безрецептурного отпуска ЛС ведет к изменению роли провизора/фармацевта. Специалисты аптек, работающие в торговом зале и влияющие на покупательский выбор ЛС, становятся фигурами, компетентность, усердие и добросовестность которых реально сказывается на здоровье нации. Это выдвигает дополнительные требования к ответственности и квалификации фармацевтов. Кроме того, для эффективной работы аптек в новых условиях, они должны быть переоборудованы с учетом интересов потребителей.

Более 700 из безрецептурных препаратов на рынке сегодня требуется рецепт 30 лет назад, поэтому информация о безрецептурных лекарственных препаратах должна быть интересной и доступной для потребителя. При этом законодательное регулирование безрецептурного отпуска лекарств остается в компетенции национальных правительств,

На глобальном уровне принципы отнесения препаратов к той или иной категории в части отпуска не гармонизированы. Изменения в статусе активных ингредиентов отличаются в разных странах как в отношении даты перевода в безрецептурные, так и в отношении их количества. Кроме того, в отличие от положения, принятого в Европе и США, в СНГ существует приоритет перечня безрецептурных препаратов над рецептурным перечнем. (Например, в Украине перечень безрецептурных препаратов утвержден Приказом МЗ Украины от 6.05.2014 г. №303, все остальные лекарственные средства, по идее, должны отпускаться только по рецептам.) Решением этой проблемы могла бы стать разработка общих принципов оборота безрецептурных препаратов, которые оказались бы универсальными и в то же время дали бы правительствам стран необходимые основания для принятия законодательных решений.

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯРЕЄСТРАЦІЙНОГО НАГЛЯДУ ЗА ОБІГОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ-ВИРОБНИКУ

Коляда В. В., Коновалова Л. В., Юхта Л. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

ПАТ «Київський вітамінний завод», м. Київ, Україна

Мета: впровадження оновлених заходів у практику післяреєстраційного нагляду за обігом лікарських засобів, виробництво яких здійснено на вітчизняному підприємстві-виробнику.

Результати: система фармаконагляду на вітчизняному підприємстві-виробнику функціонує з моменту встановлення відповідних вимог законодавства України, а саме наказу МОЗ України від 27.12.2006 № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування».

За період 2006-2016 років, було проведено ряд змін до законодавчої бази України, яка регулює обіг післяреєстраційного нагляду за лікарськими засобами. Слід акцентувати увагу на розробленні та затвердженні наказу МОЗ України від 23.07.2015 р №460 «Про внесення змін до Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення та затвердження Порядку перевірки матеріалів, доданих до заяви про державну реєстрацію окремих лікарських засобів, щодо їх обсягу», який корінним чином змінює роль фармаконагляду за післяреєстраційним обігом лікарських засобів (ЛЗ). Так, насамперед, замість Регулярно оновлюваного звіту з безпеки лікарського засобу (PSUR), який був складовою реєстраційного дос'є на перереєстрацію та містив інформацію щодо післяреєстраційного нагляду, зокрема інформацію стосовно наявних побічних реакцій та/або відсутності ефективності, а також сумарного співвідношення «користь/ризик», були введені інші складові реєстраційного дос'є, а саме: Доповнення до огляду клінічних даних (ДОК) та План управління ризиками (ПУР).

Основними розділами ДОК визначено: «оцінка ризиків» (значущі питання безпеки, оцінка і характеристика ризиків, а також ефективність заходів з мінімізації ризиків), «оцінка користі» (значуща інформація з ефективності), а також «співвідношення користь/ризик» (аналіз співвідношення користі та ризиків для затверджених показань). За вимогою експертів Державного експертного центру МОЗ співвідношення користь/ризик для лікарського засобу повинна бути проведена окремо для кожного захворювання/симптома. При формуванні ПУР основна увага повинна бути зосереджена на проблемах безпеки та заходах по мінімізації ризиків та їх ефективності. Зміни у законодавстві України щодо післяреєстраційного нагляду надають змогу вітчизняному підприємству-виробнику, у разі значного перевищення користі над ризиком, проводити безстрокову перереєстрацію ЛЗ. Проведення безстрокової перереєстрації дозволяє вітчизняному підприємству-виробнику здійснювати планування виробництва лікарських засобів на більш тривалий термін. Але, разом із тим, на виробника лягає значне навантаження щодо відслідковування змін, впровадження яких дозволить ЛЗ бути ефективним, безпечним та якісним.

Висновки: Зважаючи на представлене вище, слід зазначити, що виконання виробником вимог чинного законодавства, а також розробка оновлених заходів щодо післяреєстраційного нагляду за обігом лікарських засобів дозволить вітчизняному підприємству-виробнику здійснювати виробництво безпечних, ефективних та якісних ЛЗ та забезпечувати зазначені показники у післяреєстраційному періоді.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ В ФАРМАЦІЇ

Літвінова О. В., Посилкіна О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Сьогодні розвиток ринку інтелектуальної власності (ІВ) є однією з ключових умов становлення вітчизняної фармації. Мета роботи – аналіз та систематизація методичних підходів до удосконалення системи управління ІВ в фармації.

Методи: дослідження проводилися з використанням наукометричних баз даних, патентного відомства України, ДП «Державний експертний центр», тижневика «Аптека».

Результати. У сформованих ринкових умовах ефективне використання ІВ є необхідним для забезпечення конкурентоспроможності суб'єктів фармацевтичного ринку. Комерціалізація об'єктів ІВ – це взаємовигідні дії всіх учасників процесу перетворення результатів інтелектуальної праці у ринковий товар. Основними способами комерціалізації об'єктів права інтелектуальної власності є: використання об'єктів права ІВ у власному виробництві; внесення прав на об'єкти права ІВ до статутного капіталу підприємства; передача (продаж) прав на об'єкти права інтелектуальної власності. Існують наступні види договорів щодо розпоряджання майновими правами ІВ: ліцензійний договір; договір про створення за замовленням і використання об'єкта права ІВ; договір про передання виключних майнових прав ІВ та ін.

Аналіз і систематизація даних літератури виявили, що існує дисбаланс між обсягами створення та комерціалізації нововведень у більшості суб'єктів фармацевтичного ринку, а саме низький відсоток практичного використання і ліцензування запатентованих об'єктів ІВ. Можна виділити кілька ключових факторів успіху комерціалізації ІВ: регулярне проведення патентних досліджень як з метою визначення науково-технічного рівня, так і з метою пошуку потенційних контрагентів за операціями з правами на об'єкти ІВ, нових ринкових пропозицій, формування сталих партнерських зв'язків університетів з вітчизняними фармвиробниками, створення служб комерціалізації ІВ для виведення на ринок новітніх технологій, створення сприятливих умов для наукової праці, в тому числі дієвої системи виплати авторських винагород за використання об'єктів ІВ.

Проведені дослідження також виявили, що до найбільш значущих ризиків в сфері комерціалізації об'єктів ІВ у фармації відноситься втрата патентного захисту. Специфіка фармацевтичного ринку така, що фармацевтична промисловість стикається з серйозними фінансовими проблемами при закінченні патентного захисту блокбастерів. З метою мінімізації ризиків від втрати патентного захисту на ключові препарати фармкомпанії використовують низку стратегій для збільшення терміну охорони активного фармацевтичного інгредієнта (АФІ), подовжуючи стадію комерціалізації фармацевтичної інновації: патентування нових пролонгованих композицій відомої сполуки; патентування нових способів введення відомих АФІ; патентування більш ефективного енантіомера рацемічного препарату; патентування нового способу застосування відомих лікарських засобів; патентування комбінації двох або більше відомих АФІ; патентування поліморфної форми лікарського засобу та інш.

Таким чином, використання різних механізмів комерціалізації об'єктів ІВ в фармації дозволяє досягти компаніям безсумнівних конкурентних переваг, забезпечує реалізацію майнових прав розробників, а також комерційні переваги для продовження інноваційної діяльності.

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА ПІДГОТОВКА І МЕДИЦИНА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ»

Крупеня В. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ: Оволодіння навичками надання фахової допомоги при виникненні невідкладних станів є достатньо актуальним враховуючи, що своєчасно і правильно надана медична допомога, наприклад, при пораненнях, кровотечах, переломах кісток, опіках та інше, часто зберігають не тільки здоров'я, а також й життя людини.

Мета: забезпечення якості викладання дисципліни «Військово-медична підготовка і медицина надзвичайних ситуацій» на кафедрі соціальної фармації Національного фармацевтичного університету (НФаУ) студентам спеціальності «Лабораторна діагностика» з урахуванням сучасних науково-практичних досягнень та вимог сьогодення.

Основний матеріал: у робочій програмі з військово-медичної підготовки студентів 3 та 4 курсів спеціальності «Лабораторна діагностика» НФаУ передбачено вивчення заходів першої медичної допомоги при пораненнях та ураженнях. Відомо, що кращий результат навчання досягається при поєднанні теоретичних знань та практичних навичок. З огляду на зазначене, у НФаУ існує багаторічна практика залучення фахівців провідних медичних й фармацевтичних установ і практичної фармації до проведення лекційних та практичних занять.

Так, окремі практичні заняття з дисципліни «Військово-медична підготовка і медицина надзвичайних ситуацій» для студентів спеціальності «Лабораторна діагностика» проводяться на базі Навчально-тренувального відділу КЗОЗ «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, де створені умови для успішного оволодіння навичками надання першої медичної допомоги. Для роботи навчально-тренувального відділу виділено відокремлене приміщення, яке оснащено тренажерами та обладнанням для моделювання і відпрацювання навичок надання екстреної допомоги хворим і постраждалим, яке відповідає примірному переліку оснащення навчально-тренувальних відділів системи екстреної медичної допомоги згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2014 № 101.

На початку практичного заняття викладачем центру були надані принципи надання екстреної медичної допомоги, а також визначено показання для проведення легенево-серцевої реанімації. Працівником центру продемонстровано маніпуляції на манекенах. Надалі студентів розподілили на пари і під контролем викладача на манекенах відпрацьовували отримані навички проведення непрямого масажу серця і штучної вентиляції легенів. Наявність спеціальних датчиків на манекенах дозволяло контролювати якість проведення маніпуляцій та зрозуміти студентам силу та частоту поштовхів та вдихів. Окремо зупинилися на відновленні дихання при механічній асфіксії, викликаній потраплянням чужорідного тіла в верхні дихальні шляхи. Студенти не тільки прослухали ці правила, а й змогли на манекені дитини відпрацювати надання допомоги.

У другій частині практичного заняття, після теоретичного роз'яснення правил накладання джгута і фіксації кінцівок, студенти на манекенах відпрацьовували навички зупинки кровотечі на різних ділянках тіла, а також проводили накладання іммобілізційних пов'язок та шин на уражені кінцівки.

Наприкінці заняття студентам було продемонстровано документальний відеофільм «Надання екстреної медичної допомоги постраждалим з зупинкою серцевої діяльності».

Під час обговорення проведеного практичного заняття всі студенти високо оцінили таку форму проведення заняття зазначивши, що це дозволить набути знання і навички.

Таким чином, практичні заняття з питань надання невідкладної допомоги найбільш доцільно, на нашу думку, проводити у спеціалізованих навчально-тренувальних центрах, які оснащено тренажерами та обладнанням для моделювання і відпрацювання навичок надання екстреної допомоги хворим і постраждалим.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ НАЦІОНАЛЬНОЇ
ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ, ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Й РЕГУЛЮВАННЯ У ФАРМАЦІЇ, ОЦІНКИ
ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НТА),
ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ,
ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.**

НАЦІОНАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ

Мороз С. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Інтеграція України до світового співтовариства, глобалізаційні процеси в економіці, низька соціально-економічна ефективність використання ресурсів охорони здоров'я та фармацевтичної галузі, незадовільний стан системи охорони здоров'я та забезпечення населення лікарськими засобами зумовлюють необхідність проведення суттєвих змін у фармації, зокрема у напрямку гармонізації національного законодавства з вимогами Європейського Союзу, подальшої розробки нормативно-правової бази, що регулює фармацевтичну діяльність, а також створення Національної лікарської (фармацевтичної) політики НЛ(Ф)П).

Метою дослідження є висвітлення сутності НЛ(Ф)П, сучасного стану її формування в Україні та перспектив подальшого розвитку. У процесі дослідження використовувалися **методи** аналізу та синтезу, історичний та емпіричний методи.

Основний матеріал дослідження. НЛ(Ф)П представляє собою з одного боку стратегію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, а з іншого – документ, в якому держава визначає цілі фармацевтичної галузі щодо забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ). НЛ(Ф)П створює загальні правила і координує діяльність різних структур, залучених до фармацевтичного сектору: державних і приватних організацій, контролюючих органів, інвесторів та інших зацікавлених сторін. НЛ(Ф)П носить рекомендаційний, а не нормативно-правовий характер і розробляється на підставі рекомендацій ВООЗ. Основною метою її є узгодження пошуку, виробництва і розподілу ЛЗ із реальними потребами та можливостями національної системи охорони здоров'я.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ НЛ(Ф)П має єдині та чітко визначені цілі: забезпечення доступності, якості ЛЗ та їх раціональне використання. Визначення цілей, пріоритетів та стратегій НЛП залежить від рівня соціально-економічного розвитку держави та стану ресурсів, культурних та історичних особливостей, політичних і соціальних цінностей. Дуже важливо, щоб цілі та завдання НЛ(Ф)П були чітко сформульовані та зрозумілі всім учасникам: як суспільству, державним органам, так і медичним й фармацевтичним організаціям.

Для виконання зазначених цілей мають застосовуватися такі інструменти: регулювання ціноутворення на ЛЗ; їх закупівель госпітальним сектором, що фінансуються за рахунок бюджетів усіх рівнів; стандартизація та сертифікація на всіх стадіях обігу ЛЗ; податкова і митна політика; інвестиційна та інноваційна політика; політика у сферах підготовки професійних кадрів та фармацевтичної інформації та реклами.

Нині в Україні відбувається етап становлення та формування НЛ(Ф)П. Основним кроком у цьому напрямку слід вважати прийняття Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки, яка розроблена ВООЗ. Даний документ має на меті перевести всі відносини, що виникають при здійсненні фармацевтичної діяльності, у контрольований, адресний, з чітко визначеним суб'єктним складом та чітким розмежуванням прав, обов'язків і відповідальності учасників, у сферу дії господарсько-правових засобів державного регулювання з врахуванням реально функціонуючих господарських відносин та соціальної специфіки їх реалізації.

Концепцією визначено основні пріоритетні напрямки та завдання, реалізація яких забезпечить виконання поставленої мети: оптимізація системи управління фармацевтичного сектору; постійне оновлення Національного переліку основних ЛЗ та Державного формуляра відповідно до рекомендацій ВООЗ; моніторинг забезпечення населення ЛЗ; розвиток формулярної системи; здійснення заходів щодо імпортозаміщення основних ЛЗ;

упровадження системи забезпечення якості продукції та послуг (належних практик); удосконалення механізмів фінансування закупівлі ЛЗ за бюджетні кошти; запровадження механізму державного замовлення при закупівлях ЛЗ за бюджетні кошти; моніторинг цін та асортименту ЛЗ і виробів медичного призначення; розробка заходів боротьби щодо недопущення реалізації фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих ЛЗ; розбудова та подальше вдосконалення системи фармаконагляду; розвиток фармацевтичної допомоги пацієнтам як основи відповідального самолікування; розробка та реалізація комплексу заходів із захисту внутрішнього ринку від недобросовісної конкуренції; сприяння створенню системи обов'язкового соціального медичного страхування в Україні; впровадження системи реімбурсації.

Варто відмітити, що в Україні створені сприятливі передумови для подальшого розвитку фармації. Зокрема, створено державну систему реєстрації ЛЗ, повноцінно запроваджено комплекс належних практик, регулярно оновлюється Державна Фармакопея України, створено формулярну систему.

Процес виконання задекларованих у Концепції завдань наразі триває. Так, у 2016 МОЗ розпочав розробку Національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами (Drug Policy). Було визначено дев'ять блоків проблемних питань, що потребують державного регулювання: відбір основних ЛЗ; доступність лікарських засобів; фінансування системи забезпечення лікарськими засобами; розвиток системи постачання лікарських засобів; регулювання та забезпечення якості лікарських засобів; раціональне застосування лікарських засобів; дослідження лікарських засобів (оперативні дослідження доступу до ЛЗ, якості та раціонального використання, клінічні дослідження); розвиток кадрових ресурсів; моніторинг та оцінка.

Висновки. 1. НЛ(Ф)П розробляється за рекомендаціями ВООЗ і має на меті реалізацію доступності, якості та раціонального використання ЛЗ.

2. Процес формування НЛ(Ф)П в Україні на сьогодні триває і представляє собою частину реформування системи охорони здоров'я в цілому.

INVESTIGATION OF THE MEDICAL INSURANCE APPROACHES IN THE INTERNATIONAL PRACTICE

Zhirova I. V., Ogar S. V.

National university of pharmacy

Health is a fundamental human right. Access to the health care, which includes access to essential drugs, is a prerequisite for realizing that right. But there are several barriers of access to healthcare for marginalized sections of society in many countries such as distance to the nearest healthcare facility; lack of knowledge, skills and capabilities in filling forms and filing claims, lack of money to pay initial registration fees; indifferent attitudes of doctors related to actual and perceived quality of care and one of the major is financial constraint. It has been estimated that a high proportion of the world's 1.3 billion poor have no access to health services simply because they cannot afford to pay at the time they need them.

In connection with the foregoing the aim of the study was to investigate the health care systems and medical insurance approaches in the international practice as a way of increasing affordability of the health care.

Like other human service systems, healthcare services often reflect deeply rooted social and cultural expectations of the citizenry. Healthcare systems are therefore different all over the world and are strongly influenced by each nation's unique history, traditions and political system. But they can be divided into 4 types of Health care system programs: NHS – National Health Service, NHI – National Health Insurance, SHI - Social Health Insurance and PHI - Private Health Insurance.

That's why we chose one country of each type and study the program more detail about coverage and provider organization and payment. It has been analyzed the system of the health care and medical insurance approaches in different countries of OECD such as France, the United Kingdom, Canada, and developing countries such as India and South Africa. The situation in the developing countries is much worse (only around 10% of the population is covered through health financing schemes).

The different characteristics of NHS, NHI, SHI and PHI health care system can be shown through comparing the specific constitution. The NHS and NHI are based on universalism and provide health care services to all citizens. In contrast, the SHI and PHI model offer health care services to the insured in the SHI model and the vulnerable only in the PHI model. The proportion of the main-player is in providing health care in the hospital sector and range of public provision is higher than those of private provision, thus agreeing that the order is NHS-SHI-PHI. The NHI keeps a higher degree of government intervention in management of health care resources, while the proportion of private sectors overwhelms that of the public sector in terms of health care resources.

At the initial stage of building a national health insurance, government sector in most developing countries should invest huge amounts of funds to build public hospitals and other public health service infrastructure, but they cannot always afford to invest lot of fund into the health care system. In this kind of environment, the NHI model may be an available option for developing countries to choose.

To summarize, it have to be mention that in today's world, health care cannot be even thought of without health insurance because the main idea of the health insurance is to provide protection against financial loss by unforeseen sickness and others. Health insurance can be defined as a way to distribute the financial risk associated with the variation of individuals' health care expenditures by pooling costs over time through pre-payment and over people by risk pooling (OECD, 2004). But how the system can be adapted to meet local needs is an area which needs attention of the government of the day in terms of legislation and regulatory initiatives and budgetary allocation for funding.

СУЧАСНІ СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ МОНІТОРИНГУ РОЗДРІБНИХ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В КОНКУРЕНТНОМУ ОТОЧЕННІ АПТЕКИ

Назаркіна В. М., Фурса Л. І., Слюсар Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Ціна є складною економічною категорією, в якій об'єднані соціальні, економічні та політичні чинники, що визначають розвиток економіки та суспільства. За умов стрімкого розвитку фармацевтичного ринку України для успішного позиціонування на ринку лікарських засобів (ЛЗ), а також для раціонального управління ціноутворенням аптечного закладу необхідно проводити ретельний аналіз роздрібних цін на ЛЗ, складати прогнози цін та вивчати їх обґрунтованість. Система управління ефективністю ціноутворення на ЛЗ заснована на сукупності інформаційних технологій, які автоматизують основні процеси аналізу та контролю за ціноутворенням аптечного закладу. Наразі до сучасних методів, за допомогою якого проводять комплексний аналіз цін на ЛЗ, належить ВІ-аналіз (Ві-аптека), який забезпечує регулярний on-line моніторинг роздрібних цін на ЛЗ аптечного закладу у порівнянні з конкурентним оточенням. Використання результатів даних аналітичної системи ВІ-аптеки допомагають кожній аптеці планувати продажі, формувати та коригувати ціни на ЛЗ з урахуванням жорсткого тиску конкурентного оточення.

Метою дослідження було проведення ВІ-аналізу цін на ЛЗ у аптечній мережі відповідно до цін конкурентів для оперативного реагування на зміни фармацевтичного ринку.

При проведенні дослідження нами були використані методи системного аналізу, статистичної обробки даних, а також графічний за допомогою аналітичної системи ВІ-аналізу.

Для проведення аналізу цін на ЛЗ було вибрано аптеку №8 ТОВ «ФК Магнолія», яка розташована у Шевченківському районі м. Харкова. За допомогою даних ВІ-аптеки нами були відібрані 819 торгових найменувань ЛЗ з урахуванням форм випуску, які були реалізовані в аптеці за I квартал 2016 р. Встановлено, що за перший календарний тиждень року у 235 найменувань ЛЗ (28,66 % від загальної кількості ЛЗ) спостерігалось відхилення роздрібною ціни нижче, ніж ціна порівняння, що свідчить про конкурентоспроможні ціни на ЛЗ у досліджуваній аптеці №8. У той же час у 268 найменувань ЛЗ (32,74 %) роздрібна ціна була вища, ніж ціна порівняння препаратів, тобто ціни були значно вищі ніж у конкурентному оточенні. У 316 найменувань ЛЗ (38,60 %) ЛЗ було відмічено, що роздрібні ціни співпадали з цінами конкурентного оточення. Аналіз цін на ЛЗ за торговими назвами аптеки №8 свідчить, що з I по IV квартал 2016 р. показники відхилення від оптимальної ціни поступово збільшувалися у сегменті конкурентоспроможних цін, що слід оцінити як позитивну тенденцію.

Далі за допомогою даних ВІ-аптеки нами були виділені лідери ЛЗ за обсягом продажу «ТОП-15» у конкурентному оточенні за I календарний тиждень 2016 р. Аналіз «ТОП-15» у розрізі вітчизняних й іноземних ЛЗ показав, що лише 4 торгових найменування (36,4%) – це ЛЗ вітчизняних виробників, а 11 ЛЗ (63,6%) – іноземного виробництва. Встановлено, що неконкурентоспроможні ціни спостерігалися у 8 найменувань ЛЗ (що становить 53,33 % від загальної кількості ЛЗ), конкурентоспроможну ціну мали лише 3 ЛЗ (20 %), а співпадали з конкурентним оточенням 4 найменування ЛЗ (26,67 %). Так, відхилення ціни у аптеці №8 на Предуктал® MR табл. 35 мг №60 (Servier, Франція) у порівняльні з конкурентним оточенням склало –8,63%; на АЦЦ® ЛОНГ таб. 600 мг, №10 (Sandoz, Швейцарія) – 7,00%, та Нурофен для дітей сусп. 100 мг/5 мл фл. 100 мл (Reckitt Benckiser Healthcare International, Великобританія) –6,21%. Це слід оцінити як негативне явище, яке потребує ефективного вирішення та зваженого підходу до ціноутворення у аптеці з постійним моніторингом роздрібних цін у порівнянні з конкурентним оточенням.

АНАЛІЗ ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕЦЕПТУРИ В ПРОВІДНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Немченко А. С., Тетерич Н. В., Терещенко Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Сучасний розвиток інформаційних технологій набуває принципово нового, важливого значення у процесі реформування сучасних систем охорони здоров'я (ОЗ). Особливої актуальності набувають досягнення інформатизації при вирішенні нагальних проблем вітчизняної ОЗ, основними з яких є: неефективність механізмів реформування галузі, відсутність обов'язкового медичного страхування, порушення рецептурного відпуску ліків, безвідповідальне самолікування населення, що унеможлиблює гідний рівень отримання як медичної, так і фармацевтичної допомоги населенню. Ефективним напрямком щодо вирішення вищезначених проблем має стати упровадження електронної охорони здоров'я (eHealth) та електронної рецептури (EP) в національну систему ОЗ.

Метою дослідження став аналіз досвіду впровадження електронної охорони та рецептури в провідних країнах світу.

Методи, що були використані під час дослідження: історико-інформаційний, системного підходу та аналізу та аналітико-синтетичний.

За даними ВООЗ, на сьогодні більш ніж 60% країн світу розробляють, реалізують та удосконалюють національні стратегії в сфері eHealth та EP. При цьому при реалізації завдань щодо розвитку та супроводження eHealth країнами витрачаються чималі кошти. Наприклад, об'єм інвестицій ЄС в рамках загальноєвропейської програми eHealth склав близько 317 мільйонів євро.

Окрім національних програм у сфері ОЗ європейських країн реалізується також єдина програма eHealth, основними завданнями якої є: стандартизація та забезпечення страхового покриття незалежно від знаходження, а також комп'ютерна обробка медичної інформації про пацієнта.

У процесі виконання завдань eHealth більшість країн ЄС забезпечує реалізацію таких пріоритетних напрямків, як: електронний паспорт здоров'я, підвищення ефективності інформаційної інфраструктури у сфері ОЗ, удосконалення роботи регіональних центрів медичної інформації, а також покращання процесу електронного обміну медичними даними.

Слід відмітити, що подібні програми в системі eHealth виконуються у всіх країнах Організації економічного співробітництва і розвитку, що об'єднує 34 найбільш економічно розвинені країни світу. Серед них більшість країн ЄС, а також США, Австралія, Норвегія, Південна Корея, Японія, Швейцарія та ін.

У цілому ключовим елементом концепції e-Health в багатьох країнах ЄС є електронна медична карта, куди з розподілених баз даних передається інформація у вигляді електронних медичних документів.

Найвідомішим проектом щодо трансграничного обміну інформацією про пацієнтів і EP є європейський проект – European Patient Smart Open Services (epSOS). Мета проекту epSOS, у якому взяли участь 23 країни, полягала у забезпеченні фахівців ОЗ основною інформацією щодо історій хвороб пацієнтів та характером наданої фармакотерапії, тобто реалізація послуг eHealth. Ключовими послугами, які забезпечують високу якість та ефективність медичної допомоги, при цьому, за думкою керівників проекту, є зведена база даних про пацієнтів та EP.

У цілому Міжнародний проект epSOS став першим кроком у процесі отримання важливих даних для лікаря стосовно пацієнтів в разі позапланових лікувальних процедур останніх за кордоном.

Реалізація даного проекту забезпечувалась шляхом визначення і створення необхідної інфраструктури на основі національних контактних пунктів, які обмінюються інформацією про пацієнтів з іншими країнами на основі пілотування. При цьому отримані дані у ході виконання проекту відображались на рідній мові лікаря.

Результатом ефективності пілотного тестування epSOS став той факт, що фінські громадяни змогли отримати призначені ліки в шведських аптеках, тоді як ці EP були призначені у Фінляндії.

Головними результатами проекту epSOS стало виявлення головних проблем, що перешкоджають ефективному трансграничному обміну даних щодо пацієнтів в електронному вигляді. У цілому ці проблеми полягають у відмінності національних законодавств і семантичній сумісності.

Наступним проектом щодо реалізації трансграничного обміну у сфері eHealth став проект Trillium Bridge, реалізація якого має здійснюватись до кінця 2020 р. Метою даного проекту є сприяння обміну зведених електронних баз даних про пацієнтів та EP серед громадян США та Європи. При цьому процес обміну резюме пацієнтів між країнами ЄС і США служитиме у якості прикладу іншим національним системам ОЗ різних країн світу задля вивчення нових можливостей та співпраці стосовно питань, що представляють взаємний інтерес в сфері eHealth, а також виявлення відповідних недоліків.

У цілому проект Trillium Bridge має охопити наступні аспекти взаємодії, зазначені у плані дій eHealth: клінічні, технічні, семантичні, організаційні і правові, що сприятиме

співпраці учасників проекту у розробці загальних глобальних стандартів в області eHealth та відповідних специфікацій, що у свою чергу забезпечить розвиток потенціалу ринку для інноваційних рішень.

Слід відмітити, що в багатьох країнах світу останнім часом спостерігається інтенсивне впровадження безлічі проектів, націлених на побудову системи верифікації та відстеження обігу ліків. Наприклад, в січні 2013 року в Німеччині стартував пілотний проект по впровадженню кода Data Matrix у фармацевтичній галузі.

Концепція одного з європейських проектів eTact, що надає можливості верифікації та відстеженню на кожному з етапів життєвого циклу ліків.

У Каліфорнії здійснюється пілотний проект щодо впровадження системи дослідження ліків ePedigree.

Таким чином, аналіз досвіду впровадження eHealth та EP в провідних країнах світу надає унікальні можливості та приклад для розвитку національної системи ОЗ.

ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРАТИВНОЇ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТАПАХ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Ветютнева Н. О., Убогов С.Г., Федорова Л. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Ефективні системи якості лікарських засобів (СЯЛЗ) на етапах реалізації та медичного застосування є невід’ємними складовими всеохоплюючої системи забезпечення якості ЛЗ (СЗЯЛЗ). Тому обґрунтування підходів до побудови та вдосконалення СЯЛЗ на етапах реалізації та медичного застосування є актуальним завданням фармацевтичної науки.

Мета роботи – наукове обґрунтування методологічного підходу до побудови інтегративної моделі забезпечення якості ЛЗ на етапах реалізації та медичного застосування.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження є: наукові публікації, дані опитування фахівців, нормативно-правові акти (НПА), нормативні документи (НД), інструктивно-методичні матеріали у сфері забезпечення якості ЛЗ. В якості методів дослідження використані: системно-оглядовий, узагальнення, опитування, анкетування.

Результати та їх обговорення. На першому етапі досліджень було проаналізовано діючі НПА і НД України, ЄС, ВООЗ, FIP, ICH, PIC–PIC/S, які встановлюють вимоги і рекомендації щодо забезпечення якості ЛЗ в суб’єктах, що здійснюють оптову, роздрібну реалізацію ЛЗ, а також нагляд за безпекою й ефективністю ЛЗ при їх медичному застосуванні. Вивчено наукові дані та вітчизняний досвід щодо впровадження СУЯ на фармацевтичних підприємствах. Шляхом вивчення результатів опитування та анкетування керівництва, уповноважених осіб і фармацевтичних працівників аптечних складів, аптек, ЛПЗ, представників фахових громадських організацій, а також публічних даних органів виконавчої влади у сфері контролю якості ЛЗ проведено аналіз сучасного стану впровадження СЯЛЗ на етапах оптової реалізації та аптечного виготовлення ЛЗ. Обґрунтовано необхідність впровадження СЯЛЗ на етапах роздрібної реалізації та медичного застосування, а саме в аптеках, центрах первинної медико-санітарної допомоги, ЛПЗ вторинного і третинного рівнів медичної допомоги.

На другому етапі досліджень обґрунтовано принципи побудови інтегративної моделі забезпечення якості ЛЗ на етапах реалізації та медичного застосування, що розглядається як цілісна модель (підсистема) в межах всеохоплюючої СЗЯЛЗ. Обґрунтовано методологічний підхід до розробки й впровадження СЯЛЗ на етапах реалізації та медичного застосування, що передбачає одночасне застосування стандарту ISO 9001, правил належних практик GDP/GSP/GPP/GVP, рекомендацій ICH Q9/Q10, принципів логістичного менеджменту і

реінжинірингу, концепції PDCA, методології моделювання IDEF0/IDEF3. Обґрунтовано принципи гармонізації СЯЛЗ з системами екологічного, гігієнічного, соціально-етичного, фінансового, кадрового менеджменту на основі стандартів ISO 14001, OHSAS 18001, SA 8000, ISO 26000, ISO 10014, ISO 10015. Визначено комплекс стандартів (ISO 9004, ISO 10013, ISO 10017, ISO 19011), що доповнюють вимоги ISO 9001 та є основою для подальшої розробки методологічних засад підтримки СЯЛЗ на етапах реалізації та медичного застосування, зокрема моніторингу, оцінки результативності й ефективності, управління ризиками, аудиту (самоінспекції) та постійного поліпшення процесів СЯЛЗ.

Висновок. За результатами дослідження обґрунтовано методологічний підхід до побудови інтегративної моделі забезпечення якості ЛЗ на етапах оптової, роздрібною реалізації та медичного застосування.

МОНІТОРИНГ ЦІН НА ПРЕПАРАТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ДІЇ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Сімонян Л. С., Немченко О. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Негоспітальна пневмонія (НП) залишається однією з найбільш розповсюджених та небезпечних для життя інфекційних захворювань. За даними ВООЗ у 2014 році від пневмонії померло біля 3 млрд. осіб. Щорічно в Європі витрачається 10 млрд. євро на лікування захворювання, а втрата працездатності становить 150 млн. робочих днів на рік.

У 2015 р. на вітчизняному фармацевтичному ринку було представлено 857 торгових найменувань лікарських засобів (ЛЗ), що рекомендовані наказом № 128 «Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія». При цьому з групи макролітів - 78 найменувань ЛЗ, пеніцилінів – 193, фторхінолонів – 278 та максимальна кількість представлена групою цефалоспоринов – 308 найменування ЛЗ. За допомогою аналізу структури пропозицій встановлено, що серед антибактеріальних ЛЗ, що застосовуються при лікуванні НП лідуючу позицію займають препарати іноземного виробництва.

Співвідношення торгових назв ЛЗ іноземного та вітчизняного виробництва за усіма групами антибактеріальних засобів становить 76,67 % до 23,33 %. Основні країни-імпортери ЛЗ – це Індія та США (30,3 % від усіх зареєстрованих іноземних торговельних назв ЛЗ). Стабільне домінування імпортованих ЛЗ вказує на необхідність впровадження програм імпортозаміщення, що в свою чергу сприятиме зростанню доступності препаратів даного сегменту ринку. Досліджування асортименту антибактеріальних ЛЗ, що застосовується при НП встановлено, що за всіма групами складають тверді лікарські форми. Серед групи макролітів, фторхінолонів та пеніцилінів лідерами є ЛЗ у формі таблеток. У групі цефалоспоринов основну частку більше 90% мають порошки, що обумовлено специфікою застосування даних ЛЗ.

Нами був проведений моніторинг середніх оптово-відпускних цін на антибактеріальні ЛЗ та розраховані індекси цін за 2012-2015рр. Встановлено, що даний коефіцієнт у період за 2012/2011 рр. дорівнював - 1,18, за 2013/2012 рр. – 1,10, 2014/2013 рр. – 1,36, 2015/2014 рр. – 1,45. Так, наприклад з групи J01DD - Цефтриаксони III покоління, препарат вітчизняного виробництва Цефотаксим, пор. д/п ін. р-ра 1 г фл., №50 ТОВ «Фарма Лайф» збільшився у ціні у 2015 р. по відношенню до 2012 р. на 67 %. Ціна на препарат іноземного виробництва Лораксон, пор. д/р-ра д/ін. 1000 мг фл., №12, «Elixir Pharmaceutical» (Іран) зросла на 78 %. Серед групи J01FA - Кларитромицини також спостерігається значне збільшення середніх оптово-відпускних цін, наприклад ціна на препарат Кларитроміцин-Здоров'я, табл. 500 мг,

№10 компанії ФК «Здоров'я», зросла на 59 %, а ціна на препарат іноземного виробництва Кладид СР, табл. 500 мг, №14 фірми «Abbott Products GmbH» (Німеччина) на 44 %. Ціна на вітчизняний препарат групи левофлоксацину, Лефлок, табл. 500 мг №5, компанії «Дарниця» збільшився на 58 %, а на препарати групи азитроміцину близько 61 %.

Справедливо зазначити, що за період 2012-2015 рр. для препаратів зазначеної групи спостерігалось збільшення середніх оптово-відпускних цін. Загальну тенденцію до збільшення цін можна пояснити домінуванням на вітчизняному оптовому фармацевтичному ринку імпортованих ліків, вартість яких залежить від коливання курсу валют та специфікою вітчизняного виробництва ЛЗ, яке базується на застосуванні у виробництві ЛЗ імпортованих субстанцій.

ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЯК ФАКТОР В УПРАВЛІНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Светочева І. І., Мухіна О. Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Інститут ліцензування є одним із провідних інститутів у системі регулювання господарської діяльності, що набув важливого значення з набуттям статусу ринкової економіки в Україні. Проведення економічної реформи в Україні об'єктивно вимагає посилення ролі у правовому регулюванні господарської діяльності, у тому числі ефективного правового регулювання ліцензування. Система ліцензування в Україні знаходиться в процесі становлення. Закладено її нормативну базу, продовжується формування системи органів, які здійснюють ліцензування. Однак цей процес відбувається досить складно і суперечливо, з невиправданими витратами і збоями, що відображає проблеми і труднощі української економіки.

Ліцензування – відносно нова форма адміністративного регулювання господарської діяльності в Україні, адже вона сформувалася на засадах правових норм, прийнятих на початку ХХІ століття. Система ліцензування в Україні перебуває в процесі становлення і піддається впливу проблем і труднощів, притаманних українській економіці в період системних трансформацій. У Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» залишається невирішеним питання відповідності державної політики у сфері ліцензування господарської діяльності сучасній економічній ситуації.

Проблемою у сфері ліцензування є небажання суб'єктів ліцензування виконувати в повному обсязі передбачені законодавством положення. Органи виконавчої влади, здійснюючи ліцензійне провадження, встановлюють власні вимоги або ж не виконують умов, визначених законом. Перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, дає привід для конфліктних ситуацій, оскільки існує ризик виведення зі сфери ліцензування окремих видів господарської діяльності або ж, навпаки, розширення цього переліку, виникають проблеми із застосуванням ліцензійних умов та тлумаченням їх змісту.

Головна проблема у сфері ліцензування полягає у відсутності балансу між державним регулюванням господарської діяльності і створюваними в процесі реформ новими ринковими механізмами. В Україні, з одного боку, має місце значне втручання держави в економіку, намагання контролювати (ліцензувати) всі види господарської діяльності, а з іншого – проявляється слабкість держави в таких важливих справах, як створення нормальних умов для ведення господарської діяльності в ринковій економіці та захист права людини на підприємницьку діяльність.

Найважливішою умовою створення в Україні сприятливого для господарської діяльності середовища є відмова від надмірного бюрократичного регулювання, а також підвищення ефективності державного регулювання у тих сферах, де це необхідно. Слід

скоротити перелік видів господарської діяльності, які підлягають ліцензуванню, замінити, де це можливо, ліцензування сертифікацією, стандартизацією, акредитацією, атестуванням, незалежною експертизою. Доцільно ввести єдиний порядок ліцензування на всій території України та в усіх видах господарської діяльності, уніфікацію обсягів, форм і змісту документації, яку подають у центральні, регіональні та місцеві органи при реєстрації, стандартизації підприємництва, контролі якості товарів і послуг, затвердивши їх відповідною постановою Уряду.

Необхідно також розподілити функції органів ліцензування, реєстрації і нагляду, встановити для них обмеження можливості втручання в господарську діяльність, а види господарської діяльності, які знаходяться під безпосереднім контролем держави, зі сфери ліцензування вилучати.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЯЛЬНОСТІ ВІТЧИЗНЯНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТРАТЕГІЯ ВООЗ У ВІДНОШЕННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Гудзенко О. П., Кучеренко Н. В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

У зв'язку зі шляхом розвитку, який обрала Україна, тобто шляхом євроінтеграції та демократичних принципів побудови суспільства, конче необхідною є реорганізація системи охорони здоров'я у відповідності до рекомендацій ВООЗ.

ВООЗ чітко визначає пріоритети своєї діяльності і дає орієнтири країнам, які прагнуть покращення національних державних інституцій у галузі охорони здоров'я, та виробникам лікарських засобів.

Основними напрямками стратегії ВООЗ у сфері лікарських засобів є подолання проблеми недоступності ліків для широких верств населення незаможних країн та країн із середнім рівнем добробуту, підвищення якості лікарських препаратів, що випускаються національними фармвиробниками, та державний контроль за правильним використанням ліків.

В рамках цієї стратегії вирішальними для забезпечення й розширення доступу до основних лікарських засобів є чотири фактора, а саме: раціональний вибір і використання основних лікарських засобів, доступні ціни, адекватне й стійке фінансування та надійні системи охорони здоров'я й постачання. ВООЗ визначає та рекомендує своє бачення пріоритетних галузей для зосередження уваги національних систем охорони здоров'я, зокрема на «хвороби бідності».

Одними з основних «хвороб бідності» серед неінфекційних захворювань (НІЗ) ВООЗ називає серцево-судинні захворювання, у тому числі інфаркти й інсульти.

Стандартизована за віком смертність від НІЗ зазвичай є вищою у країнах із низьким рівнем доходів. Практично половина від усіх смертей від НІЗ у країнах з низьким рівнем доходів і рівнем доходів нижче середнього реєструється у віці 70 років, а 30% смертей – у віці до 60 років, тобто серед працездатного населення.

Згідно даних ВООЗ витрати на фармацевтичні препарати у країнах, що розвиваються, складають 25-65% від загальних витрат суспільного та приватного секторів охорони здоров'я й 60-90% готівкових витрат домашніх господарств на здоров'я.

Тому, декларування доступу до основних засобів лікування й профілактики соціально значущих захворювань реалізується у наявності в аптечних закладах, насамперед, а також у відділеннях лікарень лікарських препаратів вітчизняного виробництва, зокрема генеричних.

З точки зору лікувально-оздоровчого ефекту, генерики є повністю еквівалентними оригінальним препаратам. Вони можуть відрізнятися від оригінальних ліків методами виготовлення або складом неактивних компонентів, проте містять ті ж діючі субстанції в тій

же концентрації, що й оригінальні препарати. Основною перевагою застосування генериків є надання медичної допомоги високоякісними препаратами за доступними цінами, зберігаючи при цьому кошти пацієнта та бюджету країни в цілому.

Згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів, при лікуванні артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності, ішемічної хвороби серця і для профілактики інсультів слід надавати перевагу багатокомпонентній терапії, а також використанню ретардних лікарських форм. Тому, розробка вітчизняних генеричних лікарських препаратів пролонгованої дії для застосування в кардіології є актуальною задачею сучасної фармації і внеском у суспільну охорону здоров'я.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ

Кричковська А. М., Парашин Ж. Д., Лобур І. П., Заярнюк Н. Л., Хоменко О. І., Новіков В. П.
Національний університет «Львівська політехніка», м Львів, Україна

Прагнення України наблизитись до стандартів ЄС спонукало нас провести дослідження, а саме: порівняння цін на лікарські засоби (ЛЗ), що безумовно викликає інтерес не лише серед науковців фармацевтичної галузі, а й серед пересічних громадян. Слід зауважити, що у суспільстві існує стала думка про те, що ЛЗ за кордоном значно дешевші, ніж в Україні.

З метою проведення порівняльного аналізу цін на ЛЗ в Україні та Польщі, як близького європейського сусіда, нами була здійснена вибірка з 50 найменувань лікарських препаратів (ЛП), що знаходяться в обігу в двох країнах та які користуються високим попитом. Обрані ЛП для України і Польщі є ідентичними (найменування ліків, МНН та країна-виробник). Методами дослідження слугували мета-аналіз, Інтернет-пошук, польові та кабінетні маркетингові дослідження.

В результаті проведеного аналізу нами було визначено у межах вибірки два переліки ЛП, на які ціни у Польщі та в Україні значно відрізняються, а також третій перелік ЛЗ, ціни на які були приблизно однакові. У таблиці № 1 представлено ЛП, що значно дорожчі в Україні, ніж у Польщі.

Другий перелік ЛП містив 28 найменувань, ціни на які були нижчі в Україні, ніж у Польщі. Перелік склали такі ЛП як: Амоксиклав 875 мг №14, Проспан 100 мл сироп, АЦЦ 200 мг № 20, АЦЦ форте 600 мг №10, Септолете №30, Фервекс № 8, Нурофен 200 мг №12, Панадол 500 мг №12, Вольтарен емульгель 50.0, Но-шпа № 20, Солпадеїн № 12 капс. та інші. Третій перелік склали ЛП, ціни на які були станом на травень 2016 року рівні, або вартість яких відрізнялись не більше, ніж на 10 гривень (табл. 2). Зазначений перелік склав 11 найменувань ЛП.

З метою проведення порівняльного аналізу нами було встановлено розмір мінімальної заробітної плати у Польщі, яка становить 1850 злотих (12674 грн.) та мінімальної заробітної плати в Україні, що складала на травень 2016 року 1378 гривень. Отже, мінімальна зарплата в Польщі 2016 року перевищує українську майже в 10 разів. Нами було застосовано для порівняння *Індекс купівельної спроможності, або кількість упаковок ЛП, яку можна придбати за заробітну плату.

Таблиця 1

Вартість лікарських засобів у Польщі та в Україні (станом на травень 2016 року)

№ з/п	Назва ЛЗ	МНН	АТХ код	Вартість ЛЗ			*Індекс купівельної спроможності	
				Польща		Україна грн.	Польща	Україна
				зл.	грн.			
1	АЦЦ форте 600 мг № 10	Acetylcysteine	R05CB01	15.99	109.5	140.65	115.7	9.8
2	Нурофен 200 мг №12	Ibuprofen	M01AE01	5.99	41.00	55.00	308,8	25.00
3	Еспумізан № 25	Simeticon	A03AX13	6.50	44.50	87.50	284.6	15.7
4	Маалокс № 40	Comb drug	A02AD01	13.30	91.10	102.00	139.0	13.5
5	Верошпірон 50 мг № 30	Spirolactone	C03DA01	14.21	97.30	194.00	130.2	7.1
6	Кавінтон 5 мг № 50	Vinpocetin	N06BX18	17.00	116.45	150.90	108.8	9.1
7	Моваліс 7.5 мг № 20	Meloxicam	M01AC06	22.00	150.70	269.00	84.1	5.1
8	Сіофор 1000 мг № 30	Metformin	A10BA02	8.30	56.85	128.95	222.9	10.7
9	Структум 500 мг № 60	Chondroitine sulfate	M01AX25	60.00	411.00	724.00	30.8	1.9
10	Торвакард 20 мг № 30	Atorvastatin	C10AA05	15.33	105.00	132.60	120.7	10.4
11	Фромілід 500 мг № 14	Clarithromyc.	J01FA09	29.07	197.6	212.00	63.6	6.5

Таблиця 2

Вартість лікарських засобів у Польщі та в Україні (станом на травень 2016 року)

№ з/п	Назва ЛЗ	МНН	АТХ код	Вартість ЛЗ			*Індекс купівельної спроможності	
				Польща		Україна грн.	Польща	Україна
				зл.	грн.			
1	Проспан, сироп 100 мл	Hedera helix	R05CA16	18.90	129.65	133.50	97.9	10.3
2	АЦЦ 200 мг № 20	Acetylcysteine	R05CB01	18.90	129.65	129.40	97.9	10.6
3	Фервекс № 8	Comb drug	N02BE51	16.99	116.45	119.40	108.9	11.6
4	Ессенціале форте № 50	Mono	A05BA50	24.50	167.80	168.00	75.5	28.2
5	Смекта № 30, саше	Diosmectit	A07BC05	30.00	205.50	203.25	61.6	6.8
6	Стоперан № 8	Loperamide	A07DA0	7.99	62.40	69.50	231.5	19.8
7	Отривін 0.1% -10 мл крап.	Xylomethazolin e	R01AA07	7.90	54.10	58.25	234.2	23.6
8	Ісла моос № 30	Mono	R02A	15.99	109.50	105.00	115.7	13.1
9	Аугментин 500 мг № 14	Amoxicillin and enzyme inhibitor	J01CR02	19.20	131.50	120.00	96.3	11.2
10	Сумамед 500 № 3	Azithromycin	J01FA10	28.72	196.70	188.20	64.4	7.3
11	Гропрінозин 500 мг № 20	Inosine pranobex	J05AX05	28.18	192.90	180.00	65.6	7.6

Висновки. Аналіз обраної вибірки ЛП дозволив встановити, що кількість ліків з однаковою вартістю на фармацевтичних ринках України та Польщі становлять 20%; ліки, вартість яких на 30-60% більша на ринку України і становить 24%; ЛП з меншою вартістю на ринку України склали 56%. Однак, застосування для порівняльного аналізу індексу купівельної спроможності яскраво доводить недоцільність будь-якого порівняння цін на ліки при встановленому в нашій країні рівні заробітної плати. Проведене нами дослідження, на нашу думку, доводить необхідність введення в Україні граничного рівня націнки на всі ЛЗ починаючи з заводів-виробників або фіксованих цін на ЛЗ на рівні гуртових посередників, а також на роздрібному рівні реалізації в аптечних закладах. Також, слід звернути увагу на досвід Польщі, де гуртовий посередник має право відкрити лише одну аптеку для роздрібною торгівлі, оскільки це дозволить унеможливити захоплення роздрібного ринку гуртовими фірмами-посередниками, що, на жаль, уже відбулось в Україні.

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦІНОВОЇ ДОСТУПНОСТІ НА ПРИКЛАДІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОЇ РЕЦЕПТУРИ

Назаркіна В. М., Чернуха В. М., Сушарина І. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Основними пріоритетами державної політики України в соціально-економічній сфері є забезпечення доступності медичної та фармацевтичної допомоги для населення, а також якості та раціонального використання лікарських засобів (ЛЗ). Певною мірою вирішити ці проблеми могло б відродження екстемпорального виготовлення ЛЗ в аптеках при безумовному дотриманні вимог належних практик і забезпеченні рентабельності даного виду діяльності. На перший погляд, наявні в аптеках в широкому асортименті готові лікарські засоби (ГЛЗ) забезпечують потреби системи охорони здоров'я (ОЗ). У Державному реєстрі ЛЗ України на 29.06.2016 р. зареєстровано понад 12,5 тис. торгових найменувань ЛЗ, з них 10 тис. – ГЛЗ (у т.ч. 32% – українського виробництва), більше 1,6 тис. субстанцій (у т.ч. 17,5% – вітчизняного виробництва), а також 718 найменувань лікарських засобів in bulk та 155 – фасування із in bulk (майже всі – імпорتنі). Слід зазначити, що розширення асортименту ГЛЗ свого часу суттєво вплинуло на скорочення аптечного виробництва. Але в сучасних складних економічних умовах, незважаючи на насиченість фармацевтичного ринку, екстемпоральна рецептура все ж має певні переваги, які свідчать на користь аптечного виробництва. Це, перш за все, індивідуалізація дозування з урахуванням віку, маси тіла хворого та інших важливих чинників; гіпоалергенність ЕЛЗ за рахунок відсутності консервантів, барвників і стабілізаторів; і, найважливіше – доступні ціни та виключення фальсифікації. Ціна і собівартість екстемпоральних лікарських засобів (ЕЛЗ) відносно низька, вона включає вартість інгредієнтів, упаковки та тариф за виготовлення ЛЗ, а також ПДВ. Аптечне виготовлення ліків не вимагає додаткових витрат на фармацевтичну розробку, проведення доклінічних і клінічних досліджень, реєстрацію, просування, оригінальну упаковку, логістику тощо. У більшості країн Європи і США екстемпоральні ліки вже тривалий час позиціонуються як персональні ліки для індивідуальних потреб конкретного споживача (personal drug), оскільки при виробництві ГЛЗ в промислових масштабах не враховуються потреби індивідуальної фармакотерапії. З метою впорядкування аптечного виготовлення та нівелювання різниці в якості ГЛЗ і ЕЛЗ була прийнята Резолюція Ради Європи CM/ResAP (2011) 1 «Про вимоги до якості і забезпечення безпеки лікарських засобів, виготовлених в аптеках для спеціальних потреб пацієнтів», яка передбачає впровадження стандартів належних практик GMP і GPP в діяльність аптек. Таким чином, використання ЕЛЗ дозволяє надавати якісну фармацевтичну допомогу населенню з урахуванням вимог

Належної аптечної практики, персоналізує медичну та фармацевтичну послугу і підвищує відповідальність лікарів і провізорів за результати фармакотерапії. Це особливо важливо в кардіології, неврології, гастроентерології, де в результаті тривалого прийому ЛЗ хронічні хворі потребують коригування дози, а також у педіатричній і геріатричній практиці, де ефективність і безпека лікування залежать від правильно підібраної дози. Заміна дорогих імпорتنих і вітчизняних ЛЗ на доступні й не менш ефективні екстемпоральні ліки є доцільною у пульмонології, офтальмології, косметології та дерматовенерології.

В останні роки відбувається значне скорочення кількості виробничих аптек. Згідно з даними ліцензійного реєстру станом на 1.01.2016 р. виробництво/ виготовлення ЛЗ в умовах аптеки здійснюють 395 аптек (2% від загальної кількості). За останні 5 років кількість виробничих аптек зменшилася майже вдвічі (на 43%).

З метою аналізу проблем аптечного виготовлення ліків проведено анкетування персоналу 78 виробничих аптек з різних регіонів України. Основними причинами значного скорочення кількості виробничих аптек і ЕЛЗ, на думку опитаних, є: проблеми з реєстрацією і відсутністю субстанцій (78,4%), лікарі не виписують рецепти на ЕЛЗ (70,3%), витіснення ЕЛЗ ліками промислового виробництва (56,8%), підвищення витрат у зв'язку з виготовленням ЕЛЗ (45,9%), короткі терміни придатності ЕЛЗ (45,9%). Труднощі з поставками сировини, посуду, пакувальних матеріалів обумовлені тим, що переважна більшість субстанцій (більше 80%) імпортується з Індії, Китаю, Німеччини, Росії, до того ж наразі відсутня реєстрація 40% субстанцій. Також на ситуацію впливає складність отримання ліцензії і жорсткі ліцензійні умови (29,7%), недостатня кваліфікація (її втрата) фахівців для виготовлення ЕЛЗ (24,3%), нерентабельність виробництва ЕЛЗ (16,2%), зменшення фінансування закладів ОЗ (13,5%). На думку опитаних, аптечне виготовлення в сучасних умовах є економічно недоцільним через зростання витрат на оренду і комунальні послуги (91,9%), на електроенергію (73,0%) і заробітну плату аптечних працівників (64,9%), а також на доступність ЛЗ впливає висока вартість субстанцій (9,3%). При таких умовах тільки 20,6% аптек мають певні пільги (за орендною ставкою, комунальні послуги). У зв'язку з розширенням асортименту ГЛЗ екстемпоральна рецептура в Україні різко скоротилася як за обсягом, так і по номенклатурі.

В аптеках виготовляються різні лікарські форми: порошки, мікстури, настої, розчини, суспензії, краплі, мазі, пасти, супозиторії. Більшість опитаних вважають, що в сучасних аптеках є всі умови для виготовлення ЛЗ, а тому можуть і повинні виготовлятися всі лікарські засоби, за винятком стерильних (51,4%). Респонденти вважають за доцільне аптечне виготовлення дитячих лікарських форм (48,6%), а також ЛЗ, які не виробляються промисловістю з різних причин (48,6%), дерматологічних ЛЗ (35,1%), ліків для зовнішнього застосування (27%). Вирішити проблеми виготовлення ЛЗ в умовах аптек, на думку 73,0% опитаних, можливо за рахунок встановлення пільгової 7% ставки ПДВ замість 20%, державної підтримки (включення в клінічні протоколи, надання необхідних пільг (56,8%).

Впровадження стандартів GPP та принципів соціального медичного страхування, а також значні зміни в організації обліку і в законодавстві України обумовлюють необхідність удосконалення методичних підходів до визначення вартості виготовлення та фасування ЛЗ та ВМП в аптеках. Встановлено, що більшість аптек (58,6%) використовують тарифи, визначені самостійно, в той же час досить велика частина аптек (41,4%) застосовують регіональні тарифи. При цьому більшість опитаних (88,9%) наголошують на необхідності затвердити новий наказ МОЗ України, який встановлює порядок визначення тарифів. Питання встановлення єдиного рівня тарифів залишається дискусійним: 54,3% працівників виробничих аптек вважають встановлення єдиного рівня за доцільне, але тільки в межах області (регіону), інші 45,7% не вважають це за необхідне. При цьому об'єднання в єдині тарифи тарифів за виготовлення ЛЗ індивідуально і серійно вважається нераціональним більшістю опитаних (60,5%).

Висновки. Проведено аналіз сучасного стану та проблем аптечного виробництва ЛЗ в Україні. За результатами проведених досліджень можна сформулювати пропозиції щодо вдосконалення ціноутворення на ЕЛЗ і підвищення їх доступності: 1) перегляд методичних підходів до обґрунтування тарифів за індивідуальне і серійне виготовлення ЛЗ; 2) розробка, обговорення і прийняття нового наказу МОЗ України у зв'язку зі змінами у формуванні витрат і системі обліку; 3) обґрунтування підходів до розробки єдиних тарифів за виготовлення ЕЛЗ в регіонах або України в цілому з урахуванням національних особливостей і зарубіжного досвіду; 4) проведення організаційних заходів щодо відновлення ефективної взаємодії фармацевтичних та медичних працівників (проведення семінарів з питань призначення та виписування рецептурних форм ЛЗ, поширення методичних рекомендацій для фахівців).

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ ЩОДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ

Немченко А. С., Царева К. О., Хоменко В. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Донецький медичний університет, Україна

Згідно з Законом України «Про ціни і ціноутворення» державна цінова політика є складовою частиною державної економічної та соціальної політики і спрямована на забезпечення: розвитку національної економіки та підприємницької діяльності, протидії зловживанню монопольним (домінуючим) становищем у сфері ціноутворення, розширення сфери застосування вільних цін, збалансованості ринку товарів та підвищення їх якості, соціальних гарантій населенню в разі зростання цін, необхідних економічних гарантій для виробників, орієнтації цін внутрішнього ринку товарів на рівень цін світового ринку.

Для вдосконалення методів державного регулювання цін на ЛЗ та підвищення рівня їх доступності постійно здійснюється процес реформування нормативно-правової бази в Україні, аналіз якої став метою нашого дослідження.

На макроекономічному рівні функцію державного регулювання цін на ЛЗ здійснює Кабінет Міністрів України (КМУ), а також опосередковано міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України, Антимонопольний комітет, органи виконавчої влади, державні колегіальні органи, Міністерство економічного розвитку і торгівлі, Міністерство доходів і зборів України. Нормативну основу правового регулювання цін і ціноутворення у нашій країні складає Конституція України, Господарський, Цивільний та Податковий Кодекси України, Закон України «Про ціни і ціноутворення». Відповідно до положень Конституції України і положень Закону «Про ціни і ціноутворення» КМУ здійснює державне регулювання цін і є відповідальним за реалізацію державної політики ціноутворення. В сфері безпосередньо державного регулювання цін на лікарські препарати надзвичайно важливе значення має цілий ряд постанов КМУ: Постанова КМУ від 25 березня 2009 р. N 333 "Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення", якою затверджено Національний перелік основних ЛЗ, а також Постанова КМУ від 17 жовтня 2008 р. N 955 "Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення", що регулює граничні постачальницько-збутові торговельні (роздрібні) надбавки на ЛЗ, включені до Національного переліку основних ЛЗ (крім наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та медичних газів).

Важливе соціальне-економічне значення для забезпечення цінової доступності ліків мають Постанова КМУ від 5 вересня 1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету», а також Постанова КМУ від 2 липня 2014 р. № 240 «Питання декларування зміни оптово-відпускних

цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення». Однак, в липні 2015 р. було змінено механізм формування та декларування оптово-відпускних на ЛЗ, а саме було необґрунтовано скасовано метод референтного ціноутворення. Незважаючи на значну кількість законодавчих актів і їх постійне реформування механізм формування цін на ЛЗ наразі недосконалий, а законодавча база містить ряд невідповідностей, які неоднозначно впливають на процес формування цін. Державне регулювання цін являє собою комплекс важелів, де як зменшення, так і збільшення впливу держави на процеси ціноутворення на ЛЗ може призвести до порушень у функціонуванні фармацевтичних закладів. Останнім часом ціни на ЛЗ значно зросли, а доступність їх для населення знизилась. Тому постійно розглядаються проекти щодо зниження цін і підвищення доступності ЛЗ для населення. Аптеками та аптечними мережами була знижена роздрібна націнка на ліки з 25% у 2013 році до 22% у 2016 році (за даними компанії «SMD»).

Нещодавно, відбулося засідання Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (далі – Комітет) під головуванням народного депутата Ольги Богомолець. На порядку денному стояв розгляд законопроекту «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України (щодо зниження цін на ЛЗ)» (реєстраційний № 1376, доопрацьований, ініціатори — народні депутати Антон Яценко та Віктор Бондарь). Цим документом пропонувалося встановити постачальницько-збутові надбавки на рівні 3% та торговельні надбавки — 5% на всі ліки та вироби медичного призначення. Члени Комітету зазначили, що запропонований проект суперечить чинному законодавству, адже вплив на націнки має виключно Уряд. Також даний проект суперечить Закону України «Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні», а отже і Податковому законодавству України у пункті 193.1 статті 193 якого вказана ставка податку 7% по операціях з постачання на митній території України та ввезення на митну територію України ЛЗ, дозволених для виробництва і застосування в Україні та внесених до Державного реєстру ЛЗ, а також медичних виробів за переліком, затвердженим КМУ.

Більшістю голосів народні депутати прийняли рішення рекомендувати Парламенту відхилити законопроект, так як його прийняття призведе до недоступності ЛЗ для населення через масове закриття аптек, тому що їх діяльність була б збитковою, зникненню багатьох лікарських засобів і розповсюдженню фальсифікації лікарських засобів. Чинним Законодавством не передбачено окремого органу, який би здійснював моніторинг та контроль цін саме на ЛЗ. Функцію державного контролю за цінами виконують Державна Інспекція з контролю за цінами (далі Держцінінспекція), згідно Указу Президента України "Питання реалізації державної політики з контролю за цінами" та Міністерство економічного розвитку і торгівлі, згідно Постанови КМУ від 20 серпня 2014 р. № 459 «Питання Міністерства економічного розвитку і торгівлі». Моніторинг цін здійснюється тільки на рівні оптово-відпускних цін шляхом МОЗ, яке формує та веде реєстр оптово-відпускних цін, згідно Наказ МОЗ України від 18.08.2014 р. № 574 "Про затвердження Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, порядок внесення до нього змін та форм декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засіб та виріб медичного призначення".

Згідно з Постановою КМУ від 13 червня 2002 р. № 803 «Про заходи щодо проведення моніторингу цін і тарифів на споживчому ринку» в переліку соціально значущих товарів і послуг, за яким проводиться постійний моніторинг цін і тарифів на споживчому ринку регіонів лікарські засоби та вироби медичного призначення відсутні.

На регіональному рівні, згідно з Постановою КМУ від 21 жовтня 1994 р. N 733 "Про ціноутворення в умовах реформування економіки", державне регулювання здійснюється опосередковано органами місцевого самоврядування, Київською державною адміністрацією та об'єднанням "Фармація" за погодженням облвиконкомами і Київською міською

державною адміністрацією шляхом встановлення граничного рівня торговельних і постачальницько-збутових надбавок (націнок) на вітчизняні та імпортні лікарські засоби і вироби медичного призначення. Контроль і моніторинг роздрібних цін може здійснюватися за рішенням Виконкому області. На рівні фармацевтичного закладу функцію формування цін виконують всі суб'єкти господарювання без виключення. Функції організації, аналізу, моніторингу, обліку, планування та прогнозування можуть виконуватися, згідно наказу по фармацевтичному закладу.

Проведений аналіз дозволив виявити значну кількість нормативно-правових актів щодо державного регулювання цін на ЛЗ, а також постійне їх реформування. Незважаючи на це механізм регулювання цін на ЛЗ наразі є недосконалим, містить ряд невідповідностей, які неоднозначно впливають на процес формування цін та доступність ліків.

У зв'язку з цим необхідне формування національної політики цінової доступності ЛЗ, використання соціально ефективних методів регулювання цін та реімбурсації, зокрема референтного ціноутворення, як найбільш розповсюдженого в країнах ЄС.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ НТА ПРИ ПОШИРЕНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ

Піняжко О. Б., Заліська О. М., Слабий М. В.

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

За оцінками глобального звіту ООН у 2015 р. із впровадженням інвестицій у здоров'я та раціональне харчування жінок через удосконалення освітніх і навчальних програм та покращення результатів лікування передбачено 10-кратне повернення вкладених коштів.

Метою нашого дослідження було провести збір та аналіз реальних даних відповідно до методології ISPOR та вимог НТА на основі використання електронної бази даних спеціалізованого медичного закладу. Методом ретроспективного аналізу електронних медичних карт пацієнток гінекологічного профілю, опитування лікарів, нами було проведено оцінювання та аналіз реальної практики призначень лікарських засобів (ЛЗ) для лікування найбільш поширених гінекологічних захворювань.

Об'єктом дослідження була електронна база даних із 205 медичних карт пацієнток гінекологічного профілю, які проходили амбулаторне лікування у 2015 р., провідного спеціалізованого медичного закладу – Львівського обласного репродуктивного центру здоров'я населення. Аналіз витрат здійснено із перспективи платника – пацієнта на курс лікування. Для розрахунку прямих медичних витрат на фармакотерапію використано середньозважені роздрібні ціни на ЛЗ за даними компанії Моріон (грудень 2015). Аналіз практики призначень оцінено за допомогою інтегрованого частотного/ABC/VEN-аналізу.

Нами визначено, що середній вік пацієнток становив 35,5 років (мінімальний – 19 років, максимальний – 68 років), 55% пацієнток були раннього репродуктивного віку (18-35 р.) та 39,5% пізнього репродуктивного віку (36-49 р.). Створену нами базу даних в MS Excel було розділено за нозологічними формами на 3 основні групи: 1) запальні процеси жіночих статевих органів – ЗПЖСО; 2) ендометріоз; 3) лейоміома. На прикладі лікування ЗПЖСО у 58% медичних карт, встановлено і розраховано частоту діагнозів серед усіх досліджуваних медичних карт: сальпінгіт (5%), сальпінгофорит (7,8%), гідросальпінкс (2,9%), ендocerвіцит (5,4%), цервіцит (12%), вульвовагініт (7,3%), бактеріальний вагіноз (10,2%), вагініт (22,9%), кандидоз (1,5%). У 13,7% пацієнток ЗПЖСО були діагностовані поряд ерозією шийки матки (N 86), у 13% із ендометріозом, а в 11% - із лейоміомою. В 9% медичних карт відсутні медикаментозні призначення. Поєднана патологія у гінекологічній практиці є причиною порушення фертильності у жінок та безпліддя.

Нами проаналізовано сукупність із 349 лікарських призначень, визначено 85 препаратів за торговими назвам (ТН), які відповідають 43 МНН, 18 комбінованим ЛЗ, а також 8 БАД. Встановлено високу кореляцію між частотою призначень (%) та питомою вагою витрат (%) (коефіцієнт кореляції Пірсона $r=0,5$), проте відсутня залежність між частотою призначень та ціною однієї упаковки препарату ($r=0,006$).

З метою оцінки раціональності витрат на лікування та визначення залежності між витратами та наявністю ЛЗ у 8-му випуску Державного формуляру, нами проведено інтегрований частотний/ABC/VEN-аналіз та встановлено: 1) у групі А 32% витрат припадає на життєво необхідні ЛЗ – «V», що становить 41% від усіх ТН групи А та 32% від кількості призначень ЛЗ у даній групі; 2) в групі В 52% витрат припадає на ЛЗ групи «V», а це 53% ТН та 59% призначень відповідно; 3) в групі С – найменш витратних ЛЗ: 69% витрат відповідає життєво необхідним ЛЗ, що становить 77% лікарських призначень і 61% ТН.

Отже, практика призначення ЛЗ при поширених гінекологічних захворюваннях відповідає міжнародним керівництвом, що базуються на доказах. Проте нами встановлено, що співвідношення витрат на ЛЗ є нераціональним та їх призначення потребують стандартизації та оптимізації за фармакоекономічним показником «витрати-ефективність».

ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ТА ДИНАМІКИ ЦІН НА ПРОТИГРИБКОВІ ЛЗ У РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Подколзіна М. В., Калайчева С. Г., Юрченко Г. М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Грибкові захворювання (мікози) відносяться до інфекційних хвороб людини на які хворіє 10-20% дорослого населення і їх поширеність значно підвищується в старших вікових групах. Зростання захворюваності населення мікозами шкіри пов'язано з рядом об'єктивних причин, таких як широке застосування антибіотиків, цитостатиків, гормональних препаратів, особливо глюкокортикоїдів, оральних контрацептивів, інших хіміотерапевтичних засобів; збільшення числа хворих з порушеним імунологічним статусом; еволюція патогенних і умовно патогенних грибів. Хворі на мікози шкіри є резервуаром і постійним джерелом поширення інфекції, особливо по внутрішньосімейному типу передачі.

Збудники мікозів — грибкові паразити, відомо близько 500 видів патогенних для людини грибів, серед них дерматомицети роду *Trichophyton*, *Microsporum* і *Epidermophyton*, що викликають грибкові захворювання шкіри. Ці мікроорганізми можуть виживати в навколишньому середовищі більше 2 років, поширені в природі і зустрічаються всюди: в землі, піску, камінні, в тому числі і прибережній гальці, а також на старих або хворих деревах і т.д.

Сприйнятливість до грибкової інфекції у різних людей неоднакова. При відсутності пошкоджених шкірних покривів тривалий час людина може бути носієм грибкової інфекції. Проникнення патогенних грибів у шкіру залежить від багатьох факторів (масивність інфікуючої дози грибків, терміни виживання його в навколишньому середовищі, стан шкірного покриву, кисла реакція шкіри та ін.).

У загальній структурі захворюваності мікозами провідні позиції займають поверхневі мікози, а серед них - грибкові ураження стоп. В Україні за останні 10 років захворюваність на мікози збільшилася в 2-3 рази. У деяких соціальних групах (військові, спортсмени, шахтарі) мікозами стоп страждає 20-30% людей. Важкий перебіг мікозів стоп, схильність до рецидивів, гнійної алергічної ускладнення, а також пов'язана з цим втрата працездатності - не тільки медична, але і соціально-економічна проблема, тому доцільно було дослідити асортимент та динаміку цін на лікарські засоби (ЛЗ) протигрибкової дії у різних регіонах України. Дослідження було проведено в період 01.06.2015 р. – 30.09.2015 р. в мережевих

аптеках м.Харків та області., м.Київ та області., м.Дніпропетровськ та області.

У результаті аналізу асортименту протигрибкових ЛЗ за країною виробником було встановлено, що найбільшу частку досліджуваного асортименту складають ЛС українського виробництва 32%, серед імпортних виробників частка Індії складає 26%, Німеччини 7%, Італії та Швейцарії по 5%. Препарати виробництва Росії, Угорщини, Великої Британії займають частки від 1% до 3% від усього асортименту протигрибкових ЛЗ.

Дослідження асортименту ЛЗ з протигрибковою дією за лікарською формою в мережевих аптеках показало, що найбільші долі складають креми, таблетки та капсули по 18%, супозиторії вагінальні займають 16%. Шампуні та нашкірні розчини складають 6% асортименту ЛЗ. Найменші долі – по 5% займають мазі, гелі, розчини для інфузій. Загалом, ЛЗ для зовнішнього застосування складають 60% від досліджуваного асортименту препаратів.

За результатами дослідження асортименту ЛЗ по фармакологічним групам виявлено, що ЛЗ похідні імідазолу займають 44% досліджуваного асортименту ЛЗ, похідні триазолу – 30%, Аліламіни – 15%. Найменшу частину займають комбіновані ЛЗ протигрибкової дії – 4%, полієнові антибіотики – 3%; похідні нітрофенолу та ундециленова кислота склали долі менші 3%.

За результатами аналізу асортименту ЛЗ протигрибкової дії за діючою речовиною встановлено, що найбільші долі займають ЛЗ з діючою речовиною флуконазол - 23%, клотримазол та тербінафін по 14%, кетоконазол 10%. Найменші долі в асортименті склали ЛЗ з діючими речовинами ітраконазол 7%, орнідазол 6% та комбіновані ЛЗ 4%. Таким чином, за результатами дослідження встановлено, що в мережевих аптеках в досліджуваних регіонах України присутні ЛЗ протигрибкової дії 10 фармакологічних груп, 15 МНН.

З метою встановлення економічної доступності протигрибкових ЛЗ для населення було проведено дослідження динаміки цін на ці препарати за період 01.06.2015 р. – 30.09.2015 р. в мережевих аптеках в різних регіонах України.

За результатами дослідження динаміки цін на протигрибкові ЛЗ групи аліламіни, МНН – тербінафін, українського виробництва встановлено, що найбільший приріст ціни відбувся в липні 2015 року для Ламіфен табл. 250мг №14 від 1,8 (м.Дніпропетровськ) до 3,2 рази (Харківська область). У липні 2015 року найбільше зниження ціни відбулося в м. Київ та області для Ламікон крем 1% 15г на 8,8% та 3%, для Ламікон Дермгель 1% 25г на 4,5% та 5,3% відповідно. У вересні 2015 року ціни на Ламікон табл. 0.25г №14 знизилися від 0,8% до 6,9%. В цілому, за досліджуваний період ціни на інші препарати цієї групи вітчизняного виробництва зросли до 21%. Серед імпортних ЛЗ найбільше зростання ціни відбулося для Фунготек табл. 250мг №14 в липні 2015 року від 51,2% (Київська область) до 130% (Харківська область); для Ламізил спрей 1% 30мл від 57,8% (Київська область) до 64,4% (м. Дніпропетровськ), в серпні 2015 року для цього препарату спостерігалось подорожчання від 76,7% (Харківська область) до 86% (м. Київ). На інші препарати цієї групи ціни зросли до 15%, але разом з тим спостерігалось і зниження цін до 19% на деякі окремі препарати.

За результатами вивчення динаміки цін на протигрибкові лікарські засоби групи імідазолу, МНН – кетоконазол, лікарська форма – крем, встановлено, що протягом досліджуваного періоду ціни на імпортні ЛЗ знизились для Нізорал крем 2% 15г від 0,6% (м. Харків) до 15,5% (м. Київ), за винятком м. Києва та області, в серпні 2015 р. спостерігалось підвищення цін на 16,7% та 15,0% відповідно. Найбільше підвищення цін спостерігалось для Дермазол крем 2% 30г в серпні 2015 р. в 3,3 рази (Харківська область) та 3,4 рази (Київська область). Найбільше зниження цін спостерігалось на ЛЗ українського виробництва для Кетодин крем 2% 15г українського виробництва в серпні 2015 р. в м. Харків та області на 16,6% та 15,4%, в м. Дніпропетровськ та області на 16,3% та 16,8%, у вересні 2015 р. в м. Київ та області на 22,5% та 20% відповідно.

За результатами дослідження динаміки цін на протигрибкові ЛЗ групи імідазолу,

МНН – кетоконазол, лікарська форма – шампунь, встановлено, що найбільше зниження цін спостерігалось для Дермазол плюс шампунь 50мл імпортного виробництва в серпні 2015 р. від 19% (м. Харків) до 22,1% (м. Київ).

Найбільше підвищення цін відбулося в вересні 2015 р. для Дермазол шампунь 2% 8мл №20 імпортного виробництва від 12,7% (Київська область) до 29,2% (Дніпропетровська область). Для інших ЛЗ цієї групи спостерігалось як зниження цін до 20,7% так і підвищення до 16,6%. Для Кетодин супп. вагінал. 400мг №5 українського виробництва відмічено в серпні 2015 р. зниження цін від 4,3% (м. Дніпропетровськ) до 9,2% (Дніпропетровська область), а в вересні 2015 року підвищення цін від 2,2% (м. Дніпропетровськ) до 16,7% (Київська область).

РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ

Трохимчук В. В., Кирпач О. В., Гринчук І. Г., Трохимчук В'ячеслав В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
м. Київ, Україна

Надання медичної допомоги хворим на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ, холелітіаз) здійснюється відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги, що затверджені наказом МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271 « Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 31 жовтня 2013 р. № 943) для загальнотерапевтичних, гастроентерологічних та хірургічних відділень усіх рівнів. Для вирішення питання первинної профілактики ЖКХ необхідні діагностика холелітіазу на ранніх стадіях та розробка консервативних методів лікування, направлених на зміну літогенних властивостей жовчі, що запобігають переходу захворювання у стадію формування жовчних конкрементів. Профілактична тактика раннього виявлення та фармакотерапія холелітіазу може значною мірою запобігти формуванню жовчних каменів, прогресуванню процесу, профілактиці розвитку тяжких ускладнень, покращанню прогнозу захворювання. Порівнювальне дослідження вартості профілактики каменеутворення (В.М.Гладун, 2011) та проведення холецистектомії показало економічну доцільність проведення комплексних профілактичних заходів з використанням препаратів жовчних кислот, дієти, мікроелементів тощо.

Метою дослідження вивчення сучасного стану вітчизняного ринку препаратів жовчних кислот (код АТС А05А А02) для профілактики холелітіазу та оптимізації фармакотерапії лікувального процесу щодо розчинення рентгеннегативних холестеринових жовчних каменів розміром не більше 15 мм у діаметрі у хворих з функціонуючим жовчним міхуром.

Аналіз товарного асортименту препаратів урсодезоксихолевої кислоти для лікування ЖКХ проводили згідно з Державним реєстром лікарських засобів України (2016, <http://www.drlz.com.ua>) та Державним формуляром лікарських засобів (2015, <http://www.dec.gov.ua>). Для інтерпретації результатів дослідження були використані графічний, розрахунковий, статистичний, аналітичний та логічний методи.

Використання препаратів урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) для холелітіазу запобігає формуванню жовчних каменів, прогресуванню процесу захворювання, профілактиці розвитку тяжких ускладнень. Оптимальним варіантом фармакотерапії є послідовне використання препаратів УДХК на протязі 6-24 місяців.

Результати дослідження наявності зареєстрованих препаратів УДХК (A05A A02) в Україні показали 16 найменувань, із них тільки 2 препарати виробляються українськими заводами-виробниками. Серед країн-експортерів (кількість препаратів) є Індія (2), Таїланд (2), Італія (5), Чеська Республіка (1), Німеччина (2) і Швейцарія (1). Препарати орального застосування надходять в таблетках, вкритих оболонкою (по 150, 300, 500 мг), капсулах (по 150, 250 і 300 мг) і суспензії по 250 мг/5 мл.

Показники економічної доступності застосування препаратів УДХК розраховували із вартості дози препарату 10 мг на 1 кг маси тіла хворого, регулярного прийому протягом 6-24 місяців та ультразвукового або рентгенологічного дослідження кожних 6 місяців. Середньозважена роздрібна вартість лікарських засобів визначали за програмним комплексом «Аптека» (<http://pharmbase.com.ua>).

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ НОРМУВАННЯ МЕДИЧНОГО МАЙНА ДЛЯ ПОТРЕБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Шматенко О. П., Сирота П. С., Белозьорова О. В.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Прагнення до зниження числа безповоротних втрат особового складу під час бойових дій передбачає забезпечення військових формувань та військово-лікувальних закладів діагностичними та лікувальними засобами і пристроями, заснованими на передових технологіях надання медичної допомоги. Беручи до уваги, що використовуються нові бойові засоби з новими можливостями вражаючої дії, логічним чином продовжують удосконалюватись методи та організаційні аспекти хірургічного лікування поранених. В той же час питання організації медикаментозного забезпечення етапу кваліфікованої хірургічної допомоги у лікувально-евакуаційному забезпеченні поранених та хворих військовослужбовців ЗСУ системно не вивчалось. Раціональний рівень споживання препаратів буде відбуватись за умови науково обґрунтованого нормування медичного майна в Збройних Силах України. Зважаючи на обмежені матеріальні і фінансові ресурси, що виділяються на їх розробку, впровадження та утримання, перевага буде віддаватися зразкам вітчизняної промисловості за умови їх достатньої кількості та належної якості.

Формування переліку лікарських засобів (ЛЗ) для надання кваліфікованої хірургічної допомоги військовослужбовцям та їх нормування відбувалось у декілька етапів. На початку дослідження на основі проведеного ретроспективного аналізу 345 карток стаціонарних хворих військовослужбовців, що проходили лікування у військових госпіталях м. Дніпропетровськ, м. Полтава та військового мобільного госпіталю за 2014-2015 рр. визначались рівень і структура бойових санітарних втрат під час військового конфлікту, напрями та основоположні принципи лікування поранень (уражень), клінічні рекомендації фахівців з використання ЛЗ при тих чи інших нозологіях, результати лікувального процесу. Окрім цього, фахівцями проводилось ітеративне експертне оцінювання ЛЗ на предмет клінічної та економічної доцільності використання конкретних препаратів. На основі вказівок з лікування, експертної оцінки, ABC і VEN – аналіз був встановлений оптимізований перелік ЛЗ, що включав 170 торгових найменувань із 11 фармакологічних груп 1-го рівня за АТХ-класифікацією з переважанням препаратів вітчизняного виробництва. Далі отриманий перелік ЛЗ ранжували за кількістю пацієнтів, які отримували певний препарат та вираховували відсоток призначення певного ЛЗ, який дозволяв спрогнозувати використання і-го препарату при надходженні поранених до лікувального закладу. Також була визначена середня вартість курсу лікування, яка склала від 183 грн. до 4923 грн. в залежності від ступеню тяжкості ураження.

Проведений нами аналіз досвіду управління процесами медикаментозного

забезпечення військовослужбовців у сучасних умовах показує, що для надання кваліфікованої хірургічної допомоги у військово-лікувальних закладах доцільно використовувати норми постачання, розраховані на 100 поранених хірургічного профілю, на 10 ліжок хірургічного профілю. Для складання прогнозу потреби у ЛЗ, що будуть використовуватись для поранених (хворих) на етапі кваліфікованої хірургічної допомоги, спочатку розрахували норми витрат медикаментів за кожною формою нозології на 1 ліжко-день за визначений період, після цього визначили норму споживання ЛЗ у розрахунку на один ліжко-день із врахуванням величини та структури бойових санітарних втрат.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В НАТО

Шматенко О. П., Соломенний А. М., Дроздов Д. В.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Сучасні події, що відбуваються в світі, в тому числі і в Україні, сприяють зміні політичного світогляду та перегляду принципів застосування колективних засобів воєнної безпеки в Європі. Україна, обравши євроатлантичну інтеграцію як основний напрямок розвитку держави, робить значні кроки для вдосконалення своїх збройних сил та створення матеріально-технічної бази у відповідності до стандартів НАТО. Військово-медичне постачання є важливою складовою медичного забезпечення Збройних Сил України, що вагомо обумовлює ефективність всієї військової медицини. Система медичного постачання вирізняється своєю винятковістю, серед систем матеріального забезпечення в усіх країнах НАТО, має свої відмінності, окремі принципи управління матеріальними ресурсами, враховуючи основні підходи до організації медичного забезпечення військовослужбовців.

Концептуальні основи системи медичного постачання в НАТО викладені в Єдиній військово-медичній доктрині НАТО AJP-4.10(A), Директиві АКР-9 (Land Forces Logistic Doctrine), директиві ААР-6 (NATO Glossary of Terms and Definitions) та визначаються як категорія логістики (матеріального забезпечення), принципи якої закладені в стандарти НАТО.

В системі стандартів НАТО медичне постачання включене в категорію підтримки медичної служби та служби охорони здоров'я, що в свою чергу враховує виробничі та закупівельні аспекти медикаментозного забезпечення (регулюються на рівні окремої країни), а також аспекти використання медичної техніки і майна. Хоча надання матеріально-технічного забезпечення є передусім обов'язком кожної держави – фундаментальний принцип, що лежить в основі матеріально-технічного забезпечення військових операцій НАТО – це принцип колективної відповідальності країн-учасниць і структур, створених НАТО з метою розвитку співпраці у цій сфері.

В стандарти вкладаються заходи постійного удосконалення матеріально-технічного забезпечення багатонаціональних операцій НАТО побудованих на принципах:

- колективної відповідальності країн-учасниць та керівництва НАТО;
- взаємозалежності відповідальності та повноваженням, необхідних для адекватного виконання обов'язків;
- повного задоволення оперативних вимог, необхідних для виконання місій;
- співпраці і координації між країнами та керівництвом НАТО;
- координації матеріально-технічного забезпечення на всіх рівнях між країнами Альянсу, між установами НАТО та іншими країнами.

Визначені принципи передбачають розвиток логістики і доктрини в сфері медичного постачання.

Таким чином, окреслені питання медичного постачання майбутніх бойових дій військ (сил) НАТО виділяються в концепції, що має велике значення в всебічному якісному медикаментозному забезпеченні.

PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THE PHARMACEUTICAL MARKET IN THE OF REALIZATION THE STATE PROGRAM

Zhakipbekov K. S., Datkhayev U. M., Adibayeva G. K., Tulemissov S. K.
Institute of Pharmacy of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. The pharmaceutical market is an important sector of the economy of any country and is a measure of its economic and social development, human well-being.

To achieve the strategic goal set by the Head of State NA Nazarbaev in his Address to the people of Kazakhstan of December 14, 2012 «Strategy «Kazakhstan-2050»: a new policy established state», for the further development of the country and entry into the top 30 most developed countries of the world by the year 2050 should be to bridge the gap in development between the countries of the Organization economic cooperation and development (OECD) and Kazakhstan.

In this regard, the State must ensure the gradual introduction of standards of OECD countries, aimed at improving the quality and accessibility of medical services, improving the efficiency of the health system management and financing system, as well as the rational use of available resources.

During the implementation of previous government programs had been strengthened potential of Kazakhstan health care system, the elements of market mechanisms are implemented and carried out the transfer of modern medical technology

Aim. The aim of our study was the examination of the main prospects for the development of the pharmaceutical market in the framework of the Republic of Kazakhstan «Densaulyk» National Health Development Program for 2016-2019 years.

Materials and methods. In the study used statistical, computational and analytical, comparative, systemic, and other analysis techniques. Informational materials used in the study is the data published in the press, as well as materials specialized periodicals.

Results and discussion. Large domestic drug manufacturers - a full cycle of the company, including the development and implementation of processes, production of finished dosage forms, their realization hospitals and consumers through distribution and pharmacy network.

During the years of implementation of the program of support of the domestic pharmaceutical industry Kazakhstan companies greatly expanded and modernized the product range. Thus, if 10 years ago mainly produced in RK tinctures, now 41% of the total products comprise solid dosage forms, 23% - 15% liquid and injectable.

In 2015, the proportion of antibiotics and drugs of domestic production in the Kazakh market amounted to 19,4% and 32,6% respectively, while the remaining drugs were purchased abroad, according to LS with reference to the Statistics Committee.

The volume of imports of drugs in the past year was \$ 932,6 million. (22,1 million kg). The largest share of drugs falls on Russia. In this country, 8,1 million kg of \$ 65,5 million were purchased.

From India to Kazakhstan received 2,2 million kg (by \$ 86,8 million), And from Germany - 2 million kg of drugs (\$ 144 700 000).

Ukraine has put in Kazakhstan 1,3 mln. kg of drugs (for \$ 22 million), And Belarus 1,1 million kg (\$ 12 million). In this period, 1,2 million kg. Of medications for \$ 4 million was purchased in China.

France and Poland, the country sold 834 thousand kg (in \$ 114,7 million.) And 871,8 thousand kg of drugs (by \$ 27,2 million). In addition, a significant supply of medicines were from Slovenia (539,4 thousand kg), Turkey (296,6 thousand kg), Spain (256 thousand kg), the Netherlands (255 thousand kg), Bulgaria (241 thousand kg), Pakistan (236 thousand kg), the UK (227,5 thousand kg) and Egypt (223 thousand kg).

Kazakhstan occupies 14 place in the ranking of most attractive pharmaceutical markets in Central and Eastern Europe. Although the Kazakh market is characterized by a relatively small number of market barriers and rapid growth, the potential benefits for producers offset the low level of per capita expenditure. In addition, adversely affects the standard of living in the difference between the inhabitants of cities and villages. Thus, the population of Kazakhstan on January 1, 2016 totaled 17,6 million man. GDP up to 2014 increased annually by an average of 7-8%, but due to the economic crisis the growth rate of this index decreased, and it amounted to only 1,2% in 2015. As positive factors, he noted the growth of government expenditures on health care and drug coverage, implementation of the budget model of universal access to health care, the positive dynamics of demographic and health indicators, the introduction of highly specialized medical technology, the development of primary health care and others. At the end of 2015 the volume of Kazakhstan pharmaceutical market declined both in value and in volume. According to the Agency of consulting services «Vi-ORTIS», it was approximately \$ 2,1 billion and 497 million packages. (-4,8 and -6%, respectively). Analysts predict that in 2016 will also be a negative dynamics.

Despite the devaluation of the national currency, all pharmaceutical companies present on the market of Kazakhstan, went to meet the State and limit fixed purchase prices for dodevalvatsionnom level. Because of this, tenders for the supply of medicines for SBP held almost 90%. Meanwhile, the commercial segment of the market continues to show a negative trend. This is due to price increases, with a decrease in the purchasing power of the population and a shift in demand in favor of cheap generics. So, on average, the average check dropped to \$ 2, 30-40% decreased sales of such global giants as Sanofi, Zentiva, Merck, Bionorica, Boehringer Ingelheim, and others. Accordingly, increased sales of domestic producers and manufacturers of the CIS countries. Leaders among the distributors are such companies as «CK «Medservice Plus» and «Amanat», among drugstore chains primacy belongs to the «Amanat», «Europharm» and «Farmakom».

The main features of the pharmaceutical market is significant preferences for domestic producers, conform to GMP standards in the procurement of drugs for the needs of the SBP, the implementation of procurement of drugs under the SBP through a single distributor - LLP «SK Pharmacy».

A key role in the growth of drug consumption continue to play a public expenditure on health. These can be attributed to the following costs:

- Drugs: 2014 310 050 000 000 tenge (\$ 1,73 Bln.). . 2015 349 570 000 000 tenge (\$ 1,61 billion), with an annual growth rate of 1267% in local currencies and a decrease in the amount of -6,6% in US dollar terms;

- Health: in 2014 1,76 trillion. Tenge (\$ 9,78 Bln.), in 2015, 2.05 trillion. (\$ 9,45 Bln.), An increase of 16,6% in local currencies and a decrease in volume by 3,4% in dollar terms.

Conclusions. Thus, in this situation for the country, as mentioned above, it is important to take decisive steps towards economic diversification. This offers good prospects for the implementation of large-scale privatization plan for state-owned companies, the Government announced November 3, 2015.

**СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ
ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ Й ДОСТУПНОСТІ
ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА
ПРИНЦИПАХ МАРКЕТИНГУ ІННОВАЦІЙ І
МЕНЕДЖМЕНТУ.**

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОЯЛЬНОСТІ ПЕРСОНАЛУ ВІТЧИЗНЯНИХ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ, ЯК ІНСТРУМЕНТУ АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЮ КУЛЬТУРОЮ

Артюх Т. О.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

На сьогоднішній день у складних швидко змінюваних ринкових умовах аптечним закладам (АЗ) та їх структурним підрозділам, як у складі аптечних мереж так і самостійних закладів, стає все далі важче знаходити ефективні шляхи спроможності до конкурентної боротьби. Одним із таких інструментів й до нині залишається організаційна культура (ОК) АЗ, вмiле користування яким надасть можливість не тільки вижити, а й розвиватись вигідно вирізняючись на тлі інших конкурентів. Незважаючи на те, що ОК є багатограним та комплексним інструментом, для ефективного його використання важливо акцентувати увагу на кожному з її елементів. Оскільки носієм ОК АЗ є його персонал, організаційна поведінка кожного спеціаліста фармації (СФ) також потребує ефективного управління. Одним із проявів такої поведінки СФ є лояльність до АЗ. На лояльних СФ можливо збудувати ефективну систему адаптивного управління персоналом, оскільки саме вони здатні швидше пристосовуватись до будь-яких змін зовнішнього та внутрішнього середовища АЗ для попередження кризових станів та його активного розвитку, реорганізації АЗ, отримання нових знань та використання їх на користь АЗ, залишаючись протягом тривалого часу зацікавленими в успішності та процвітанні організації через діяльність на досягнення її місії та мети функціонування, асоціюючи та уособлюючи себе із АЗ як єдине ціле та сприймаючи його цінності.

Проблемні питання, пов'язані з розвитком і оцінкою ефективності використання кадрового потенціалу в межах АЗ досліджуються та широко висвітлюються у працях багатьох вчених України та за її межами. Проте комплексні дослідження, які представлені в роботі, раніше не проводилися. Саме тому метою роботи стало системне дослідження рівня лояльності СФ вітчизняних АЗ, як одного з важливих інструментів для ефективного управління їх організаційною культурою.

У дослідженні взяли участь 1940 СФ з різних регіонів України, що обіймають різні посади. Для досягнення поставленої мети дослідження використано низку сучасних методів: кабінетного (традиційного) аналізу і контент-аналізу, анкетування та інтерв'ювання, мозкового штурму під час групових сесій експертів. Аналіз та обробку даних здійснювали математично-статистичними методами за допомогою комп'ютерних програм (STATISTICA V.6; Microsoft Office Excel 2003).

Протягом дослідження проаналізовано різноманіття методик оцінки рівня лояльності персоналу. Для визначення рівня лояльності СФ АЗ було обрано спосіб Фреда Райхельда для обліку впливу створених організацією гарних взаємовідносин із персоналом, що заслуговують на лояльність, тобто аналіз показника індексу чистої підтримки (Net Promoter Score – NPS). Традиційна методика була нами модифікована для оцінки різних складових організаційної культури шляхом аналізу вірогідності надання рекомендації СФ своїм друзям або рідним для: 1) отримання послуги у їх АЗ; 2) працевлаштування до цього АЗ.

Оскільки це дає змогу проаналізувати не тільки рівень лояльності СФ, як співробітників АЗ, який вони створюють по відношенню до клієнтів АЗ, а й здійснити оцінку лояльності АЗ до самих СФ з урахуванням комфортності психологічного мікроклімату й інших умов роботи у цьому АЗ. Створені анкети та листи-опитування базувались на принципах простоти та відкритості питання, що дозволило уникнути викривлення результатів дослідження, які створюються заздалегідь складеними традиційними відповідями; та передбачали отримання оцінки від респондентів на вищезазначені питання

по шкалі від 1 до 10. Отримані відповіді від СФ були розподілені, відповідно до традиційної класифікації обраної методики NPS, на три групи: промоутери – спеціалісти, які поставили у відповідь на запитання 9-10 балів, пасивні, спеціалісти, які оцінили вірогідність надання рекомендації у 7-8 балів та детрактори - спеціалісти, які поставили 6 та нижче балів).

Так, результати дослідження розподілились наступним чином: серед усіх СФ, які були згодні надати рекомендацію своїм друзям, рідним для отримання послуги у їх АЗ, промоутери склали - 21,87%, пасивні – 62,49%, а детрактори – 15,64%. Аналіз результатів на друге питання (рекомендації СФ своїм друзям або рідним для працевлаштування до цього АЗ) показав наступний розподіл: промоутери – 27,53%, пасивні – 51,24%, а детрактори – 23,71%.

За результатами дослідження з використанням активної технології мозкового штурму під час групових сесій експертів виявлено атрибути лояльності СФ. Далі методом типологічного групування однакові за значенням й змістовністю атрибути лояльності СФ об'єднані та згруповані у наступні категорії: чесність по відношенню до АЗ; вірність АЗ; прийняття та поділення СФ головних цінностей АЗ; турбота СФ та покладання їх зусиль на досягнення успіху АЗ; відкрита демонстрація приналежності СФ до АЗ або його відділу, структурного підрозділу; готовність СФ до попередження кризових станів та небезпеки; готовність до самопожертви, самовіддачі на користь АЗ (робота понаднормово, додаткові зміни, робота у вихідні або під час відпустки); відчуття гордості за АЗ, гордості за приналежність до нього, його співробітників; прагнення як найкраще виконувати свою роботу за для досягнення головної мети діяльності АЗ. Така поведінка є більш характерною для промоутерів.

Поряд із цим визначили атрибути поведінки персоналу, наявність яких може свідчити про відсутність лояльності СФ (детрактори), не звертання уваги на які та несвоєчасне виправлення може мати негативні наслідки для АЗ. До них віднесли наступні групи: обман АЗ; висміювання, наруга над цінностями і переконаннями, які важливі для АЗ; перевага особистих інтересів перед інтересами АЗ; відсутність дбайливості й люб'язності; порушення досягнутих домовленостей і т. п.

Також слід зауважити, що пасивні СФ є найбільш складною групою, оскільки їх наявність в АЗ не є явною й з першого погляду ситуація може виглядати досить оптимістично, проте у скрутний час для керівництва може виявитися неприємним сюрпризом відсутність допомоги з боку цієї категорії СФ.

В результаті встановлення типу поведінки, яка є характерною для кожного зі СФ, відповідно їх відповідей, розроблено план дій для усунення негативних наслідків та підвищення рівня лояльності у групах детракторів й активації дій у пасивних групах.

Висновки. Вивчені особливості діяльності СФ через встановлення атрибутів лояльності та здійснено дослідження рівня лояльності персоналу вітчизняних АЗ, як інструменту адаптивного управління ОК методом обліку індексів чистої підтримки СФ по відношенню до АЗ шляхом оцінки ступеня готовності до надання рекомендації для отримання послуги в АЗ та працевлаштування до нього, що є внеском у теоретичні і практичні знання про вітчизняну систему управління ОК в контексті адаптивного управління персоналом АЗ. Саме тому зазначені дослідження є актуальними та потребують подальшого дослідження для розробки методології і прикладних науково-методичних засад адаптивного управління персоналом АЗ та впровадженням результатів роботи у практичну діяльність.

ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКІВ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Гудзенко О. П., Барнатович С. В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Катастрофічна девальвація гривні, податкове навантаження на лікарські засоби (ЛЗ) як соціальну групу товарів, відсутність системи відшкодування вартості ЛЗ (реімбурсації), недостатнє фінансування закупівлі ЛЗ лікувально-профілактичними закладами на фоні повної відсутності будь-яких соціальних та компенсаторних механізмів, які захищають населення від зростання цін та гарантують мінімальний доступ до життєво необхідних ліків, зумовили пріоритетність питання економічної доступності ліків для населення в Україні.

При цьому, відповідальність за ціни покладена тільки на аптечну мережу без врахування усіх чинників, які зумовлюють зростання ціни на ліки. Тому, на нашу думку, саме комплексне запровадження непрямих механізмів на рівні держави, виробника, оптової та аптечної ланки сприятимуть зниженню цін та підвищенню економічної доступності ліків для населення.

Позитивний вплив на рівень цін матимуть наступні заходи:

- скасування 7% ставки ПДВ на готові та 20% ставки ПДВ на екстемпоральні ЛЗ та встановлення пільгової 0% ставки ПДВ;
- створення Національного переліку основних ЛЗ у відповідності з базовим Переліком основних ЛЗ, рекомендованих ВООЗ;
- декларування цін на життєво необхідні ліки виробником, дистриб'ютором та аптекою;
- обґрунтована установка фіксованого рівня граничних оптових та роздрібних надбавок відповідно до економічного рівня;
- запровадження системи реімбурсації (повної або часткової) для мінімального переліку життєво необхідних ліків;
- впровадження в Україні системи паралельного імпорту;
- внесення змін в Закон України «Про державні закупівлі» та впровадження прозорої системи моніторингу та контролю розподілу ЛЗ, які закуповуються за кошти державного/місцевих бюджетів. (Такий сервіс вже існує у рамках загального проекту компанії «МОРІОН» щодо моніторингу госпітальних закупівель ЛЗ в Україні. Основна ідея програмного продукту — моніторинг офіційного сайту, присвяченого державним закупівлям Міністерства економічного розвитку та торгівлі України та сайту електронної системи державних закупівель ProZorro) ;
- зобов'язання аптечної мережі щодо надання пацієнту інформації про всі наявні в аптеці препарати з однаковою діючою речовиною та ціни на них з правом вибору конкретного ЛЗ. При цьому, повинна бути наявна відкрита публікація щодо рівня доказової терапевтичної еквівалентності та ефективності всіх ЛЗ, які допускаються на ринок України (як приклад, американська Orange Book);
- завершення роботи над проектом Національної політики ЛЗ, який передбачає чіткий план дій та включає провідні світові практики та інструменти для забезпечення економічно та фізично доступних ліків для населення.

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Яковлева Л. В., Портянка М. М., Кириченко О. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Для кожного пацієнта отримання максимального терапевтичного ефекту при мінімальних витратах є актуальним. Високий рівень захворюваності, частота ускладнень та прийом препаратів протягом усього подальшого життя свідчать про значні економічні витрати. Враховуючи це, проведення аналізу доступності антигіпертензивних препаратів першої лінії є актуальним на сьогоднішній день.

Мета даної роботи – проведення аналізу доступності антигіпертензивних препаратів першої лінії вибору для українських пацієнтів протягом 2013-2014 років.

Об'єкти дослідження. Дані про антигіпертензивні лікарські препарати (ЛП) першої лінії за 2013-2014 рр. Для визначення доступності антигіпертензивних ЛП було розраховано показник адекватності платоспроможності ($C_{a.s.}$) і коефіцієнт доступності (D), які визначили відповідно за формулами 1 і 2.

$$C_{a.s.} = P/W_{a.w.} \times 100\% \quad (1)$$

де: P – середньозважена ціна 1 упаковки ЛП за певний період (рік); $W_{a.w.}$ – середня заробітна плата за певний період (рік).

$$D = I_x \times Z_{min} / (I_s \times V_k) \quad (2)$$

де: Z_{min} – мінімальна заробітна плата в країні; V_k – прожитковий мінімум; I_x – індекс зміни мінімальної заробітної плати ($I_x = Z_n / Z_{n-1}$, Z_n – заробітна плата за досліджуваний рік, Z_{n-1} – мінімальна заробітна плата за попередній рік); I_s – зведений індекс ціни на ЛП за цей же період часу ($I_s = C_n / C_{n-1}$, C_n – середня ціна за досліджуваний рік, C_{n-1} – середня ціна на ЛП за попередній рік).

Результати дослідження. На фармацевтичному ринку України у 2013-2014 рр. було представлено 36 МНН та 35 комбінацій антигіпертензивних ЛП першої лінії. Згідно з розрахованими показниками адекватності платоспроможності 1 упаковка досліджуваних ЛП коштувала українському пацієнту у 2013 році від 0,19% (фуросемід) до 10,4% (еплеренон), а у 2014 році – від 0,26% (атенолол) до 12,9% (еплеренон) середньомісячної заробітної плати. Середніми за доступністю для хворих на АГ у 2013 році були епрозартан, тельмизартан, еплеренон та 5 комбінованих ЛП, у 2014 році – ольмезартан, епрозартан, еплеренон та 5 комбінованих ЛП. Найбільш доступними в 2013-2014 рр. для українських пацієнтів були антигіпертензивні ЛП фуросеміду, атенололу, пропранололу та еналаприлу.

Згідно з результатами розрахунку коефіцієнтів доступності (D) досліджуваних ЛП коефіцієнт $D < 1$ у 2013 році мали 8 МНН та 6 комбінацій ЛП, а у 2014 році – 32 МНН та 28 комбінацій ЛП, що свідчить про різке зниження доступності антигіпертензивних ЛП для українських пацієнтів у 2014 році. Більш доступними у порівнянні з 2013 р. у 2014 році стали комбінації гідрохлортиазиду з лізиноприлом та амлодипіну з лізиноприлом, а також тельмизартан.

Висновки. Асортимент антигіпертензивних ЛП, рекомендованих «Уніфікованим клінічним протоколом лікування артеріальної гіпертензії», на фармацевтичному ринку України у 2014 році у порівнянні з 2013 р. практично не змінився. Найбільш доступними у 2013–2014 рр. були препарати фуросеміду, атенололу, пропранололу та еналаприлу. Результати розрахунку коефіцієнту D свідчать про різке зниження доступності антигіпертензивних препаратів для українських пацієнтів у 2014 році.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗМІНИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ ДОБАВОК

Калушка О. Б., Ковальова Н. П., Грошовий Т. А., Мельник О. А.
Тернопільськи державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського,
м. Тернопіль, Україна

Біологічно активні добавки до їжі (БАДи) є речовинами або їх сумішами, що використовуються для надання раціону харчування спеціальних лікувальних або лікувально-профілактичних властивостей. В Україні відсутній Державний реєстр біологічно активних добавок. Попри те актуальним та навіть необхідним є його створення, з метою систематизації, узагальнення класифікації та для зручності орієнтування у асортименті біологічно активних добавок вітчизняного та закордонного виробництв. Також, є потреба у виданні довідника БАДів з детальними відомостями щодо складу, показань та протипоказань до вживання, форми випуску, терміну вживання тощо.

Біологічно активні добавки до їжі набули широкого поширення особливо за останнє десятиліття. Їх асортимент як в Україні, так і в країнах СНД неухильно розширюється. Сьогодні населенню України пропонують свою продукцію понад 200 фірм-виробників біологічно активних добавок. Позитивний вплив біологічно активних добавок до їжі на організм людини відзначає фармацевтична галузь, оскільки БАДи входять до переліку супутніх товарів аптечного асортименту

Проаналізовано нормативно-правову базу, щодо віднесення біологічно активних добавок до категорії харчових продуктів та спрощення системи реєстрації і виведення їх на ринок, це значно знижує ступінь сертифікації та відповідно зменшує вимоги до виробництва і дослідження перед впровадженням БАД на ринок, недоліком є - зниження контролю БАДів, а перевагами - зниження витрат на реєстрацію, що впливає на економічну вартість та збільшує доступність для споживача. Складено реєстр біологічно активних добавок до їжі вітчизняного та закордонного виробництва наявних на українському фармацевтичному ринку, який включає в себе 2245 найменувань, з них вітчизняного виробництва – 1218 та 1027 найменувань іноземного виробництва.

На фармацевтичному ринку України присутні біологічно активні добавки 51 країни, лідером за кількістю найменувань та виробників є Україна.

Проведено анкетне опитування аптечних працівників та споживачів біологічно активних добавок, результати анкетного опитування показали, що в аптечних закладах м. Тернопіль переважають іноземні біологічно активні добавки; найпоширенішими групами біологічно активних добавок є: для загального зміцнення організму, для органів травлення та для сечостатевої системи; постачання в аптечні заклади переважно здійснюється 1 раз на тиждень, а покупки найчастіше здійснюють люди працюючого віку.

АНАЛИЗ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ РЫНОЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Малый В. В., Муса Истанис Марвек Медхат, Жадько С. В.
Національний фармацевтичний університет, г. Харків, Україна

Высокий уровень насыщения лекарственными средствами и жесткая конкуренция на фармацевтическом рынке Украины на фоне кризисных явлений в экономике, процессов глобализации и экономической интеграции обуславливают потребность фармацевтических предприятий в постоянном совершенствовании стратегических и тактических инструментов маркетинга на основе анализа привлекательности выбранных сегментов рынка и оценки использования рыночного потенциала как по отношению к отдельным лекарственным

средствам, так и предприятию в целом.

В настоящее время в работах ряда украинских ученых подчеркивается неполное использование отечественными предприятиями различных отраслей экономики своего потенциала, а также уделяется значительное внимание факторам формирования маркетингового, экономического, рыночного, сбытового, конкурентного и др. видов потенциала предприятия. Наряду с изучением рыночного потенциала предприятия, внимание в научных публикациях уделяется такому понятию, как рыночный потенциал товара.

Нами принято, что рыночный потенциал лекарственного средства представляет собой прогнозную величину максимально возможного объема его продаж при условии его приобретения всеми без исключения потенциальными потребителями в необходимом количестве. Определение рыночного потенциала лекарственного средства позволяет фармацевтическому предприятию рассчитывать потребность потребителей и прогнозировать динамику продаж, а также разрабатывать маркетинговые конкурентные стратегии для более полного использования рыночного потенциала.

Определение рыночного потенциала лекарственного средства может базироваться на прогнозе развития сегмента рынка и определении прогнозной рыночной доли лекарственного средства с учетом его конкурентоспособности и наличия уникальных конкурентных преимуществ, а также с учетом интенсивности и эффективности планируемых маркетинговых мероприятий предприятия-производителя и его конкурентов.

При анализе рыночного потенциала лекарственного средства можно выделить такие его уровни: объем сбыта (используются фактические данные предприятия о продажах лекарственного средства за определенный период); сбытовой потенциал (максимально возможный уровень сбыта лекарственного средства при максимальном вовлечении всех ресурсов и возможностей сбытовой системы предприятия); емкость сегмента рынка (возможный объем реализации лекарственного средства и его аналогов при данном уровне спроса и соотношении цен); рыночный потенциал (максимально возможный объем продаж лекарственного средства при оптимальном использовании маркетинговых усилий предприятия); общий потенциал сегмента рынка (максимально возможный объем продаж лекарственного средства и его аналогов при оптимальном использовании маркетинговых усилий всеми предприятиями-конкурентами). Сопоставление величины рыночного потенциала лекарственного средства с величиной фактической емкости определенного сегмента рынка дает возможность судить о степени использования рыночного потенциала и масштабе рыночных возможностей предприятия. Абсолютный рыночный потенциал, достижение которого считается невозможным на практике даже при максимальной интенсивности маркетинговых мероприятий, ограничивается верхним пределом спроса, при котором все потенциальные потребители приобретают исключительно данное лекарственное средство и потребляют его по максимуму (в необходимой дозировке и длительности курса лечения).

В распоряжении фармацевтических предприятий находится огромный арсенал маркетинговых инструментов для формирования рыночного потенциала лекарственных средств, которые можно сгруппировать по основным элементам комплекса маркетинга, реализуемых в рамках товарной, ценовой, сбытовой и коммуникативной политики предприятий. Под инструментами маркетинга понимают комплекс мероприятий, отображенных в маркетинговой программе предприятия и обеспечивающих взаимоотношения между фармацевтической компанией и ее целевыми аудиториями (маркетинговые исследования, сегментация и таргетинг, упаковка, позиционирование, использование торговой марки, создание каналов сбыта, брендинг, реклама, стимулирование сбыта, связи с общественностью и многие другие). Отдельную категорию составляют инструменты Интернет-маркетинга (использование веб-сайта компании и лекарственного средства, поисковый маркетинг, вирусный маркетинг, маркетинг в социальных сетях, Интернет-реклама, контент-маркетинг, мобильный маркетинг, гейминг, видеомаркетинг и

др.). В настоящее время эксперты насчитывают уже более 5 тысяч инструментов маркетинга, выбор и интенсивность использования которых зависит от этапа жизненного цикла товара, чувствительности потребительского спроса к маркетинговым мероприятиям, динамики сегмента рынка, на котором работает предприятие (рост, стабильность, сокращение), уровня захвата рынка, уровня проникновения на рынок и т.д.

На расширяемом рынке (при расширяемом спросе) величина спроса на лекарственные средства определенной группы легко изменяется под влиянием совокупных маркетинговых усилий производителей, оптовых и розничных посредников. Расширяемый спрос характерен для относительно новых классов лекарственных препаратов (статины, геропротекторы и т.п.), а также препаратов на основе новых химических субстанций. Сегментообразующим лекарственным средством зачастую является именно оригинальный препарат, компания-производитель которого прилагает основные усилия по формированию спроса. При насыщении рынка лекарственного средства, который при этом достигает стадии зрелости, дальнейшая интенсификация маркетинговых усилий не приводит к увеличению общей емкости определенного сегмента рынка. Увеличение объемов продаж предприятия-производителя становится возможным преимущественно за счет завоевания доли рынка предприятий-конкурентов.

Одним из возможных инструментов увеличения рыночного потенциала на стадии зрелости лекарственного средства является позиционирование (репозиционирование или расширение начального позиционирования с включением новых групп потребителей или новых показаний к применению и терапевтических эффектов на основании дополнительных клинических исследований). Так, создание модификации торговой марки лекарственного средства Глутаргин-Алкоклин на основе гепатопротектора Глутаргин облегчает его позиционирование в группе средств для защиты от алкоголя. Отличительной особенностью действия Глутаргин-Алкоклин в группе средств для защиты от алкоголя является профилактика гепатотоксического действия алкоголя. Не имея прямых конкурентов по составу и механизму действия, Глутаргин-Алкоклин конкурирует со специальными пищевыми добавками, тонизирующими и отрезвляющими напитками, лекарственными средствами, содержащими ацетилсалициловую кислоту и др.

Таким образом, изучение факторов формирования рыночного потенциала лекарственных средств и разработка конкурентных стратегий с использованием различных маркетинговых инструментов является перспективным направлением научных исследований.

ИЗУЧЕНИЕ СЕГМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Маматова А. С., Сакипова З. Б., Кисличенко В. С., Новосел Е. Н.

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

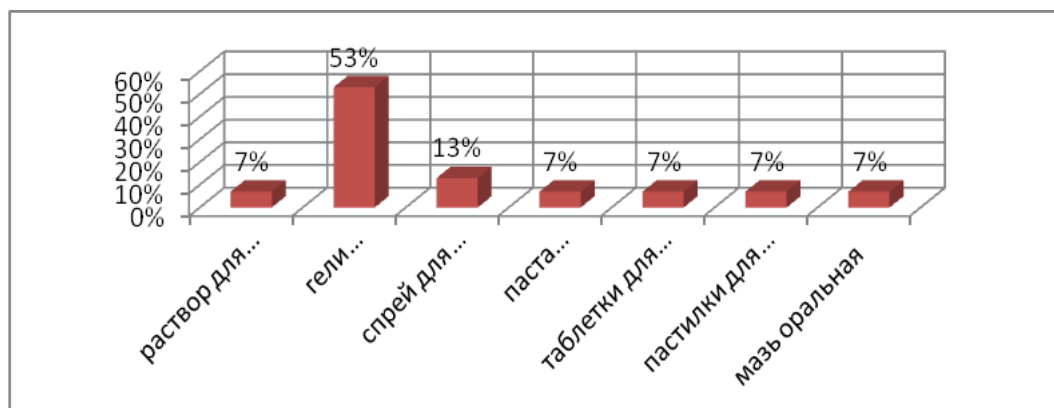
В Республике Казахстан прослеживается распространенность заболеваний пародонта, как среди взрослого, так и среди детского возраста, характеризующиеся различной тяжестью их течения, преждевременной потерей зубов и возможным формированием очагов хронической инфекции. Поэтому поиск и создание отечественных средств для лечения и профилактики вышеуказанной проблемы является актуальным.

На модуле «Фармацевт-технолог» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, совместно с учеными Национального фармацевтического университета Украины, г. Харьков ведутся полномасштабные научные исследования по изучению перспективной флоры Казахстана с

целью внедрения их в здравоохранение как самостоятельное средство и как источник биологических активных веществ для создания оригинальных препаратов.

Цель: анализ фармацевтического рынка лекарственных препаратов РК, применяемых при воспалительных заболеваниях полости рта.

Материалы: анализ проводили на основе Государственного реестра, патентной научной литературы и интернет-источников. Общее число препаратов исследуемого направления составляет всего 15 наименований, из которых: гели (n – 8), спреи (n – 2), растворы (n – 1), таблетки (n – 1), пастилки (n – 1), паста (n – 1), мазь (n – 1). Проведен анализ зарегистрированных ЛС по странам-производителям. Из 15 препаратов 3 препарата являются отечественного производства, 12 - зарубежного производителя (Нидерланды – 2, Россия – 2, Германия – 2, Индия – 1, Латвия – 1, Швейцария – 1, Египет – 1, Австрия – 1, Польша – 1). По фармакологическому ранжированию активных веществ представлены следующие группы: антисептики с бактерицидным действием, другие противомикробные средства, противовоспалительные, в том числе нестероидные.



Результаты: Спектр лекарственных препаратов немногочислен и представлен в основном противомикробными препаратами с большей долей импортного производства. По лекарственным формам преобладают гели, из препаратов отечественного производства зарегистрирована лишь одна форма в виде геля.

Выводы: Таким образом, проведено изучение отечественного фармацевтического рынка стоматологических средств для лечения пародонтита. Установлено, что представленные препараты в основном зарубежного производства, доля отечественных составила 20%. Лекарственные формы в виде гелей имеют множество преимуществ по сравнению с другими лекарственными формами и доминируют в общей номенклатуре исследуемых объектов. Поэтому изучение ассортимента, анализ составов представленных стоматологических гелей является первым этапом для надлежащей фармацевтической разработки нового отечественного лекарственного средства с целью импортозамещения.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФОРМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПАРАФАРМАЦЕТИЧНИХ ТОВАРІВ В УКРАЇНІ

Міщенко В. І., Тімофєєв С. В., Винник О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

У сучасних умовах економічної кризи в Україні на фармацевтичному ринку спостерігається значне подорожчання лікарських засобів (ЛЗ), що є в край негативною тенденцією розвитку фармацевтичної галузі України. Тому одним з важливих та соціально значущих питань сьогодення є проблема використання парафармацевтичних товарів (ПТ) перш за все з метою профілактики захворювань.

Загально відомо, що парафармацевтики сприяють підвищенню якості життя людини, знижують ризики захворюваності серед населення, застосовуються з метою профілактики хвороб та у період реабілітації.

Мета роботи – аналіз сучасних каналів з продажу ПТ, а саме: фармацевтичних маркетів та роботизованих аптек, які впроваджують інноваційні форми реалізації ПТ. У дослідженні були використані такі методи, як контент-аналіз та метод порівняння для розробки ефективних механізмів профілактики та підвищення доступності фармацевтичної допомоги в Україні для широких верств населення.

Об'єктом досліджень є дані спеціалізованих літературних джерел з обраної тематики та сайти мережі Інтернет.

На цей час у деяких країнах набула поширення практика впровадження Інтернет-аптек, наприклад, у США. Але в Україні Інтернет-аптеки заборонені, тому технологія електронного продажу парафармацевтиків через Інтернет не використовується. Згідно Постанови КМ України від 03.02.2010 р. №259 «Деякі питання діяльності, пов'язаної з торгівлею лікарськими засобами», тільки аптечні заклади мають право придбавати та продавати вироби медичного призначення, предмети особистої гігієни, природні та штучні мінеральні води, лікувальне, дитяче та дієтичне харчування, лікувальні косметичні засоби та інші супутні товари. Тобто ПТ мають право реалізуватися тільки через аптеки та аптечні заклади.

На початку 2000-х років в Україні почали з'являтися перші фармацевтичні маркети – одна з найновітніших форм надання фармацевтичних послуг в країні. З кожним роком цей формат реалізації ПТ на фармацевтичному ринку стає все більш популярним. За даними наукової літератури, доля фарммаркетів в Україні поступово збільшується (на рівні 2% на рік). Це, як правило, великі аптечні мережі:

- «Аптека Доброго Дня»,
- «Фармастор»,
- «Здоров'я»,
- «Мед-сервіс»,
- «Аптека низьких цін»,
- «Здравица»,
- «Аптека GAS» та інш.

В Україні фармацевтичний маркет – логічне продовження аптек. Фарммаркети не складають конкуренцію класичним аптекам у питаннях реалізації ПТ, оскільки працюють у різних нішах, а саме:

- у кожного «свої» постійні клієнти та різноманітні заохочення для покупок;
- різні принципи територіального розподілу;
- застосування різноманітних форм знижок та приваблення клієнтів;
- відмінності у принципах формування парафармацевтичного асортименту та інш.

До аптеки, як правило, звертаються покупці старшої генерації. Фармацевтичний маркет – місце, яке легше сприймається та цінується молодим поколінням, там реалізується велика кількість необхідних та корисних парафармацевтиків для здоров'я, комфорту та профілактики захворювань.

Праця фахівців у фарммаркеті значно відрізняється від традиційної роботи фармацевтичних працівників за «першим столом», які завжди вважалися експертами в лікознавстві. Усі товари там розташовані за групами у вільному доступу покупців і під вузько окресленими рубриками: гомеопатія, профілактично-лікувальні чаї, перев'язувальні матеріали, засоби догляду за лінзами і окулярами, апарати для вимірювання тиску.

Також на відкритих стелажах торговельного залу представлено великий асортимент ПТ: це насамперед дієтичні добавки, різноманітні засоби лікувальної косметики, товари по догляду за немовлятами та пацієнтами геріатричного віку та інш.

На цей час асортимент парафармацевтиків стрімко розвивається та відкриває перед фармацевтичними працівниками фарммаркетів нові форми праці – консультанти в галузі здоров'я та краси й профілактики захворювань.

То дедалі все більшим попитом серед роботодавців користуються фармацевтичні працівники, які здатні надавати високопрофесійні консультації не тільки при застосуванні ЛЗ, а й володіти інформацією щодо будь-якого ПТ.

Якщо під час роботи з рецептурними ЛЗ більшість консультацій провізора спрямована на особливості їх застосування, дозування, побічних ефектах та поясненнях особливостей прийому препаратів, то у випадку з ПТ відкривається великий простір щодо роботи консультанта. Оскільки саме парафармацевтичний асортимент формує асоціацію у відвідувачів фарммаркету зі здоровим способом життя, а не із захворюванням.

Наразі в Україні впроваджується інноваційна форма реалізації ПТ – роботизована аптека. Переймаючи європейський досвід та новітні технології, перша аптека такого формату була відкрита під торговою маркою (ТМ) «Копійка» у літку 2014 р. у м. Запоріжжі. На цей час аптеки ТМ «Копійка» відкрилися в містах Харкові (3 аптеки), Одесі, Дніпропетровську, Нікополі, відвідувачі яких, заходячи до торговельної зали та користуючись планшетами, обирають ЛЗ чи ПТ, які відправляють до кошика покупця.

Коли замовлення сформовано, воно далі надходить для обробки роботу-машині, який швидко та без помилок знаходить потрібні товари, які треба, та направляє їх до кошика відвідувача. Провізор приймає оплату за товар шляхом безготівкового розрахунку, пластиковими картками чи хопперами, які не тільки приймає купюри різного номіналу, але також видає здачу.

Завдяки роботу-маніпулятору, який повністю взяв на себе функції розподілу товару на складі, формування та видачу заказів, звільняє час для фармацевтичних працівників для якісної консультації відвідувачів. Новітні способи обслуговування покупців присутні у роботизованій аптеці, а саме: відсутність прилавка, спрощена комунікація з провізорами-консультантами щодо застосування ПТ у залі, інформаційні пристрої, замовлення через Інтернет, система коригування чергою, аптечний робот та інш. дають можливість до більш швидкого обслуговування відвідувачів таких аптек.

Таким чином, сучасні форми реалізації ПТ – фармацевтичні маркети з'явилися в Україні 15 років тому, доля яких поступово збільшується (на рівні 2% на рік). На цей час в Україні у містах Харкові, Одесі, Дніпропетровську, Нікополі впроваджується інноваційна форма реалізації ПТ – роботизована аптека, де застосована спрощена комунікація формування заказу завдяки роботу-маніпулятору, який звільняє час для спілкування фармацевтичних працівників з клієнтами щодо використання парафармацевтиків з метою профілактики захворювань.

Тому аналіз динаміки розвитку парафармацевтичного ринку та сучасних форм їх реалізації через аптеки та фармацевтичні маркети, має важливе науково-практичне значення у розробці ефективних методів регулювання профілактики та підвищення доступності фармацевтичної допомоги в Україні.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ АУДИТУ І КОНТРОЛІНГУ В АПТЕЧНУ ПРАКТИКУ

Назаркіна В. Н., Сапсай Р. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Впровадження Належної аптечної практики спрямоване на підвищення стандартів обслуговування населення, при цьому акценти зміщуються у бік соціальних цілей (фокус на пацієнта) на перевагу комерційним інтересам аптеки. Пріоритетним напрямком діяльності

аптеки стає надання своєчасної кваліфікованої фармацевтичної допомоги населенню, що передбачає забезпечення населення і закладів охорони здоров'я якісними лікарськими засобами (ЛЗ) і товарами аптечного асортименту у необхідній кількості, в адекватній лікарській формі й за доступною ціною, при належному інформуванні про раціональне їх застосування.

В умовах зростання потреб та обмеженості ресурсів охорони здоров'я за відсутності обов'язкового медичного страхування, а також низької платоспроможності населення, гостро постає проблема доступності основних лікарських засобів (ОЛЗ). При функціонуванні аптеки як економічного суб'єкта та закладу охорони здоров'я об'єктивно виникає конфлікт економічних та етичних міркувань, оскільки для аптеки життєво необхідним є стабільне отримання обґрунтованого рівня прибутку при збереженні доступних цін на ЛЗ і якісного фармацевтичного обслуговування. Отже, в сучасних умовах актуальності набуває розробка загальної методики аналізу соціальної та економічної ефективності діяльності аптечних закладів на базі методології аудиту та контролінгу. Для одержання релевантних результатів аналізу необхідне дотримання певних умов: використання адекватних методів аналізу, системи взаємопов'язаних підконтрольних показників та їх нормативних значень, а також чітких і прозорих критеріїв оцінювання.

На сьогоднішній день існує великий арсенал методів аналізу, які реалізуються в системі державного аудиту, незалежного (зовнішнього) аудиту, внутрішнього аудиту, самоаудиту. В останні роки отримала розвиток концепція контролінгу, яку називають «управлінням управлінням», оскільки вона поєднує встановлення цілей; планування; облік; контроль; аналіз; управління інформаційними потоками; розробку рекомендацій для прийняття управлінських рішень. У великих компаніях з метою постійного моніторингу життєво важливих показників створюються цілі структурні підрозділи (відділ / служба внутрішнього аудиту, служба контролінгу), виділяються центри відповідальності. Це вимагає залучення значних ресурсів, що для багатьох сучасних аптек є неприйнятним. Але загальні принципи аудиту та контролінгу доцільно використовувати при організації та управлінні діяльністю аптеки (оптової фармацевтичної фірми), для планування, оцінки її ефективності.

У сучасній теорії аудиту виділяють кілька його видів, а саме: економічний, фінансовий, управлінський, операційний, соціальний, аудит на відповідність, аудит персоналу, цінової, екологічний аудит, в останні роки отримав розвиток аудит систем управління якістю. Згідно з Міжнародними стандартами аудиту виділяють внутрішній і зовнішній (незалежний) аудит. Внутрішній аудит проводиться штатними співробітниками підприємства на вимогу і за ініціативою його керівництва і спрямований на оцінку ефективності функціонування системи обліку та внутрішнього контролю, моніторинг основних індикативних показників і підвищення ефективності використання всіх видів ресурсів.

Відповідно до чинного законодавства для аптечних закладів аудит не є обов'язковим і, як показало дослідження, проводиться досить рідко, у разі крайньої необхідності. Це обумовлено великою кількістю об'єктивних чинників, серед яких: зарегульованість фармацевтичної діяльності; недостатня поінформованість керівників аптек про переваги аудиту; висока вартість аудиторських послуг і обмеженість фінансових ресурсів. Найчастіше аналіз фінансово-господарської діяльності проводиться фінансовим аналітиком або керівником фірми самостійно (75%), тільки на 6% фірм (великі аптечні мережі) створена спеціальна служба, яка здійснює внутрішній аудит, при цьому діяльність аналітиків спрямована переважно на аналіз ринку і виявлення резервів підвищення продажів. Слід зазначити, що майже половина (46%) опитаних керівників аптек вказали на необхідність проведення незалежного аудиту хоча б раз у 3 роки.

Встановлено, що для оцінки ефективності торгово-фінансової діяльності аптеки найчастіше використовуються відповідні економічні показники (товарообіг, рецептура, рівень запасів, витрати, прибуток і рентабельність). Джерелами інформації в даному випадку є дані

внутрішньогосподарського і бухгалтерського обліку, планово-нормативні дані, результати аудиту та перевірок контролюючих органів. Нормативні значення зазначених показників, як правило, встановлюються плануванням і періодично проводиться контролінг показників «план-факт», «факт-факт» і аналіз відхилень (їх величини, ймовірних причин і винних). З огляду на сезонні коливання товарообігу, доцільно проводити порівняння за аналогічні періоди в динаміці ряду років або в цілому за рік. Слід зазначити, що всі перераховані показники слід аналізувати у взаємозв'язку. Так, аналіз «витрати-обсяг-прибуток» (CVP-аналіз, costs-volume-profit) дозволяє відшукати найбільш вигідне співвідношення між перемінними і постійними витратами, ціною і обсягом виробництва / реалізації продукції.

З точки зору системного підходу важливим напрямком дослідження є оцінка рівня забезпеченості ресурсами та їх ефективного використання, з цією метою доцільно впроваджувати контролінг маркетингу, логістики, контролінг інновацій з їх специфічними методами аналізу. Більш глибокий аналіз ефективності використання підприємством ресурсів проводиться з використанням даних фінансової звітності. Побудова аналітичних таблиць на підставі агрегованого балансу і звіту про фінансові результати дозволяє проаналізувати структуру і динаміку активів підприємства, структуру доходів і витрат підприємства, оцінити раціональність використання власних і залучених джерел формування ресурсів. За даними звіту про рух грошових коштів аналізується величина і структура грошових потоків від операційної, фінансової та інвестиційної діяльності.

У практиці аудиту широко застосовується аналіз із використанням фінансових коефіцієнтів (яких нараховується більше 40) на базі даних бухгалтерської звітності. Аналізуючи показники ліквідності, платоспроможності, ділової активності та рентабельності на початок і кінець звітного періоду, можна не тільки оцінювати результати діяльності, а й прогнозувати тенденції розвитку підприємства, оскільки зазначені фінансові коефіцієнти входять до комплексних моделей прогнозування банкрутства (Альтмана, Таффлера, Спрінгейта тощо). Але при інтерпретації отриманих результатів варто зважати на соціальну складову діяльності аптек. З огляду на відносно низький рівень торгових накладень (26-28% у середньому) і високий рівень витрат, рентабельність аптек є досить низькою (близько 1-2%).

Отже, фармацевтична діяльність не може розглядатися як «аптечний бізнес». Для оцінки ефективності різних аспектів діяльності аптек, оптових фармацевтичних фірм доцільно використовувати принципи аудиту та контролінгу, при цьому для цілей аналізу індивідуально розробляється система показників та їх еталонних значень, підбираються адекватні методи оцінки.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Немченко А. С., Фурса Л. І, Кечеруков Х. Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Злоякісні новоутворення (ЗН) є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем в Україні. У зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією, значним старінням населення показники захворюваності та смертності від ЗН мають стрімку тенденцію росту. Рак легенів (РЛ) є одним з найбільш поширених злоякісних новоутворень. Вкрай негативна соціально-економічна ситуація спостерігається за показниками смертності хворих від РЛ, особливо у чоловічій та працездатній популяції. Так, за даними Національного канцер-регістру (НКР) показник смертності від РЛ у чоловіків стабільно займав I місце у структурі загальної смертності хворих від ЗН. Як свідчать дані літератури, фармацевтичне забезпечення зазначеної групи хворих потребує залучення значних фінансових ресурсів на проведення хіміотерапії (ХТ) протягом тривалого часу. Особлива увага повинна приділятися

питання профілактики та ранньої діагностики РЛ.

У роботах вітчизняних науковців питанням розробки теоретико-прикладних підходів до організації раціонального фармацевтичного забезпечення хворих на ЗН присвячено досить уваги. Впродовж різних років проводилися ґрунтовні дослідження з організаційно-економічного, маркетингового та, фармакоекономічного напрямків. Проте, на даний час в Україні відсутні роботи, в яких комплексно представлені результати аналізу маркетинговий ринку протипухлинних препаратів (ПП), а саме, визначення фізичної та соціально-економічної доступності ліків, які застосовуються для лікування хворих на РЛ.

Метою нашого дослідження були проведення маркетингового аналізу ринку ПП для лікування РЛ, що займає перше місце у структурі смертності населення України, а також оцінка економічної доступності ліків для хіміотерапії РЛ.

З метою визначення асортименту препаратів, що використовуються у ХТ РЛ нами був проведений аналіз уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Рак легені», затвердженому МОЗ України № 387 від 01.06.2014 р, а також Державного формуляру лікарських засобів (ЛЗ) 7 видання. Аналіз асортименту ПП здійснювався за даними АТС-класифікаційної системи за всіма її рівнями.

На попередньому етапі досліджень була сформована вибірка препаратів, що містила 13 найменувань ЛЗ за міжнародними непатентованими назвами (цисплатин (L01X A01), вінорельбін (L01C A04), гемцитабін (L01B C05), доцетаксел (L01C D02), паклітаксел (L01C D01), карбоплатин (L01X A02), пеметрексед (L01B A04), гефітініб (L01X E02), ерлотиніб (L01X E03), етопозид (L01C B01), іринотекан (L01X X19), доксорубіцин (L01D B01), циклофосфамід (L01A A01)).

У дослідженнях використовувалися дані Держкомстату України, Державного реєстру ЛЗ, а саме: показники індексу зміни середньої заробітної плати, мінімальної заробітної плати, вартість споживчого кошика, а також інформаційно-пошукової програми «Моріон» протягом 2010-2015 рр.

За результатами проведених досліджень встановлено наступне. Станом на 01.01.2010 р. із вищезазначеного переліку було зареєстровано 45 торгових назв ЛЗ або 95 ЛЗ з урахуванням форм випуску. Аналіз зареєстрованих ЛЗ для лікування РЛ станом на січень 2015 року свідчить, що на фармацевтичному ринку було зареєстровано 13 ЛЗ за МНН, тобто 100% від загальної кількості ЛЗ, які повністю наведені в уніфікованих клінічних протоколах лікування РЛ.

За торговими назвами були зареєстровані 111 торгових назв ЛЗ та 251 ЛЗ з урахуванням форм випуску, що на 147,7% та 164,2% більше порівняно з січнем 2010 р. Встановлено, що протягом 2010-2015 рр. було зареєстровано 13 ЛЗ за МНН, тобто 100% від загальної кількості ЛЗ, які повністю наведені в уніфікованих клінічних протоколах лікування РЛ. Аналіз питомої ваги зареєстрованих ПП для лікування РЛ в Україні за торговими назвами вітчизняного та іноземного виробництва показав збільшення абсолютної кількості торгових назв протипухлинних препаратів (ПП) для лікування РЛ вітчизняного виробництва, їх питома вага у загальній структурі зменшилася з 31,11% (2010 р.) до 11,71% (2015 р.). До вітчизняних виробників, які зареєстрували ПП у 2015 р. відносяться п'ять фармацевтичних компаній: ПАТ «Київмедпрепарат» (4 торгових назви ЛЗ або 3,60 % від загальної кількості ПП); ПАТ «Фармстандарт-Біолік» (4 торгових назви або 3,60 %); ТОВ «Люм'єр» (2 торгові назви або 1,80 %); ТОВ «Фармекс груп» (2 торгові назви або 1,80 %); ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» (1 торговк назва ЛЗ або 0,91 %). За період з 2010 р. по 2015 р. основною тенденцією розвитку сегмента ринку ЛЗ, що досліджуються, є значне домінування ЛЗ іноземного виробництва.

Наступним етапом нашого дослідження було проведення оцінки економічної доступності ПП для лікування РЛ, які входять до клінічного протоколу хворим РЛ та були представлені на фармацевтичному ринку України. Розрахований та проаналізований

коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.) для ПП за 2010-2015 рр. показав, що спостерігається загальна тенденція до зниження Ca.s. у 2010, 2012, 2015 рр. у порівнянні з попередніми роками на 17,62 %, 13,98 %, 39,65 % відповідно.

Цікавим є той факт, що на фоні зростання вартості долару США на фінансовому ринку країни у 2014-2015 рр. показник Ca.s. у 2015 р. стрімко зменшився, що говорить про формування об'єктивних тенденцій щодо підвищення доступності ПП хворим на РЛ. Це пов'язано зі зростання середньої заробітної плати в Україні. Середнє значення Ca.s. за 2009-2016 рр. склало 73,43%.

Структурний аналіз Ca.s. у динаміці років за АТС-класифікаційною системою (третій рівень класифікації) показав, що впродовж 2010-2015 рр. у порівнянні з іншими фармакотерапевтичними групами ПП найвище значенням цього показника спостерігалось для ПП з групи «Інші антинеопластичні засоби, L01X». Значення Ca.s. препаратів з цієї групи коливалися у межах від 42,67 (2010 р.) до 362,30 (2014 р.). Цей факт обумовлений наявністю у групі препаратів з високовартісними ціновими характеристиками та потребує впровадження механізму хоча б часткової компенсації вартості ЛЗ (реімбурсації) за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Найнижче значення групового показника Ca.s. у період, що досліджувався (2009 – 2015 рр.) було характерне для ПП з групи «Алкілюючі засоби, L01A» – від 3,34 (2013 р.) до 8,53 (2015 р.). У цілому результати проведених досліджень дають змогу стверджувати про наявність протягом 2009-2015 рр. позитивної тенденції до зниження показника Ca.s.. Однак але зі зміною фінансово-економічної ситуації в країні з 2014 року цей показник почав підвищуватись, тобто погіршилась доступність ПП.

Досліджень показників соціально-економічної доступності (D) за 2009-2015 рр. показали, що у 2010-2013 рр. та 2015 рр. середнє значення D для ПП було більшим за одиницю та коливалось у межах від 1,14 (у 2013 р.) до 1,48 (у 2010 р.). Цей факт, слід оцінити як нестабільну характеристику розвитку сегмента фармацевтичного ринку, що досліджувався. У 2014 р. відмічається тенденція до значного зниження показника доступності нижче 1 (0,87), це пов'язано як зі значним зниженням рівня доходів населення, так і з стрімким зростанням курсу валют в зазначений період. У середньому показник доступності за вітчизняними ЛЗ за період 2010-2015 рр. склав 1,07, а за іноземними – 1,09. Розраховані показники за вітчизняними та іноземними ЛЗ підтверджують той факт, що для загальної частини населення України більш доступними є вітчизняні ПП.

Результати проведених маркетингових та організаційно-економічних досліджень мають соціально-економічне значення за умов впровадження соціальної моделі обов'язкового медичного страхування в Україні, як одного із пріоритетних напрямків реформування вітчизняної охорони здоров'я.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ФІТОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Гарник М. С., Дученко М. А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед основних причин смертності перше та друге місце посідають ішемічна хвороба серця (13,2 %) та гостре порушення мозкового кровообігу (11,9 %) відповідно. Високі показники смертності від ІХС та інсульту обумовлені артеріальною гіпертензією, якою страждає 20-30 % дорослого населення, а смертність від даного захворювання складає 2 %.

У структурі захворюваності дорослого населення України в 2015 році друге місце займають хвороби системи кровообігу (10,6 %), що підтверджує Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи

охорони здоров'я України.

Дані сучасної наукової літератури та досвід народної медицини свідчать, що поряд з основними групами синтетичних лікарських засобів (β -адреноблокатори, тiazидні діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ, антагоністи рецепторів до ангіотензину II та інші), допоміжне значення у лікуванні хвороб системи кровообігу має фітотерапія, де особливе місце посідає лікарська рослинна сировина, використовувана як у однокомпонентних, так і в комбінованих препаратах.

До основних груп природних БАР, які використовуються для профілактики та лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ), належать флавоноїди, серцеві глікозиди, ефірні олії, кумарини, стероїдні сапоніни.

З огляду на це, метою роботи був маркетинговий аналіз фітопрепаратів для лікування захворювань серцево-судинної системи, наявних на фармацевтичному ринку міста Вінниці.

Нами був проведений аналіз асортименту лікарських засобів відповідно до Державного реєстру лікарських засобів України і класифікаційної системи АТС. В результаті дослідження встановлено, що на фармацевтичному ринку міста Вінниці представлені 69 фітопрепаратів різних фармакотерапевтичних груп:

I місце займають препарати седативної та снодійної дії (52,4 %),

II місце – комплексні гомеопатичні засоби (20,5 %),

III місце – кардіологічні (18,9 %).

Найменша частка належить лікарським препаратам гіпохолестеринемічної (равісол) та гіпотензивної (норматенс) фармакотерапевтичних груп, які складають лише по 1,4 % від загального асортименту. Окремо слід виділити групу серцевих глікозидів (5,4 %), які використовуються як засоби «першої допомоги» для лікування гострих станів.

Нами було проведено дослідження географії постачальників фармацевтичних препаратів. Пропозиції на фармацевтичний ринок міста Вінниці надходять від виробників фармацевтичної продукції з семи країн світу, частка українських підприємств-виробників є найбільшою і складає 65,8 %, іноземного виробництва – 34,2 %.

За кількістю представлених фітопрепаратів Україна посідає перше місце серед усіх країн-постачальників, номенклатуру яких забезпечують 28 фірм-виробників з 9 областей України. Серед вітчизняних виробників позицію лідера за обсягом постачання розділяють «Віола» (м. Запоріжжя) і «Фітофарм» (м. Артемівськ). Крім того, значний обсяг продукції на фармацевтичний ринок надходить від «Лубнифарм» (м. Лубни) і «Червона зірка» (м. Харків). Третє місце займають «Тернофарм» (м. Тернопіль), ДКП «Фармацевтична фабрика» (м. Житомир) та «Біолік» (м. Ладижин). Дещо меншу кількість препаратів постачають «Ліктрави» (м. Житомир), «Галичфарм» (м. Львів), ДНЦЛЗ, «Здоров'я» (м. Харків) і «Фармак» (м. Київ).

Крім України, препарати для лікування ССЗ постачаються 15 фірмами-виробниками з 7 країн світу, серед яких перше місце посідає Німеччина (50 % асортименту іноземного виробництва), друге – Словенія (15,4 %), третє – розділяють Австрія, Чехія, Польща і спільне Україно-Іспанське підприємство «Сперко» (по 7,7 %). Проаналізувавши дані Державного реєстру ЛЗ України, було встановлено, що на фармацевтичний ринок імпортуються субстанції ЛРС з Китаю, В'єтнаму та Пакистану (глоду плоди та квіти, валеріани кореневища з коренями та інші).

Асортимент фітозасобів для лікування хвороб системи кровообігу представлений різними лікарськими формами: настоянками, таблетками, капсулами, краплями для перорального застосування, розчинами для ін'єкцій, зборами та іншими ЛФ. Аналіз лікарських форм для лікування ССЗ, представлених на фармацевтичному ринку міста Вінниці, показав, що основну їх частку складають таблетки та краплі для внутрішнього застосування – по 26,3 % (по 20 найменувань ЛЗ), друге місце займають капсули та настоянки – по 13,1 % (по 10 найменувань), збори та ЛРС для приготування настоїв та відварів – 10,5 %

(8 засобів), засоби для парентерального застосування – 7,8 % (6 засобів) та інші ЛФ (гранули, супозиторії – 2,9 %).

Аналіз фітопрепаратів, які використовуються для лікування ССЗ, за кількістю діючих компонентів показав, що найбільша частка належить багатокомпонентним ЛЗ – 32, друге місце займають 1-компонентні ЛЗ – 18, третє місце посідають 3-компонентні – 12, найменше зареєстровано 2-компонентних ЛЗ – 7. Проаналізувавши інструкції до однокомпонентних фітозасобів, нами було виявлено, що найчастіше до складу даних фітопрепаратів входять наступні види ЛРС: собачої кропиви трава, глоду плоди та листки з квітками, шоломниці корені, півонії кореневище з коренями, які зумовлюють судинорозширюючу, спазмолітичну, сечогінну та заспокійливу дію.

Таким чином, на фармацевтичному ринку міста Вінниці реалізується 69 фітопрепаратів, зареєстрованих у Державному реєстрі лікарських засобів України. Фітопрепарати постачаються на фармацевтичний ринок, переважно, вітчизняними виробниками, що підтверджує впровадження в практику «Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі Охорони здоров'я України на 2011-2020 рік». Досліджувані фітопрепарати, частіше за все, відносяться до таких фармакотерапевтичних груп: кардіологічні, седативні та снодійні, комбіновані гомеопатичні. Враховуючи незначну кількість зареєстрованих торгових назв фітозасобів гіпотензивної та гіпохолестеринемічної дії, актуальним є розширення асортименту номенклатури даних препаратів.

ВИВЧЕННЯ СПОЖИВЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Вишницька І. В., Прилипко Н. А., Біліченко В. С., Базаренко І. С., Карчаускас В. Ю.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мінеральні води, які є одним із найважливіших природних ресурсів України, ефективно використовуються протягом багатьох років. Фармацевтичний сектор мінеральних вод стрімко зростає та займає значну частку загальноукраїнського фармацевтичного ринку. Це обумовлено наявністю в них біологічно активних речовин, що визначає широкий напрям їх використання при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, нирок, печінки, серцево-судинної та нервової систем, порушенні обміну речовин тощо.

Метою дослідження було вивчення і систематизація інформаційних даних щодо мінеральних вод.

Бальнеотерапія включає в себе внутрішнє застосування мінеральних вод, а також їх зовнішнє застосування у вигляді загальних і місцевих ванн, зрошень, купань. Основними показниками бальнеологічної значимості мінеральних вод є: загальна мінералізація, вміст газу, іонний склад, вміст органічних сполук і мікроелементів, які проявляють біологічну активність, радіоактивність, рН води, температура.

Питні мінеральні води поділяються на лікувально-столові, лікувальні, столові а також штучно мінералізована вода. Для зовнішніх процедур застосовують в основному мінеральні води з мінералізацією від 15 грам на літр і до 200 грам на літр.

Ефективність лікувальної дії мінеральної води залежать не тільки від її складу, але і від правильності прийому мінеральної води: дозування, періодичності прийому, прийом в залежності від харчування людини, температури води та інших факторів.

Лікувально-столові води в основному застосовують як лікувальний засіб при курсовому призначенні, а також несистематичний прийом як столовий напій.

Столові мінеральні води відносяться до слабомінералізованих вод і не володіють лікувальними властивостями. Мають такі води приємний смак.

На сьогоднішній день на ринку присутня велика кількість мінеральних вод. Для

оптимізації роботи аптечних закладів нами було вивчено асортимент мінеральних вод та досліджено цінову кон'юнктуру.

З метою вивчення споживчих властивостей мінеральних вод опрацьовано анкету та здійснено письмове анкетне опитування респондентів. Респондентами були 58 українських студентів II-V курсів (91,4 % дівчат і 8,6 % хлопців).

За результатами проведеного моніторингу встановлено, що більшість студентів (60,3 %) щоденно купують лікувальну столову воду, із них 46,5 % надають перевагу об'єму тари 1,5 л, 29,4 % і 24,1 % студентів - 0,5 л та 0,75 л відповідно. Аналіз отриманої інформації вказує, що на вибір респондентів (72,4 %) значною мірою впливає ціна. Це в свою чергу пояснює вподобання 68 % опитаних придбання мінеральної води в пластиковій тарі, вартість якої є нижчою.

Тіло людини складається з більш, як 90 % води, і цей водний баланс слід постійно підтримувати, в зв'язку з тим, що всі біологічні процеси протікають в організмі саме за допомогою води. Таким чином, для задоволення потреб більшості споживачів асортимент аптеки повинен включати мінеральну лікувальну столову воду об'ємом 1,5 л за доступною ціною.

УЯВЛЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕК ПРО КОНЦЕПЦІЮ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН

Півень О. П., Шуванова О. В., Ткаченко І. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Маркетинг взаємовідносин - сучасна концепція управління підприємством з позиції маркетингу. В основу цієї концепції покладено формування довгострокових взаємовигідних відносин із споживачами, привілейованих тривалих взаємовідносин з ключовими партнерами, спрямованість ділових комунікацій підприємства на визначення потреб споживачів, всебічне їх задоволення, якісне обслуговування і утримання існуючих клієнтів.

Метою роботи є визначення поінформованості працівників аптек про концепцію маркетингу взаємовідносин і ставлення до неї.

Для реалізації поставленої мети нами було розроблено анкету. У опитуванні прийняли участь працівники аптек, серед яких 45% - завідувачі аптекою, 38% - заступники завідувача, 17% - провізори. Частка опитуваних зі стажем роботи за фахом більше 5 років склала 45%.

Проведені дослідження показали, що більшість опитаних (93%) відзначили, що метою їх підприємства є довгострокове співробітництво з клієнтами. При цьому, знайомі з концепцією маркетингу взаємовідносин не всі з них, а тільки 81% респондентів. Серед завідувачів аптеками цей показник дещо вище - 85%. З принципами маркетингу взаємин знайомі 86% серед опитаних, такий же відсоток респондентів використовують в роботі підприємства його принципи. Серед завідувачів аптеками цей показник досягає 95%. Розбіжність у відповідях відносно поінформованості щодо концепції маркетингу взаємовідносин та його принципів пов'язана з тим, що не всі опитувані працівники аптек використовувані в роботі підприємства принципи пов'язують з цією концепцією.

Зі складових маркетингу взаємин, використовуваних аптеками, найчастіше зустрічаються консультації і формування асортименту з урахуванням запитів споживача - 73 і 70% відповідно. Приблизно порівну 56 і 55% опитаних відзначили надання послуг споживачеві і орієнтацію на споживача цінової політики аптеки. Трохи менше половини - по 48% вказали на використання протоколів провізора і застосування можливостей мерчандайзингу. Формування лояльності клієнта як складової маркетингу взаємовідносин відзначили 41% опитаних.

Серед завдань, які ставить керівництво аптек перед маркетинговою асортиментною

політикою, найважливішим є задоволення запитів споживачів (66%), далі йдуть завоювання (залучення) нових покупців (61%), утримання існуючих покупців (55%) і оптимізація фінансових ресурсів (34%). Віддача опитуваними переваги залученню нових покупців перед утриманням існуючих свідчить про недостатнє розуміння того, що утримання існуючих клієнтів значно дешевше за залучення нових. Згідно з результатами дослідження вважають досконалою асортиментну політику свого підприємства тільки 50% опитаних.

При формуванні цінової політики керівництво аптек ставить різні цілі, в тому числі збільшення кількості відвідувачів - 57%, отримання максимального прибутку - 52%, формування лояльності відвідувачів - 48%. Результати опитування показали, що цінова політика 55% аптечних підприємств, в основному, орієнтується на споживачів (на їх попит), в 41% аптек – тільки частково.

Найпоширенішим інструментом мерчандайзингу, що знайшли застосування в аптеках, є викладка товару (відзначили 77% опитаних), зовнішнє оформлення аптеки, планування торгового залу - по 61%, освітлення - 36%, кольорове оформлення – 30% та ін.

Отримані результати свідчать про те, що покращення обслуговування клієнтів та підвищення ефективності роботи аптечного підприємства доцільно будувати на подальшому поширенні концепції маркетингу взаємовідносин.

МОТИВАЦІЯ СУЧАСНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Прилипко Н. А., Вишницька І. В., Унгурян Л. М., Беляєва О. І.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мотивація працівників займає важливе місце в управлінні персоналом, оскільки лежить в основі поведінки і є безпосередньою її причиною. Побудова ефективної системи мотивації персоналу є одним з найбільш складних і творчих процесів. Ключовим фактором успіху у вирішенні даного питання є впровадження дієвої системи мотивації праці, що сприяє підвищенню компетентності, активності, підприємливості аптечних працівників для досягнення максимальної ефективності. На жаль, не існує єдиних схем мотивації, які однаково ефективно впливали б на різних співробітників. Саме тому більшість керівників фармацевтичних закладів завжди намагаються знайти найбільш дієві моделі мотивації. Аптека відноситься до сфери сервісу, в якій ключова роль належить персоналу. Для відвідувачів аптеки важливим є не лише результат надання послуги, а й сам процес. Тому інвестиції в мотивацію співробітників в аптечній сфері, як правило, себе виправдовують.

Метою нашого дослідження був аналіз ключових факторів, що впливають на мотивацію, та узагальнення основних підходів до мотивації професійної діяльності працівників аптечних закладів.

Мотивацію, як вид управлінської діяльності поділяють на два види: матеріальну та нематеріальну. До першого виду відносять підвищення кваліфікації, оздоровлення працівників, медичний огляд за рахунок підприємства, збільшення терміну відпустки, оплата транспортних послуг, доплати, медичне страхування та харчування. До другого відповідно покращення умов праці, моральна похвала, гнучкий графік, персональна допомога та публічна подяка.

Для оцінки особливостей мотивації фармацевтичних фахівців нами було розроблено анкету та проведено анкетування респондентів у 47 аптеках міста Одеса. Запропонована анкета складалась з двох блоків. Перший з яких, полягав у визначенні задоволення працівників методом та стилем управління керівників аптечними закладами. За результатами цієї частини нами виявлено, що мотивація має вплив на роботу 100 % опитаних, 64 % з яких вважають, що мотивація залежить від стилю керування та роботи керівника. Друга частина анкети полягала у вивченні найважливіших форм мотивації. Нами встановлено, що серед

респондентів 83 % зацікавлені в матеріальній мотивації, 4 % - в матеріальній і нематеріальній і лише 13 % - виключно в нематеріальній мотивації.

Серед матеріальної форми мотивації 20 % респондентів віддають перевагу доплатам (премія, бонуси та матеріальна допомога), 15 % - оплаті відпустки, які заохочують більше працювати, ніж доплати за стаж роботи та оздоровлення.

Нематеріальна мотивація не потребує прямого підвищення заробітної плати працівникові та дозволяє отримати ефективні результати роботи, тому є більш цікавою для всіх організацій. Згідно з пірамідою людських потреб Маслоу, одразу за базовими в ієрархії розташовані необхідність належності до певної суспільної групи та любові, прагнення поваги, пізнання, естетичні потреби та реалізація своїх цілей, вмінь та навичок, розвиток особистості. Для визначення нематеріальних форм мотивації запропоновано шість факторів, серед яких найвищі показники мали гнучкий графік роботи, поліпшення умов праці та похвала керівником на колективній нараді, що склали 30 %, 27 % і 18 % відповідно. Слід зазначити, що подяка на дошці пошани не викликає зацікавленості у респондентів.

Таким чином, за результатами нашого дослідження матеріальна мотивація має більш важливе значення серед респондентів, але для підвищення ефективності роботи фармацевтичних закладів невід'ємною складовою є застосування нематеріальних видів мотивації: узгодження графіку роботи з працівниками, поліпшення умов праці, висловлювання подяки, застосування грамот, почесних знаків та нагород.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАБОТУ РОЗНИЧНОГО СЕГМЕНТА ФАРМРЫНКА УКРАИНЫ

Синча Н. И., Дондик Н. Я., Литвиненко О. В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

На современном этапе развития фармрынка Украины произошло много изменений, к которым можно отнести введение НДС на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, изменения в сегменте дистрибуции (90% всех поставок лекарственных средств (в стоимостном выражении) обеспечивали компании – «Оптима-Фарм», «БадМ», «Вента», «Фра-М», которые стабильно формировали основную долю поставок на фармрынке). Это позволило выявить основные факторы, влияющие на работу розничного сегмента фармрынка Украины и явилось целью нашего дальнейшего исследования.

К этим факторам можно отнести:

1. Экономический кризис повлиял на взаимоотношения на фармрынке. Произошли изменения в политике субъектов кредитования розничного сегмента дистрибуции, сократилась длительность отсрочки платежа.

2. Неожиданное введение НДС на лекарственные средства и изделия медицинского назначения определило работу фармрынка по новым правилам начисления НДС, что привело к существенному повышению цен на лекарства и изделия медицинского назначения. Это, в свою очередь, в условиях отсутствия налаженного механизма реимбурсации обусловило ограничение доступности медикаментов для населения. Главным образом это отразилось на пациентах с хроническими заболеваниями, вынужденных приобретать дорогостоящие препараты для лечения. На данный момент таким пациентам приходится приобретать необходимые им препараты в меньшем количестве, часто в минимально возможном.

3. Колебание курса доллара в значительной степени повлияло на объем закупок лекарственных средств аптеками, повышение цен на лекарственные средства привело к снижению покупательной способности населения и вынуждает аптечные сети сокращать объем заказа у дистрибьюторов.

4. На современном этапе финансирования торговой деятельности аптечных сетей выполняют свои функции два источника - поставщики и банки. Наиболее активным является первый, т.е. поставщики, таким источником финансирования пользуются большинство операторов фармрынка, но он является и самым дорогим. Банковское финансирование обходится дешевле, поскольку управление кредитными рисками и работа с задолженностью является компетенцией самих банковских учреждений.

5. На новых рынках возникает необходимость отпуска товара под реализацию. Дебиторская задолженность - это коммерческий кредит покупателю, поэтому возникает необходимость разрабатывать свою кредитную политику.

Таким образом, аптеки кредитуются, но уменьшаются размеры кредитования. Сегодня для фармрынка вводится обеспечение дебиторской задолженности - чем больше размеры займа, тем выше сумма страхования. Происходит сокращение длительности отсрочки платежа, снижение уровня кредитного лимита, что стимулирует аптеки делать заказы чаще и в меньших объемах и способствует повышению нагрузки на дистрибьютеров.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХАРАКТЕРИСТИКИ ІННОВАЦІЙНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Слободянюк М. М., *Самборський О. С., **Самборська М. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

**ТОВ аптека «Центорія», м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Активне використання сучасних технологій виробництва лікарських засобів (ЛЗ), маркетингових комунікацій, брендингу та методів управління започаткували основи масового заповнення ринку ліків різноманітними ЛЗ, які по своїй суті та ступеню відмінності можуть суттєво відрізнятися один від одного, або мати незначні відмінності. В медичній та фармацевтичній практиці використовуючи для ліків поняття «інноваційні», «оригінальні» або «бренди», «генеричні» або «біосиміляри», часто трактують їх на власний розсуд, змішуючи їх сутність, підходи вибору та ступінь новизни. Уже сьогодні навіть звичайні упаковки ліків визначаються виробниками як «оригінальні». Оригінальність вже не виступає як найвищий рівень інноваційності, суттєвої відмінності та першості.

Метою роботи є теоретичне узагальнення особливостей характеристик та підходів до визначення інноваційності лікарських засобів.

Методи дослідження – сучасні методи наукових досліджень: системний аналіз, історичний, логічний та порівняльний методи.

Результати дослідження. Згідно класичних літературних даних нами узагальнено, що основними факторами економічного та соціального зростання держави слугують нововведення (інновації). Загалом, нововведення можуть бути технічні, включаючи продуктивні, організаційні, юридичні, соціальні тощо. Довгий час сутність поняття «інноваційність» як нововведення у фармації для ЛЗ сприймалось в основному як технічні або продуктивні, тобто створення нових ЛЗ. Бурний науково-технічний розвиток у фармації призвів до активного використання всіх видів нововведень не лише щодо самого ЛЗ, а й до упаковки, торгових назв, системи просування, стимулювання збуту й споживання та ін. Нами на прикладі окремих ЛЗ проаналізовано категорії інноваційності ЛЗ в сучасних умовах. Так, наприклад, встановлено, що на основі субстанції дротаверину в 1961 р. було вперше розроблено таблетки «Но-шпа». Приймавши дротаверин як новий оригінальний ЛЗ і його в лікарській формі таблетках – теж приймаємо як оригінальний ЛЗ. Прошло вже дуже багато часу і як сьогодні можна характеризувати такий ЛЗ? Чим відрізняються сучасні генеричні версії дротаверину? І головне – склад та технології таблеток «Но-шпа» є стабільними

протягом 55 років, чи виробник удосконалював їх, налаштовуючись до сучасних можливостей? Аналіз складу таблеток різних виробників на основі дротаверину показує близькість допоміжних речовин, що у великій мірі відображає для споживача на емоційному рівні не лише фармацевтичну еквівалентність, а й біоеквівалентність, ефективність та безпечність. Що купує сьогодні споживач? Можемо стверджувати, що споживач купуючи здоров'я, вибирає гарантію, стабільність, якість, ефективність та безпечність ліків через назву, торгову назву ЛЗ, яка стала гарантом, брендом. Уже сьогодні виробники ЛП пропонуючи купляти саме оригінальний препарат, мають на увазі справжню продукцію саме цього виробника (і оригінальність заводської упаковки, і справжність самого препарату). Використання передових технологій та носіїв, нанотехнологій дозволить незабаром отримувати лікарські форми дротаверину (як і з інших активних субстанцій) направленої дії щодо органів-мішеней. Які теж будуть оригінальні з точки зору інноваційності.

Висновки. Сучасні фармацевтичні технології потребують обґрунтованого узагальнення, розширення та уточнення сутності «інноваційні лікарські засоби» для використання у науковій й практичній діяльності.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ФОРМІ АВТОІН'ЄКТОРІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ВІЙСЬКОВІЙ ТА ЦИВІЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ КАТАСТРОФ

Шолойко Н. В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Сучасні вимоги та стандарти в медицині з медичного забезпечення учасників бойових дій роблять необхідним впровадження і застосування в медичну практику різних систем, засобів, виробів медичного призначення, які раніше були відсутні на вітчизняному фармацевтичному ринку. Предметом дослідження було вивчення міжнародного досвіду впровадження та використання ЛЗ у вигляді доступних, безпечних та ефективних сучасних форм лікарських засобів у вигляді автоін'єкторів (АІ).

Мета дослідження: провести аналіз сучасного вітчизняного та зарубіжного ринку ЛЗ у вигляді АІ.; провести мета-аналіз результатів клінічних досліджень щодо безпечності та ефективності використання АІ; визначити перспективність впровадження АІ у військову та цивільну медичну практику в Україні.

Матеріали та методи дослідження: системно-оглядовий та бібліографічний аналіз вітчизняної та зарубіжної нормативно-законодавчої бази та нормативно-правових актів, дані аналізу фармацевтичного ринку, дані зарубіжних клінічних досліджень.

Результати досліджень: У ході дослідження встановлено, що АІ широко астосовуються у військово-цивільній медицині та медицині катастроф. Мета-аналіз клінічних досліджень показав, що використання АІ у різних терапевтичних напрямках є безпечним, ефективним та більш комфортним у порівнянні з традиційним введенням лікарських засобів при чому ці переваги визначають не тільки пацієнти, а і лікарі та медичний персонал.

На сьогоднішній день АІ знайшли своє застосування в декількох терапевтичних напрямках цивільної медицини. Це – застосування при екстрених ситуаціях, таких як анафілактичний шок та конвульсії різного генезу, застосування накротичних анальгетиків у невідкладній та екстремальній медицині, а також для лікування таких хронічних захворювань, як ериктильна дисфункція, ревматоїдний артрит та розсіяний склероз, а також лікування передозування опіоїдними анальгетиками. Доцільним буде впровадження у системі охорони здоров'я лікарських форм у вигляді АІ для лікування таких захворювань як ревматоїдний артрит, розсіяний склероз хвороба Паркінсона, Альцгеймера, це дозволить пацієнтам самостійно вводити ін'єкційні лікарські засоби у тих випадках коли до цього часу

для такого введення потрібен був медичний персонал.

Виробники АІ на світовому фармацевтичному ринку випускають велику різноманітність АІ, виходячи з потреб пацієнтів та медичного персоналу, у залежності від способу, дози та точності введення (підшкірно та внутрішньом'язово) проводять їх постійне удосконалення з метою підвищення комфортності, безпечності та ефективності.

Висновки: Проведений аналіз показав перспективність впровадження АІ у військову медицину та медицину катастроф в Україні. Також автоінжектори, враховуючи світовий досвід та тенденції, мають високий потенціал щодо впровадження їх в медичну практику в каретах швидкої медичної допомоги, маніпуляційних кабінетах лікувально-профілактичних заходів; бути включеними в склад автомобільних аптечок цивільного автотранспорту.

CURRENT STATE OF THE PHARMACEUTICAL MARKET OF KAZAKHSTAN

Tulemissov S. K., Zhakipbekov K. S., Yelshibekova K. M., Datkhayev U. M.
Institute of Pharmacy of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. The pharmaceutical market in Kazakhstan is one of the most developed in the CIS. To some extent, overcome the deficit and ensured saturation of various kinds of finished drugs and medical devices. Increased service culture. Observed major world trends in the development of pharmaceutical markets - consolidation and development of vertically integrated companies. Changes occur in the distribution, manufacturing and retail sectors. The number of pharmacy chains. Introduce modern marketing techniques. Also the pharmaceutical market of Kazakhstan among the Central Asian countries for foreign manufacturers remains the most accessible and transparent in terms of the legal environment. However, the market potential is limited by the relatively small size and purchasing power. The growth of the pharmaceutical industry will continue to be mainly due to the demand for generic drugs. Kazakhstan EEU Integration will enhance the quality of medicinal products and reduce their cost.

Aim. The aim of our study is to analyze the current state of the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods. In the study used statistical, computational and analytical, comparative, systemic, and other analysis techniques. Informational materials used in the study is the data published in the press, as well as materials specialized periodicals.

Results and discussion. Kazakhstan pharmaceutical market is relatively young, its formation began in the mid-90s. Back in 1994, the drug provision of the population and public health carried out centrally through the state joint-stock holding company «Pharmacy», which had 1,832 pharmacies, including 64 hospitals and 1768 independent.

Pharmaceutical industry in Kazakhstan is represented in more than 80 companies - foreign and local pharmaceutical manufacturers, including small manufacturers of medical products. Domestic enterprises: JSC «Chimpharm», «SP Global Pharm», JSC «Nobel APhPh» pharmaceutical companies «Romat» and «Dospharm» is a full-cycle businesses, including the development and implementation of processes, production of finished dosage forms, the implementation of medical institutions and consumers through distribution and pharmacy network. According to the medical equipment company with a complete production cycle of «Aktjubrentgen».

In a regional cut, the pharmaceutical industry is as follows: 53% of production falls on the South Kazakhstan region, 28% - in the city of Almaty; production capacity of other regions of the republic are insignificant.

Among the ten largest foreign pharmaceutical companies on the Kazakhstan market, are as follows:

Company		Sales volume (million dollars USA)	Sales volumes (mln. packages)
1	Sanofi-aventis	94,0	9,9
2	Акрихин	82,8	68,7
3	GlaxoSmithKline	82,7	7,7
4	Nycomed/takeda	81,3	11,7
5	Bayer healthcare	76,2	6,0
6	Roche	60,7	0,7
7	Teva	52,9	11,2
8	Pfizer	49,9	2,9
9	Johnson & Johnson	46,7	0,9
10	Menarini	43,5	13,9

At the end of 2015, we can see that the volume of Kazakhstan pharmaceutical market declined both in value and in volume. He was approximately \$ 2.1 billion and 497 million packages (-4.8 and -6%, respectively). Analysts predict that in 2016 will also be a negative dynamics.

Kazakhstan occupies 14 place in the ranking of most attractive pharmaceutical markets in Central and Eastern Europe. Although the Kazakh market is characterized by a relatively small number of market barriers and rapid growth, the potential benefits for producers offset the low level of per capita expenditure. In addition, adversely affects the standard of living in the difference between the inhabitants of cities and villages.

The share of pharmacy chains in the total volume of the commercial sector of the pharmaceutical market in Kazakhstan is steadily growing in value terms. It is estimated by 2020 to 80% will be controlled by a commercial pharmacy network of pharmaceutical market in the country. As can be called «Amanat» LLP as one example of a rapidly growing pharmaceutical business. This company showed import growth still at a rate of 176% in 2008, which allowed her to immediately enter the top five of the first distributors of Kazakhstan. Pharmacy chain, controlled and supplied by «Amanat», has 3 supermarkets and 32 pharmacies pharmacies in Karaganda, Karaganda region, Pavlodar, Astana, Balkhash, Temirtau. According to the company Roche, and according to USAID research, in addition to the LLP «Amanat» of the ten largest distributors of pharmaceutical products in the territory of the Republic of Kazakhstan also includes Medservice Plus, Zerde, Amity International, Inkar, Medicus, Interfarma, Akniet, Stofarm and Romat. These top 10 distributors have the status of national, since operate simultaneously in several regions of Kazakhstan. These distributors like Ecopharm, Hippocrates, A-Pharma, Pharma MT, IP Volkov working in the retail sector and the public procurement sector is only at the regional level.

Since the beginning of this year, the RK Ministry of Health and Social Development launched the new National Health Development Program of Kazakhstan «Densaulyk» on 2016-2019 years. In the framework of the introduction of mandatory social health insurance in the country is planned. This will facilitate the development of the market of medical services, improve their quality and increase the consumption of drugs.

Conclusions. The dynamic development of the pharmaceutical market is determined by its vital priority for humanity from the beginning of its existence, in need of constant consumption of drugs and medical products for the maintenance of health is necessary for a fulfilling life.

The pharmaceutical market in Kazakhstan is an important sector of the economy and is a measure of its economic and social development, human well-being. It may be noted positive factors of the pharmaceutical market of Kazakhstan - is the growth of government spending on health care financing and drug supply, the implementation of the budget model of universal access to health care, the positive dynamics of demographic and health indicators, the introduction of highly specialized medical technology, the development of primary health care.

The pharmaceutical market in Kazakhstan has good prospects for further development.

АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Орынбекова С. О., Наурызгалиева М. Ж., Сакипова З. Б., Ибрагимова Л. Н.
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы,
Республика Казахстан

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в Республике Казахстан. По данным экспертов ВОЗ заболевания полости рта у лиц в возрасте от 35 до 44 лет составляет 69–98 %. Поэтому разработка новых оригинальных лекарственных средств на основе отечественного сырья является актуальным.

Целью исследования является проведение анализа современного фармацевтического рынка стоматологических препаратов для лечения воспалительных заболеваний полости рта для обоснования необходимости создания новых лекарственных препаратов на основе отечественного сырья.

Материалы и методы исследования. Государственный реестр зарегистрированных препаратов на территории Республики Казахстан за 2015-2016 г.г., информационные базы данных «Vi-ORTIS» и «IMS-Health».

Результаты и обсуждение. Проведен анализ номенклатуры стоматологических препаратов по представленным лекарственным формам, по странам-производителям, по активным субстанциям, входящим в состав продукции, по ценовым предложениям и исследована динамика объема продаж препаратов.

Общая номенклатура лекарственных средств в РК включает 7474 наименований, 37 из них являются препаратами, применяемыми в стоматологии, что в процентном соотношении составляет 0,5% от общего количества зарегистрированных ЛС.

Доминирующие лекарственные формы представлены в спреях и аэрозолях (29 %), предназначенных для полоскания полости рта. Затем мягкие лекарственные формы в виде паст, мазей и гелей - 24 %. Препараты в твердой ЛФ (пастилки и таблетки) занимают 21%, далее препараты в жидкой форме (растворы, жидкости и бальзамы) – 21%, на последнем месте фито-чай – 5 %.

Отечественная продукция составляет всего лишь 14 % от общего числа зарегистрированных стоматологических препаратов и представлена следующими производителями: ТОО СУЛТАН, ТОО Эко-фарм, ПК Кызыл Май и Зерде Фито.

Препараты представлены следующими фармакологическими группами: (A01AB) Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний полости рта – 35%, (A01AD) прочие препараты для лечения заболеваний полости рта – 65%. В качестве активных субстанции в основном используют субстанции растительного происхождения (64 %).

Ценовые предложения на рынке препаратов для лечения воспалительных заболеваний полости рта колеблются от 180 и 2000 тенге. К наиболее доступным препаратам относятся фито-чай, растворы и бальзамы для полоскания полости рта. К относительно дорогостоящим относятся препараты в мягкой лекарственной форме. Средняя стоимость мягких лекарственных форм находится в пределах от 800 до 1200 тенге за единицу продукции.

По данным анализа ежегодного объема продаж стоматологических препаратов за 2012-2014 годы, прослеживается рост продаж стоматологических препаратов на 10,5%.

Таким образом, на основании проведенного анализа рынка стоматологических продуктов Республики Казахстан, можно сделать вывод, что преобладает присутствие импортных средств, доля отечественной продукции составляет лишь 14 %. В связи с вышеизложенным, разработка и производство новых отечественных стоматологических средств является актуальной задачей отечественной фармации.

ОБОСНОВАНИЕ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ФОРМЕ СУППОЗИТОРИЕВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Шолпанбай А. О., Сакипова З. Б., Бошкаева А. К.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. На современном этапе фармацевтического рынка Казахстана сложилась ситуация весомого преобладания импортных лекарственных препаратов, поэтому проблема импортозамещения является достаточно острой. Суппозитории среди различных лекарственных форм, используемых в проктологии, акушерстве и гинекологии, являются наиболее перспективными, удобными в использовании и удачно сочетающимися в себе особенности местного применения и периферического действия. На сегодняшний день изучение фармацевтического рынка суппозиториев является актуальным, так как номенклатура и промышленный выпуск суппозиториев в РК имеет тенденцию к росту.

Цель. Анализ лекарственных препаратов в форме суппозиториев на фармацевтическом рынке Республики Казахстан.

Материалы и методы. Объекты исследования - Государственный реестр лекарственных средств (ЛС) по состоянию на 23.05.2016 г., сайт лекарственно-информационного центра Министерства Здравоохранения РК. Методы исследования: статистическая обработка информационного материала.

Результаты и обсуждение. Общая номенклатура лекарственных средств в РК включает 7474 наименований, 132 из них препараты в форме суппозиториев, что составляют 1,77% от общего количества зарегистрированных ЛС.

В ходе проведенных исследований были выделены следующие фармакологические группы препаратов, представленных в виде суппозиториев: группа ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (НПВС) - 27%, средства, нормализующие микрофлору - 5%, слабительные средства - 6%, антибактериальные средства - 2%, гормональные средства - 3%, иммуностимуляторы - 5%, интерфероны - 4%, средства для лечения геморроя и анальных трещин - 8%.

Анализ по способам применения суппозиториев показал, что доминируют препараты в форме ректальных суппозиториев - 66%, на долю вагинальных приходится 34%.

Результаты анализа суппозиториев по производственному признаку показали, что ассортимент лекарственных препаратов преимущественно составляют монокомпонентные суппозитории - 89,4%. Доля комбинированных суппозиториев составляет 10,6%.

Фармацевтический рынок РК представлен в основном импортными препаратами в виде суппозиториев. Их доля составляет 88,6%. Препараты отечественных производителей составляют 11,4%. На фармацевтический рынок Казахстана поставляют суппозиторные препараты 43 фармацевтических фирм из 19 стран мира. Лидерами являются Молдова, Россия, Франция, Украина.

Выводы. Фармацевтический рынок лекарственных средств изучаемого сегмента представлен 132 наименованиями, доля которых в общем реестре зарегистрированных препаратов в РК составляет 1,77%. По производственному признаку преобладают импортные препараты - 88,6%, доля отечественных составляет 11,4%. Изучаемый ассортимент представлен преимущественно в виде суппозиториев: ректальных - 66% и вагинальных - 34%. Проведенные исследования показали, что фармацевтический рынок в этом секторе является привлекательным в плане импортозамещения лекарственных средств отечественными производителями.

ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Немятых О. Д., Фитисова А. И.

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

На протяжении последнего десятилетия доля препаратов по уходу за кожей и ее производными в общей структуре ассортимента аптеки приобретает стойкую тенденцию к расширению, что, прежде всего, обусловлено особенностями ее разработки и позиционирования с формированием имиджа «фармацевтической косметики». Современная «активная косметика», все чаще используемая дерматологами, объединяет высокую эффективность лекарственного препарата и преимущества косметической формы выпуска, реализуя биологическое действие на фоне приемлемого профиля безопасности.

Целью работы было оценить роль лечебной косметики в терапии пациентов с дерматологическими патологиями.

Исследование проводилось методом открытого анкетирования более 100 специалистов (врачей-дерматологов, дерматовенерологов и косметологов) в области дерматологии и косметологии государственных и частных медицинских учреждений г. Санкт-Петербурга.

Полученные результаты свидетельствуют, что в течение одного рабочего дня врачи консультируют от 3 до 25 пациентов в государственных учреждениях и от 5 до 20 пациентов в частных клиниках. В своей практике 93% респондента в качестве адъювантной терапии используют косметические средства ряда торговых марок, а именно: Avene (Франция) – 64%, Bioderma (Франция) – 61%, La Roche-Posay (Франция) – 56%, Vichy (Франция) – 41%, Uriage (Франция) – 33%, Emlolium (Франция) – 28%, Lierac (Франция) – 20%, Ducray (Франция) – 16%, Noreva (Франция) – 10%, RoC (Франция) – 10%, Joyskin (Россия) – 10%, Librederm (Россия) – 8%, Айсиды (Россия) – 8%, Weleda (Швейцария) – 5%, Klorane (Франция) – 5%. При этом на выбор эксперта преимущественно (70% респондентов) влияет доказанная эффективность косметического средства.

Важно подчеркнуть, что основными причинами отрицательного воздействия лечебных косметических средств, по мнению врачей, являются самолечение и неправильно подобранный препарат. При этом провоцируют нежелательные реакции кремы (40 – 65%), спреи (20%), растворы (25 – 40%), лосьоны (10 – 30%), присыпки (10%). Структура побочных эффектов представлена дерматитами (50 – 80%), экземой (20 – 40%), розацеа (10 – 20%), алопецией (30%), себореей (20%), а также заболеваниями аллергического генеза (40%), включая отек Квинке (1-2%).

Стоит отметить, что дерматологи и косметологи в качестве источников информации используют данные научных профильных журналов (80% респондентов), информацию, полученную на тематических конференциях (87%), курсах повышения квалификации (61%). При этом треть опрошенных указывают на дефицит данных о клинических исследованиях в области аптечной косметики, что реализуется в практической деятельности врача развитием нежелательных реакций при назначении косметических средств пациентам. Последнее подчеркивает необходимость системного подхода к регулированию и обеспечению качества данной категории товаров аптечного ассортимента.

Таким образом, проведенное исследование подчеркивает значимость сегмента лечебной косметики, реализующей способность к предупреждению и коррекции различных дерматологических патологий, в обеспечении пациентов с дерматологическими патологиями. Проблема безопасности применения дерматокосметики подчеркивает необходимость государственного контроля за обращением данной категории товаров аптечного ассортимента.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ МАРКЕТИНГУ

Самборський О. С., Слободянюк М. М.*

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

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Суттєве збільшення суб'єктів та об'єктів фармацевтичного ринку, а також ускладнення механізмів їх відносин та впливу змушують дослідників розширювати масштаби проведення наукових досліджень, що призводить до значних затрат часу та фінансів. Кількість об'єктів окремих досліджень може включати від сотень та тисяч (аптеки, фахівці, лікарські засоби) до десятків та сотень тисяч (споживачі, хворі, контингент населення). Надійність, достовірність і цінність отриманої інформації безпосередньо залежить від оволодіння правилами, технологією підготовки і проведення самого дослідження. У фармації особливе місце займають дослідження у системі маркетингу.

Метою роботи є узагальнення стану та підходів до використання методів досліджень у фармацевтичному маркетингу.

Методами дослідження є сучасні методи наукових досліджень: системний аналіз, історичний, логічний та порівняльний методи.

Основний матеріал дослідження. Аналіз наукових публікацій щодо маркетингового аналізу фармацевтичного ринку, підприємств та товарів показує, що глибина досліджуваних проблем та задачі, які ставились для їх вирішення, потребували отримання та обробки різної кількості інформації, обґрунтування підходів, процедур, засобів та методик. Встановлено, що в основному застосовувались специфічні або класичні методи маркетингових досліджень. При цьому використовувались різні обсяги вибірки та кількості респондентів. Цілий ряд досліджень базується на методологічній основі соціології, як науки про умови та процеси у суспільстві, а також їх дослідженні. Слід зауважити, що власне класичні соціологічні методи використовуються у фармацевтичному маркетингу рідко (наприклад, при моніторингу продажу лікарських препаратів за групами, виробниками, територіями та ін.), враховуючи їх велику трудомісткість, вартість та тривалість. Нами встановлено, що значна кількість проведених досліджень у фармацевтичному маркетингу може характеризуватись як соціометричні дослідження. Виникнення і розвиток соціометричного методу пов'язане з американським соціальним психологом і соціологом Я. Морено, який у 30-ті роки ХХ-го ст. створив соціометрію як зручну в практиці методику для вивчення емоційних зв'язків у групі. В подальшому розширення застосування такого методу сформувало соціометрію як соціально-психологічний метод дослідження та специфічний вид опитування. У ході соціометричного дослідження використовується референтометрія та будується соціограма, що дає змогу виявити мотиви відносин, прихильність, симпатії, переваги тощо. Побудова системи логічно послідовних методологічних, методичних, організаційно-технічних процедур передбачає отримання достовірних даних та фактів щодо явищ або процесів, що вивчаються. Елементи вибіркової сукупності як одиниці аналізу повинні відображати властивості генеральної сукупності.

На прикладі торгових марок (ТМ) ЛП нами опрацьована методика та алгоритм проведення соціометричного дослідження при оцінці прихильності й лояльності споживачів з визначенням статусу та сили ТМЛП. За відібраними ознаками визначено дисперсію, генеральну сукупність, на основі яких розраховано обсяг необхідної вибіркової сукупності. Згідно результатів опитування респондентів формували соціометричну бренд-карту та матрицю ТМ ЛП, отримані індивідуальні соціометричні індекси та індекси експансивності проранжували. Одержані рангові оцінки об'єктивно визначають кількісний показник кожної ТМ ЛП.

Висновки. При дослідженні у фармацевтичному маркетингу запропоновано використовувати соціометричний метод. Опрацьовано методику методу на прикладі торгових марок лікарських препаратів.

СТРУКТУРА СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Байгуш Ю. В., Семенів Д. В.

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

Вступ. У другій половині ХХ століття основну небезпеку для здоров'я населення і проблему для охорони здоров'я склали неінфекційні захворювання, а саме серцево-судинні захворювання (ССЗ), які в даний час є провідною причиною інвалідизації та смертності дорослого населення. Враховуючи зростання показників ССЗ актуальним стає дослідження сегменту фармацевтичного ринку (ФР), на якому представлені антигіпертензивні лікарські засоби (ЛЗ).

Мета. Проведення маркетингового аналізу структури споживання антигіпертензивних ЛЗ в Івано-Франківській області.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз обсягів реалізації антигіпертензивних ЛЗ за АТС-класифікацією у натуральних та вартісних показниках за допомогою сучасних методів маркетингових досліджень.

Результати дослідження. У ході дослідження аналізувалися групи препаратів, які становлять основу антигіпертензивної терапії, а саме препарати групи С «Засоби, що впливають на серцево-судинну систему (ССС)»: С02-гіпотензивні засоби, С03-сечогінні препарати, С07-блокатори бета-адрено-рецепторів, С08-антагоністи кальцію, С09-засоби, що впливають на ренін-ангіотензивну систему. У структурі вітчизняного роздрібного ФР обсяги реалізації препаратів групи С в Івано-Франківській області у 2015 році склали близько 6% у натуральних показниках і більше 7% у гривневому вираженні. Безумовну позицію лідера серед препаратів групи С займають С09-засоби, що впливають на ренін-ангіотензивну систему, які склали більше 61% обсягу реалізації препаратів у натуральному вираженні і 59% – у гривневому вираженні з усіх реалізованих ЛЗ групи С. Також С09-засоби, що впливають на ренін-ангіотензивну систему були представлені найбільшою кількістю позицій торгових найменувань (ТН), а саме 365. Друге місце посіли препарати групи С07-блокатори бета-адренорецепторів – 140 позицій ТН, 15,4% обсягу реалізації у натуральних показниках та 18,8% – у гривневому вираженні. Група С03-сечогінні препарати була представлена 93 ТН і обсяг реалізації склав 9,6% - у натуральному вираженні та 12,5% - у вартісному вимірнику. За кількістю позицій ТН група С08-антагоністи кальцію переважає групу С03 приблизно на 27% (119 позицій ТН), хоча за показниками обсягів реалізації програє позиції: на 1% – у натуральному вираженні та 6,4% – у вартісному вимірнику. Найнижчими є показники групи С02-гіпотензивні засоби: 31 позиція ТН, 4,5% обсягу реалізації у натуральних показниках та близько 3% – у гривневому вираженні. Проаналізувавши загальні обсяги реалізації досліджуваних груп препаратів, встановлено, що лідерами продаж у натуральних показниках в Івано-Франківській області, відповідно, стали: С02А А04 - Раунатин-Здоров'я (Україна, Харків); С03D А01 - Верошпірон, Gedeon Richter (Угорщина); С07F В03 - Тонорма, Дарница (Україна); С08С А01- Амлодипін-Фармак (Україна); С09А А02 - Еналаприл-Здоров'я, (Україна). Незважаючи на це, досліджуваний сегмент ФР Івано-Франківщини більш ніж на 60% складається з препаратів іноземного виробництва. Так, зокрема, у групі С02 57% займають препарати іноземного виробництва і, відповідно, 43% - вітчизняного; група С03 - 53% ТН іноземного виробництва і 47% вітчизняних препаратів; група С07 - 64% ТН іноземного виробництва і 36 % вітчизняних препаратів; група С08 - 62% ТН іноземного виробництва і 38% вітчизняних препаратів; група С09 - 72% ТН іноземного виробництва і 28% вітчизняних препаратів.

Висновок. Сегмент роздрібного ФР антигіпертензивних ЛЗ в Івано-Франківській області і у 2015 році був імпортозалежним по кожній досліджуваній групі АТС-класифікації. Проте, за обсягами реалізації у натуральних показниках у чотирьох з п'яти досліджуваних груп позиції лідерів зайняли препарати вітчизняного виробника.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ СПОЖИВАННЯ БЛОКАТОРІВ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ II В УКРАЇНІ

Толочко В. М., Адонкіна В. Ю.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету м. Харків, Україна

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найбільш частих причин ранньої смертності та інвалідності. Рациональна фармакотерапія АГ потребує довічного застосування антигіпертензивних засобів (АГЗ). З огляду на це, обсяг споживання АГЗ відбиває закономірності і тенденції лікування АГ. Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА II) широко використовуються в терапії АГ.

Мета роботи - дослідити динаміку споживання БРА II за показником DDDs/1000/d.

Методи дослідження. Дослідження динаміки споживання БРА II проводили за АТС/DDD-методологією, використовуючи данні інформаційно-пошукової системи «Моріон» протягом 2008-2015 років.

Основний матеріал. Результати аналізу динаміки споживання БРА II за 2008-2015 роки показали, що в Україні споживання препаратів цієї групи має тенденцію до зростання, проте залишається найнижчим у порівнянні з іншими групами АГЗ. У підгрупі БРА II зростання споживання відбувається в основному за рахунок лозартану та вальсартану. Безумовним лідером споживання протягом досліджуваного періоду є вальсартан (0,04-5,22 DDDs/1000/d) – це препарат більш пізньої генерації ніж лозартан, який займає другу позицію (0,91-3,03 DDDs/1000/d) за обсягом споживання. Третю позицію за обсягом споживання займає кандесартан (0,22-0,74 DDDs/1000/d).

Висновки. Таким чином, відносно нові БРА II мають стійку тенденцію до збільшення обсягів їх споживання в Україні. В 2015 році їх споживання збільшилося в 7,6 разів в порівнянні з 2008 роком. Відмічена зростаюча тенденція у споживанні БРА II вказує на впровадження формулярної системи в Україні, що заснована на принципах доказової медицини.

МАРКЕТИНГ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ФАРМАЦІЇ

Півень О. П., Ткаченко І. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Маркетинг взаємовідносин (МВ) розглядається як складова новітнього маркетингу, що орієнтований на підвищення ефективності бізнесу, з де-більшого, за рахунок збільшення вартості нематеріальних активів, таких як створення торгових марок, забезпечення цінності продукції, довгострокових привілейованих відносин з ключовими партнерами та ін. Спочатку МВ застосовувався на промислових підприємствах з метою врахування особливостей взаємодії, що виникають в процесі відносин з оточуючими суб'єктами на промисловому ринку. Проте в процесі розвитку ця концепція знайшла значне поширення і серед підприємств споживчого ринку. Маркетинг взаємовідносин в сучасних умовах розглядається як продовження розвитку концепції соціально-етичного маркетингу.

Метою роботи є аналіз сутності маркетингу взаємовідносин та обґрунтування доцільності його використання в діяльності фармацевтичних підприємств.

Методи дослідження: контент-аналіз, порівняльний і логічний аналіз, групування, узагальнення.

В фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я під маркетингом взаємовідносин, на наш погляд, необхідно розуміти формування довгострокових взаємовигідних відносин фармацевтичного підприємства з ключовими ринковими партнерами з метою встановлення

привілейованих взаємозв'язків і забезпечення якісного обслуговування клієнтів. У якості особливості МВ слід відмітити те, що в рамках цієї концепції процеси управління орієнтовані на взаємовідносини фармацевтичного підприємства з оточуючими його суб'єктами зовнішнього середовища. Тому, як пріоритетний фактор реалізації даної концепції розглядаються саме комунікативні процеси підприємства, а його взаємовідносини з оточуючими суб'єктами ринку, що утворюють ділову маркетингову мережу взаємодіючих на ринку організацій, як нематеріальний актив, що виникає на основі довгострокових і взаємовигідних відносин між підприємствами.

В результаті проведених досліджень нами розроблено модель взаємовідносин фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами, яка являє собою маркетингову ділову мережу і складається із взаємодіючих на ринку організацій. У якості складових цієї моделі розглядаються чотири підсистеми: підсистема взаємовідносин з клієнтами (споживачами та посередниками), підсистема з постачальниками, підсистема з конкурентами і контактними аудиторіями та підсистема здійснення внутрішнього партнерства. Ключову роль у цій моделі відіграє підсистема взаємовідносин з ключовими клієнтами.

У рамках концепції маркетингу взаємовідносин фармацевтичні підприємства повинні враховувати, що для забезпечення довгострокових відносин інтереси учасників маркетингової ділової мережі повинні збігатися, система буде працювати стабільно за умови постійного врахування інтересів партнерів, здатності йти на компроміс, а самі стосунки між партнерами ділової мережі повинні складатися на взаємній довірі і відповідати етиці ведення бізнесу. Тому для побудови унікальних нематеріальних активів фармацевтичного підприємства, як додаткового чинника конкурентоспроможності, задачею МВ є відпрацювання механізму відносин між учасниками маркетингової ділової мережі. Особливу роль тут відіграє переведення комунікацій зі споживачами на рівень особистісних взаємин.

Таким чином, враховуючи соціальну спрямованість діяльності фармацевтичних підприємств, використання концепції маркетингу взаємовідносин як найкраще відповідає основній меті – задоволенню потреб споживачів у високоефективних ліках в умовах якісного обслуговування, орієнтованого на довгострокові і привілейовані відносини.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ АКТИВНОСТІ СТЕЙКХОЛДЕРІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ

Малий В. В., Ольховська А. Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Інтенсивні темпи розвитку глобальної комп'ютерної мережі Інтернет зумовило переміщення інструментів маркетингових комунікацій в digital-середовище. Привабливість Інтернет-комунікацій зі споживачами, клієнтами, партнерами і конкурентами полягає, перше за все, у зменшенні трансакційних витрат за рахунок забезпечення цілодобового доступу до системи інформаційних ресурсів в інтерактивному режимі. Одним із найбільш перспективних методів просування в мережі Інтернет сьогодні вважають соціальні медіа, серед яких основним інструментом є соціальні мережі.

Метою роботи є обґрунтування переваг залучення соціальних мереж для просування фармацевтичних брендів, виявлення проблем їх застосування в Україні та апробація методики маркетингового аналізу активності стейкхолдерів фармацевтичного ринку в соціальних мережах.

Методи дослідження. Теоретико-методичною основою дослідження були джерела наукової літератури зарубіжних та вітчизняних авторів з питань практичного застосування соціальних медіа в просуванні брендів. У процесі дослідження використано методи системного аналізу, контент-аналізу, моніторингу, логічного узагальнення та ін.

Основний матеріал дослідження. Просування в соціальних мережах дозволяє персоніфіковано впливати на цільову аудиторію та обирати найбільш значимі майданчики для комунікативного впливу на їх поведінку. Суттєвою перевагою використання соціальних мереж для просування фармацевтичних брендів є низька вартість контакту, розширення аудиторії потенційних клієнтів, можливість встановити зворотній зв'язок з користувачами, аналізувати популярність окремих постів та ін. Серед основних проблем застосування соціальних мереж в маркетинговій комунікативній політиці стейкхолдерів вітчизняного фармацевтичного ринку є недосконалість нормативно-правової бази України, яка б чітко регламентувала правила просування фармацевтичних брендів в Інтернет-середовищі, некоректна робота деяких он-лайн сервісів, недостатня оснащеність спільноти комп'ютерною технікою, психологічні бар'єри тощо. За останні роки значно зросло значення соціальних мереж й в охороні здоров'я. За даними наукової літератури встановлено, що в розвинених країнах у сфері забезпечення коректності та доступності інформації про здоров'я беруть участь офіційні і неофіційні медичні професійні організації і групи пацієнтів. При цьому все більш актуальною стає діяльність з моніторингу та регулювання Інтернет-простору, де пацієнти збирають інформацію, яка дозволяє їм формувати власну думку. Формуванню лояльності до фармацевтичних брендів, залученню та утримання клієнтів сприяє присутність організації в соціальних мережах. Нами проведено аналіз присутності стейкхолдерів фармацевтичного ринку в соціальних мережах на прикладі аптечних мереж України. Переважна більшість досліджуваних аптечних мереж (63%) застосовують соціальні мережі у своїй маркетинговій комунікативній діяльності. На думку опитаних фармацевтичних фахівців в умовах обмеженого бюджету застосування соціальних мереж вбачають доцільним та інноваційним підходом для формування стратегії брендингу підприємства в Інтернет-середовищі, просування лікарських засобів до цільової аудиторії, формування їх прихильності та підвищення лояльності до діяльності організації в цілому. Найбільш популярними соціальними мережами серед українських аптечних мереж є Facebook (56%), Вконтакте (47%), Google⁺ (30%), Twitter (30%). Хоча 37% аптечних мереж, що брали участь у дослідженні, не використовують у своїй маркетинговій комунікативній діяльності соціальні мережі. Нами запропоновано керівникам даних аптечних мереж розглянути можливість застосування даного інноваційного інструменту просування у своїй подальшій роботі, оскільки основним генератором продажу лікарських засобів в Україні в ОТС-сегменті, на думку фармацевтичних експертів, є технологія «Word-of-mouth-marketing», яку можливо впровадити в умовах невеликого бюджету через соціальні мережі.

На наступному етапі нами проведено маркетинговий аналіз активності досліджуваних стейкхолдерів фармацевтичного ринку в соціальних мережах за допомогою коефіцієнта комерційної активності аудиторії Інтернет-співтовариства, за результатами якого проведено сегментування аптечних мереж за критерієм «активність користувачів». Також за допомогою он-лайн сервісу «SharedCount» проаналізовано активність аптечних мереж в соціальній мережі Facebook. За результатами аналізу складено рейтинг їх активності в соціальній мережі за індикатором «Uniform Resource Locator». Найчастіше в соціальній мережі Facebook, під час нашого дослідження, згадувалися аптечні мережі «Аптека низьких цін», «Космо», «Аптека Доброго дня», «Біла ромашка», «Аптека 9-1-1».

Висновки. Застосування соціальних мереж в маркетинговій комунікативній політиці стейкхолдерів забезпечить високий рівень впізнання фармацевтичних брендів та збільшення обсягів продажу товару. В подальших дослідженнях проводиться аналіз активності оптово-посередницьких фармацевтичних підприємств в соціальних мережах та оцінка економічної ефективності застосування digital-маркетингових комунікацій у просуванні фармацевтичних брендів.

АНАЛІЗ АНКЕТНОГО ОПИТУВАННЯ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ПАРФАРМАЦЕВТИЧНИХ ТОВАРІВ ЩОДО ЗАХОДІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ПРОДАЖУ

Немченко А. С., Міщенко В. І., Тімофєєв С. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В умовах сьогодення фармацевтична допомога повинна бути спрямована на забезпечення населення України доступними парафармацевтичними товарами (ПТ) з метою профілактики захворювань. Парафармацевтики уводяться до харчового раціону людини для регулювання функцій організму в межах фізіологічних норм. Вони також мають таку дію, яка дає можливість запускати усі універсальні механізми людського організму та здатні нормалізувати функціонування окремих органів завдяки ширшому діапазону доз препарату, у порівнянні з лікарськими засобами (ЛЗ). На сьогодні одним з актуальних напрямків підвищення ефективності фармацевтичної допомоги є розробка наукових підходів до регулювання ринку парафармацевтиків, а саме питання регулювання заходів підвищення ефективності їх продажу.

Метою нашого дослідження є аналіз анкетного опитування серед споживачів ПТ щодо заходів підвищення ефективності їх продажу задля забезпечення населення України доступними парафармацевтиками, що застосовуються з метою профілактики захворювань. У дослідженні нами був використано метод анкетного опитування споживачів та для наочного подання матеріалу досліджень застосовано графічний метод.

Нами проведено дослідження ПТ на фармацевтичному ринку шляхом анкетування споживачів, підбір анкетних груп респондентів був проведений за характеристичними ознаками. Більшість становлять жінки у віці від 21 до 45 років, з вищою освітою, які мешкають у місті Харкові, за соціальним статусом – службовці з рівнем грошового доходу на 1-го члена родини від 700 до 1000 грн. За результатами анкетування встановлено, що більшість покупців при виборі місця придбання ПТ віддають переваги аптеці – 62%, та лише 23% – торговельній мережі магазинів, що пропонують таку ж саму парафармацевтичну групу товарів, інколи за нижчими цінами. Переважна більшість споживачів розуміють, що аптечні заклади дотримуються умов зберігання ПТ, співпрацюють з надійними постачальниками і надають усю необхідну інформацію про походження та якість цих товарів.

В анкетуванні споживачам було запропоновано вказати, які заходи необхідно запровадити щодо удосконалення організації з реалізації ПТ. Важливим у дослідженні є переважна думка респондентів, що з метою гарантії якості ПТ їх слід реалізовувати тільки в аптечних закладах охорони здоров'я. Щодо ефективності їх продажу більшість – 41%, пропонують зробити в аптеках спеціалізовані відділи продажу, де будуть реалізуватися профілактичні товари окремо від ЛЗ. Залучити консультантів, які досконало володіють інформацією саме з цієї групи товарів, пропонують 37% респондентів. При цьому 22% опитуваних радять посилити контроль за якістю товарів, що аналізуються (рис.).

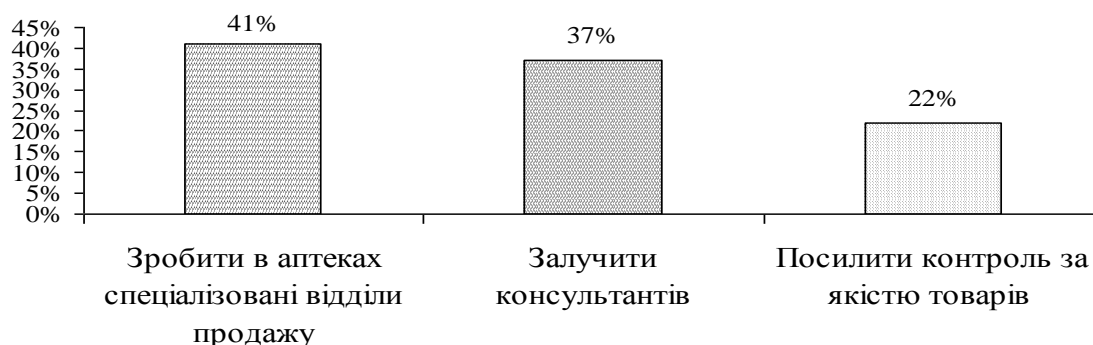


Рис. Заходи, які пропонують споживачі щодо організації з продажу ПТ

Таким чином, питання удосконалення підходів до організації профілактичної опіки в процесі реалізації ПТ населенню є актуальним на цей час. При узагальненні результатів анкетування споживачів було встановлено, що респонденти віддають перевагу закупівлі парафармацевтиків в аптеках, аніж магазинах. Головні заходи, які пропонують респонденти щодо підвищення організації з реалізації ПТ: відкрити в аптеках спеціалізовані відділи та залучити консультантів.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ В СЕГМЕНТЕ РЫНКА ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Малый В. В., Муса Истанис Марвек Медхат

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Выбор стратегии и тактики позиционирования фармацевтических предприятий и лекарственных средств относительно конкурентов должен базироваться на количественной и качественной оценке рыночных позиций и перспектив в конкурентной среде, а также конъюнктуры в определенном сегменте рынка. Эти актуальные задачи фирм-производителей лекарственных средств включают в себя, в частности, анализ показателей рыночной концентрации и монополизации рынка.

Цель работы – оценка рыночной концентрации и монополизации рынка гепатотропных лекарственных средств в Украине с использованием различных подходов.

В работе использован метод кабинетных исследований на основе вторичной маркетинговой информации по данным аудита розничного сегмента фармацевтического рынка Украины. Произведен расчет показателей концентрации рынка, индексов Херфиндаля-Хиршмана, Линда, Холла-Тайдмана, коэффициента относительной концентрации.

Анализ показал, что в течение 2015 г. на фармацевтическом рынке Украины было представлено 41 торговое наименование гепатопротекторов 33 фирм-производителей (97 лекарственных средств с учетом различных лекарственных форм, дозировок и количества доз в упаковке). Емкость сегмента рынка в 2015 г. составляла около 6,8 млн. уп. на сумму свыше 861,2 млн грн, тогда как в 2014 г. эти показатели составляли 6,3 млн уп. и 547,2 млн грн соответственно. Таким образом, прирост рынка гепатопротекторов составляет около 8% в натуральных показателях и более 57% в денежных показателях.

Нами установлено, что семь фирм-производителей, господствующих на украинском рынке гепатотропных лекарственных средств (Sanofi, Франция; Sopharma, Болгария; Группа компаний «Здоровье», Украина; ОАО «Фармак», Украина; Teva, Израиль; Omega Pharma, Бельгия; Berlin-Chemie, Германия) вместе занимают 82,9% по объемам продаж, что дает основание подозревать наличие олигополии. Учесть распределение долей рынка среди крупнейших фирм, а также определить границы олигополии на определенном рынке позволяет индекс Линда, широко используемый в странах ЕС. Как известно из теории олигополии, если на рынке доминируют 2-3 фирмы, речь идет о жесткой олигополии, если 4-7 фирм занимают 70-80% рынка, речь идет о «распывчатой», или «аморфной» олигополии. Расчет индексов Линда для крупнейших фирм-производителей гепатотропных лекарственных средств позволил судить о наличии «распывчатой» олигополии.

Значение показателей трехдольной и четырехдольной концентрации рынка гепатопротекторов (60,83% и 68,76% соответственно), а также индекса Херфиндаля-Хиршмана ($HHI=1554,05$) позволяет сделать вывод о том, что данный сегмент рынка является умеренно концентрированным. Величина индекса Холла-Тайдмана (Розенблюта) для сегмента рынка гепатотропных лекарственных средств ($HT=0,0572$; $0,0303 < HT < 1$) свидетельствует о том, что этот рынок умеренно концентрирован. Однако коэффициент

относительной концентрации для трех наиболее крупных предприятий (0,77) позволяет оценить рынок гепатопротекторов как высококонцентрированным.

Обобщение результатов, полученных с использованием различных количественных подходов, позволяет оценить рынок гепатотропных лекарственных средств в Украине как умеренно концентрированный, характеризующийся наличием сильных компаний-лидеров в относительно свободном конкурентном рынке.

Наличие на данном сегменте рынка отечественных оригинальных препаратов (Глутаргин, Группа компаний «Здоровье»), мощных зарубежных брендов (Эссенциале®, Sanofi, Франция и Карсил®, Sopharma, Болгария), а также традиционно высокая промоционная активность компаний-производителей обуславливают интерес к изучению процессов формирования рыночного потенциала гепатотропных лекарственных средств и оценке конкурентных позиций.

Дальнейшие исследования направлены на изучение факторов, влияющих на формирование конкурентных рыночных позиций компаний-производителей лекарственных средств гепатопротекторов. Углубленные качественные исследования с использованием методов анкетного опроса и экспертных оценок, контент-анализа позволят изучить арсенал маркетинговых инструментов и оценить эффективность стратегий позиционирования компаний-производителей гепатотропных лекарственных средств.

ОГЛЯД ПРЕПАРАТІВ З ГРУПИ ЗАСОБІВ, ЩО ДІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНУ СИСТЕМУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Ткачова О. В., Сілаєв А. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. За даними ВООЗ 90% населення Земної кулі щорічно хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). Мільйони людей витрачають багато часу і коштів на усунення симптомів ГРВІ. Високий рівень захворюваності ГРВІ, часта хронізація та ускладнення, що вимагають тривалого застосування препаратів, свідчать про значні економічні витрати для пацієнтів та держави.

Мета роботи. Огляд лікарських засобів (ЛЗ) з групи R (засоби, що діють на респіраторну систему) на фармацевтичному ринку України у 2015 р., що призначались для лікування ГРВІ.

Методи дослідження. Аналіз асортименту лікарських засобів (ЛЗ) за даними інформаційно-пошукової системи «Моріон».

Результати досліджень. На фармацевтичному ринку України у 2015 році серед препаратів групи R за АТС кодом для лікування ГРВІ було представлено 386 торгових найменувань (ТН) ЛЗ на основі 31 МНН. В найбільшій кількості на ринку були представлені ЛЗ закордонних виробників – 234 ЛЗ (60,6 %), а вітчизняних виробників – 152 ЛЗ (39,4 %). Серед МНН в найбільшій кількості ТН представлені: амілметакрезол – 57 ТН, ксилометазолін – 40 ТН, оксиметазолін – 40 ТН, нафазолін – 14 ТН, фенілефрін – 10 ТН. Найбільш доступним препаратом за МНН є вітчизняний антисептик декаметоксин, що наявний на ринку у 2 ТН «Септефріл», роздрібні ціни на які склали 3,48-3,79 грн. Найбільш дорогим за МНН є Цикламен європейський, представлений ЛЗ «Синуфорте» (Фарма Медітеранія, Іспанія), роздрібні ціни на який склали 354,28-356,50 грн.

Висновки. Огляд ЛЗ для лікування ГРВІ на фармацевтичному ринку України показав, що переважна більшість ТН (60,6 %) представлена закордонними виробниками, що може підвищувати вартість фармакотерапії хворих. Але ціни на ЛЗ варіюють у широкому діапазоні, що дає змогу оптимізації витрат на лікування ГРВІ.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З КОРТИКОСТЕРОЇДАМИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Глуценко О. М., Холоденко В. О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Збільшення захворюваності на дерматити у дітей та дорослих спостерігається по всьому світі. Згідно статистичних даних МОЗ України на дане захворювання страждає близько 20% населення України. Хворіють переважно діти. У різних регіонах України у 2015 році частота цієї патології була в межах 3-10 хворих на 1000 дітей. За даними стандартизованої міжнародної програми ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) у 2016 році вказані показники збільшились у 5-10 разів порівняно з 2015 роком. Атопічний дерматит (АД) вперше діагностують у віці до 6 місяців у 45% дітей, до 1 року – 60% дітей, до 5 років – 85% [3,4,5,8,9].

Внаслідок швидкого збільшення кількості хворих на АД доцільно провести аналіз асортименту лікарських засобів (ЛЗ), що використовуються для лікування дерматитів у дітей та дорослих [3]. Для лікування дерматозів з хронічним перебігом застосовують м'які ЛЗ з кортикостероїдами (ГКС). Системне застосування цієї терапії сприяє протизапальній, протисвербіжній й антитоксичній дії, проте має побічні ефекти [2,3,4].

З метою визначення попиту нами проведено дослідження асортименту та реалізація м'яких ЛЗ з ГКС за перший квартал 2015-2016 рр. аптеки №1 смт Немішаєве Київської області. Станом на 03.06.2016р. у Державному Реєстрі ЛЗ України зареєстровано 120 найменувань м'яких лікарських засобів з ГКС, що використовуються в дерматології (код АТС - D07). Серед них в аптеці наявні 35 найменувань, а користуються попитом двадцять [1]. У 2016 році кількість реалізованих м'яких лікарських засобів з ГКС збільшилась на 6%, а частка ЛЗ іноземного виробництва – на 11% (рис.1). Серед ЛЗ іноземного виробництва переважають м'які ЛЗ з ГКС з Італії, Польщі та Бельгії (рис.2).

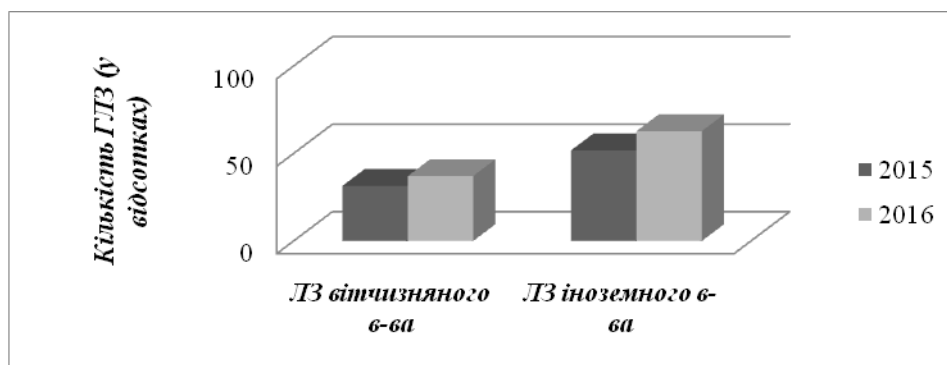


Рис.1. Аналіз реалізації м'яких ЛЗ з кортикостероїдами за 2015-2016рр.

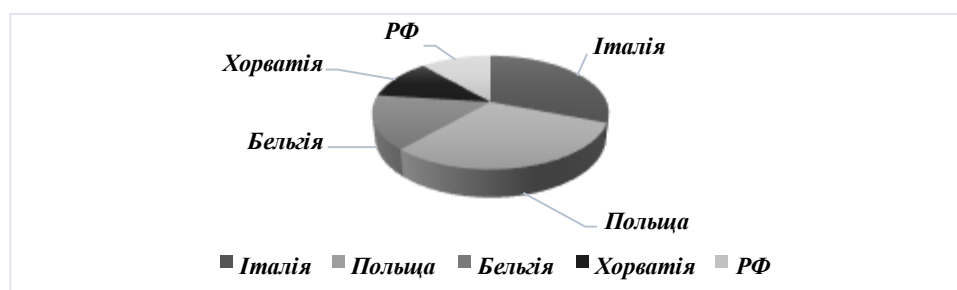


Рис.2. Аналіз асортименту м'яких ЛЗ, які використовуються для лікування атопічного дерматиту за країною-виробником

Наступний етап - дослідження ГЛЗ, які використовуються для лікування гострого та хронічного алергічного атопічного дерматиту за діючими речовинами (рис.3).

Згідно протоколу лікування АД, глюкокортикостероїди використовують як ЛЗ першої лінії [10]. Серед них основними діючими речовинами є дексаметазон «Дексон», бетаметазон «Целестон», флуоцинолон «Флуцинар». У разі неефективності лікування та розвитку ускладнень рекомендовані до застосування: мометазону фуроат «Елоком», бетаметазону дипропіонат + антибіотик «Целестодерм», гідрокортизону ацетат «Локоїд», флютиказону пропіонат «Кутівейт», клобетазолу пропіонат «Дермовейт» [1,2,4].

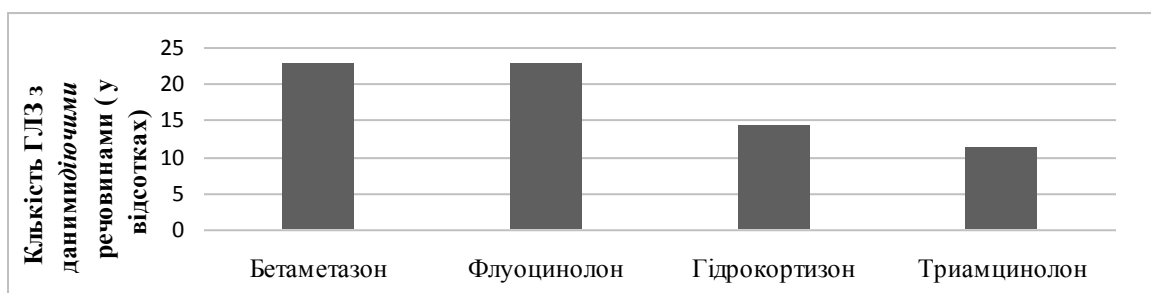


Рис.3. Аналіз продажів ГЛЗ аптеки №1, які використовуються для лікування атопічного дерматиту за діючою речовиною

Аналіз продажів вказує на перевагу препаратів з бетаметазоном, флуоцинолоном, гідрокортизоном та триамцинолоном (табл.1). Серед споживачів найбільшим попитом користуються препарати: мазі «Кремген», «Гіоксизон», «Бетасалік», «Преднізолон», «Локоїд», «Целестодерм», креми «Фокорт», «Бетаметазон» та гель «Флуцинар» [1,4,10].

Таблиця 1

Перелік лікарських засобів, які найчастіше купують відвідувачі аптеки для лікування атопічного дерматиту

№	Назва препарату	Виробник	Діюча речовина
1	Мазь «Кремген»	СП «Сперко Україна», м. Вінниця, Україна	Флуоцинолід
2	Крем «Бетаметазон»	ЗАТ ФК «Дарниця», Україна	Бетаметазону дипропіонат
3	Мазь «Бетасалік»	ВАТ «Київмедпрепарат», м. Київ, Україна	Бетаметазону дипропіонат
4	Мазь «Гідрокортисон»	Фармзавод «Ельфа», Польща	Гідрокортизону ацетат
5	Мазь «Локоїд»	Astellas Pharma Europe B.V., Італія, Нідерланди	Гідрокортизону ацетат
6	Крем «Фокорт»	ЗАТ ФК «Дарниця», Україна	Триамцинолону ацетанід
7	Мазь «Гіоксизон»	ВАТ ХФЗ «Червона зірка», м. Харків, Україна	Гідрокортизону ацетат + окситетрацикліну гідрохлорид
8	Мазь «Преднізолон»	«Agiо Pharmaceuticals Ltd», Індія	Преднізолону гемісукцинат
9	Гель «Флуцинар»	Фармзавод «Ельфа», Польща	Флуоцинолону ацетанід
10	Мазь «Целестодерм»	"Schering-Plough Labo N.V., Бельгія, Швейцарія, США	Бетаметазону дипропіонат

Висновок. На сьогоднішній день проблема атопічного дерматиту залишається актуальною. Однією з груп ЛЗ, що використовуються для лікування є кортикостероїдні препарати. Проаналізувавши асортимент м'яких ЛЗ з кортикостероїдами виявлено, що найбільшим попитом в аптеці №1 користуються такі ГЛЗ як мазі «Кремген», «Бетасалік»,

«Гідрокортизон», «Локоїд» та крем «Бетаметазон».

З кожним роком ринок м'яких ЛЗ з кортикостероїдами розширюється, що потребує постійного проведення інформаційної, консультативної та просвітницької роботи серед лікарів та провізорів. Актуальним є збільшення асортименту дерматологічних лікарських засобів з кортикостероїдами вітчизняного виробництва.

ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ФІТОПРЕПАРАТІВ РИНКУ УКРАЇНИ, ЩО МІСТЯТЬ БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ З РОСЛИН РОДИНИ АЙСТРОВИХ

Дякон І. В., Стадницька Н. Є., Лило В. В., Милянч А. О., Новіков В. П.

Національний університет «Львівська політехніка», м. Львів, Україна

Айстрові (Asteraceae) або складноцвіті (Compositae) — одна з найбільших родин класу дводольних рослин і налічує від 1150 до 1300 родів та понад 20 000 видів. Складноцвіті зустрічаються по всій Земній кулі, де можливе існування вищих рослин. Характеристичною морфологічною ознакою представників родини є суцвіття кошик. Хімічний склад цих рослин складають, в основному флавоноїди (похідні апігеніну, лютеоліну, кверцетину), ефірні олії, дубильні речовини, органічні кислоти, алкалоїди, оксикоричні кислоти, тритерпенові сполуки. Представники цієї родини використовуються як харчові, олійні, технічні культури. З них одержують каучук, вони є джерелами інсектицидів. Багато айстрових вирощують як декоративні рослини. Серед Айстрових багато бур'янів, окремі представники можуть бути небезпечними, або отруйними для людини. Разом з усіма переліченими позитивними аспектами використання представників складноцвітих, найціннішими для людини є їх різнопланові фармакологічні властивості.

Метою нашого дослідження було виокремлення серед фітопрепаратів представлених на ринку України, як вітчизняного так і зарубіжного виробництва тих, які містять в своєму складі різноманітні витяжки з рослин родини Asteraceae. Для досягнення поставленої мети було проаналізовано дані Державного реєстру лікарських засобів України по найчастіше вживаних представниках.

Перша рослина, про яку варто згадати, це ромашка лікарська (*Chamomilla recutita*). Найяскравіші представники лікарських засобів, що містять у своєму складі квіти ромашки: Рекутан, розчин по 100 мл у флаконах, ТОВ "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна; Імупрет®, таблетки, вкриті оболонкою, Біонорика СЕ, Німеччина; Гастрофіт, збір, фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна; Нефрофіт, збір, фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна; Арфазетин, збір, ПрАТ "Ліктрави", Україна; Угрин®, настойка, ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна; Фітокан, рідина, "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна; Бероз, настойка для перорального застосування, ПАТ "Біолік", Україна; Фітулвент, бальзам, ПАТ "Біолік", Україна. Із опрацьованих даних виходить, що препарати виготовлені Українськими виробниками становлять 75%, приблизно в однаковій кількості (6-7%) становлять препарати виробництва Німеччини та Польщі. Серед найбільш поширених виробників лікарських засобів із вмістом квітів ромашки можна виділити ПрАТ "Ліктрави", Україна, ПАТ "Біолік", Україна, Біонорика, Німеччина, ПАТ "Галичфарм", Україна. Дані препарати мають седативну, антибактеріальну, антацидну дію.

Ще одним представником родини айстрових є цмин пісковий (*Helichrysum arenarium*). У фармацевтичній практиці використовують квіти цмину. Ринок наповнений наступними засобами: Бероз, настойка, ПАТ "Біолік", Україна; Гепатофіт, збір, ПрАТ "Ліктрави", Україна; Поліфітол-1, настойка, ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна. У Держреєстрі присутні препарати виключно вітчизняного виробництва, щодо лікарської форми, то вагому частку 64% складають збори. Застосовують квіти цмину, в основному, для лікування гепатобіліарної системи.

Препарати соняшника однорічного (*Helianthus annuus*) використовуються здебільшого у вигляді розчинів для ін'єкцій та для проведення тестів з метою виявлення алергенів: D-AL прик-тест діагностичний, розчин алергену для проведення прик-тесту по 3 мл у флаконах-крапельницях, Севафарма а.с., Чеська Республіка; H-AL лікувальний перорально сублінгвальний, краплі оральні Севафарма а.с., Чеська Республіка. Підбіл звичайний (*Tussilago farfara*) входить до складу грудних зборів лише вітчизняного виробництва ("Біола", Україна та ПрАТ "Ліктрави", Україна). Кореневища та корені оману високого (*Inula helenium*) входять до складу фітопрепаратів різних лікарських форм серед яких 60% становлять екстракти та по 20% сиропи і настоянки. У виробництві гепатопротекторних препаратів: Хофітол, розчин оральний, Лабораторії Роза-Фітофарма, Франція; Цинарікс форте, таблетки, Фармацеутише фабрик Монтавіт ГмбХ, Австрія; Артишока екстракт-здоров'я, капсули, "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна застосовують листя артишоку (Супага).

На ринку України є чимало препаратів, що містять екстракт кульбаби лікарської (*Taraxacum officinale*), серед яких: Гепатофіт, збір, ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна; Імупрет®, краплі оральні, Біонорика СЕ, Німеччина; Імупрет®, таблетки, вкриті оболонкою, Біонорика СЕ, Німеччина; Поліфетол-1, настойка для перорального застосування, ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна; Детоксифіт, збір, ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна. Препаратами кульбаби лікують кон'юнктивіти, гострі і хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів, сечокам'яну хворобу; набряки, пов'язані з патологією серця і бронхолегеневої системи; гепатит, холецистит, гепатохолецистит, холангіт, алкоголізм, астеничний синдром.

Ще одним яскравим представником айстрових є пижмо звичайне (*Tanacetum vulgare*). Екстракти із квітів пижма лікують вугровий висип і жирну себорею обличчя легкої і середньої тяжкості (лікування та профілактика), дерматити та застосовують як лікувально-гігієнічний засіб для догляду за шкірою обличчя. Серед лікарських засобів: Пижма квіти, квітки, ПрАТ "Ліктрави", Україна; Пижма квіти, квітки, TeaХербс Ресурс-БГ, Болгарія; Фітогепатол, збір, ПрАТ "Ліктрави", Україна; Угрин®, маса подрібнена (субстанція), ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна.

Полин гіркий (*Artemisia absinthium*). Препаратами полину лікують фізичні та емоційні перенавантаження, стреси, астено-вегетативний синдром, запалення верхніх дихальних шляхів, невиразкову диспепсію, хронічний гастрит зі зниженою секреторною функцією шлунка, дискінезію жовчовивідних шляхів за гіпертонічним типом. На фармацевтичному ринку України основними виробниками цих препаратів є вітчизняні, а саме ТОВ "Аветра", ТОВ "Імунолог", ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", ПАТ "Фітофарм", ТОВ "Тернофарм".

Препарати ехінацеї пурпурової (*Echinacea purpurea*) представлені українськими, словенськими та німецькими виробниками. Їх застосовують для профілактики та лікування (у складі комплексної терапії) вірусних та бактеріальних інфекцій, аутоімунних (артрит, гепатит, нефрит), гінекологічних та урологічних захворювань, при імунодефіцитних станах різної етіології, а також у відновлювальному періоді після проведення інтенсивної антибактеріальної терапії.

Отже, сучасний фармацевтичний ринок України налічує достатню кількість фітопрепаратів із вмістом біологічно активних речовин представників родини Asteraceae, які представлені різними лікарськими формами, як вітчизняних так і закордонних виробників. Це може слугувати основою для пошуку як нових представників цієї родини з лікувальними властивостями, так і для більш глибокого всестороннього вивчення рослин, які вже використовуються в медичній практиці.

АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ

Жилякова Е. Т., Баскакова А. В., Новиков О.О., Новикова М. Ю.

Федеральное государственное автономное учреждение «Белгородский Национальный
Исследовательский Университет» ФГАОУ НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Конъюнктивиты различной этиологии остаются одной из наиболее актуальных проблем современного общества, включающей широкую распространенность, высокую контагиозность, социальные, экономические и другие аспекты. Согласно последним оценкам Министерства здравоохранения и социального развития РФ частота вирусных поражений конъюнктивы в их общей структуре за 2001-2013 гг. носила волнообразный и в целом увеличивающийся с годами характер: 2001-2002 гг. – удельный вес вирусных конъюнктивитов составил 16-18%; в 2004-2006 гг. - почти 27%. За дальнейшим снижением в 2007 г. отмечалось постепенное увеличение, которое достигло своего пика в 2012 г - 30%. В настоящее время признаны патогенными для человека более 120 вирусов, значительное количество людей поражено вирусом простого герпеса серотипа 1 (ВПГ-1). [1]. По данным Ю. Ф. Майчука (2011) ежегодно заболевали офтальмогерпесом от 400 до 500 тысяч человек [2].

В результате проведенного контент-анализа данных официальной литературы (Госреестр лекарственных средств, справочник Видаль, РЛС) [3], было установлено, что информационный массив препаратов для лечения вирусных конъюнктивитов, зарегистрированных в Российской Федерации формируют 10 торговых наименований, что составляет лишь около 5% от общего числа препаратов для лечения офтальмологических заболеваний. Лекарственные препараты для лечения конъюнктивитов по направленности действия в соответствии с АТХ-классификацией делятся на 5 групп из которых 20% составляют «S01XA Прочие препараты для лечения заболеваний глаз», 30% приходится на долю представителей группы «S01AD– Противовирусные препараты», 30% представлено группой «S01D03 –Противовирусные препараты. Ацикловир», 10% занимают представители группы «S01AD09-Ганцикловир» и 10 % приходится на долю представителей группы «S01CA01-Дексаметазон в комбинациях с противомикробными препаратами».

В структуре ассортимента исследуемой группы препаратов по действующему веществу доминирующими являются препараты, содержащие ацикловир, доля которых составляет 42,8% из числа монокомпонентных, в свою очередь последние занимают 70% от общего числа противовирусных препаратов для лечения конъюнктивитов [15].

Большинство противовирусных препаратов для лечения конъюнктивитов на современном фармацевтическом рынке отечественного производства, более 60% от общего числа зарегистрированных лекарственных препаратов. Зарубежные производители представлены следующими странами: Великобритания, Индия, Словения, Франция.

Таким образом, на основании полученных данных установлено, что на российском рынке противовирусных препаратов для лечения конъюнктивитов основной группой лекарственных средств выступают препараты группы «Прочие препараты для лечения заболеваний глаз. Ацикловир» в 30% случаев. Установлено, что лекарственные препараты для лечения конъюнктивитов в 60% представлены жидкими лекарственными формами, в 40% - глазными каплями с индексом обновления с 2008 по 2013 гг. На современном фармацевтическом рынке России отсутствуют комбинированные лекарственные препараты для лечения вирусных конъюнктивитов, а также глазные капли, являющиеся наиболее удобной лекарственной формой для большинства пациентов, с ацикловиром ввиду его низкой растворимости в воде, что определяет необходимость разработки комплексных глазных капель отечественного производства для лечения вирусных заболеваний глаз. В структуре ассортимента лекарственных средств выделяют три наиболее часто применяющиеся субстанции для лечения вирусных конъюнктивитов. Ацикловир, который является

синтетическим аналогом пуриновых нуклеозидов, нарушает структуру вирусной ДНК без повреждения клеток хозяина путем взаимодействия с ДНК-полимеразой. Идоксуридин, блокирующий изменение нормального синтеза ДНК и встраивающий тимидин в вирусную ДНК, в результате чего ДНК вируса становится дефектной и неспособной инфицировать и разрушать ткань, вирус же не сможет размножиться. Интерферон действующий на мембранные рецепторы и индуцирует синтез РНК, мешает репродукции и высвобождению вируса, активирует фагоцитоз, стимулирует образование антител и лимфокинов.

Таким образом, существующий ассортимент противовирусных препаратов для лечения конъюнктивитов, по нашему мнению, требует расширения путем разработки современных композитных офтальмологических форм в рамках стратегии развития фармацевтической промышленности «Фарма 2020» - импортозамещение лекарственных средств».

**СЬОГОДЕННЯ Й МАЙБУТНЄ СОЦІАЛЬНО-
ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ.**

ОСОБЛИВОСТІ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Зоїдзе Д. Р.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Інноваційні лікарські засоби або технології – це нові препарати, лікарські форми або засоби створення діючих субстанцій, які захищені патентом. Їх відкриття і широке впровадження в медичну практику дозволяють поліпшити або навіть у деяких випадках радикально змінити прогноз багатьох захворювань, знизити летальність, а також істотно скоротити витрати держави на лікування та реабілітацію пацієнтів, продовжити працездатність і підвищити якість життя невиліковно хворих. Значну користь для суспільства від розробки нових лікарських засобів можна продемонструвати на прикладах. Так, відкриття антибактеріальних препаратів кардинально знизило рівень смертності від інфекційних захворювань і гнійних ускладнень, створення препаратів інсуліну врятувало життя хворих на цукровий діабет, розробка препаратів для хіміотерапії допомогла знизити летальність від злоякісних новоутворень.

Стандартний процес створення нового лікарського засобу складається з чотирьох етапів. Після вдалого завершення доклінічного етапу розробки стартують клінічні дослідження майбутніх препаратів, які проводяться згідно з вимогами належної клінічної практики (Good Clinical Practice – GCP). За підрахунками експертів з Національного інституту стратегічних досліджень О. Собкевича та А. Шевченка, виходу на ринок одного інноваційного фармацевтичного продукту передують 12-13 років досліджень і розробок.

До того ж, процес розробки лікарських препаратів потребує значних інвестицій, вкладення яких пов'язане з ризиком на всіх етапах створення нового продукту. Наприклад, за даними тих же експертів, середня вартість розробки однієї хімічної або біологічної субстанції становить близько 1 млрд євро. При цьому в розрізі фаз клінічного дослідження найбільш витратною є III фаза – 31% витрат. Цю цифру наводить Є. Лук'янчук в своїй публікації в газеті «Аптека». Значна витратність інноваційного процесу у фармацевтичній галузі пояснюється на сьогодні збільшенням уваги до рівня якості, безпечності медикаментів, мінімізації негативних ефектів для споживачів, що вимагає проведення численних дорогих тестувань та експериментів.

Про наявність ризику в процесі створення нового лікарського засобу свідчить той факт, що лише 1-2 з 10 тис. субстанцій, синтезованих у лабораторіях, успішно проходять усі стадії випробувань та виходять на фармацевтичний ринок у вигляді готових фармацевтичних препаратів. Так, К. В. Песков, експерт з математичного моделювання компанії «Новартіс Фарма» (Росія) в своїй статті в журналі «Роснадзор» вказує на те, що за період з 1990 по 2004 р. на третій, найбільш витратній, стадії клінічних досліджень, які проводилися фармкомпаніями в Європі, США та Японії, було зареєстровано 106 провалів через недостатню ефективність розробленого лікарського засобу.

Тому фармацевти спільно з провідними вченими світу намагаються скоротити час і витрати, а також знизити ризики на всіх стадіях створення нових лікарських засобів. Ці дослідження відбуваються у двох напрямках: розробка ефективної організаційної форми для управління швидкістю виведення інноваційних препаратів на ринок та пошук нових методів

аналізу даних, які дозволять знизити ймовірність появи ризиків в процесі створення нового продукту.

Ефективним способом організації інноваційної діяльності у фармацевтичній галузі в останні роки в усьому світі став так званий інноваційний аутсорсинг, застосування якого дозволяє фармацевтичним підприємствам прискорити виведення нових препаратів на ринок. Механізм інноваційного аутсорсингу полягає в тому, що великі компанії утворюють тимчасові союзи з лабораторіями. При цьому виконавці приймають зобов'язання розробити новий препарат в межах встановлених термінів, а замовник – забезпечити часткове фінансування досліджень і участь виконавця в майбутніх прибутках від продажів. Результати інноваційної діяльності можуть бути або перепродані третім особам (за взаємною згодою сторін і на певних умовах) на будь-якій стадії досліджень, або – в разі успішного завершення – передані замовнику для проведення клінічних випробувань, реєстрації та переходу до комерційної експлуатації нововведень. Учасники інноваційного ланцюжка перетворюють інновацію у ф'ючерс особливого роду без гарантії, без покриття, але тим не менш, за словами російського дослідника Д. О. Борисова, «феноменально ліквідний».

В якості заходів для зниження ризику К. В. Песков пропонує використовувати на всіх стадіях клінічного дослідження три типи моделювання: математичне, фармакологічне і статистичне.

Так, використання математичних моделей дає можливість відібрати молекули, що володіють оптимальним поєднанням біотерапевтичних властивостей на ранніх стадіях розробки лікарських засобів в умовах обмеженої кількості доступної клінічної інформації. Саме застосування математичних моделей у фармації викликало появу у 70-х роках ХХ століття нової наукової дисципліни, яка отримала назву «фармакометрика» і стала використовуватися фармацевтичними компаніями для статистичного аналізу фармакокінетичних даних.

На більш пізніх етапах ключову роль починає відігравати фармакологічне моделювання, яке дозволяє істотно поліпшити дизайн клінічних випробувань, вибрати оптимальну дозу препарату і визначити найбільш правильну стратегію його розробки. Застосування цього типу моделювання особливо важливе при переході від дослідницької частини розробки ліків до доказової.

Статистичні моделі використовуються для доказу статистичної обґрунтованості отриманих в ході клінічних випробувань висновків.

Таким чином, подальші наукові дослідження в означеному напрямку повинні сприяти прискоренню та здешевшанню інноваційного процесу у фармацевтичній галузі. Від цього залежить не тільки конкурентоспроможність та прибутковість вітчизняних фармпідприємств, а й якість та тривалість життя всього населення України.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ

Козирева О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Фармацевтичні підприємства України в умовах євроінтеграції потребують розробки прогресивних концепцій та моделей функціонування.

Вагомий внесок у формування теоретичних засад і прикладних рекомендацій із забезпечення ефективності управління персоналом підприємств здійснили такі вітчизняні та зарубіжні вчені-економісти, як М. Армстронг, Н. Афанасьєв, Д. Баюра, В. Василенко, В. Герасимчук, Л. Довгань, П. Друкер, Д. Загірняк, А. Єгоршина, О. Кендюхов, К. Ковальська, А. Маслоу, В. Нижник, О. Посилкіна, Д. Стеченко, Н. Сімченко, Н. Чухрай та ін. Проте недостатньо висвітленими є праці щодо вдосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом.

Метою дослідження є розвиток теоретичних положень удосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом фармацевтичних підприємств.

Методи дослідження. Теоретичною й методологічною основою дослідження є фундаментальні положення економічної теорії, макроекономіки, теорії управління, праці вітчизняних і зарубіжних науковців, які стосуються вдосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом фармацевтичних підприємств.

Основний матеріал. Персонал фармацевтичних підприємств має складну кількісну та якісну структуру, значну низку повноважень. Саме тому управління персоналом на таких підприємствах — складний процес, який потребує особливого підходу. Актуальним це стає за умови кризових явищ в економіці.

На основі систематизації теоретичних досліджень було встановлено, що для стабільного функціонування фармацевтичних підприємств необхідно дедалі більше уваги приділяти механізму управління персоналом, оскільки в сучасних умовах саме персонал підприємства є головним фактором успішної підприємницької діяльності, який потребує значних інвестицій. У зв'язку із цим ключовим питанням підвищення конкурентоспроможності підприємства на будь-якому етапі життєвого циклу стають ефективне управління підприємством і персоналом, а також пошук нових форм і методів його організації.

У результаті аналізу численних теорій можна виокремити найважливіше з них, залежно від концепції управління персоналом і трьох основних підходів до управління: економічного, органічного та гуманістичного (табл.). Розмаїття підходів до розгляду процесу формування управлінського персоналу фармацевтичних підприємств свідчить про багатоаспектність цього поняття та складність визначення його складових. Тому, основними результатами, що характеризують наукову новизну даної теми, є розробка концептуальних положень функціонування механізму забезпечення ефективності управління персоналом на засадах функціонально-структурного підходу, що дозволить визначити склад компонентів механізму управління персоналом фармацевтичних підприємств, досягнути їх функціональної єдності.

Висновки й перспективи подальших досліджень Персонал є повноцінним і значущим стратегічним ресурсом підприємства, а його формування й використання — чинниками конкурентних переваг. Переважна орієнтація на управлінський персонал вимагає створення умов для розширення знань, компетенцій і самовдосконалення, підвищення творчої, новаторської активності працівників і задоволеності роботою. Такий підхід обумовлює необхідність поглиблення теоретичних досліджень в царині розробки концептуальних основ побудови механізму забезпечення управління персоналом у підприємстві.

Класифікація теоретичних підходів до управління персоналом

Концепції управління персоналом	Використання трудових ресурсів	Управління персоналом	Управління людськими ресурсами	Управління людиною
<i>Теорії, школи управління</i>	<i>Класична школа, або наукова організація праці</i>	<i>Адміністративна школа</i>	<i>Школа людських відносин і поведінкова школа</i>	<i>Теорія людського капіталу, школа соціальних систем</i>
Характерні риси	<ul style="list-style-type: none"> — наукові принципи організації праці; — розподіл праці в управлінні; — раціоналізація трудових операцій; — професійні відбір і навчання; — мотивація та навчання, стимулювання високої продуктивності 	<ul style="list-style-type: none"> — розвиток принципів і методів управління; — опис функцій управління; — систематизований підхід до управління всією організацією; — управління бюрократичною організацією; — проблеми лідерства та структур влади 	<ul style="list-style-type: none"> — міжособистісні відносини як чинник ефективності й задоволення працею; — створення умов для реалізації особистісного потенціалу й потреб кожного працівника; — використання психологічних знань в управлінні; — створення сприятливого психологічного клімату й стилю керівництва 	<p>Людина — головний суб'єкт організації та особливий об'єкт управління, який не може розглядатися лише як ресурс.</p> <p>Людський капітал — запас знань, навичок і мотивацій. Інвестиції в освіту та розвиток персоналу економічно ефективні. Системний підхід до управління. Управління за цілями. Розвиток культури організації</p>
Теоретичний підхід	Економічний	Органічний	Органічний	Гуманістичний
Основоположники й провідні представники	Ф. Тейлор, Ф. Гілбрет, Л. Гілбрет, Г. Гант	Ф. Файоль, Л. Урвіч, Г. Емерсон, М. Вебер	М. Фолет, Е. Мейо, Г. Мюстенберг, А. Маслоу, Д. МакГрегор, Д. МакКлеланд, Ф. Герцберг, К. Льовін, Р. Лайкерт	У. Петті, А. Сміт, Ж.-Б. Сэй, Т. Шульц, Г. Боккер, Ч. Бернард, Г. Саймон, Ф. Селзнік, П. Дракер

**АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

Юрченко Г. М., Калайчева С. Г., Подколзіна М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Фінансовий стан підприємства характеризується сукупністю показників, що відображають процес формування і використання його фінансових коштів. У ринковій економіці фінансовий стан підприємства по суті справи відображає кінцеві результати його діяльності. Саме кінцеві результати діяльності підприємства впливають на якість надання фармацевтичної допомоги населенню та на рівень доступності лікарських засобів в аптечних закладах.

Тому проведення аналізу фінансово-господарської діяльності роботи фармацевтичного підприємства в Україні є актуальним.

Для цього необхідно провести аналіз факторів, що впливають на фінансово-господарську діяльність аптеки та визначити шляхи поліпшення цих показників з метою покращення якості надання фармацевтичної допомоги населенню в Україні.

Основними завданнями економічного аналізу фінансового стану аптеки є: об'єктивна оцінка використання фінансових ресурсів на підприємстві, виявлення внутрішньогосподарських резервів зміцнення фінансового становища, а також поліпшення відносин між підприємствами і зовнішніми фінансовими, кредитними, контрольними органами та ін..

Основними показниками фінансового стану аптеки є: забезпеченість власними оборотними засобами; відповідність фактичних запасів матеріальних засобів нормативу; забезпеченість запасів; іммобілізація оборотними засобами; платоспроможність підприємства.

На першому етапі наших досліджень було проаналізовано основні показники діяльності досліджуваної аптеки за 2014 і 2015 роки. Аналіз показав, що виручка від реалізації в 2015 році зменшилася майже на 540 тисяч грн. Вартість основних фондів збільшилася трохи більше 300 тис. грн. Продуктивність праці знизилася на 8 тисяч грн.

Таблиця 1

Основні статті звіту про фінансово-господарської діяльності досліджуваної аптеки (в грн.)

Найменування показників	Факт. 2014р.	Факт. 2015р.	Збільшення + Зменшення -
Загальний оборот	1879003	1339599	- 539403,8
Роздрібний т / оборот	620902,2	454154,5	- 166747,7
Оптовий т / оборот	803987,3	664888,8	- 139101,5
Реалізовані торгові накладення	726569	455655	- 270914
Рівень торгових накладень, %	38,7%	34,0%	- 4,7%
Витрати підприємства	549213,8	452535	- 96678,8
Рівень витрат, %	29,2%	33,8%	+ 4,6%
У т. ч. заробітна плата	252512	327024	+ 74512
Рівень заробітної плати	64,7%	59,6%	- 5,1%

На наступному етапі нами було проаналізовано загальний товарообіг, торгові накладення і витрати. Аналіз показав, що роздрібний товарообіг в 2015 р знизився на 26%, а оптовий на 17%. Реалізовані торговельні накладення на 37% при цьому рівень торгових накладень знизився на 4,7%. Сума витрат знизилася на 17% при цьому сума зарплати збільшилася на 29%.

Наступним етапом наших досліджень був проведений аналіз основних економічних показників роботи аптеки, таких як прибуток і рентабельність (таблиця 1). Аналіз показав, що в 2015 році різко зменшилися ці показники. Рентабельність зменшилася майже на 15%.

Таблиця 2

Аналіз основних економічних показників роботи досліджуваної аптеки за 2014-2015 рр.

№ з/п	Найменування показника	2014 р.	2015 р.
1	Виручка від продажів (тис. грн.)	1879003	1339599
2	Собівартість продажів (тис. грн.)	1151828,5	884135,1
3	Прибуток (тис. грн.)	177355,17	3120
4	Прибуток чистий (тис. грн.)	145431,24	2558,4
5	Рентабельність	15,3%	0,4%

За підсумками досліджень були зроблені висновки і рекомендації, щодо підвищення рівня фармацевтичного забезпечення населення в Україні:

1. Проведений аналіз показав, що по поліпшенню фінансового стану підприємства в частині поліпшення ефективності використання оборотних коштів рекомендується провести заходи щодо підвищення швидкості оборотності дебіторської заборгованості.

2. Проведений аналіз показав, що рекомендується періодично проводити аналіз цін, що встановлюються на аналогічну продукцію іншими фармацевтичними підприємствами.

3. Проведений аналіз показав, що необхідно проводити заходи щодо вдосконалення інформаційного забезпечення населення про товари аптечного асортименту в рамках самолікування.

4. Проведений аналіз показав, що з метою покращення доступності товарів аптечного асортименту для населення необхідно розширити асортимент в аптечних закладах та збільшити кількість структурних підрозділів.

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ МАРКЕТИНГУ У ПІДПРИЄМНИЦЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Чмихало Н. В., Пузак Н. О., Гавриш Н. Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На сьогодні основними конкурентними перевагами підприємницької діяльності в фармацевтичному секторі охорони здоров'я виступають багатоаспектна та численна діяльність підприємства, зорієнтована на соціальну відповідальність бізнесу, взаємодію з усіма суб'єктами господарських відносин. Представники фармацевтичного бізнесу здійснюють маркетингову діяльність з різноманітними контактним аудиторіями та з представниками громадськості, володіючи при цьому значними можливостями впливу на учасників ринку. Однак, враховуючи значну соціальну роль фармацевтичного товару для

суспільства, фармацевтичний бізнес повинен нести й певну відповідальність за результати цього впливу.

Резюмуючи вищезначене, метою роботи стало обґрунтування значущості соціальної ролі маркетингу у підприємницькій діяльності фармацевтичних організацій.

Усвідомлення фармацевтичними організаціями необхідності виконання своєї соціальної місії зазнало теоретичне обґрунтування як **концепція соціальної компетенції бізнесу**, яка реалізується шляхом формування соціально-етичних цінностей на всіх етапах його розвитку. Основні положення означеної концепції передбачають на практиці значне розширення споживчої компетенції. Саме споживча компетенція передбачає інформаційну обізнаність споживачів ЛП відносно їх якості, ефективності, безпеки застосування, а також їх фізичної та економічної доступності. За таких умов соціальна роль і відповідальність маркетингу у підприємницькій діяльності фармацевтичних організацій зростає відповідно ступеню розвитку самого бізнесу, ефективність якого обумовлена наступними факторами:

- рівнем розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я країни, в тому числі соціальної адаптації маркетингової діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку відносно правового обґрунтування імплементації окремих положень законодавства Європейського Союзу щодо обігу лікарських засобів;

- насиченістю фармацевтичного ринку ЛЗ за АТС класифікацією, в тому числі співвідношенням імпортової та вітчизняної продукції, з превалюванням стійкого росту частки національних ліків;

- односпрямованістю загального вектора розвитку мікроінфраструктури фармацевтичного бізнесу та збігом економічних і соціальних цілей всіх учасників процесу, в тому числі збільшення соціальної ролі маркетингу у підприємницькій діяльності фармацевтичних організацій шляхом спрямованості вектора фармацевтичного бізнесу на підвищення його соціального значення для суспільства;

- виконанням принципів соціально-етичного маркетингу відносно інформаційної, фізичної та економічної доступності ЛЗ та ВМП.

Таким чином, можна стверджувати, що пізнання і реалізація соціально-етичних принципів маркетингу є основою формування сучасної концепції соціальної компетенції фармацевтичного бізнесу та шляхом до активізації соціальної ролі маркетингу у підприємницькій діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Братішко Ю. С., Посилкіна О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Дослідження досвіду функціонування провідних вітчизняних фармацевтичних підприємств (ФП) довели їхнє прагнення до перетворення у соціально відповідальні організації. Про це свідчить наявний потенціал здатності забезпечення населення якісними, безпечними та доступними за ціною лікарськими засобами, необхідними для підвищення якості життя населення; участь ФП у реалізації національних та регіональних програмах у сфері охорони здоров'я; реалізація екологічних проектів; фінансування ФП соціальних програм розвитку як на мікро- так і на мезорівні; регулярне складання та оприлюднення соціальних звітів; посідання значних місць у національних рейтингах найбільш соціально відповідальних компаній України, а також лідерство у рейтингах щодо Індексу прозорості та підзвітності компаній в Україні. Все це підтверджує той факт, що сучасні вітчизняні ФП все більше уваги приділяють процесу формування та управління соціально відповідальною діяльністю.

Вимоги: розуміння міжнародних стандартів корпоративного управління; розуміння специфіки ведення бізнесу в Україні; знання основних сучасних трендів і тенденцій PR; знання порядку планування, організації, контролю та аналізу різноманітних PR-заходів (PR-інструментів); вміння працювати в MS Office; бажаний досвід роботи журналістом або написання наукових або інших робіт; навички організації проєктів; навички підготовки текстів / копірайтинг; навички публічних виступів; знання методів маркетингових комунікацій; високий ступінь відповідальності; вміння швидко приймати рішення і реагувати на нестандартні ситуації; грамотна усна і письмова мова; розвинені комунікативні навички; активна життєва позиція; цілеспрямованість; вміння працювати як в команді так і самостійно; пунктуальність; сумлінність; аналітичний склад розуму; креативність; амбіційність; самомотивація та орієнтація на результат; вміння мотивувати до соціального розвитку персонал компанії; вміння впливати на людей; прагнення до самоосвіти; стійкість до стресів; вміння працювати в умовах багатозадачності; лояльність.

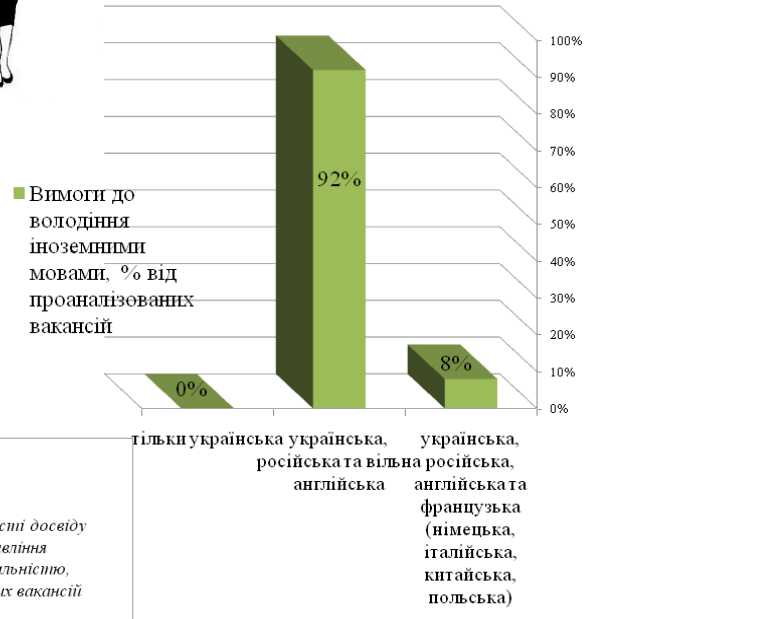
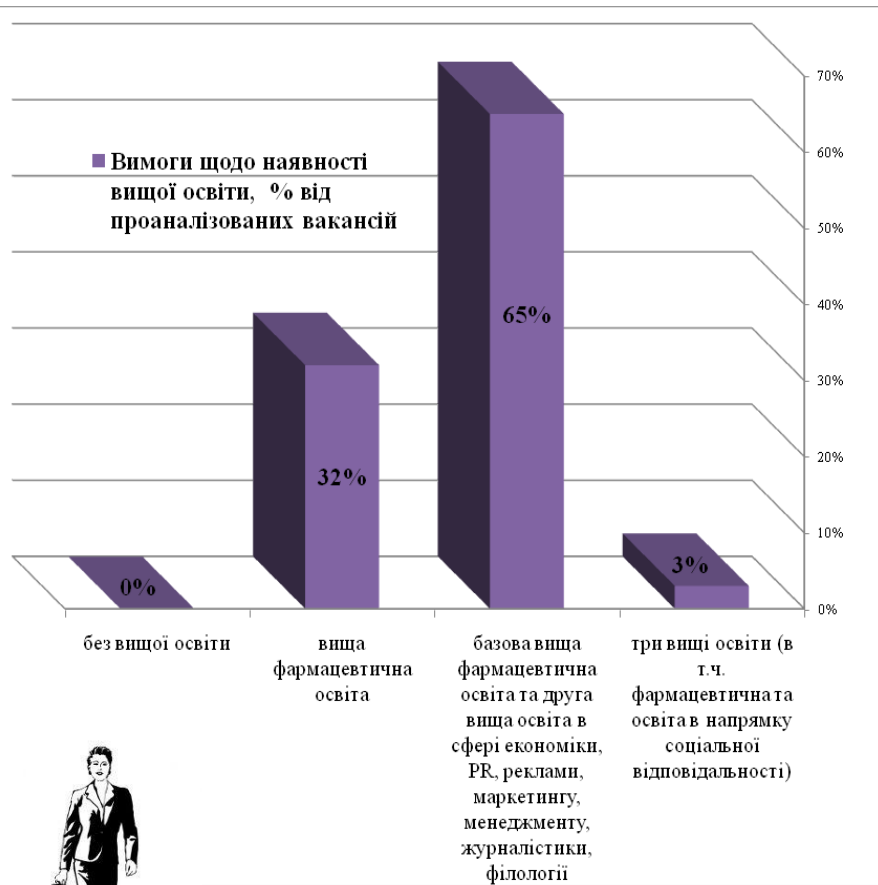


Рис. 1. Вимоги до посади менеджера із соціальної відповідальності, які висувають вітчизняні фармацевтичні підприємства

Складовими соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу (СВФБ) сьогодні є: відповідальність перед пацієнтами та споживачами за якість; відповідальність за екологічну безпеку перед місцевим співтовариством; відповідальність за нормотворчу діяльність та сприяння розвитку професійної та вищої освіти; відповідальність перед бізнес-середовищем (перед постачальниками; бізнес-партнерами; інвесторами; податковими та фінансово-кредитними установами; конкурентами), відповідальність перед суб'єктами системи охорони здоров'я (перед лікувальними закладами; перед лікарями, фармацевтами та провізорами); відповідальність перед суспільством, суспільними організаціями та засобами масової інформації; відповідальність персоналом та профспілками; відповідальність перед акціонерами та власниками, які реалізуються як у вигляді внутрішньої та зовнішньої відповідальності з метою забезпечення сталого соціально-економічного розвитку.

Але водночас із значною розробленістю напрямків та об'єктів СВФБ відкритим лишається питання щодо формування у ФП чіткого уявлення про суб'єкти управління соціально відповідальною діяльністю. Аналіз фактичного складу персоналу вітчизняних ФП довів, що питаннями формування, управління та розвитку соціально відповідальної діяльності на ФП сьогодні займаються PR-менеджери, контент-менеджери, менеджери з розвитку, копірайтери, регіональні менеджери, менеджери з продажів та маркетологи. А ось аналіз інтернет-сайтів та інтернет-порталів з працевлаштування дав змогу зробити висновок, що лише 2 % з проаналізованих вакансій досліджуваних ФП стосуються потреби у профільних фахівцях – спеціалістах з управління соціально відповідальною діяльністю. Як свідчить проведений аналіз, сучасні ФП висувають значні вимоги до посади менеджера із соціальної відповідальності. Узагальнення вимог до сучасного менеджера із соціальної відповідальності наведено на рис. 1.

Необхідно відмітити той факт, що жодне з проаналізованих ФП, висуваючи суттєві вимоги до кандидатів на посади менеджерів із соціальної відповідальності, не вказало навіть діапазон пропонованої заробітної плати. За світовими даними, 80% спеціалістів у сфері соціальної відповідальності мають річну зарплату більш ніж \$60 000, 44,4% – від \$70 000 до \$110 000. При середньомісячній зарплаті у фармацевті 8 000 – 10 000 грн., кандидат на посаду менеджера із соціальної відповідальності, за оцінками експертів, може розраховувати на зарплату на 20-30 % більшу. Отже, для фармацевті, яка є галуззю, в якій питання соціальної відповідальності мають дуже велике значення, актуальним є відкриття спеціалізації «менеджер із соціальної відповідальності у фармацевті» в межах галузі знань «менеджмент».

ЕКОНОМІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ПРАЦІ НА ПІДПРИЄМСТВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Гетало О. В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Однією з важливих проблем у службі охорони праці вітчизняних підприємств є те, що вона побудована на принципах «коригувальних дій», тобто реагування на випадки які уже відбулися, а не на принципах «запобіжних дій» – їх профілактики, що не дозволяє визначити найбільш важливі і першорядні профілактичні роботи з охорони праці та направляти на них в першочерговому порядку фінансові та матеріальні ресурси. Це призводить до розробки великої кількості заходів та нераціонального розподілу і втрати тимчасових, фінансових і матеріальних ресурсів, що виділяються на охорону праці. До того ж, реалізація заходів, щодо покращення умов праці, вимагає залучення досить великих коштів, які в подальшому призводять до збільшення собівартості виготовленої продукції. У підсумку спостерігається зменшення рівня доходів підприємства, через що більшість підприємців не вважають такі витрати необхідними.

Результати аналізу сучасних тенденцій розвитку систем управління охороною праці (СУОП), які спостерігаються в світі, показують, що багато країн пов'язує економічні показники діяльності підприємств з охороною праці. Досвід північноамериканських країн свідчить, що кожний долар, спрямований на поліпшення умов і забезпечення охорони праці на виробництві, дає прибуток у розмірі близько 2,6 доларів.

Різноманітність підходів, щодо оцінки економічної ефективності профілактичної діяльності в охороні праці дозволяє підприємцям обрати найбільш прийнятний для них варіант. Виділяється щонайменше три підходи стосовно можливості та необхідності оцінок ефективності в охороні праці:

- перший з них полягає в тому, що профілактичні заходи мають бути прибутковими (принаймні, не збитковими);
- другий підхід, навпаки, заперечує можливість економічної оцінки заходів з охорони праці взагалі;
- третій підхід, найбільш реальний, полягає у тому, що певні заходи можуть приносити економічну віддачу та її можна визначити, але і можливі заходи однозначно не вигідні.

На фармацевтичних підприємствах (ФП) для економічної оцінки ефективності роботи СУОП доцільно порівнювати показники працезахоронної діяльності з плановими даними, показниками минулих періодів, з показниками підприємств-зразків, визначити позитивний і негативний вплив різних факторів на показники, що вивчаються, досліджувати причини їх змін, надавати висновки і пропозиції щодо подальшого розвитку охорони праці. Необхідність здійснення економічної оцінки охорони праці на ФП обумовлено також встановленням зв'язку працезахоронних витрат з фінансовими результатами виробництва з метою визначення доцільності та ефективності витрат на охорону праці.

Таким чином, належне функціонування СУОП на ФП призводить до збільшення фонду робочого часу, зменшується плинність кадрів, зменшуються витрати на пільги та компенсації за несприятливі умови праці, що пов'язані з виробничим травматизмом тощо, а його економічна оцінка дозволить визначити ефективність витрат працезахоронного призначення та виявити резерви поліпшення стану умов і охорони праці.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА УКРАЇНИ

Котвіцька А. А., Вороніна О. М., Кубарева І. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

За сучасних умов розвитку соціально-економічних відносин в суспільстві збільшується потреба у підвищенні рівня якості життя населення, що відображається в національних соціальних стандартах. На практиці для економічно розвинених країн характерне функціонування ефективної роботи системи соціального партнерства. Не зважаючи на те, що Україна на сьогодні знаходиться у стані соціальних суперечностей, країна має намір щодо досягнення громадянської злагоди в суспільстві шляхом узгодження соціально-економічних інтересів зацікавлених сторін, що можливо тільки за допомогою злагодженої роботи системи соціального партнерства.

Фармацевтичний сектор соціально значущою ланкою народного господарства України та здійснює вплив на підвищення соціальних показників рівня якості життя населення країни, що закріплено у Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011 - 2020 роки. Вітчизняні фармацевтичні підприємства-виробники приймають участь у державній системі соціального партнерства, впроваджуючи в практичну діяльність різноманітні соціальні програми, які спрямовані на

підвищення добробуту співробітників підприємств та суспільства в цілому.

З огляду на зазначене, метою нашого дослідження стало визначення ролі фармацевтичних організацій в системі соціального партнерства України. У роботі нами використано методи наукового узагальнення, системного підходу та аналізу.

Як свідчить світовий досвід, соціальне партнерство є одним із головних заходів вирішення протиріч в суспільстві, оскільки, саме ефективне функціонування державної системи соціального партнерства забезпечує баланс інтересів між найманими робітниками, підприємцями і владою на користь усього суспільства.

Загальна система соціального партнерства реалізується за принципами біпартизму та трипартизму. В Україні дана система розвивається на тристоронній основі, але, на жаль, достньо повільно, що перш за все обумовлено політичними та соціально-економічними факторами.

Аналіз наукових праць дозволяє визначити три рівня здійснення соціального партнерства: загальнодержавний, галузевий або регіональний та безпосередньо рівень організації. Державу представляє Кабінет Міністрів України, інтереси роботодавців представляє Федерація роботодавців України, а інтереси найманих працівників - Федерація професійних спілок України (ФПУ).

Практична реалізація соціального партнерства здійснюється через систему взаємних консультацій, переговорів, угод на державному, галузевому і територіальному рівнях. На рівні підприємств укладаються колективні договори, індивідуальні трудові контракти між роботодавцем та працівником, а також функціонує система вирішення трудових спорів, узгодження й захисту інтересів сторін.

Правовою основою соціального партнерства в Україні є національні законодавчі та нормативні акти, які регулюють соціально-трудові відносини. Основні завдання та принципи соціального партнерства визначено у проекті Закону України «Про соціальне партнерство». На теперішній час функціонування державної системи соціального партнерства забезпечує прийнятий 23 грудня 2010 року Закон України «Про соціальний діалог в Україні».

Аналізуючи соціальну діяльність фармацевтичних організацій, слід відмітити, що вони приймають активну участь у системі соціального партнерства та несуть соціальну відповідальність перед робітниками, суспільством та державою. Так, інтереси робітників фармацевтичної галузі повинні захищати профспілки, які виступають соціальними інститутами суспільства, але серед молоді інтерес до членства в профспілках є на сьогодні, на жаль, невисоким.

Більшість крупних вітчизняних фармацевтичних підприємств розміщують інформацію щодо власної соціальної діяльності на сайтах, що позитивно впливає на імідж організації та підвищує їх роль у державній системі соціального партнерства.

Також кожного року проводиться прес-конференція присвячена Дню соціального партнерства (Community Partnership Day), яку організовано Спілкою громадських організацій «Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів» Здоров'я нації» за підтримки представництва крупної зарубіжної фармацевтичної компанії в нашій країні. Ця прес-конференція є прикладом успішного соціального партнерства та передбачає проведення фармацевтичними компаніями різних благодійних акцій, спрямованих в тому числі і на поліпшення роботи системи охорони здоров'я України.

Необхідно зазначити, що саме на принципах соціального партнерства засновані спільні соціальні програми і проекти, що базуються на партнерстві фармацевтичних компаній, держави і громадських організацій. Так, фармацевтичні підприємства-виробники організовують та беруть участь у допомозі дитячим будинкам України. Благодійну акцію допомоги дітям дитячих будинків організовано за участю багатьох українських аптечних закладів, від найбільших до невеликих - аптек та аптечних мереж. Результатом акції є

перерахування зібраних коштів на потреби 16 дитячих будинків України.

Також одним із прикладів успішного соціального партнерства є участь однієї з зарубіжних фармацевтичних компаній у програмі соціального партнерства щодо підтримки людей з синдромом Дауна в Україні, яка зосереджена на поглибленні взаємодії для розширення прав, поліпшення якості медичного супроводу таких людей і рівня їх життя.

Не викликає сумнівів, що подальший розвиток державної системи соціального партнерства є пріоритетним напрямом діяльності вітчизняного фармацевтичного сектору. У рамках розвитку зазначеної концепції зростає зацікавленість до напряму наукових досліджень, якими займається соціальна фармація, оскільки у світовій практиці підвищуються соціальні вимоги до виробництва ліків, фармацевтичного забезпечення населення та покращення системи просування лікарських препаратів від виробника до споживача.

Підвищений інтерес до соціальної фармації, як наукової та навчальної дисципліни, потребує використання якісно нового підходу до системи освіти фармацевтичних кадрів, що реалізується через зміни в змісті навчальних планів підготовки студентів фармацевтичного профілю, що обумовлює більш глибоке вивчення соціально спрямованих дисциплін. Сучасні фармацевтичні кадри повинні забезпечити ефективність функціонування державної системи соціального партнерства, яка реалізується в тому числі за участю фармацевтичних організацій.

Таким чином, можна стверджувати, що роль фармацевтичних організацій у системі соціального партнерства держави є значною та базується на реалізації спільних соціальних проєктів, мотивації різних організацій фармацевтичної галузі до участі у соціальних програмах, формуванні заходів щодо підвищення проінформованості широких мас суспільства про соціальне партнерство. Для подальшого вдосконалення системи соціального партнерства в Україні необхідним, на нашу думку, є залучення до партнерських відносин підприємств різних галузей економіки країни, соціальних організацій та соціальних груп, які на даний час не задіяні в реалізації соціальних програм держави. Необхідно вдосконалити законодавчу базу з питань соціального партнерства й також соціально-трудова відносин з метою приведення їх у відповідність нормам міжнародного права. Саме держава, на нашу думку, повинна бути зацікавлена у вирішенні питань соціально-економічного розвитку країни, створенню атмосфери співробітництва, довіри й соціальної відповідальності.

РОЛЬ ТОВАРНОЇ ПОЛІТИКИ В РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЗА РИНКОВИХ УМОВ

Самборський О. С., Слободянюк М. М.^{*}, Самборська М. І.^{**}

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

^{*}Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

^{**}ТОВ аптека «Центорія», м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. В умовах інтенсивного розвитку ринку фармацевтичного підприємства (ФП) все більшу роль набуває маркетингова товарна політика (МТП), основним завданням якої є створення доступних, високоефективних й безпечних лікарських засобів (ЛЗ) новітніх поколінь та управління їх життєвим циклом, формування і підтримки високої конкурентоспроможності, гарантії якості та створення сильної та стійкої лояльності споживачів.

Метою роботи стало виокремлення сучасних складових товарної політики в розвитку ФП за ринкових умов.

Методи дослідження – сучасні методи наукових досліджень.

Результати дослідження. Маркетингова товарна політика ФП – це комплекс заходів

щодо формування ефективного соціально орієнтованого асортименту ліків, спрямованого на задоволення потреб охорони здоров'я, підвищення конкурентоспроможності продукції, створення нових ліків, продовження життєвого циклу товару. МТП охоплює такі структурні напрямки, як пошук та використання оптимальних ринкових сегментів для товарів ФП, створення нових ЛЗ, формування й управління товарним асортиментом, підтримка та посилення конкурентоздатності товарів, розробка та застосування стратегії упаковки, маркування, брендингу. При розробці та дотриманні класичних та сучасних основ МТП потрібно чітко виконувати вимоги щодо стратегії про цілі виробництва та збуту різних фармакотерапевтичних груп ЛЗ, стратегії інноваційно-інвестиційної діяльності ФП, професійного знання фармацевтичного ринку, характеру його вимог та тенденцій розвитку, використовувати сформований план реалізації можливостей ФП.

Однією з найважливіших та вирішальних частин МТП для ефективної діяльності ФП за ринкових умов є створення і виробництво нових високоєфективних та безпечних ЛЗ останніх поколінь. Нові ліки – це кінцевий результат науково-дослідної діяльності та інноваційної політики фірми-виробника, який неодмінно повинен відповідати потребам споживачів. Професійне використання сучасних наукових методів та маркетингових методик, глибока сегментація та позиціонування, формування маркетингових програм виведення на ринок та підтримки кожного ЛЗ, програми лояльності створюють беззаперечне лідерство на ринкових товарних сегментах як конкретному ЛЗ, так і підприємству в цілому. Кон'юнктура ринку характеризується динамічністю, наявністю конкурентів та обмеженістю ресурсів, особливо фінансових. Удосконалення, оптимізація та диверсифікація повинні бути основою стратегічних рішень менеджменту підприємства. Широкий, глибокий та високий асортимент ЛЗ провідних вітчизняних ФП потребує умілого управління ним в ринкових конкурентних умовах для отримання достатнього доходу й прибутку. Важливе місце в інноваційній частині МТП належить оптимізації черговості розробок окремих ЛЗ, етапності фінансування та максимального використання рефінансування як складової інвестиційної діяльності. Суттєве збільшення вартості розробок нових ЛЗ, постійні високі ризики на всіх стадіях інноваційного процесу у фармації потребують раціонального підходу при прийнятті як стратегічних, так і тактичних рішень на всіх стадіях формування інноваційного портфелю виробника.

Висновки. Таким чином, вагомим інструментом впливу на посилення конкурентних позицій ФП за ринкових умов важливу роль відіграє МТП, яка створює основу для довгострокових тенденцій розвитку підприємства, спрощує завоювання нових сегментів ринку, формування лояльності цільових аудиторій та довгострокової конкурентоспроможності підприємства.

АНАЛІЗ СТАНУ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ УКРАЇНИ

Зборовська Т. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Навколишнє середовище впливає на багато аспектів нашого повсякденного життя. На протязі останніх трьох десятиріч відбулися значні зміни в менталітеті та відношенні суспільства до довкілля.

Взаємодія господарської діяльності з навколишнім середовищем характеризується величезними масштабами змін в екології планети та країни насамперед. Сукупність факторів призводить до формування екологічної ситуації, що потребує всебічного вивчення та активних дій щодо запобігання можливим негативним наслідкам. Одним з альтернативних варіантів є екологічний менеджмент, який сприяє оперативному управлінню процесами використання природних ресурсів та охорони навколишнього природного середовища.

Міжнародні стандарти серії ISO 14000, на відміну від інших природоохоронних

стандартів, орієнтовані не тільки на кількісні параметри й технології, а й на створення на підприємстві системи екологічного менеджменту (СЕМ), що є невід'ємною частиною системи загального управління підприємством.

В Україні екологічна стандартизація та нормування проводяться з метою встановлення комплексу обов'язкових норм, правил та вимог з охорони навколишнього природного середовища, використання природних ресурсів і забезпечення екологічної безпеки.

Офіційно стандарти серії ISO 14000 є добровільними. Вони не замінюють законодавчих вимог, а забезпечують систему визначення того, яким чином підприємство впливає на навколишнє середовище та як виконуються вимоги чинного законодавства.

Незважаючи на добровільність стандартів великі підприємства намагатимуться одержати сертифікацію за ISO 14000 в першу чергу тому, що така сертифікація є однією з неодмінних умов конкурентоспроможності продукції на міжнародних ринках.

Окрема роль в проблемі екологічної безпеки належить фармацевтичному комплексу, оскільки різноманіття продукції, технологій та сировини обумовлюють широкий спектр і достатньо високі концентрації забруднювачів у довкіллі. СЕМ була сертифікована на підприємствах 155 країн. В п'ятірку лідерів ввійшли: Китай, Японія, Іспанія, Італія та Велика Британія. Перше місце посіла металопродукція, друге – будівництво, третє – електричне та оптичне обладнання. Фармацевтична промисловість на 13 місці.

В Україні міжнародні стандарти ISO серії 14000 були прийняті як національні в 1998 році. Однак аналіз показує, що їхнє впровадження здійснювалось досить повільними темпами. Станом на 1 січня 2006 року в національній системі сертифікації було зареєстровано лише 23 підприємства, що впровадили й сертифікували СЕМ. За п'ять років кількість підприємств, які сертифікували СЕМ збільшилася до 136 (чинні сертифікати залишалися тільки в 103 з них). Ще за 5 років ця кількість збільшилася в тричі. Тільки за останній рік видано близько 150 сертифікатів, три з них фармацевтичним компаніям.

За 2016 рік в середньому по Україні за квартал сертифікуються від 6 до 8 СЕМ. Першість належить харчовій промисловості. Близько 2 % від загальної кількості отриманих сертифікатів приходить на фармацевтичний сектор.

На сучасному ж етапі науково-технічного прогресу поряд з підвищенням екологічних вимог до технологій виробництва, екологічний менеджмент виходить на перший план і стає вирішальним фактором економіки, що визначає її подальший ефективний розвиток.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ ДО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІДПРИЄМСТВА

Носик О. М., Метковський Є. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В сучасних умовах, коли постійно змінюється зовнішнє середовище, ускладнюються технології і стають більш різноманітними цілі підприємства, великомасштабне виробництво стає складним об'єктом управління. Відсталі підрозділи тягнуть наниз здорові, робітники відокремлені від результатів своєї праці, діяльність величезного числа управлінців середньої ланки неефективна, є велика кількість слабо контрольованих витрат – усе це ознаки діяльності великих підприємств і причини падіння виробництва в цілому. Тому структурна перебудова виробництва і, перш за все, системи управління ним стає все більш невідкладним завданням.

Системний підхід передбачає дотримання основних законів системи, а саме:

1. Композиції, тобто узгодження спільної і приватної мети;
2. Пропорційності, що визначає високу якість товару на всіх стадіях виробничого процесу;

3. Зважання на «вузьке місце», де особлива увага приділяється найбільш слабкому елементу системи;
4. Онтогенезу, що враховує послідовність стадій життєвого циклу підприємства;
5. Інтеграції, що спрямовують систему на високий рівень організації і що дають змогу одержати синергетичний ефект;
6. Інформованості, що виділяє інформаційне забезпечення як головну умову конкурентоспроможності;
7. Стійкості, що висуває вимоги до побудови системи (статичний стан) і до її функціонування (динамічний стан).

Аналіз робіт, пов'язаних з дослідженням систем, свідчить, що для систем будь-якої природи характерними є такі властивості: 1. Цілісність, тобто сукупність елементів, що розглядається як система і становить певне ціле, яке має загальні властивості і власну поведінку; 2. Ділимість. Щоб бути системою, цілісний об'єкт повинен бути розділеним на елементи. Кожен елемент, у свою чергу, може розглядатись як система і поділятися, або включати інші елементи. Межа поділу системи повинна визначатись конкретним завданням дослідження системи і прийнятим у ній масштабом; 3. Ієрархічність - підпорядкування елементів та компонентів системи. Ця властивість пов'язана з попередньою і, як правило, розглядається як спосіб організації структури системи; 4. Множинність, що дозволяє використати безліч кібернетичних, економічних і математичних моделей для опису окремих елементів і системи в цілому.

Системний підхід як універсальний засіб може виступати, як загальна концептуальна основа; як науковий метод; як методологія проектування; як метод аналізу організацій; як системне управління. Він дозволяє комплексно оцінити будь-яку виробничо-господарську діяльність і діяльність системи управління на рівні конкретних характеристик. Це допомагає аналізувати будь-яку ситуацію в межах окремо взятої системи, виявити характер проблем входу, процесу і виходу. Застосування системного підходу дозволяє найкращим чином організувати процес ухвалення рішень на всіх рівнях в системі управління. Отже, з позицій цього аспекту завдання системного підходу полягає в узагальненні знань, що отримані в одних галузях, і їх поширенні на інші сфери і проблеми.

НОВІ ФОРМАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ НА ДЕРЖАВНОМУ І РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Присяник Л. Ф.¹, Бойко П. С.¹, Цубанова Н. А.²

¹Вінницька обласна асоціація фармацевтів «СUM DEO (З Богом)», м. Вінниця, Україна

²Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Безсумнівно, пріоритетним об'єктом при розбудові сучасного громадянського суспільства є громадянин тобто споживач, пацієнт. Нажаль, інтереси пересічного громадянина сьогодні знаходяться далеко не на першому місці в силу через те, що як держава, так і фармацевтична сфера знаходиться в стані системної кризи, в наслідок економічної стагнації, про що неодноразово зазначають державні та громадські діячі.

Останнім часом, спостерігаються негативні тенденції в фармацевтичній сфері, як наприклад, це хаотичне відкриття нових аптек. Державні аптеки яких залишилися одиниці фактично втратили будь-яку допомогу від держави і не в змозі конкурувати з приватними або комунальними аптечними мережами. Така «практика» стала причиною того, що вони працюють майже у збиток, намагаючись зберегти ліки для пільгових категорій населення. Виходячи з цих та інших очевидних проблем, фармацевтична спільнота повинна серйозно задуматись над тим, як розпочати позитивні зміни, реформи в фармації, як адаптувати її до міжнародних, європейських стандартів до яких прагне Україна.

Враховуючи досвід успіху фармацевтичної галузі розвинених країн, який значною мірою пов'язаний із функціонуванням сильної фармацевтичної спільноти і професійним самоврядуванням – основою якого є громадські організації, ми зобов'язані використати кращий досвід і кращі практики у себе. В той же час системне обґрунтування правового забезпечення діяльності фармацевтичного самоврядування гальмується через відсутність умов для розвитку саморегулювання професійної діяльності фармацевтів; правового статусу і повноважень громадських фармацевтичних організацій; вітчизняного досвіду забезпечення передачі чи делегування повноважень від державного органу до громадської організації фармацевтичного самоврядування. Отже, розробка та впровадження системи суспільного регулювання фармацевтичної діяльності під керівництвом фармацевтичної саморегулювальної організації при збереженні державою певних регуляторних функцій призведе до передачі такої організації значної частини відповідальності за ефективність діяльності фармгалузі.

Фармацевтичні громадські організації в Україні на сучасному етапі (при зацікавленості і волі органів державної влади та внесенні відповідних змін до діючого законодавства) можуть взяти на себе деякі функції, які не відносяться до безумовно контрольних органів державного управління. Це сприятиме збільшенню можливостей державних органів для більш ефективного управління фармацевтичною галуззю. Європейський досвід засвідчує, що формування і функціонування сучасного фармацевтичного ринку можливо тільки за умов співпраці між громадськими організаціями та державною структурою. При цьому сторони мусять мати чіткі і зрозумілі завдання, функції, структуру, партнерські відносини.

Сьогодні є очевидним, що громадська свідомість, громадська ініціатива, громадянське суспільство набирає обертів. Офіційно в Україні зареєстровано більше п'ятидесяти громадських фармацевтичних організацій. Стає зрозумілим, що громадянське суспільство випереджає державні органи і структури які не завжди зацікавлені в реформуванні галузі, зволікають, гальмують а інколи і саботують ініціативу громадськості. Необхідність впровадження фармацевтичного самоврядування на державному і регіональному рівні спонукає нас рухатись вперед, шукати шляхи об'єднання, побудови фармацевтичного громадянського суспільства.

Для фармацевтів та провізорів, що безпосередньо працюють з людьми, спілкуються з іншими громадськими організаціями є очевидним, що громадські фармацевтичні організації мають близькі але разом з тим різні і відмінні цілі і завдання. Перш за все фармація, як соціально відповідальна сфера має бути консолідованою, сформованою за однаковими стандартами. Соціальна значимість фармації посилюється тим, що вона торкається кожного жителя нашої країни. В Україні вже зроблені перші кроки на шляху до професійного фармацевтичного самоврядування. Фармацевтичний ринок України за останні роки накопичив певний досвід проведення діалогу між суб'єктами ринку так і з регуляторними органами. Багато асоціацій, спілок, організацій працюють в цьому напрямку, але вони діють локально, не узгоджено, без врахування думки, і позиції інших. Першим кроком на шляху до розвитку професійного самоврядування стала розробка і прийняття Етичного кодексу фармацевтичних працівників, який ставив за мету об'єднати фармацевтичну спільноту на морально – етичних засадах. Другий вагомий крок, це підготовлений і зареєстрований в Парламенті проект Закону України «Про фармацевтичне самоврядування» в чому є заслуга громадської організації «Всеукраїнська фармацевтична палата». Вочевидь важливим кроком є 8-й Національний з'їзд фармацевтів України, на якому також приділяється значна увага питанню, щодо фармацевтичного самоврядування.

Кожна громадська організація задовольняє свої специфічні соціальні інтереси й потреби, які може реалізувати її член, лише в її межах. На сучасному етапі до основних завдань фармацевтичних громадських організацій в Україні відноситься: співробітництво та координація діяльності з органами державного управління, професійними спілками й іншими

організаціями для забезпечення представництва і захисту своїх членів; участь у формуванні та реалізації соціально – економічної політики в системі охорони здоров'я та фармацевтичній галузі; захист прав; участь на безоплатній основі в роботі громадських рад, атестаційних комісій, органів ліцензування тощо. Саме з цією метою і була створена 13 серпня 2014 року громадська організація Вінницька обласна асоціація фармацевтів «КУМ ДЕО», яка налагодила конструктивну співпрацю з Держлікслужбою України, Держлікслужбою у Вінницькій області, започаткувала професійну співпрацю з фармацевтичними організаціями міст Києва, Харкова, Дніпра, Житомира, Чернігова.

Важливим напрямком роботи асоціації фармацевтів «КУМ ДЕО» стала участь у внесенні пропозицій до центральних органів влади з метою вдосконалення нормативно – правової бази у фармацевтичній сфері. За два роки своєї діяльності асоціацією організовані курси підвищення кваліфікації для більше тисячі фахівців фармації, безкоштовні навчально – практичні семінари за участю професорсько -викладацького складу провідних вузів України, в яких взяли участь більше півтори тисячі фахівців. Ефективною формою роботи стало залучення членів асоціації, активних фармацевтичних працівників до проведення круглих столів на тему: «Якість ліків – запорука здоров'я нації», «Клінічний провізор – погляд в майбутнє», за підсумками яких були направлені відповідні пропозиції до центральних і місцевих органів влади. Діяльність асоціації широко висвітлюється в засобах масової інформації, наприклад, в щотижневику «АПТЕКА» надруковані статті «Фармацевти та провізори –ми потрібні людям!», «Настав час захистити себе». Асоціація входить до складу Громадської ради при Вінницькій обласній Раді, а її голова є членом комісії з питань охорони здоров'я, що дало можливість внести пропозиції до стратегії соціально – економічного розвитку Вінниччини до 2020 року. Основою діяльності асоціації є здійснення громадського контролю за діяльністю державних органів влади, що характеризує рівень її впливу на суспільно – політичне життя, забезпечує ефективний зв'язок між працівниками різних закладів фармацевтичної галузі, органами місцевого самоврядування і державного управління фармацією. Таким чином, питання впровадження фармацевтичного самоврядування у форматі взаємопов'язаних загальними інтересами регіональних фармацевтичних асоціацій є необхідною умовою сьогодняшнього дня, і потребує підтримки громадськості як на регіональному так і на державному рівні.

КОРПОРАТИВНА КУЛЬТУРА ФІРМИ ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ

Пузак Н. О., Чмихало Н. В., Гавриш Н. Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Питання корпоративної культури, особливо у великих організаціях, дедалі більше звертає увагу управлінців різних галузей господарства, як нашої країни так і країн зарубіжжя. Корпоративна культура охоплює явища духовного і матеріального життя колективу, домінуючи у ньому моральні норми та цінності, правила поведінки і співіснування членів колективу, що забезпечують ефективне досягнення цілей організації, а також підвищує її авторитет, збільшуючи привабливість для співробітників, партнерів по бізнесу, інвесторів. Таким чином, корпоративна культура є системою найсуттєвіших припущень, які приймаються членами організації як аксіома і виражаються у конкретних цінностях, що визначають орієнтири поведінки співробітників.

Розробка проблеми організаційної культури безпосередньо пов'язана з розвитком теорії організації менеджменту в наукових працях іноземних вчених А. Файоля, Ф. Тейлора, Е. Мейо, О. Шелдона, Дж. Муні і Е. Рейлі, Л. Гьюлік, Г. Хаєт та ін. За останній час значний прогрес у розумінні сутності і типології корпоративної культури, її ролі для розвитку

організації досягнуто і серед вітчизняних вчених, зокрема, Митрохіної Ю.П., Савчук Л., Бурлакової А., Мнушко З.М., Бриндіної О.А., Сутули Н.А., Кислинської В.О., Калитки О. та інш. Їх численні дослідження доводять, що успішність компанії характеризується високим рівнем корпоративної культури, яка формується у результаті зусиль, спрямованих на розвиток духу корпорації на благо усіх зацікавлених сторін. Провідні фармацевтичні компанії також залишають незмінними основні корпоративні цінності і призначення, змінюючи стратегію і практику бізнесу, адаптуючись до мінливого оточення.

Метою нашої роботи є розкриття нових світових підходів до державного управління у сфері охорони здоров'я, вивчення позитивного досвіду впровадження соціально-орієнтованого управління в розвинених країнах та визначення ролі корпоративної культури, що сприяє підвищенню іміджу фармацевтичної організації, покращенню управлінської діяльності.

Відповідно до результатів досліджень наукових праць ряду вітчизняних та зарубіжних авторів, встановлено, що на сьогодні не достатньо лише впровадити певні положення корпоративної культури; даними положеннями потрібно управляти. Управління корпоративною культурою надає можливість забезпечити імідж цієї організації як у внутрішньому, так і в зовнішньому середовищі, сприяє підвищенню продуктивності та ефективності у діяльності фармацевтичних працівників, покращує мотивацію праці, знижує ризики втрати провідних співробітників, зменшує конфліктність та психічну напруженість у колективі, підвищує лояльність у співробітників. Корпоративну культуру сьогодні необхідно розглядати як ефективний механізм, що забезпечує практичне підвищення виробничих показників діяльності організації.

Корпоративна культура виступає важливою складовою для всіх організацій, оскільки може впливати на мотивацію співробітників, привабливість фірми як роботодавця, що в подальшому обумовлює плинність кадрів, моральність кожного співробітника, його ділову репутацію, продуктивність і ефективність трудової діяльності, а також якість роботи, характер особистісних і виробничих відносин в організації і творчому потенціалі службовців.

Для кожної компанії набір елементів корпоративної культури повинен бути індивідуальним, хоча існує і певний стандартний перелік до якого можна віднести:

- корпоративні видання (журнал, газета, бюлетень);
- внутрішньо фірмове навчання;
- наставництво;
- корпоративний музей;
- наявність святкових і знаменних дат компанії;
- корпоративні свята і вечірки;
- зустрічі керівництва з колективом, в тому числі з рядовими співробітниками.

Необхідно зазначити, що кожний з елементів корпоративної культури, перш ніж застосувати, потрібно осмислити, щоб мати чітке уявлення про мету його включення в дану систему і очікуваний ефект для організації.

З метою визначення переліку положень корпоративної культури, основним є встановлення факторів прямого впливу на економічні показники та результативність роботи підприємства і регламентація їх; а також визначення впливу другорядних факторів з подальшим представленням цих показників в якості рекомендаційних норм та впровадження їх у відповідних корпоративних виданнях і корпоративних заходах.

До найбільш значущих характеристик корпоративної культури можна віднести такі:

- усвідомлення працівником свого місця в компанії (групі);
- тип спільної діяльності;
- норми поведінки;
- тип управління;
- культуру спілкування;

- систему комунікацій;
- діловий етикет;
- традиції компанії;
- особливості трактування повноважень і відповідальності;
- трудову етику.

При розробці і впровадженні елементів корпоративної культури важливим є участь не тільки фахівця з набору персоналу, а й ключових співробітників компанії на чолі з топ-менеджментом, а також юристів.

Необхідно зазначити, що у разі реалізації корпоративної культури обов'язковою умовою є виключення подвійних стандартів, оскільки основною метою корпоративної культури є сприяння ефективній діяльності підприємства.

Незважаючи на актуальність теми корпоративної культури і її очевидну корисність для компаній, лише незначна кількість вітчизняних підприємств опікується цим питанням системно. У науковій праці к.е.н. Богацької Н.М., Єлізарової Т.О. наведено такі дані: лише 55% сучасних українських керівників вважають, що в ідеалі вона має бути на підприємстві; 40% наших підприємців намагаються сформувати її за допомогою західних технологій; 35 % визнають потребу у ній, але для цього в них не вистачає ні часу, ні ресурсів; 25% взагалі вважають її непотрібною.

Таким чином, можна стверджувати, що ефективна корпоративна культура є складовою соціально орієнтованого управління організацією і саме за активної участі колективу реалізується довготривала мета існування організації.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ

Ромелашвілі О. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Діяльність всіх організацій, в тому числі і фармацевтичних, піддається загрози виникнення нештатних ситуацій, наприклад, в разі, технологічної аварії, відключення електроживлення та ін. Ефективність її рішення буде залежати від того, наскільки підприємство підготовлено до подібних інцидентів. Яким чином воно може протистояти такого роду впливам або, принаймні, мінімізувати можливі збитки для бізнесу.

Будь-яка, нехай навіть невелика перерва в діяльності компанії, як правило, обертається для неї фінансовими збитками, збитком репутації, зниженням міцності відносин з клієнтами і партнерами та зменшення продуктивності. Розмір збитку залежить від часу вимушеного простою, що витрачається на відновлення діяльності, хоча б в обмеженому обсязі життєво важливих для організації процесів. Крім того, призупинення або зупинка діяльності несе серйозну загрозу для зацікавлених сторін (державні, комерційні структури, громадяни). Тому забезпечення безперервної роботи компанії є важливим елементом належного управління діяльністю фармацевтичного підприємства та однією з ключових завдань, що стоять перед керівництвом.

Під терміном "забезпечення безперервності діяльності організації" перш за все, слід розуміти, цілісний процес управління (рис. 1), в рамках якого ідентифікуються потенційні загрози діяльності організації, оцінюються можливі впливи на процеси в разі реалізації цих загроз, а також створюється система приписів для забезпечення здатності організації відновлювати свою діяльність і ефективно реагувати на інциденти, що дозволяє гарантувати дотримання інтересів зацікавлених сторін, забезпечити захист репутації, бренду і створюють цінність операцій.



Рис. 1. Процес управління забезпеченням безперервності діяльності.

Таким чином, впровадивши процес забезпечення безперервності бізнесу, організація набуває значні конкурентні переваги, оскільки тим самим страхує свою діяльність на випадок навіть катастрофічних змін зовнішніх умов.

КОНТРОЛЬ І ЗВІТНІСТЬ МІЖНАРОДНИХ КОРПОРАЦІЙ

Могилко В. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Маючи бажання продати або необхідність купити якийсь товар, продавці і покупці задаються саме такими питаннями. Висновку будь-якої зовнішньоторговельної операції передують величезна робота, і основним завданням як експортера, так і імпортера на підготовчому етапі є пошук і вибір контрагента.

Вивчення ринку з метою прибуткового збуту або ефективного придбання - це цілий комплексний напрям господарської діяльності, званий маркетингом. Розгляд способів дослідження ринку не є метою справжньої допомоги. Існує безліч фірм, що займаються такими дослідженнями в різних галузях, а завдання оперативних зовнішньоторговельних працівників - використовувати результати маркетингових досліджень з найбільшим ефектом.

У виборі можливого контрагента великою підмогою служать різні довідники, фірмові каталоги, каталоги виставок, проспекти, рекламні видання, річні звіти, матеріали спеціалізованих інформаційних компаній і організацій, довідки банків, а також матеріали періодичної преси, в яких дається інформація про фірми. Особливе місце серед джерел інформації займають фірмові довідники, що видаються інформаційно-довідковими агентствами, асоціаціями, торговими палатами. Є довідники, що охоплюють фірми однієї країни, міжнародні, а також довідники по окремих галузях.

До таких довідників відносяться, зокрема: ABC Europ Production (загальноєвропейський довідник експортерів, видається у ФРН), Kelly s Business Directory (Великобританія), Austria Export Data (Австрія), MelbourneBig (Австралія), Wer Liefert Was, Wer Baut Maschinen und Anlagen (ФРН), Trade Directory for Denmark (Данія), Italia Federexport (Італія), Katalog der Hannover Messe (каталог виставки в Ганновері, ФРН), World Aid.

Що потрібно знати про інофірму.

Основні відомості, які можна і бажано дізнатися з довідників про майбутнього контрагента, - наступні:

- повне і скорочене найменування;
 - поштова і телеграфна адреси;
 - номер телексу, телефону, факсу;
 - рік підстави і етапи розвитку фірми;
 - сфера діяльності і основні товари виробництва або торгівлі, види послуг;
 - банки, через які фірма здійснює свої операції;
 - власники фірми або материнська компанія;
 - состав керівних органів;
 - число і місцезнаходження підприємств;
 - дочірні і асоційовані фірми;
 - число зайнятих у фірмі;
 - основні показники діяльності (річний об'єм продаж, прибуток, активи, власний капітал та ін.);
 - зв'язки з іншими фірмами через участь у капіталі;
 - персональні зв'язки з іншими фірмами і організаціями;
 - відомості про ділову репутацію фірми та її керівників.
- Найбільш цінною інформацією про потенційного партнера є фінансова звітність фірм.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК МІЖНАРОДНИХ КОРПОРАЦІЙ

Могилко В. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Міжнародні комерційні операції можна розділити на операції купівлі-продажу і товарообмінні операції. Така класифікація ґрунтується на тому, що при операціях купівлі-продажу продавець (званий в зовнішньоторговельних операціях експортером) зобов'язується передати товар, що є об'єктом операції» у власність безпосередньому учаснику операції - покупцю (який в зовнішньоторговельних операціях називається імпортером) за умови, що останній зобов'язується сплатити за товар якусь грошову суму, тоді як при товарообмінних операціях один товар обмінюється на іншій з дотриманням якихось умов, залежних типу операції. Природно, що і при операціях купівлі-продажу і при товарообмінних операціях мають місце вивіз товарів закордон (експорт) і ввезення товарів з-за кордону (імпорт).

Але при операціях купівлі-продажу ми маємо справу, умовно кажучи, з експортом і імпортом в чистому вигляді; у таких операціях один контрагент (торговий партнер) виступає в кожному контракті тільки як продавець-експортер або тільки як покупатель-імпортер, тоді як при товарообмінних операціях, які називаються також операціями стрічної торгівлі (countertrade), один і той же контрагент може виступати імпортером одних товарів і експортером інших або, будучи експортером, бере на себе зобов'язання купити якісь товари (тобто виступити імпортером) у інших підприємців країни покупця.

У міжнародній торгівлі існують також поняття реекспортних і реімпорту операцій.

Реекспортні операції передбачають продаж і вивіз з країни раніше ввезених в неї товарів без їх переробки. Країна (а також суб'єкти підприємницької діяльності в цій країні), яка ввозить, а потім вивозить товари в третю країну, називається таким, що реекспортує

Реекспортні операції здійснюються, в основному, за замовленням кінцевого імпортера: якщо він не має виходу на ринок країни експортера і не хоче нести витрати, пов'язані з таким виходом, йому простіше звернутися до того, що реекспортує, у якого є тісні зв'язки з експортером: можливо, реекспортує, через якісь інші зобов'язання перед кінцевим імпортером, зможе запропонувати йому вигідніші умови продажу. Іноді причиною реекспортних операцій є торгово-політичні умови, що обмежують експорт або імпорт в деякі країни.

Якщо продавець хоче обмежити право покупця реалізувати товар в третій країні, що

звичайно пов'язано із захистом своїх ринків збуту, він повинен чітко вказати це в договорі купівлі-продажу.

Операції реімпорту, по своїй суті є експортні операції, що не відбулися, і позначають вивезених з неї товарів. Сюди відносяться повернення забракованих покупцем товарів, повернення товарів, не проданих на аукціонах, повернення товарів, не реалізованих через консигнаційні склади. Основною ознакою операцій реімпорту є перетин вітчизняними товарами кордону своєї країни двічі: при вивозі і ввезенні. Товари, що повертаються з виставок і ярмарків, до таких, що ре імпортуються, не відносяться.

Бартерна операція (barter transaction) – це операція з обміну певної кількості товарів одного або різних видів на еквівалентну за вартістю кількість іншого товару або товарів.

Таким чином, бартерна операція не припускає ніяких грошових розрахунків між контрагентами. У бартерній угоді встановлюються або кількості взаємопостачальних товарів, або обумовлюється сума, на яку сторони зобов'язуються поставити товари. Перевага даної операції перед операцією купівлі-продажу полягає в тому, що для її здійснення не потрібна валюта, і сторони не вдаються до посередництва банків.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ПІДПРИЄМСТВА

Носик О. М., Шахворостов В. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Важливою умовою успішного функціонування економіки України є вдосконалення діючих систем управління підприємствами, впровадження сучасних досягнень менеджменту. Усе більш очевидним стає факт, що конкурентоспроможність підприємств обумовлюється не тільки технологіями ведення бізнесу, але й етичними, культурними та соціальними чинниками. Саме вони у сприятливих умовах дають якісний імпульс для розвитку економіки, забезпечують її інтенсивне зростання.

Кадровий потенціал у реальному вигляді може бути представлений можливостями працівників, якістю їх професійно-кваліфікаційної підготовки, трудовими, особистісними, психологічними і фізіологічними якостями, а також, що найбільш важливо на нашу думку, творчими здібностями. Він наділений властивостями цілісності, які принципово відрізняють його від властивостей притаманних кожному працівникові окремо.

Аналіз літературних джерел дозволяє зробити висновок, що проблеми формування та управління кадровим потенціалом займають вирішальне значення в системі ефективного функціонування підприємства. В якості засобів досягнення ефективності діяльності передбачається розвиток кадрового потенціалу та покращення його використання, управління кадровим потенціалом, посилення мотивації високопродуктивної праці, підвищення соціального розвитку колективу, створення максимальної зацікавленості робітників в кінцевих результатах діяльності підприємства.

Оскільки кадровий потенціал пропонується розглядати, як складну, динамічну систему, що розвивається, змінює у часі та просторі свої параметри, піддається впливу зовнішнього середовища та впливає на нього за принципом зворотного зв'язку, то він повинен володіти такими властивостями: цілісність; диференціація; складність; динамічність.

Основними етапами процесу формування кадрового потенціалу є:

1. Аналіз кадрового потенціалу підприємства;
2. Вибір цілей управління кадровим потенціалом підприємства;
3. Визначення стратегії управління кадровим потенціалом у відповідності до

пріоритетів діяльності підприємства;

4. Створення умов для реалізації стратегії;
5. Реалізація стратегії розвитку кадрового потенціалу;
6. Контролювання та оцінювання реалізації стратегії.

Аналіз кадрового потенціалу повинна спиратися на такі методи: методи експертних оцінок; методи стратегічного аналізу; методи економічної та математичної статистики тощо.

Результати аналізу та оцінки кадрового потенціалу підприємства є базою для обґрунтування стратегічного розвитку кадрового потенціалу.

Основними напрямками вирішення проблеми удосконалення управління кадровим потенціалом є: пошук методів формування необхідного кадрового потенціалу; аналіз та використання можливостей вже існуючого кадрового потенціалу, розвиток кадрового потенціалу під впливом змін зовнішнього середовища, розробка загальної концепції управління формуванням та розвитком кадрового потенціалу.

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РИНКУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Гончаров А. Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Глобальна тенденція домінування генеричних препаратів, частка яких постійно збільшується, пояснюється закінченням терміну дії патентного захисту по багатьох позиціях. Створення генеричних ЛЗ підтверджує інноваційну природу ЛЗ і визначає особливості етапу дифузії інновацій. Поширення та, зазвичай, здешевлення ЛЗ на етапі впровадження у виробництво генеричних ЛЗ відбувається після завершення строку дії патенту і неминує призводить до здешевлення ЛЗ. Для того, щоб довести можливість заміни оригінального ЛЗ на генеричний, в усьому світі існують списки референтних препаратів, які використовують органи державної влади для визначення еквівалентів речовин при ліцензуванні виробництва генериків. Тим самим держава створює умови для підприємств орієнтованих на генеричне виробництво для успішного конкурування на ринку з підприємствами, що випускають оригінальні ЛЗ. Дешевші замітники створюють конкуренцію оригінальним лікам і тим самим стимулюють інноваційний процес у фармацевтиці. Виробники генериків провокують лідерів фармринку на розробку нових оригінальних ЛЗ.

Продаж ліцензій на виробництво оригінальних ЛЗ – альтернативний шлях дифузії інновацій на фармацевтичному ринку. Практика продажу ліцензій пояснюється особливістю національних ринків. Розробнику ЛЗ легше продати ліцензію на виробництво ліків відомому на ринку виробнику, який знає всі тонкощі національного законодавства. У деяких екстрених ситуаціях (період епідемій) розробникам ефективного препарату не вистачає технологічних потужностей власних заводів, що також призводить до продажу ліцензій. Так, у 2009 р., у період ажіотажного попиту на препарат «Таміфлю», спричиненого пандемією свинячого грипу, ліцензія на його виробництво була продана харківській фармацевтичній компанії «Здоров'я», препарат випускався до квітня 2010 р. під назвою «Тамівір».

Орієнтація виробників тільки на ринок генериків не дозволяє говорити про розробку «проривних інновацій», які залишаються єдиною можливістю для освоєння ринків розвинених країн. Повернення фармацевтичної галузі деяких країн до виробництва натуральних ліків зумовлено не тільки національними традиціями, але і, насамперед, економічною доцільністю, яка полягає в тому, що більшість підприємств об'єктивно не в змозі конкурувати зі світовими лідерами фармацевтики, а наукові бюджети на ДіР одного інноваційного синтетичного препарату сягають від 200 до 1000 млн дол. США. Досліджуючи цілющі властивості натуральних компонентів і впроваджуючи нові натуральні препарати у виробництво, підприємства не тільки витрачають у рази менше на ДіР, але і формують

сильні конкурентні позиції в сегменті натуральних препаратів, який динамічно розвивається.

Особливою формою ЛЗ є експериментальні ліки, які створюються на етапі прикладних досліджень та експериментальних розробок та випробовуються спочатку на тваринах, а вже потім з дозволу регулюючих органів державної влади до експериментів залучають пацієнтів (добровольців). За умови успішного завершення клінічних досліджень, сертифікації нового ЛЗ підприємство готує пакет документів для патентування ЛЗ і, отримавши ліцензію на виробництво оригінального ЛЗ, випускає препарат на ринок.

Інтегрування етапів життєвого циклу (ЖЦ) інновацій (наукові дослідження; створення інновацій) у стандартну модель ЖЦ товару пояснюється інноваційною природою ЛЗ, які є дуже наукоємними і проходять всі етапи інноваційного процесу, починаючи від фундаментальних наукових досліджень і завершуючи етапом дифузії інновацій.

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОГО
МЕНЕДЖМЕНТУ ФАРМАЦІЇ Й МЕДИЦИНИ.**

STUDY PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF CHANGES IN PHARMACIES

Bondariewa I. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Management of pharmacies in market conditions became more difficult. This is due to the expansion of the rights and responsibilities of pharmacies in the market conditions, as well as the need for more flexible adaptation to changes in the environment. There are new goals and tasks that used to own the pharmacy is not solved earlier, establish new business relations, emerging market management mechanisms. All the problems that arise at the present stage of development of pharmacy, it is impossible to solve without modern management. Heads of pharmacies at work in modern conditions are experiencing greater demand for management knowledge and above all in the field of social management. Social management studies and analyzes the relations arising between individuals and social groups in the process of their production activities. Application of the results of such analysis increases the efficiency of drugstore as a whole, as well as the activity head of pharmacy.

The purpose of research is to study the peculiarities of management of changes in pharmacies.

Research methodology. For this study expert survey was conducted of heads of Ukrainian pharmacies.

Results and discussion. The peculiarities of management of changes were analyzed in the work of Ukrainian pharmacies in recent years. After processing of the results, it was found that 59% of heads of Ukrainian pharmacies met with resistance to the introduction of changes from the personnel. Among the main reasons for resistance to changes in pharmacies by staff experts identified the belief that change will not bring improvement, anticipation of negative consequences, a sense of the possible loss of their own and a different attitude to changes by pharmacy's staff. The basic ways to overcome resistance to change have been established. Thus, managers of pharmacies use creating an incentive mechanism for the introduction of personnel changes, also respondents to overcome the resistance to the transformations using mapping arguments of different sides and open discussion of ideas and activities with respect to making changes.

It was set by experts the most important changes in the work of pharmacies: changing pricing policy on pharmaceutical market; expanding the range of goods (cosmetics); increasing the level of service and the introduction of penal sanctions for staff of pharmacies. To less important changes respondents attributed: staff training, the introduction of discount cards to customers, training employees, the change in value of one purchase and use of new equipment and computer programs. Among other changes that have occurred in Ukrainian pharmacies experts noted the change in organizational structure, providing additional services, the emergence of medical advice, market research, improving the system of promotion staff, reducing staff, introducing new positions, changing the corporate identity of employees, change the sales area design, introduction a system of penal sanctions for pharmacy staff, the transition to non-stop schedule, the transition to the standards of pharmacy according the requirements of Good Pharmaceutical Practice, the appearance of additional departments (optics, medical techniques), participation in conventions, congresses, conferences, seminars, trainings and creation client bases.

When planning the organizational changes necessary to analyze predictive and analytical work, to develop and implement measures necessary strategy choice. It should take into account the different levels of intervention in the old structure, and organizational parameters, such as organizational structure, manufacturing technology, human resources, information component, the organizational culture.

Conclusions. The analysis of the main reasons for resistance to changes in Ukrainian pharmacies and highlighted ways to overcome this resistance. Also studied the main features of change management of Ukrainian pharmacies. Thus, management of changes is a prerequisite for the effective functioning of pharmaceutical organizations in a changing environment.

STUDY PECULIARITIES MANAGEMENT OF ASSORTMENT POLICY UKRAINIAN PHARMACIES

Bondariva I. V.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

Currently, most pharmaceutical organizations, including pharmacies, carry out changes in the management practices aimed at improving the organizational structure, management of assortment policy and stimulation of introduction of changes in the workplace. The need for change is caused by the current economic situation, which places high demands on the adaptation of modern pharmaceutical organizations to rapidly changing market conditions and to improve the competitiveness of organizations. The main tasks of the modern pharmaceutical organizations are meeting the needs of people in medicines and medical products, increasing profit, sales volume growth, increased market share, in addition to the ability to adapt to the rapidly changing external environment. To perform these tasks, management of pharmaceutical organizations should change approaches to organizational change, making them manageable. To do this, highlight the features of change management in organizations that enable managers to plan and implement reform processes, to evaluate their effectiveness. Managers must clearly understand the position in which the enterprise is located at the moment and its desired state, as well as own algorithm of the desired changes in decision-making and management of assortment policy of Ukrainian pharmacies. Assortment policy is one of the most important tools and marketing components in the fight of its competitors. Assortment policy is one of the main activities of the marketing of each company. Especially this trend becomes relevant in the current conditions of transition to a market economy, when a product by the consumer are increased requirements for quality and range, and the effectiveness of the enterprise from the goods produced depend all the economic indicators of the organization and the market share. As international experience shows, the lead in the competition receives the one who is the most competent in the assortment policy, owns the methods of its implementation and can most effectively manage it. Market success is now a criterion for evaluating the activity of the domestic enterprises and their market opportunities determine correctly developed and consistently implemented product policy. It is based on the market and the prospects for the study of development, the pharmacy received the initial information to address issues related to the formation of assortment, its management and development.

The purpose of research is to study the features management of assortment policy Ukrainian pharmacies. For this study were surveyed heads of the Ukrainian pharmacies.

After processing the results peculiarities management of assortment policy Ukrainian pharmacies were studied. It was found that if the consumer asked for medicine or medical devices, which is not in the assortment of pharmacy, the 28% of heads of pharmacies automatically add this drug or medical product to the range of pharmacy, 28% of respondents offer a replacement medicine or medical product or reported against other pharmacies, 25% of the experts answered that information about the absence of drug or medical product is transmitted for management, after deciding a medicine or medical devices or added, or not; 19% of respondents indicated that periodically checks the top list of products in the assortment pharmacy.

Assortment management is activity aimed at achieving the requirements of the range of rationality. The main tasks of assortment policy are: customer satisfaction, the conquest of new customers, optimization of the financial results of the organization. Thus, it is necessary to consider the peculiarities of management of assortment policy of pharmacies as a way of increasing the quality of customer service and as a result, the method of increasing the profits of the pharmacies.

ПОЛІТИКА БРІДЖИНГУ В РАМКАХ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Кубарєва І. В., Чмихало Н. В., Вороніна О. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В умовах ринкової економіки досягнення комерційних цілей фармацевтичними організаціями є результатом правильно побудованої роботи в рамках соціальної відповідальності підприємства. Особливо це очевидно для заводів-виробників ЛЗ та крупних оптових фірм, які згідно міжнародного та українського законодавства можуть виступати емітентами цінних паперів та для яких відповідність законодавчим вимогам, а також зміцнення ринкової репутації і взаємин прямо позначається на підвищенні прибутковості та вартості акцій.

Інтегрування соціальної відповідальності до складу основної ділової стратегії фармацевтичної організації підвищує її привабливість для зацікавлених сторін (стейкхолдерів), в якості яких можуть виступати власники та співвласники підприємства, його співробітники (особливо, якщо вони є акціонерами підприємства), партнери, постачальники, дистриб'ютори, державні служби (фіскальна, банківська, контролюючи органи тощо). Останні дослідження у галузі такого роду взаємодії підприємства визначили новий стратегічний напрям (засіб) взаємодії як бріджинг, який позиціонується в якості стратегічного партнерства, що може існувати (для означених вище зацікавлених сторін) у рамках соціальної взаємо відповідальності.

З урахуванням вищезначеного, метою роботи стало визначення основних напрямків формування політики бріджингу на фармацевтичних підприємствах, як стратегічного партнерства ведення бізнесу з основними контрагентами, спільнотою, державою у рамках соціальної відповідальності.

На нашу думку, політика бріджингу фармацевтичного підприємства – це цілеспрямована діяльність підприємства, яка пов'язана з прийняттям управлінських соціально відповідальних рішень щодо стратегічного партнерства з основними стейкхолдерами.

В останні роки питання соціальної відповідальності у світовому діловому співтоваристві стали найважливішими. В європейському фармацевтичному просторі функціонує спеціальна програма освіти «Фармація-техніка Bridging», яка була розроблена і впроваджена в Онтаріо ще у 2008 році маркетинговим альянсом системи коледжу Онтаріо у співпраці з коледжем фармацевтів. У 2010 році ця програма була адаптована для використання фармацевтами окремих провінцій Канади (Альберти, Британської Колумбії), а з 1 серпня 2011 року право власності й відповідальність за управління програмою освіти «Фармація – техніка Bridging» перейшло до аптечних регулюючих органів провінцій Альберти, Британської Колумбії і Онтаріо.

Означена освітня програма містить 4 модуля: фармакологія, професійна практика, управління розподілом ЛЗ та підготовка продукту до просування на ринок. Безпосередньо модуль «Професійна практика» присвячено питанням соціальної відповідальності фармацевтичних організацій.

Масштабні міжнародні ініціативи зосереджують увагу на глобалізації соціальних стандартів, публічному розкритті інформації та розробці соціальних звітів, як, наприклад, стандарт соціальної підзвітності 8000 (Social Accountability 8000 standard) та Глобальна ініціатива звітування (Global Reporting Initiative). В умовах інтеграції нашої країни до Європейського і світового співтовариства активність вітчизняних фармацевтичних організацій у сфері соціальної відповідальності, на нашу думку, істотно сприятиме соціальному іміджу як самої організації, так й галузі в цілому, враховуючи той факт, що ще у

2010 році Україна підтримала прийняття міжнародного стандарту ISO 26000 «Керівництво із соціальної відповідальності».

Аналіз літературних джерел дозволив нам констатувати, що приблизно 87% співробітників європейських компаній відчувають більшу відданість соціально-залученим компаніям, які здатні створювати / об'єднуватись у стратегічні альянси, союзи, партнерства з метою формування загальної підприємницької культури і етики, яка враховує владу та інтерес до сумісного ведення бізнесу всіх учасників та є основою формування політики бріджингу у рамках їх соціальної відповідальності. Так, за оцінками фахівців, збільшення адептів стратегії соціальної відповідальності серед працівників компанії на 5% призводить до зростання задоволеності клієнтів на 1,3%, що, в свою чергу, призводить до підвищення прибутку на 0,5%.

З метою визначення ставлення фармацевтичних працівників до стану політики бріджингу в їх організаціях, нами, шляхом опитування робітників структурних підрозділів оптових фармацевтичних фірм та аптечних закладів, здійснено соціологічне дослідження з оцінки основних напрямів означеної політики.

Загальна чисельність респондентів склала 100 осіб, гендерна складова (жінки / чоловіки) мала співвідношення 60% до 40%, вікова амплітуда знаходилась в межах від 25 до 55 років, стаж роботи – від 5 років. Результати дослідження представлено на рис. 1.



Рис. 1. Напрямки діяльності з реалізації політики бріджингу за думкою робітників фармацевтичних організацій

Усі вищезазначені складові політики бріджингу сприяють створенню позитивного суспільного образу організації і допомагають їй уникнути конфліктів у соціальній сфері, які можуть закінчитися несприятливим розголосом у ЗМІ та зіпсованою репутацією на ринку.

Таким чином, можна стверджувати, що в умовах невизначеності факторів зовнішнього середовища, й іноді, їх негативного впливу на організацію, впровадження політики бріджингу у якості стратегічного партнерства між керівниками (не залежно від рівня управління) та працівниками організації дозволяє не тільки мінімізувати економічні, політичні, соціальні ризики, а й оптимізувати ринкову сталість та імідж фармацевтичної організації, в тому числі дозволяє значно підвищити власні позиції у галузі соціальної відповідальності, в той час як традиційна тактика (демпфірування, або пом'якшення негативного впливу факторів зовнішнього середовища) суттєво зменшує рівень небажаних наслідків і сприяє задоволенню їх потреб або вимог.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ БАЗ ЗНАЇЬ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Бойко А. І.

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

На VII Національному з'їзді фармацевтів України (м. Харків, 2010) нами було представлено систематизовані теоретичні та прикладні дослідження з фармацевтичної інформатики. Їх розвиток пов'язаний з впровадженням численних фармацевтичних баз даних (БД), методологія побудови яких викладена нами у монографії “Фармацевтична інформатика” (2008). У прикладному плані принципове значення має комп'ютеризація рецептурного обігу лікарських засобів (ЛЗ) (електронний рецепт, індивідуальний медикаментозний паспорт) для лікування специфічних захворювань, комп'ютерний контроль їх реалізації у аптеках.

Світові дослідження з інформатики вказують на доцільність переходу від БД до баз знань (БЗ), які призначені для оперативного інформування у доступній (з позиції професійних знань) для споживачів формі. Відповідно, як було нами сформульовано у 2010 р., сучасна фармацевтична БЗ повинна містити знання про світовий ринок ЛЗ (з врахуванням динаміки розвитку) для лікування конкретного захворювання; інноваційні матеріали про реформування національної системи охорони здоров'я в галузі медичного, фармацевтичного, соціального забезпечення хворих; інформаційне забезпечення прийняття раціонального рішення щодо одночасного застосування комплексу ЛЗ. Наприклад, при опрацюванні БЗ “Фармацевтична допомога хворим на цукровий діабет” ми використали наше заключення, опубліковане у матеріалах VII з'їзду Асоціації ендокринологів України (м. Київ, 2014): “враховуючи специфіку цукрового діабету (ЦД), наявність ускладнень та супутніх захворювань, що потребують політерапії, питання взаємодії протидіабетичних ЛЗ є надзвичайно актуальним”. При експериментальному впровадженні даної БЗ у формі співпраці з експертами-провізорами спеціалізованих для хворих на ЦД аптек та лікарями-ендокринологами сформований підрозділ тематичної групи питань, що формують прийняття рішень у складних практичних ситуаціях та передбачено внесення до нього динамічних змін.

Для активного впровадження сучасних фармацевтичних БЗ необхідна додаткова підготовка провізорів. Така опрацьована нами система функціонує з 2009 р. на основі затвердженого МОЗ і МОН України посібника “Фармацевтична інформатика” для діючих навчальних програм передатестаційних циклів, в доповнення яких передбачено проведення циклів тематичного удосконалення на основі авторських програм.

АКТУАЛЬНІСТЬ СПІВПРАЦІ СУЧАСНОЇ АПТЕКИ З АДВОКАТОМ

Гриценко С. В., Жерновніков С. О.,
Комунальне підприємство охорони здоров'я
Центральна районна аптека №63 ім. М.О. Валяшка, м. Куп'янськ, Україна,

Близько 15 років колективу Комунального підприємства охорони здоров'я Центральна районна аптека №63 ім. М.О. Валяшка, м. Куп'янська надає правову допомогу, згідно договору адвокат Жерновніков С.О. Так як аптека не може на постійній основі мати посаду юриста, та і користуватися його послугами необхідно не постійно, а час від часу, набагато зручніше мати саме договірні відносини з юристом. Великий плюс, якщо юрист одночасно має і адвокатське свідоцтво. Наявність такого статусу дає можливість його участі у представництві будь-яких інтересів аптеки в усіх державних і недержавних організаціях. Особливо необхідно звернути увагу на системність в даній роботі і необхідність отримувати правову допомогу від одного і того ж адвоката, так як в процесі роботи останній набуває певної підготовки в області роботи сучасного фармацевтичного ринку.

Справа в тому, що правова допомога аптеці необхідна як в щоденній господарсько-економічній діяльності, так і в захисті прав на таку діяльність в процесі перевірок різних контролюючих і регуляторних державних органів влади.

Так за 14 років співпраці було припинено 2 кримінальні справи, відкриті органами внутрішніх справ, прокуратури і податкової інспекції у відношенні керівника підприємства і по факту його діяльності. Було отримано близько 30 позитивних рішень в судах різних інстанцій. Відхилено безпідставно нарахованих податковою інспекцією та контрольно-ревізійною службою сум податків, донарахувань і штрафних санкцій на суму близько 4 млн. грн.

Майже щомісяця виникають питання стосовно трудових відносин в колективі, застосування тих, чи інших положень Кодексів України та різних законів, які регулюють діяльність комунального аптечного підприємства.

Вважаємо, що саме така форма співпраці аптеки і адвоката є найбільш ефективною, результативною і економічно обґрунтованою, перевіреною і випробуваною часом.

АУТСТАФФІНГ ЯК СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Зоїдзе Д. Р.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В умовах кризи на підприємстві гостро постає питання зменшення витрат за рахунок скорочення персоналу. Щоб уникнути цього іноземні компанії різного типу використовують винахід японського менеджменту – аутстаффінг як один з ефективних способів мінімізації витрат підприємства, зокрема за рахунок податкової оптимізації. В міжнародній практиці аутстаффінг представляє собою особливу технологію управління персоналом, яка полягає у виведенні за штат підприємства працівників і оформленні їх в штаті спеціалізованої компанії-провайдера (аутстаффера). За існуючими підрахунками, це дозволяє скоротити витрати підприємства на 25-36%.

Фахівці визнають, що аутстаффінг вигідний компаніям з декількох причин:

по-перше, скорочуються прямі і непрямі витрати на утримання аутстаффінгового персоналу (скорочення розмірів податків та єдиного соціального внеску, не має потреби у виплаті вихідної допомоги у разі розриву трудових стосунків і так далі);

по-друге, в разі аутстаффіngu компанії-аутстафферу передається юридична відповідальність у взаємовідносинах з аутстаффінговим персоналом згідно трудового,

податкового, цивільного права;

по-третє, підвищується мотивація аутстафінгового персоналу за рахунок його прагнення перейти в основний штат компанії-замовника;

по-четверте, з'являється можливість безпроблемного і швидкого розриву стосунків з аутстафінговими працівниками внаслідок відсутності зобов'язань, які передбачені трудовим законодавством.

Однак на початку становлення ринку аутстафінгових послуг в Україні третє положення в переліку переваг вважалось дещо суперечливим. Так, в 2007 р. директор компанії «ФармРост» О. Бланк в інтерв'ю газеті «Аптека» щодо стану аутстафінгу на вітчизняному фармацевтичному ринку говорить про зниження мотивації персоналу, який працює в аутстафінгових проектах. Напевно цей факт свідчив лише про недостатню налагодженість цього процесу у вітчизняній економіці, яку ще належало подолати.

Між тим, за результатами дослідження групи компаній «Promotion Staff», яке було проведене в 2013 р., найбільш часто аутстафінговий підхід в свої бізнес-процеси впроваджували вітчизняні підприємці в FMCG, фармацевтичному і банківському секторах. У тому ж році зростання ринку аутстафінгових послуг в Україні відзначали й самі фахівці фармацевтичної галузі. До того ж ринок фармацевтичного аутстафінгу в економіці України став набагато більш конкурентним, ніж раніше, а ціна аутстафінгу значно знизилася, на відміну від послуг аутсорсингу. Експерти також спрогнозували, що в найближчому майбутньому почнеться процес іншої конкуренції – за якість і швидкість обслуговування, за інтерфейс взаємодії з клієнтом. Це пов'язане з тим, що в аутстафінгу дуже важливі моменти комунікаційного характеру. Саме якість комунікацій дає клієнтові відчуття, що він в особі компанії-провайдера має свій підрозділ, який винесений назовні, але так само вправно виконує його корпоративні завдання.

Таким чином, аутстафінг завдяки своїм перевагам знайшов широке застосування на вітчизняному фармринку. Однак з метою підвищення ефективності надання аутстафінгових послуг слід вирішити низку проблем, серед яких особливої уваги потребує належне юридичне оформлення цього виду трудових відносин в законодавстві України.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СКЛАДОМ

Хомутецька Н. І., Голуб А. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

За останні роки логістичні принципи все активніше впроваджуються у Збройних Силах України. Логістичний підхід необхідно впроваджувати також й в систему медичного постачання Збройних сил України. Сьогодні логістика постачання є першочерговим кроком до стабільності виконання медичної служби Збройних Сил України своїх завдань як у мирний час, так й у особливий час. Впровадження логістичних методів в систему медичного постачання полягає в ефективній організації і управлінні матеріальними потоками, а також відповідними ним інформаційними та фінансовими потоками в загальній системі функціонування медичної служби.

За одним із підходів ефективність діяльності будь-якого закладу або системи визначається на основі двох параметрів, складових ефективності – загального результату діяльності (зазвичай прибутку) та сукупних витрат. Таким чином, мінімальне значення сукупних логістичних витрат є комплексним пріоритетним критерієм оптимального логістичного управління. Специфіка обліку логістичних витрат полягає: по-перше, в необхідності виявлення всіх витрат, пов'язаних з конкретними логістичними процесами (принцип тотальних витрат); по-друге, в угрупованні витрат не за підрозділами, наприклад медичного складу, а в залежності від робіт і операцій, що перетворюють ресурси.

Основними сучасними методами аналізу логістичних витрат є бенчмаркінг структури логістичних витрат (стратегічний аналіз логістичних витрат); вартісний аналіз витрат; функціонально-вартісний аналіз; метод запланованих витрат; метод визначення витрат за процесами тощо.

Алгоритм ідентифікації та оцінювання логістичних витрат як правило застосовується наступний:

- структуризація логістичних витрат, наприклад, складу;
- розрахунок складових елементів та ідентифікація логістичних витрат складу;
- облік і аналіз слабо структурованих складових логістичних витрат складу;
- оцінювання рівня логістичних витрат складу.

Логістичний аудит розкриває джерела надлишкових логістичних витрат і дозволяє розробити план оптимізації шляхом поліпшення функціональної ефективності, управління логістичною системою медичного складу, інтеграції й тісної взаємодії елементів ланцюгів постачання. Системне проведення аналізу логістичних витрат дозволить виявити потенціал зниження витрат при одночасному підвищенні ефективності логістичної системи.

Але в управлінському обліку, приймаючи системні логістичні рішення, доцільно до уваги брати не тільки фактичні, але й очікувані логістичні витрати, тобто користуватись категорією загальних логістичних витрат не у фактичному, а у глобальному вимірі. До уваги мають братись всі можливі зміни у складових логістичних та інших витрат при одночасному розгляді наслідків прийняття рішень.

Комплексний підхід до вирішення завдань зниження логістичних витрат і удосконалення процесів обробки майна на складі дозволяє отримати суттєвих позитивних результатів: збільшення пропускної спроможності складу; підвищення ефективності використання складського простору; зниження кількості браку і витрат при зберіганні; підвищення продуктивності праці персоналу і техніки; зниження витрат, що пов'язані зі зберігання запасів; зниження вартості обробки одиниці майна; підвищення якості сервісу.

MAIN ASPECTS THE PARTNERSHIP IN PHARMACEUTICAL COMPANIES

Datkhayev U. M., Zhakipbekov K. S., Zharymbetov K. B., Tulemissov S. K.

Institute of Pharmacy of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. Cooperation with partners provides a variety of opportunities to increase the value (optimization of the number of partners to establish two-way communication at appropriate levels in both organizations to facilitate the rapid solution of problems, without delays and disputes, resulting in unnecessary losses, involvement of partners in determining purchasing needs and develop a joint strategy, evaluation, recognizing and rewarding the efforts of the partners). Therefore there is a need to find links that require optimization and reasonable ways to partnerships of industrial pharmaceutical enterprises.

Aim. Purpose to our study is to determine the role and the importance of partnerships in the activities of the subjects of the pharmaceutical market in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods. In the study used statistical, computational and analytical, comparative, systemic, and other analysis techniques. Informational materials used in the study is the data published in the press, as well as materials specialized periodicals.

Results and discussion. According to the results of the research, the least developed element of the partnership wholesale FC requiring urgent action optimization is link «company-client».

A promising way to increase efficiency and effectiveness of the relationship between market actors in the chain «company-client» is the establishment of the service process on the basis of the

logistics that will provide a competitive advantage for both partners involved in the creation and delivery of pharmaceutical products and for end-users - drug buyers.

Partnerships wholesale pharmaceutical companies are system covering the following functional units - the supply / distribution and ensure the creation and preservation of value of drugs and medical devices, as well as the creation of added value for partners.

Fierce competition in the market, the emergence of new, cheaper and quite effective development forced to revise the existing principles of operation of such associations.

Appears an urgent need to find additional opportunities to further reduce costs and the cost of production, improving quality of service consumers, reorganization and restructuring of companies in order to increase business efficiency.

This is the business restructuring on the basis of the logistical approach. This covers various (economic, social, technical, technological, organizational, legal, scientific, psychological, environmental, etc.) Aspects of human activity. In many cases, it's pretty painful procedure.

In recent years, modern logistics concepts are successfully used by leading Kazakh companies in strategic and operational management of the main business areas. The introduction of modern logistics management in business practices can improve the organizational and economic sustainability of companies in the market. Using the concept of logistics is one of the main reserves to reduce the level of general overhead.

Logistical management of partner companies can be defined as a through (integrated) management of business processes for product promotion and accompanying flows from the source of its origin to the final consumer in order to maximize the effectiveness of partner companies. At the same time it performs the functions of the organization, planning, management, coordination, monitoring and analysis. One of the major problems of logistics management in the partner companies is to coordinate the logistics functions and coordination of targets with suppliers, contractors and customers.

The focus of the logistics management system should be a process for performing customer orders. There is a tendency to increase the level of requirements of consumers to quality of service. With the development of market economy consumers are increasingly able to compare and select the best service.

The basic concepts of logistics services is the concept of Customer Satisfaction and Consumer Service. Their essence - the construction of such a relationship with the customer, in which is possible to solve almost all the problems of the consumer on the basis of a study of its needs («the customer is always right»). The main objective is to help the consumer to make their business more efficient and profitable. It is recommended to carry out a detailed analysis of the «pain points» of the consumer.

The skilful organization of logistics systems brings the partner companies the following benefits:

- Improving the efficiency of placing of warehouses. Medicines and medical items must be in the required quantity and at the right time. Reducing loss of working time - additional savings;
- With proper organization of logistics systems in the partner companies manage to reduce labor costs and improve the company's profitability;
- The best use of warehouse space. With proper organization of logistics systems (transportation, storage), you can significantly reduce or convert storage space;
- Reducing injuries. The fee for insurance against accidents at work increases and loss of working time is not measured only by the time of absence from work worker was injured, but the time to prevent managers at all levels in the preparation of detailed explanations and reports;
- Joint information systems, engineering structures;
- Expansion of market opportunities through synergies;
- Improving customer service conditions of service;
- Joint system of prevention and risk sharing.

A few years ago the main creators of logistics systems had problems in relation to the physical flow of goods. By informational support of the physical logistics process of movement of goods from the supplier only background information to understand the consumer. With the development of logistics and distribution systems in firms increasingly felt need for the development and implementation in practice of logistics information systems that would enable organically combine in a single unit all the logistics subsystems.

Information logistics provides new opportunities for partnership in the area of procurement, transportation, warehousing, manufacturing, marketing and distribution.

The integrated form of logistics task wholesale companies can be summarized as follows: procurement planning based on the forecast of the finished product needs; development schedule start-output; operational management of the sales and marketing organization of performance problems; control over the quantity and quality of products; control over the cost of the purchased products.

Conclusions. Summing up, it should be noted that the main objective of logistics is to ensure that all stages (security, storage, transportation and sales) have been considered as a single and continuous process of transformation and movement of the product and related information. Integrated logistics support system stability wholesale pharmaceutical companies on the market, coordinates internal corporate conflict between the procurement, marketing, finance and sales and optimizes the relationship between the organization with logistics intermediaries.

ASSESSMENT OF SIGNIFICANCE OF KEY MANAGEMENT FUNCTIONS IN NETWORK PHARMACIES

Mala Zh. V., Posylkina O. V.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

In a market economy pharmaceutical organizations need to focus on evaluating the effectiveness management activity analysis of the economic indicators and the identification of reserves to improve their condition. The important role in realization of this task is given to the assessment of management functions and the study of decision-making process in the course of their implementation. Study of the process of management in terms of its features allows you to set the volume of work for each of the functions that determine the need for labor force and eventually form a structure and organization of networks pharmacies management system. Each management function is filled with its characteristic scope of work and has a specific structure in which it is implemented. The management function is subject to a logical algorithm, a clear sequence of regulated activities. It is important that management determine the activity aimed at the organization of the implementation of measures on the subject of management. It is also important that the logical sequence of work, determined the functional structure of the management process is the essence of management technology. The contents of any management function consists of two components: system analysis, control its basic parameters, the quantitative determination of the factors that put the system out of balance, and the causes of their appearance, as well as determining the composition of measures aimed at optimizing the management process.

The aim of the work is to assess the significance of key management functions in network pharmacies. During the study, peer review method was used. There were analyzed 402 questionnaires by us. According to a survey the employees of network pharmacies from different regions of Ukraine were surveyed: Kharkiv, Chernihiv, Sumy, Lugansk, Donetsk, Cherkassy, Poltava, Zaporozhye, Vinnitsa, Kirovograd, Ternopil, Dnipropetrovsk, Mykolaiv, Kyiv, Kherson, Lviv and Odessa. During the investigation the information on the assessment of the significance of the key management functions of network pharmacies. It was found that on the first place respondents of studied network pharmacies carried the motivation function. One of the most

important conditions for achieving the organization's goals is to ensure the interest of all participants in the control process and the effectiveness of their actions; it is the content of motivation function. Among the priorities of incentives to ensure the effective work of the personnel of pharmacies are the moral and material encouragements of labor, discussion totals of the organization, holding social events, training, and involvement of employees in decision-making, goal setting. On the second place experts attributed the prediction function (aimed at identifying and studying possible alternatives to the future development of the network pharmacies), on the third – the analysis and planning. Next in order of importance, experts attributed the functions in the next order – function of coordination or control, accounting, management, organization. In recent years, the emphasis were changed of activity of network pharmacies: motivation function takes more important, and is also seen through the introduction of corporate culture – the desire management to create a more comfortable atmosphere for employees, the approaches to the recruitment were changed, increased the value of the control functions, in large networks pharmacies is the lack of coordination among departments of different levels, increased the value of self-management and self-organization. All of these emphases must take into account the management of network pharmacies for increasing their successful activities. Thus, during the study the assessment of significance of key management functions in network pharmacies was conducted.

**СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ
УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НА ВІТЧИЗНЯНИХ
ПІДПРИЄМСТВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРА.**

АНАЛІЗ СТАНУ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ З ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Лебединець В. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Відомо, що з позицій чинної в Україні Настанови з належної виробничої практики (GMP), гармонізованої з директивою GMP ЄС, а також відповідно до рекомендацій Настанови ІСН Q10, основними цілями впровадження фармацевтичних систем якості (ФСЯ) на підприємствах з виробництва лікарських засобів (ПВЛЗ) є наступні:

- досягнення належної якості ЛЗ шляхом впровадження та підтримки системи процесів для забезпечення виробництва й поставки продукції з показниками якості, що задовольняють вимоги й потреби пацієнтів, лікарів, регуляторних органів;
- встановлення й підтримка контрольованого стану виробничого циклу через ефективний моніторинг і контроль функціональних характеристик усіх виробничих процесів і якості продукції;
- сприяння постійному поліпшенню через запровадження заходів з поліпшення якості продукції, у тому числі шляхом зменшення варіативності процесів виробництва, впровадження нововведень та удосконалень.

Результативна ФСЯ є необхідною умовою діяльності будь-якого ПВЛЗ в Україні, як і у більшості країн світу. Державний нагляд за функціонуванням ПВЛЗ здійснюється, зокрема, шляхом ліцензування суб'єктів економічної діяльності, що здійснюють виробництво (а також оптову й роздрібну реалізацію) лікарських засобів. До чинних ліцензійних умов включено вимоги щодо наявності, правильності й ефективності функціонування ФСЯ на ПВЛЗ, що має виключати ризик для пацієнтів, пов'язаний із недостатньою безпекою, якістю чи ефективністю лікарських засобів. При цьому ФСЯ має включати GMP та управління ризиками для якості, вона має бути повністю документована, а її ефективність – проконтрольована.

ФСЯ – це сукупність взаємодіючих елементів загальної системи управління організації, спрямованих на забезпечення якості продукції. ФСЯ почали впроваджуватися на фармацевтичних підприємствах України відносно недавно, що є причиною недостатнього досвіду з проектування, впровадження й розвитку таких систем. Треба брати до уваги і той факт, що на сьогодні переважна більшість українських ПВЛЗ все ще працює з використанням застарілих моделей управління, неефективних в умовах жорсткої конкуренції.

Актуальність ФСЯ для ПВЛЗ останніми роками ще більше загострюється у зв'язку з необхідністю переорієнтації на європейські та інші зарубіжні ринки, де питання якості є превалюючим, а наявність результативної СУЯ є першочерговою умовою.

Досвід провідних підприємств різних країн свідчить, що впровадження СУЯ є довготривалим, складним і витратним проектом, головна методологічна проблема якого полягає у створенні оптимальної архітектури процесно-орієнтованої системи, а також у запровадженні ефективних підходів до їх регламентації, документування, моніторингу, аналізування й постійного удосконалення для підвищення показників діяльності та зменшення ризиків.

З метою аналізу стану функціонування ФСЯ на ПВЛЗ України, нами опрацьовано матеріали багатьох джерел інформації та визначено тенденції розвитку державної регуляторної політики у сфері обігу ЛЗ. Також нами розроблено методика й проведено соціологічне дослідження шляхом анкетного опитування керівників підрозділів з управління якістю на 73 вітчизняних ПВЛЗ протягом останніх 5 років, за результатами якого надано оцінку ситуації стосовно впровадження ФСЯ, а також стану виконання нормативних вимог, встановлених до діяльності з управління якістю на вітчизняних ПВЛЗ. Встановити проблеми,

пов'язані із впровадженням СУЯ/ФСЯ на ПВЛЗ, дозволив і аналіз результатів інспекційних перевірок, сертифікаційних та наглядових аудитів, а також власний аудиторський досвід.

Проаналізовані нами дані Державної служби України з лікарських засобів щодо кількості порушень у розрізі їх видів, виявлених під час інспекційних перевірок, показали, що невідповідності за категорією "Управлінню якістю" у 2011 році складала майже 14 % від загальної кількості критичних порушень, а у 2014 році – вже 22 %. Численні порушення спостерігалися останніми роками відносно персоналу, документації та інших аспектів, напряду пов'язаних з функціонуванням ФСЯ. Далеко не всі підприємства мали на момент опитування функціонуючі ФСЯ, однак переважна більшість респондентів висказалися за необхідність впровадження таких систем. Також опитування виявило проблему методичного забезпечення робіт з формування й впровадження ФСЯ: 63 % респондентів висказалися за гостру необхідність розробки методичних рекомендацій стосовно формування ФСЯ.

Крім того, анкетування дозволило визначити основні проблеми, пов'язані з виконанням галузевих вимог GMP. Найбільш проблемним аспектом визнано управління ризиками для якості продукції, а найбільшу складність при формуванні ФСЯ викликає розробка процесної моделі та введення у дію системи коригувальних і запобіжних заходів.

Основними критичними і суттєвими порушеннями при перевірках представниками Держлікслужби України найчастіше були наступні:

- порушення вимог до системи якості;
- порушення у діяльності уповноваженої особи з якості;
- відсутність або низька результативність управління ризиками для якості продукції;
- формальний підхід до здійснення оглядів якості продукції;
- відсутність настанови з якості або еквівалентного документа;
- відсутність фактів фіксації й дослідження відхилень у виробничих процесах.

Також зустрічалися невідповідності, віднесені до категорії несуттєвих, зокрема:

- відсутність проведення періодичних оглядів функціонування ФСЯ;
- нечітка або неоднозначна регламентація процедур поводження з матеріалами та продукцією невідповідної якості;
- відсутність проведення оцінки наслідків впроваджених змін та інші.

На наш погляд, причини перелічених та багатьох інших порушень стосуються недоліків організаційного характеру і викликані неоптимальним функціонуванням ФСЯ.

Аналогічно, звіти органів з сертифікації систем управління якістю, які проводили на багатьох ПВЛЗ сертифікаційні й наглядові аудити, свідчать про наявність численних організаційних проблем вітчизняних ПВЛЗ. Серед таких проблем можна виділити наступні:

- відсутність актуалізованої політики у сфері якості;
- застосування неоптимальних підходів до планування роботи;
- неефективність процесів взаємодії із замовниками;
- нерациональне використання ресурсів;
- значна бюрократизованість у взаємодії підрозділів тощо.

За результатами аналізу нами були проведені комплексні теоретико-прикладні дослідження, присвячені формуванню ФСЯ на ПВЛЗ України, націлені на розробку методології та інструментарію формування, впровадження й постійного розвитку СУЯ ПВЛЗ. Метою наших подальших досліджень є теоретико-прикладне обґрунтування сучасних підходів до удосконалення систем управління якістю на вітчизняних ПВЛЗ шляхом розробки відповідної методології, підбору оптимальних підходів, методів та засобів діагностики й розвитку СУЯ.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПРИ СОЗДАНИИ НАНОМИКРОННЫХ ОБЪЕКТОВ

Губин Ю. И.

Национальный фармацевтический университет, г Харьков, Украина

Нанотехнологии и наночастицы были известны достаточно давно. Коллоидная химия изучает наноразмерные частицы в жидких средах, углеродные нанотрубки определяли свойства дамасской стали и т.д. И только выделенные в отдельное научное направление нанотехнологии дали значительный прогресс в изучении и применении наночастиц.

В настоящее время из наночастиц создаются лекарственные препараты принципиально новых механизмов действия. Нанотехнологии – одно из основных направлений создания таргетных лекарственных препаратов, других сложных фармацевтических конструкций.

Современное развитие нанотехнологий и конструирование на основе наночастиц более сложных объектов, приводит к следующему шагу в развитии науки. Размеры полученных конъюгатов все чаще выходят за рамки наноразмеров, при том, что каждый отдельный компонент такой конструкции относится к нанобиомиру.

Работая с наночастицами и их конъюгатами мы столкнулись с необходимостью разработки новых подходов и методов исследования получаемых продуктов, методов их получения и классификации, стандартизации, управления качеством и контроля их качества, особенно, учитывая тот сравнительно новый факт, что продукты полученные с использованием нанотехнологий имеют микронные размеры.

Образовавшийся пробел в современной науке организационно можно заполнить новой наукой наномикроникой.

Предлагается следующая формулировка новой науки: наномикроника — междисциплинарная область фундаментальной и прикладной науки и техники, имеющая дело с совокупностью теоретического обоснования, практических методов исследования, анализа и синтеза, а также методов производства и применения продуктов путём контролируемого манипулирования отдельными наночастицами и создание ансамблей из наночастиц имеющих микронные размеры (более 100 нм). Наномикронная частица — частица микронных размеров (от 100 до 1000 нм) состоящая из двух и более наночастиц [Наномикроника / Ю. И. Губин // Управління якістю в фармації : матеріали ІХ наук.-практ. конф., 22 трав. 2015 р., м. Харків. - Х. : Вид-во НФаУ, 2015.].

Получаемые в настоящее время наномикронные частицы изучают методами, применимыми для нанообъектов. Например, липосомы, имеющие размеры 300-500 нанометров, содержат в своей полости наночастицы в виде углеродных нанотрубок и наночастиц серебра. Такой объект будет виден в оптический микроскоп, будет давать спектр локализованного поверхностного плазмонного резонанса и при исследовании с помощью электронного микроскопа можно наблюдать частицы наносеребра и углеродные нанотрубки. Причем, такой продукт не будет образовывать коллоидный раствор, несмотря на то, что состоит из наночастиц. Вопрос управления качеством при создании и контроле качества такого объекта состоит в том, содержатся ли наночастицы серебра совместно с углеродными нанотрубками в одной липосоме или в разных. Или мы имеем дело со смешанными объектами. Ответ на этот вопрос важен, для наномикронного драг-дизайна, так как напрямую влияет на биологические свойства полученных наномикронных объектов.

Таким образом, предлагается выделить наномикронику в отдельное научное направление и разработать для наномикронных объектов новые подходы в управлении качеством, контроле качества, в частности, применительно к фармацевтическим продуктам.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У ДІЯЛЬНІСТЬ КОСМЕТОЛОГІЧНИХ УСТАНОВ

Казакова В. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

У сучасних ринкових умовах все більш актуальною стає тема створення та впровадження у діяльність підприємств та установ систем управління якістю, які гарантують найвищий рівень ефективності роботи організації. Ця тенденція не оминула і сферу практичної косметології, яка є однією із складових системи охорони здоров'я України. Враховуючи той факт, що попит на косметологічний догляд стає все більш поширеним у населення, питання ефективності та безпеки косметичних процедур набуває значної актуальності. При цьому слід відмітити, що чисельність косметологічних клінік в Україні стрімко зростає – в 2015 році їх кількість становила більш 100. Однак, тільки 10% з їх загальної чисельності мають сертифікат відповідності вимогам міжнародних стандартів якості. Метою даного дослідження є розробка та впровадження методів управління якістю в діяльність косметологічної установи, для реалізації якої вирішено наступні задачі: вивчено чинну законодавчу базу щодо регулювання діяльності в сфері практичної косметології, проаналізовано сучасний стан впровадження системи управління якістю на прикладі косметологічної установи та розроблено для неї алгоритм застосування методів управління якістю у відповідності до вимог міжнародних стандартів.

Для реалізації зазначеної цілі було вивчено вітчизняну законодавчу базу щодо впровадження косметологічної практики та закордонний досвід функціонування косметологічних установ. Аналіз довів практичну відсутність вітчизняних нормативно-правових документів, які регулюють діяльність в сфері практичної косметології та необхідність удосконалення організаційних та правових питань діяльності фахівців в галузі косметологічної індустрії. При цьому, за кордоном, а саме у Німеччині, Швейцарії стандарт ISO 9001:2008 вважається основним стандартом роботи всіх медичних установ, зокрема, у Німеччині косметологічні установи незалежно від форми власності зобов'язані мати свою систему контролю якості і 99% з них обирають сертифікацію згідно вимог ISO.

Слід зазначити, що відповідно до вимог наказу МОЗ України 20.12.2013 р. № 1116 «Зміни до Положення про Головної акредитаційної комісії при Міністерстві охорони здоров'я України» регламентована необхідність наявності у медичних закладів сертифікату про відповідність системи управління якістю згідно вимог національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000. При цьому, питання відповідності діяльності косметологічних кабінетів та салонів вимогам стандарту ДСТУ ISO серії 9000 досі залишається відкритим.

Відповідно до поставлених задач розроблено форму анкетування фахівців практичної косметології, за результатами застосування якої на прикладі діючої косметологічної клініки оцінено ефективність менеджменту щодо організації надання косметологічних послуг населенню. Проаналізовано стан застосування методів управління якістю в діяльності косметологічної установи та виявлено ряд недоліків та невідповідностей вимогам стандартів.

За результатами проведеної роботи запропоновано оптимізацію системи управління якістю у косметологічній клініці, розроблено та рекомендовано до впровадження методик створення клієнтської бази, форму письмового погодження на здійснення косметологічних процедур тощо.

Обґрунтовано застосування у діяльність установи відповідних методів управління якістю та алгоритм їх впровадження.

ПРОИЗВОДСТВО ФИТОПРЕПАРАТОВ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИИ

Немятых О. Д., Акамова А. В.

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Разработка лекарственных препаратов с политерапевтической активностью на фоне приемлемого профиля безопасности, способных оказывать мягкое действие на организм, является одним из перспективных направлений фармацевтической науки и практики. На сегодняшний день ВОЗ прогнозирует в течение 15-20 лет увеличение доли, занимаемой фитопрепаратами, на мировом фармацевтическом рынке, до 60%. При этом только за период 1981-2010 гг. из 1400 принципиально новых препаратов репрезентовано 37% растительных лекарственных субстанций.

Сегодня в Государственном реестре лекарственных средств России представлено более 17000 наименований лекарственных средств, среди которых около 40% производится из лекарственного растительного сырья, что, в свою очередь, подчеркивает социальную значимость и перспективность данного сегмента.

Целью работы было на основе контент-анализа, а также сравнительной ретроспективной оценки проанализировать современные тенденции в динамике российского рынка фитопрепаратов за последние годы.

Установлено, что сегодня на российском фармацевтическом рынке представлено, по меньшей мере, 15 отечественных и зарубежных производителей, в портфелях которых присутствуют препараты из растительного сырья, в их числе: ОАО «Фармацевтическая фабрика Санкт-Петербурга» (Галенофарм), ПАО «Фармстандарт», НПП «Камелия», ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика», ОАО «Флора Кавказа», ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов» (Беларусь), KRKA (Словения), Herbion (Пакистан), Dr. Reddy's (Индия), Крейвель Мойзельбах Гмбх (Германия) и др. Довольно известными российскими производителями, специализирующимися на выпуске лекарственных средств и БАДов на основе лекарственного растительного сырья являются АО «Красногорсклексредства» и ЗАО «Эвалар».

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что международным лидером фитомедицины является компания «Бионорика SE» (Германия), внедрившая концепцию финонирина, который охватывает селекцию, сбор и обработку урожая, а также высокотехнологичное производство и биологическое тестирование, в Германии, Венгрии, Австрии, Китае. Важно подчеркнуть, что «Бионорика SE» функционирует в рамках замкнутого цикла производства, когда весь процесс (от отбора семян до стадии упаковки) находится под строгим контролем производителя. При этом компания является одним из пионеров применения двойных слепых рандомизированных клинических исследований к фитопрепаратам.

В разрезе инновационных методов обеспечения качества фитопрепаратов в России важно отметить предложенный метод радиационной деконтаминации (стерилизации) растительного сырья, предложенный НИУ ИТМО, способный обеспечить стерилизацию термолабильных ингредиентов.

Ключевой вектор в фармацевтической разработке фитопрепаратов сегодня направлен в сторону выделения индивидуальных веществ, а также создании и апробации критических технологий.

Таким образом, обобщая все вышеизложенное, есть основания заключить, что основное направление развития рынка фитопрепаратов заключается в репрезентативности лекарственных средств, разработанных по усовершенствованным технологиям, в первую очередь, производимых в условиях фитонирина. При этом одну из ключевых ролей сегодня играют вопросы стандартизации лекарственного растительного сырья и фитопрепаратов, в том числе в рамках гармонизации национальных и международных требований к их качеству.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ РИЗИКІВ У ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Макарова О. Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Фармацевтичний бізнес є одним з найбільш динамічних різновидів діяльності. Економіка нашої країни характеризується посиленням конкуренції та загостренням питання удосконалення нормативно-правової бази й оптимізації управління фармацевтичною діяльністю, розробки дієвих економічних і політичних методів. Оптимізація управління діяльністю суб'єктів господарювання включає різні параметри, і особливо актуальним в останні роки стало питання ідентифікації ризиків, розробки методів управління ризиками. Вітчизняні фармацевтичні компанії активно співпрацюють із закордонними партнерами, тож існує значна вірогідність виникнення комерційних, майнових, фінансових ризиків тощо. Комерційні ризики включають досить великий комплекс ризиків, пов'язаних з виробництвом та реалізацією лікарських засобів, з можливістю виникнення фінансових та інших втрат. Запобігання виникненню ризиків та управління ними дозволяють аптекам оптимально реагувати на економічні зміни і підтримувати конкурентоздатність, знижуючи витрати та ухвалюючи оптимальні управлінські рішення.

Якщо проаналізувати джерела виникнення ризиків, то в першу чергу слід звернути увагу на взаємодію з партнерами в процесі закупівлі та реалізації ЛЗ та ризики конкуренції. Комерційні ризики знаходяться у тісному взаємозв'язку з іншими видами ризиків (наприклад, економічними, політичними, транспортними тощо). Для аптеки важливо здійснити експертну оцінку ризиків, пов'язаних з кадровим забезпеченням, з системою товарообігу, комунікаційною політикою (промоція ЛЗ, реклама, мерчандайзинг та ін.), системою ціноутворення, рухом товару від складу до відділів аптеки. Слід оцінювати наявність певних видів ризиків в аптеці, частоту їх виникнення, наслідки впливу ризику та заходи з профілактики, що застосовуються керівництвом аптеки для зниження ступеня ризику. Управління ризиками залежить від структури аптечного підприємства, його розміру, показника товарообігу, кількості та стажу роботи співробітників та усвідомлення необхідності постійного моніторингу й управління ризиками, що є показником ефективності роботи керівного складу підприємства. На даний час найбільш ефективним є комплексний підхід до аналізу ризиків, який дозволяє отримати більш повне уявлення про можливі результати реалізації управлінських рішень, про усі позитивні та негативні наслідки, дає можливість широкого застосування математичних методів (особливо вірогідно-статистичних) для аналізу ризиків.

Аналіз ризиків можна розділити на два взаємодоповнюючих види: якісний та кількісний. Якісний аналіз має на меті ідентифікувати чинники та види ризиків. Кількісний дає можливість чисельно визначити розміри окремих ризиків та ризику підприємства в цілому. Підсумкові результати якісного аналізу ризику служать висхідною інформацією для проведення якісного аналізу. Проте здійснення кількісної оцінки ризиків має певні нюанси, пов'язані з тим, що для кількісної оцінки ризиків необхідна повна відповідна початкова інформація. До основних допоміжних методів відносяться схеми процесів, контрольні карти, діаграми, блок-схеми, діаграма причин та наслідків (діаграма Ішикави).

На сьогодні аналіз чинників виникнення, ідентифікація ризиків та їх оцінка, яка включає регулярний аналіз ризиків та джерел їх виникнення, визначення можливих наслідків впливу, є важливим завданням оптимізації управління діяльністю аптек для підвищення їх конкурентоздатності та поліпшення фінансових показників діяльності.

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ
ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ТА
СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ,
ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА
ОЦІНКИ ЯКОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ.**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ СТАТИНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Беловол А. Н., Немцова В. Д.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Результаты крупных исследований демонстрируют, что гипотиреоз уже на ранней стадии (субклинический гипотиреоз - СГ) ассоциируется с повышением риска развития ИБС, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) независимо от пола, возраста и предшествующих ССЗ. В настоящее время развитие артериальной гипертензии (АГ) при гипотиреозе связывают прежде всего с эндотелиальной дисфункцией (ЭД). Назначение базисной терапии не позволяет в полной мере у коморбидных пациентов проводить профилактику кардио-васкулярного риска. Исследования различных статинов показали, что одним из их наиболее значимых «нелипидных» эффектов является способность улучшать функцию эндотелия. До настоящего времени нет данных относительно влияния статинов на функциональное состояние эндотелия у пациентов с АГ в сочетании с СГ.

Цель: провести сравнительный анализ влияния различных статинов (аторвастатина и розувастатина), включенных в схемы стандартной гипотензивной терапии, на состояние сосудистого эндотелия у больных с артериальной гипертензией в сочетании гипотиреозом.

Методы исследования: В исследование включено 43 пациента (17 мужчин и 26 женщин) в возрасте ($54,9 \pm 9,2$) года с АГ II стадии, 2 степени и СГ в исходе аутоиммунного тиреоидита. Контрольная группа - 20 здоровых добровольцев. На фоне стандартной гипотензивной терапии, включающей ИАПФ, антагонисты кальция, диуретики, все пациенты получали статинотерапию: аторвастатин в дозе 20 мг/сут (26 пациентов) или розувастатин 10мг/сут (17 пациентов). Для оценки тиреоидного статуса определялись концентрации ТТГ, свободного Т4 и антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) в сыворотке крови радиоиммунным методом; состояния и функции эндотелия: определение высокочувствительного С-реактивного протеина (вч-СРБ) иммуноферментным методом, подсчет количества циркулирующих десквамированных эндотелиальных клеток (ЦДЭК) в крови по методу Hladovec J. (1978) в модификации Rajec J. и соавт., 2007 (фазово-контрастная микроскопия). Определение состояния липидного профиля - ферментативным методом. Период наблюдения составил 3 месяца.

Результаты и обсуждение: В группе пациентов с АГ и СГ было выявлено достоверное повышение атерогенных при снижении антиатерогенных фракций холестерина по сравнению с группой контроля. Уровень ЦДЭК в группе АГ и СГ был в 2,4 раза выше, чем в группе контроля. Вч-СРП при АГ с СГ был достоверно выше, чем в контрольной группе (7.3 ± 5.6 мг/л и 3.9 ± 2.6 мг/л соответственно, $P = 0.001$). На фоне статинотерапии к концу периода наблюдения, не зависимо от препарата, наблюдалось стойкое снижение дислипидемии, достигающее достоверных значений у 87,3 % больных, снижение уровней как вч-СРБ ($p < 0,05$), так и ЦДЭК ($p < 0,06$). Однако при сравнительном анализе влияния аторвастатина и розувастатина на показатели функции эндотелия не было выявлено достоверных отличий.

Выводы: принимая во внимание, что до настоящего времени не существует препаратов для специфической коррекции ЭД, активное использование статинов может представлять значительный научный и практический интерес. Остается открытым вопрос о преимущественном влиянии на состояние эндотелия наиболее часто используемых статинов у пациентов с АГ и СГ. Данные результаты являются промежуточным этапом, возможно дальнейшее наблюдение за данной выборкой пациентов позволит получить более полные данные.

ДИНАМІКА ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ДЕЯКИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Байгуш Ю. В., Семенів Д. В.

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

Загальні показники обсягу реалізованих антигіпертензивних препаратів характеризують діяльність лікарів і провізорів щодо впливу на лояльність покупців (пацієнтів) 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)».

У ході дослідження був проведений збір інформації, на основі якого здійснювався аналіз динаміки обсягів реалізації антигіпертензивних ЛЗ за АТС- класифікацією за 2012-2014 роки у західному, центральному та східному регіонах України на прикладі Івано-Франківської, Київської та Харківської областей у натуральних показниках. Для визначення темпу приросту обсягів реалізації як базовий був обраний 2012 рік. Основними джерелами інформації були використані матеріали компанії «Моріон». Для аналізу були відібрані групи препаратів, які становлять основу антигіпертензивної терапії, а саме: С02-гіпотензивні засоби, С07-блокатори бета-адренорецепторів, С08-антагоністи кальцію, С09-засоби, що впливають на ренін-ангіотензивну систему.

Характеризуючи динаміку змін показників обсягів реалізації по кожній групі встановлено наступне. Препарати групи С02-гіпотензивні засоби показали негативну динаміку у кожному досліджуваному регіоні за аналізований період. Так, темп спаду обсягів реалізації групи С02 в Івано-Франківській області склав на 2014 рік -18,4% у порівнянні з 2012 роком і більше 17% - в порівнянні з 2013 роком. Київська та Харківська область демонструють ще вищі показники спаду: 27-29% у порівнянні з 2012 роком та 17-20% у порівнянні з 2013 роком, відповідно. Препарати групи С07, на відміну від попередньої групи, показують високі темпи приросту обсягів реалізації у кожній області. Найбільше це виражено в Івано-Франківській області. Темп приросту на 2014 рік склав близько 40%. Київська та Харківська області показують дещо нижчі показники, які є майже ідентичними у двох областях, а саме: більше 25% - на 2013 рік та більше 21% - на 2014 рік. Аналіз групи С08 показав зовсім непрогнозовані результати. Найбільший темп приросту обсягів реалізації був визначений в Івано-Франківській області у 2013 році і становив 77,79%. На 2014 рік даний показник знизився до 56,29%. У Харківській області показники досліджуваної групи становили 44,77% (2013 р.) та 36,95% (2014 р.). Найнижчі показники були представлені в Київській області і склали 29,1% та 13,9% у 2013-2014 роках, відповідно. При дослідженні темпів приросту препаратів групи С09 встановлено наступне. В Івано-Франківській області аналізовані показники становили 23,5% (2013 р.) та 12,9% (2014 р.). Київська та Харківська області показали приблизно рівні показники, а саме: 17,5%-18,5% (2013 р.) та 11,6%-13,8% (2014 р.).

Порівнюючи темпи приросту обсягів реалізації встановлено, що лише одна з чотирьох досліджуваних груп антигіпертензивних препаратів відобразила негативний показник темпу приросту (спаду) по всіх областях за 2012-2014 роки. Середній показник темпу спаду для препаратів групи С02-гіпотензивні засоби склав близько 25%. Три інші досліджувані групи показували високі темпи приросту обсягів реалізації препаратів. Найбільшими вони були у досліджуваній групі С08-антагоністи кальцію в Івано-Франківській області і становили більше 77%.

СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПРЕДМЕТНО-КІЛЬКІСНОГО ОБЛІКУ ОКРЕМИХ ГРУП ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Бобрук В. П., Благун О. Д.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Врегулювання обігу рецептурних лікарських засобів (л/з), в тому числі тих, які підлягають предметно-кількісному обліку (ПКО) є актуальним завданням лікарського забезпечення населення. Удосконалення рецептурного відпуску препаратів з аптечної мережі дозволить створити як на регіональному рівні, так і загалом по країні ефективну систему забезпечення населення л/з. Встановлення ПКО для л/з має на меті посилення не лише контролю за їх обігом, а й попередження їх зловживання з метою немедичного використання.

Згідно чинного законодавства ПКО підлягають наркотичні, психотропні л/з, перелік отруйних та сильнодіючих л/з (за міжнародними непатентованими назвами), комбіновані л/з, які в своєму складі містять ефедрин (окрім лікарських засобів у формі сиропів), трамадол, псевдоефедрин та декстропропоксифен і тропікалід.

Мета роботи – провести маркетингове дослідження асортименту отруйних і сильнодіючих л/з, які підлягають ПКО в аптечній мережі м. Вінниці та з'ясувати сучасні організаційні аспекти з питань ведення ПКО л/з на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Проведено аналіз Державного реєстру л/з України з метою визначення асортименту досліджуваних препаратів, проаналізована асортиментна ніша л/з даних груп, а також здійснено опитування керівників аптечних закладів м. Вінниці.

У загальній структурі фармацевтичного ринку згідно Державного реєстру л/з України станом на 14.04.2016 р. група отруйних і сильнодіючих препаратів (за торговельними назвами) становить 0,63 %.

Із досліджуваних л/з – тринадцять найменувань отруйних і сильнодіючих препаратів входить до переліку л/з, які закуповуються за бюджетні кошти та лише шість найменувань входить до Національного переліку основних л/з.

У ході наших досліджень виявлено, що лише два сильнодіючих л/з та три отруйних л/з наявні у фармацевтичній мережі м. Вінниці. Встановлено, що обігом підконтрольних л/з займається обмежена кількість аптек.

З приводу організаційних аспектів ведення ПКО л/з висловили свої думки 38 керівників аптечних закладів. Запитання стосувались наступних проблем: формування переліку л/з, які підлягають ПКО на регіональному рівні; бачення вирішення проблем витоку підконтрольних препаратів у незаконний обіг; шляхи забезпечення рівноваги між посиленням контролю за обігом л/з і доступністю пацієнтів до лікування.

Переважає більшість опитаних керівників висловились позитивно щодо суворого ведення ПКО різних груп л/з. При цьому наголошували, що на регіональному рівні є потреба у формуванні додаткових переліків л/з, які підлягають ПКО та можуть використовуватись із немедичним призначенням і призводити до непередбачуваних наслідків.

На нашу думку, передбачення у фармацевтичному законодавстві механізму контрольної закупки л/з Державними службами з контролю якості л/з та відміна мораторію на перевірки фармацевтичних суб'єктів господарювання з обсягом доходів 20 млн. грн., призведе до підвищення ефективності надання фармацевтичної допомоги населенню, тим самим знизить рівень безвідповідального самолікування з мінімізацією такого явища як немедичне використання л/з. Зазначимо, що підтримка впровадження в національну систему ОЗ системи eHealth, значним чином, вирішить питання порушення рецептурного відпуску ліків, в тому числі тих, які підлягають ПКО.

Отже, запропоноване нами бачення вирішення ряду організаційних аспектів щодо рецептурного відпуску та ведення ПКО л/з, на нашу думку, є актуальним питанням, яке потребує подальшого обговорення фармацевтичною спільнотою.

РЕЗУЛЬТАТИ АВС/ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Яковлева Л. В., Герасимова О. О., Мещерякова І. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Важливим інструментом управління якістю медичної допомоги є клініко-економічний аналіз фармакоterapiї захворювань. Він дозволяє оцінити медичні технології одночасно з клінічної та економічної точок зору і запропонувати підходи до їх раціонального використання та грошових коштів, що супроводжують їх застосування.

Мета дослідження: проведення АВС/частотного аналізу фармакоterapiї дітей з функціональною диспепсією (ФД) в стаціонарних умовах.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 86 історій хвороб дітей з ФД віком від 7 до 13 років, які проходили лікування в гастроентерологічному відділенні одного з закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Харкова. Тривалість дослідження – 2015 рік. Аналіз лікарських призначень пацієнтам з ФД та структури фінансових витрат на їх фармакоterapiю проводили за допомогою допоміжних клініко-економічних методів: АВС- та частотного аналізів. АВС-аналіз передбачає розподіл лікарських препаратів (ЛП) за об'ємом витрат на них, частотний аналіз – за частотою використання.

Результати дослідження. За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів дитячого віку з ФД було визначено 39 торгових найменувань (ТН) ЛП (34 міжнародні непатентовані назви (МНН)) 23 фармакологічних груп. Окрім ФД, в історіях хвороб пацієнтів були зазначені наступні діагнози: дискінезія жовчовивідних шляхів, синдром подразненого кишечника, бронхіальна астма, пієлонефрит, цистит.

Згідно з принципами АВС-аналізу досліджувані ЛП були розподілені на групи А, В та С. До групи А увійшли найбільш витратні препарати (78,07 % коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) – 6 ЛП; групи В – ТН з помірною витратністю (15,98 %) – 12 ЛП; групи С – найменш витратні ТН (5,95 %) – 21 ЛП. Безумовним лідером за витратами був представник групи «Засоби, що застосовуються при функціональних розладах з боку ШКТ» – «Іберогаст» (краплі орал. фл. 20 мл №1) – 28,53 % від загальної суми витрат. Серед усіх досліджуваних ТН він зайняв перше місце і у частотному рейтингу – 13,16 % від загальної кількості призначень. Вартість його застосування на курс лікування 1-го хворого була однією з самих високих серед досліджуваних ЛП – 303,58 грн. Лідерами за витратами та за частотою призначень пацієнтам були ЛП одних і тих же груп: засоби, що застосовуються при функціональних розладах з боку ШКТ (33,19 % витрат; 20,40 % призначень; 2 МНН, 2 ТН), гепатотропні (22,13 % витрат; 9,87 % призначень; 1 МНН, 1 ТН) та жовчогінні (7,41 % витрат; 10,53 % призначень; 1 МНН, 2 ТН) засоби, антациди (11,53 % витрат; 17,09 % призначень; 3 МНН, 4 ТН). Значні витрати супроводжували також застосування гастропротекторів (8,10 % витрат; 2 МНН, 2 ТН). Значна кількість серед вказаних засобів – ЛП іноземного виробництва та рослинного походження. Співставлення АВС/частотного аналізу показало, що основні грошові кошти були витрачені на часто призначувані ЛП: ТН групи А призначались майже половині усіх хворих дитячого віку з ФД (частота призначень – 55,92 %).

Висновок. Результати проведеного клініко-економічного аналізу можуть служити підґрунтям для подальшого дослідження питань щодо проведення раціональної фармакоterapiї пацієнтів дитячого віку з ФД та оптимізації витрат на її проведення в даному ЗОЗ м. Харкова.

АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Толочко В. М., Музика Т. Ф.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

В процесі лікування хворих фармацевтичне забезпечення (ФЗ) відіграє важливу роль, особливо в умовах стаціонарного лікування в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ). ФЗ являється багатоаспектним процесом, який поєднує ряд важливих взаємозв'язаних чинників, серед них забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП) є основним.

Актуальність питання вартості ЛЗ з введенням податку на додану вартість (ПДВ) на ЛЗ підвищується. Згідно з чинним законодавством ПДВ на ЛЗ нараховується на всьому ланцюжку постачання в розмірі 7%, що на практиці становить майже у всіх випадках 21% (виробник, дистриб'ютор, аптека чи ЛПЗ). Тобто, подорожчали ЛЗ на 21%, без врахування індексу інфляції, курсу валют. За даними моніторингових досліджень, що проводяться в Україні, за останні роки спостерігаються підвищення ціни на ЛЗ, зокрема на імпорتنі ЛЗ до 150%.

Отже підвищення цін на ЛЗ в Україні проходить не на рівні аптечних закладів, а на рівні держави. В той же час, у зв'язку з складним економічним становищем нашої держави фінансування на охорону здоров'я скорочується. Вартість ліжка-дня в залежності від рівня підпорядкування ЛПЗ, не просто залишається незмінною, вона навіть зменшується, її вартість не покриває витрат на ЛЗ, що застосовуються повсякчасно в умовах стаціонарного лікування. Наприклад, середня вартість ліжка-дня в ЛПЗ міського підпорядкування становить до 5 грн., державного підпорядкування – до 15 грн. А середня вартість флакону фізіологічного розчину 200 мл становить близько 10 грн, вартість пристрою для переливання крові близько 10 грн. У більшості ЛПЗ виділеного державного фінансування достатньо тільки для ЛЗ, що згідно з чинним законодавством не відпускаються амбулаторно, це наркотичні ЛЗ, засоби для наркозу тощо. Усі витрати на придбання основної кількості ЛЗ для здійснення лікувального процесу покладаються на пацієнта чи його сім'ю, що мають обмежену платоспроможність.

За даними аналітичного бюлетеню національних рахунків охорони здоров'я витрати на охорону здоров'я з державних джерел охоплюють лише 57% від загального обсягу фінансування, на ЛЗ в межах 15%. Окрім цього, за даним світового банку валовий внутрішній продукт (ВВП) на душу населення в Україні за останні роки систематично падає, що автоматично знижує фінансову складову на охорону здоров'я у ВВП. Це дуже важливий індикатор, адже рівень його показника впливає на якість здоров'я населення, що підтверджено міжнародними дослідниками.

Тому розроблена національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. враховує політичну і економічну ситуацію в Україні та має можливість реформувати її сьогодишній стан. Її стратегія направлена на рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Збіднення населення впливає не тільки на його платоспроможність, в тому числі й купівлі ЛЗ. Здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних факторів, як старіння населення, швидка урбанізація та глобальне поширення нездорового способу життя

Таким чином, вирішення питання рівня фінансування ФЗ ЛПЗ можливе тільки на державному рівні, необхідність реформування системи охорони здоров'я є особливо важливою.

РОЗРОБКА РЕГІОНАЛЬНИХ ФОРМУЛЯРІВ НА ОСНОВІ ЛОКАЛЬНИХ ФОРМУЛЯРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кабачна А. В., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г., Бутко А. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна
Центр професійної гармонізації «Реформа ЗОЗ», м. Київ, Україна

Одним з основних принципів побудови формулярної системи (ФС) практично у більшості країн Європи, Азії, Америки є розробка обмежувальних переліків лікарських засобів (ЛЗ), видання формулярних довідників, обов'язкове використання стандартів/уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, а також програм оцінки використання ЛЗ. Національна формулярна система у багатьох країнах світу є багаторівневою (державна – регіон – медичний заклад), що працює за принципом зворотнього зв'язку. Складання обмежених списків ЛЗ є першим і найбільш важливим етапом покращення постачання та ефективного використання ліків, оскільки їх закупівля, облік, розподіл і призначення є функцією від індивідуального ЛЗ, що знаходиться у системі охорони здоров'я.

Саме з цією метою проектом Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. передбачена оптимізація витрат на лікарське забезпечення шляхом підтримання непрямих механізмів впливу на цей процес на локальному рівні. Тобто впровадження та удосконалення протоколів медичної допомоги та формулярів, моніторингу споживання ліків, призначених лікарями, формування бюджету для відшкодування їх вартості, підтримка генеричної та терапевтичної заміни, медичне страхування тощо. Особливо підкреслено необхідність впровадження у ЗОЗ, як автономних одиниць, комп'ютеризації, що має значно підвищити якість медичного обслуговування, обмін, використання та поширення професійних знань лікарів.

Як зазначено у нормативних документах, локальний формуляр (ЛФ) складається з МНН за фармакотерапевтичними групами, визначеними у ДФ ЛЗ. Водночас у цих документах відсутня стандартизована форма локального формуляра ЛЗ, що значно ускладнює і необґрунтовано подовжує процес його розробки, а також не дозволяє використовувати комп'ютерні технології. Це ж саме стосується і форми регіонального формуляра (РФ). Тобто стандартизація і формалізація тексту інформації щодо ЛЗ дає можливість у гранично стислій і лаконічній формі відобразити тематику і основну ідею ЛФ, який виступає як одиниця інформації.

У відповідності до Положення про РФ ЛЗ, затверджених наказом МОЗ України від 22.07.2009 р. № 529 (зі змінами), РФ – це перелік ЛЗ з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання в даному регіоні, затверджений відповідним наказом структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Розробка, перегляд та оновлення РФ здійснюються формулярним комітетом цих підрозділів у форматі формулярного переліку МНН ЛЗ та за фармакотерапевтичними групами, визначеними у ДФ.

На відміну від міжнародної практики, де РФ розробляються на базі ЛФ медичних закладів, що знаходяться на даній території, тобто за принципом «знизу – вгору», в Україні цей процес перебуває на етапі становлення. Нами розроблено технічне завдання та створена комп'ютерна програма «Формування регіонального формуляра на основі локальних формулярів закладів охорони здоров'я регіону», на яку отримано свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права № 52007 від 04.11.2013 р., що дає можливість використання відповідно до міжнародної практики створювати РФ на основі ЛФ ЗОЗ, що знаходяться на даній території (тобто «знизу-вгору»).

ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ОЦІНКИ КОНКУРЕНТНИХ ПОЗИЦІЙ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Котвіцька А. А., Костюк В. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Як відомо, одним із найважливіших показників ефективності діяльності підприємства, від якого залежить успіх роботи, фінансовий стан та позиція підприємства на ринку, виступає конкурентоспроможність фармацевтичної продукції.

З метою встановлення параметрів конкурентоспроможності нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) на фармацевтичному ринку України, нами розроблено методику проведення оцінки конкурентних позицій НПЗП на фармацевтичному ринку України, яка складається з шести основних етапів.

До першого етапу належить аналіз асортименту вітчизняного ринку НПЗП з визначенням сучасних тенденцій формування ринку досліджуваної групи препаратів, зокрема здійснення аналізу представленості різних країн-виробників загалом в аналізованому сегменті й у розрізі фармакотерапевтичних груп, структури підгруп сегменту за фірмами-виробниками, механізмом дії та визначення особливостей формування сегментів протягом 2014 – 2015 рр.

Необхідно зазначити, що методологічною основою оцінки конкурентних позицій виступає ринкова частка. Саме тому другим етапом передбачено проведення оцінки конкурентної ситуації на ринку НПЗП, що здійснюється шляхом розрахунку розміру ринкової частки торгових назв (ТН) досліджуваного сегменту препаратів. Так, залежно від розміру ринкової частки ЛЗ може бути на ринку лідером або аутсайдером.

З метою диференціації групи препаратів аутсайдерів, препаратів із слабкою, сильною конкурентною позицією і лідерів ринку в межах третього етапу необхідним є визначення середньоквадратичного відхилення ринкової частки ТН НПЗП, а також її мінімального, максимального та середньоарифметичного значення.

За напрямками четвертого етапу методики, які полягають у проведенні оцінки конкурентних позицій НПЗП передбачається визначення темпів приросту, середнього значення та дисперсії темпів приросту ринкової частки ТН НПЗП.

Оцінка конкурентних позицій ЛЗ усередині обраного сегменту НПЗП є п'ятим етапом запропонованої методики, яку доцільно здійснювати з метою виявлення перспективних ринкових ніш для розробки та впровадження у виробництво препаратів.

На шостому етапі з урахуванням отриманих результатів оцінки розподілу ринкової частки та ступеню зміни конкурентної позиції досліджуваних ТН НПЗП будується матриця конкурентної карти ринку. В її основу покладено перехресну класифікацію ТН НПЗП за показниками ринкової частки та її динаміки, в результаті застосування якої визначаються 16 типів стратегічного положення препаратів, що відрізняються ступенем використання конкурентних переваг і потенційною можливістю протистояти тиску конкурентів. Конкурентна карта ЛЗ є основою для визначення їх статусу і систематизації конкурентних переваг.

Таким чином, запропонована нами методика проведення оцінки конкурентних позицій НПЗП, на нашу думку, може бути використана фармацевтичними підприємствами з метою вибору обґрунтованих підходів щодо розроблення стратегії конкуренції, запобігання виникненню негативних тенденцій у виробничо-збутових процесах підприємств. Отримані результати, які є реальним відтворенням сучасної ринкової ситуації, дозволять підприємствам визначити особливості розвитку конкурентної ситуації на ринку, виявити найближчих конкурентів тощо.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ

Котвіцька А. А., Лобова І. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Як відомо, економічна доступність лікарських засобів (ЛЗ) залежить від рівня фінансування охорони здоров'я, політики держави в сфері ціноутворення на препарати, а також платоспроможності населення і, на нашу думку, повинна включати й цінову доступність. Оскільки витрати на лікування більшості хвороб органів травлення в нашій країні пацієнт сплачує зі своїх власних коштів, цінова доступність якісного ЛЗ має велике значення. Необхідно зазначити, що комплаєнтність пацієнта до певного виду фармакотерапії в кожному конкретному випадку залежить від ефективності, рівня безпеки, зручності застосування і, безумовно, вартості препарату.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало здійснення аналізу цінових характеристик інгібіторів протонної помпи (ІПП) для лікування виразкової хвороби. Під час дослідження нами використано логічний, статистичний та графічний методи аналізу.

Під час дослідження нами був проведений моніторинг середніх закупівельних цін за всіма торговельними назвами ІПП, які були присутні на вітчизняному ринку, з урахуванням всіх форм випуску у 2014 р. та розраховані середні роздрібні ціни, які обчислювались, виходячи з даних прайс-листів щотижневика «Аптека» та розміру середньої роздрібною надбавки на різні групи препаратів згідно з Постановою Кабінету міністрів України від 17.10.08 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення».

До аналізу було включено 92 ЛЗ, які були розділені на цінові групи, зокрема нижчу, середню та вищу цінову групу (рис. 1).

Так, нижча цінова група сформована ЛЗ із середньою роздрібною ціною менше 100 грн., середня група – з вартістю ЛЗ від 100 до 200 грн., вища – з вартістю понад 200 грн.

Як видно з рис. 1, у 2014 р. до нижчої цінової групи (до 100 грн.) увійшло 80,43% номенклатури досліджуваних ІПП, до середньої – 14,13% та до вищої – 5,43% асортименту.

Необхідно зазначити, що найбільша кількість ЛЗ (31,52%), які входили до нижчої цінової групи, належала до препаратів групи омепразолу. Крім того, даний сегмент препаратів характеризується відсутністю високовартісних ЛЗ.

Таким чином, проведений структурний аналіз ІПП у розрізі цінових груп свідчить, що до нижчої цінової групи увійшло 74 ЛЗ, середня цінова група включала 13 препаратів, а вища – 5, що є позитивною соціально-економічною характеристикою вітчизняного ринку ІПП.

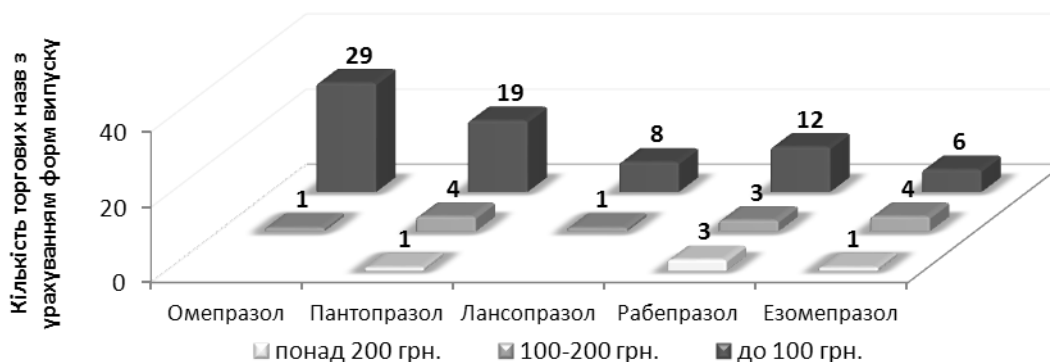


Рис. 1. Розподіл ІПП за ціновими групами

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ДОСТУПНОСТІ ПРОТИГЛАУКОМНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА МІОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ

Котвіцька А. А., Пастухова О. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Загальновідомою є світова тенденція щодо збільшення кількості осіб похилого і старечого віку у загальній структурі населення. Особливе занепокоєння викликає збільшення кількості геріатричних хворих з діагнозом хвороб ока та його придаткового апарату, лідируючу позицію серед яких займає глаукома. Враховуючи сучасну соціально-економічну ситуацію в Україні, визначення доступності протиглаукомних препаратів та міотичних засобів (ППМЗ) для пацієнтів похилого віку набуває актуальності та має велике практичне значення.

Тому, метою нашого дослідження став аналіз цінових характеристик лікарських засобів (ЛЗ) шляхом розрахунку коефіцієнтів адекватності платоспроможності ($C_{a.s}$). Даний показник для кожного ЛЗ розраховувався шляхом співвідношення середньої роздрібної ціни препарату за певний період (місяць, квартал, рік) та середньої заробітної плати за певний період (місяць, квартал, рік). Середня заробітна плата за досліджуваний період визначалася за даними Державної служби статистики України.

Об'єктом досліджень стала група ППМЗ, наявність препаратів якої на фармацевтичному ринку України за період 2009-2014 рр. встановлено на підставі даних Державного реєстру ЛЗ. До сформованої вибірки препаратів увійшло 12 підгруп ППМЗ відповідно до АТХ-класифікації.

За результатами розрахунку коефіцієнтів адекватності платоспроможності ППМЗ визначено, що за досліджуваний період для більшості препаратів спостерігалася тенденція до збільшення рівня доступності. Так, найбільш доступними для населення виявилися препарати груп тимололу ($S_{01ED_{01}}$) і пілокарпіну ($S_{01EB_{01}}$), значення $C_{a.s}$ яких у 2014 р. становили 0,21 та 0,30 % відповідно. Така тенденція на нашу думку, обумовлена збільшенням розміру заробітної плати населення. Так у 2010 р. розмір середньої заробітної плати в Україні збільшився на 13,10 % порівняно з 2009 р., у 2011 р. – на 16,59 % порівняно з 2010 р., у 2012 р. – на 15,61 % порівняно з 2011 р., у 2013 р. – на 9,26 % порівняно з 2012 р., а у 2014 р. – на 5,30 %.

Разом з тим, нами визначено групи ППМЗ, доступність ЛЗ яких зменшилась. Так, середнє значення $C_{a.s}$ для ЛЗ групи ацетазоламіду ($S_{01EC_{01}}$) збільшилось з 1,54 % у 2009 р. до 2,13 % у 2014 р., а для ЛЗ групи латанопросту ($S_{01EE_{01}}$) – з 6,99 % у 2009 р. до 7,83 % у 2014 р.

Таким чином, результати аналізу свідчать про збільшення доступності більшості ППМЗ для населення за період 2009-2014 рр., що, на нашу думку, є позитивною тенденцією. Проте ЛЗ, що характеризуються зменшенням доступності, здебільшого є препаратами іноземного виробництва. Тому, в умовах постійного коливання курсу валют, одним з найголовніших завдань вітчизняної системи охорони здоров'я, на нашу думку, є впровадження загальнодержавної програми імпортозаміщення ППМЗ.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ МЕТОДОМ «ВИТРАТИ-ЕФЕКТИВНІСТЬ»

Макаренко О. В., Кривов'яз О. В., Кривов'яз С. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Наукове обґрунтування раціонального призначення та економічно ефективного використання протиглаукомних лікарських препаратів є однією з актуальних проблем сучасної медицини та фармації. Для фармакотерапії первинної відкритокутової глаукоми призначають препарати групи S01E – «Протиглаукомні препарати та міотики», що знижують внутрішньоочний тиск.

Метою дослідження було проведення фармакоеконічного порівняльного аналізу та обґрунтування призначення протиглаукомних лікарських препаратів.

Обґрунтування вибору найбільш раціональної схеми лікування первинної відкритокутової глаукоми здійснювали з використанням методу фармакоеконічного аналізу "витрати-ефективність", який включає оцінку як економічних (середньозважена роздрібна ціна препаратів і показник визначеної добової дози), так і клінічних (зниження внутрішньоочного тиску через 1 місяць від початку застосування призначеної схеми лікування глаукоми) показників ефективності застосування протиглаукомних препаратів.

Фармакоеконічний аналіз методом "вартість–ефективність" було проведено для п'яти найбільш часто призначуваних схем моно- та комбінованої протиглаукомної фармакотерапії. А саме: азокпт+тафлотан; арутимол 0,5%+тафлотан; арутимол 0,5%+ ланотан; азокпт; арутимол 0,5 %.

Отримані дані порівняльної оцінки ефективності зі зниження внутрішньоочного тиску, вартості лікування первинної відкритокутової глаукоми обраними препаратами групи S01E «Протиглаукомні засоби та міотики» та показників «вартість–ефективність» (CER) показали, що найменшим значенням CER характеризується монотерапія арутимолом 0,5 %, проте для даного препарату найнижчою є не тільки вартість, а й ефективність. Максимально ефективно зниження внутрішньоочного тиску спостерігалось при застосуванні комбінації азокпту з тафлотаном, що спричиняло також максимальні фінансові витрати, та, як наслідок, найбільше значення показника CER. Оптимальне значення коефіцієнту «вартість–ефективність» відзначено при застосуванні протиглаукомної фармакотерапії арутимол 0,5 % + тафлотан. Це забезпечує зниження внутрішньоочного тиску на 39,09 % при витратах 130,91 грн./міс./пацієнта.

Результати проведеного аналізу "витрати–ефективність" дали змогу визначити, що вибір схеми протиглаукомної фармакотерапії "Арутимол краплі очні 0,5% 5 мл Chauvin ankerpharm (Німеччина) + Тафлотан краплі очні 15мкг/мл 2,5 мл № 1 Santen (Фінляндія)" є найбільш економічно обґрунтованим з позиції виправданих фінансових витрат на раціональну ефективну фармакотерапію, яка забезпечує досягнення цільового внутрішньоочного тиску. Отримані дані можуть бути використані при побудові ефективних моделей реімбурсації вартості наданої фармацевтичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому за умов впровадження обов'язкового соціального медичного страхування в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОЇДНИЙ ЛЕЙКОЗ ТА МІЄЛОЇДНИЙ ЛЕЙКОЗИ

Панфілова А. Л., Цурікова О. В., Сокурєнко І. А., Заріцька Г. М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Питання раціонального використання обмежених ресурсів у системі охорони здоров'я вирішуються насамперед завдяки ефективному використанню результатів клініко-економічного аналізу споживання лікарських засобів (ЛЗ) хворими різних нозологій. Методом випадкової вибірки були сформовані дві умовні групи аналізу хворих на гострі форми лейкозів. До складу I групи були віднесені хворі на гострий лімфоїдний лейкоз (ГЛЛ), а до II – на гострий мієлоїдний лейкоз (ГМЛ). Всього було відібрано 169 медичних карток (2007-2013 р.), з яких 74 (43,8%) належали хворим на ГЛЛ та відповідно 95 (56,2%) пацієнтам з діагнозом ГМЛ. Аналізуючи частоту призначень за першим та другим рівнями класифікаційної системи АТС, нами були визначені трійки лідерів фармакотерапевтичних груп препаратів. Так, за першим рівнем класифікації за I групою хворих трійку лідерів за кількістю призначень склали L – Антинеопластичні та імуномодельючі засоби (28,0% від всіх призначень за групою хворих), B – Засоби, що впливають на систему крові та гемопоєз (25,59%), A – Засоби, які впливають на травну систему та метаболізм (21,37%). За II групою хворих перші три позиції зайняли такі групи препаратів: B – Засоби, що впливають на систему крові та гемопоєз (27,19%), A – Засоби, які впливають на травну систему та метаболізм (18,88%), L – Антинеопластичні та імуномодельючі засоби (18,08%). Тобто, разом за 3 групами препаратів із 13 припадало у хворих на ГЛЛ 74,96%, а на ГМЛ 64,15% від загальної кількості лікарських призначень. За другим рівнем класифікації АТС трійку груп-лідерів у хворих на ГЛЛ склали: L01 – Антинеопластичні та імуномодельючі засоби (27,09% від всіх призначень хворим), B05 – Кровозамінники та перфузійні розчини (21,07%), C01 – Препарати для лікування захворювань серця (5,83%). Пацієнтам з ГМЛ найчастіше призначались препарати за такими групами: B05 – Кровозамінники та перфузійні розчини (21,16% від всіх частот призначень пацієнтам), L01 – Антинеопластичні та імуномодельювальні засоби (17,78%), J01 – Антибактеріальні засоби для системного застосування (9,26%). У відповідності до МНН препаратів найчастіше хворим на ГЛЛ призначались такі найменування ЛЗ (перші три позиції): натрію хлорид р-н для інф. 0,9% 200 мл (528 призначень чи 10,60% від всіх за групою хворих), Реосорбілакт р-н д/інф. бут. 200 мл (180 чи 3,61%), натрію хлорид р-н для інф. 0,9% 400 мл (177 або 3,55%). У пацієнтів на ГМЛ трійка препаратів-лідерів виглядала таким чином: натрію хлорид р-н для інф. 0,9% 200 мл (362 призначення чи 13,30% від суми частот за групами хворих), мілдронат р-н д/ін. 10 % амп. 5 мл, контурн. осеред. уп., № 10 % (108 або 3,97%); цитозар ліофіл. пор. д/ін. 100 мг фл., з розч. в амп. 5 мл, № 1 (80 або 2,94%). Цікавим є аналіз частот призначень ПП, коли хворим на ГЛЛ найчастіше призначались препарати вінкристину (96 призначень або 6,89% від призначень ПП). Другу позицію зайняли препарати цитарабін (69 призначень або 4,95% відповідно), а третю – меркаптопурин (57 призначень чи 4,09%). У хворих на ГМЛ безумовним лідером за кількістю призначень став цитарабін (1116 призначень або 23,58%), далі з істотним відривом був поданий ідарубіцин (32 призначення чи 6,5%) і доксорубіцин та третіонін (по 24 призначення чи 4,88% відповідно кожен).

Результати проведених досліджень можуть бути використані у розробці раціональних моделей фармацевтичного забезпечення хворих на ГЛЛ та ГМЛ та механізмів реімбурсації вартості споживання ЛЗ.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ІНТЕГРОВАНОГО АВС/VEN АНАЛІЗУ ХВОРИМИ НА ГОСТРІ ФОРМИ ЛЕЙКОЗІВ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ

Панфілова Г. Л., Корж Ю. В., Цурікова О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

В умовах негативної тенденції до планомірного вимирання населення України, яка спостерігається упродовж останнього десятиліття, високий рівень смертності від лейкозів серед найбільш перспективної групи мешканців країни виглядає як соціально значуще питання. За умов фінансово-економічної кризи і, як наслідок, хронічного дефіциту у фінансуванні вітчизняної онкогематологічної служби, доступність фармацевтичної допомоги, що надається хворим на гострі лейкози в Україні, залишається низькою. Важливе місце у визначенні напрямків подолання проблеми недостатнього рівня доступності медичної та фармацевтичної допомоги на лейкози має аналіз споживання лікарських засобів (ЛЗ). Тому метою наших досліджень став структурний аналіз споживання ЛЗ хворими на гострий лімфоїдний лейкоз (ГЛЛ) та гострий мієлоїдний лейкоз (ГМЛ), яким була надана медична та фармацевтична допомога на базі обласних клінічних онкологічних диспансерів України (м. Харків, м. Івано-Франківськ, м. Донецьк, м. Луганськ, АР Крим тощо). В аналізі використовувалися дані 267 медичних карток. Так, до складу умовної I групи були віднесені хворі на гострий лімфоїдний лейкоз (ГЛЛ), а до II – на гострий мієлоїдний лейкоз (ГМЛ). Всього було відібрано 169 медичних карток (2007-2013 р.). 74 медичних карток (43,8%) належали хворим на ГЛЛ, а 95 (56,2%) пацієнтам з діагнозом ГМЛ.

За результатами проведених досліджень встановлено наступне. Так, за I групою хворих загальний показник споживання ЛЗ склав 2251437,93 грн. (281781,97 дол. США за курсом НБУ, чинним на період стаціонарного лікування), а за II групою 1736304,6 грн. чи 35266,83 дол. США. У перерахунку на одного хворого ГЛЛ споживання ЛЗ становило 30424,84 грн. (3807,86 дол. США), а на ГМЛ 18276,89 грн. (2287,47 дол. США). У структурі споживання ЛЗ за I групою хворих перші три позиції займали такі препарати, як Циклофосфан (циклофосфамід за МНН) пор. д/р-ну д/ін. 200 мг фл (425385,0 грн. чи 18,89% від загального показника споживання ЛЗ), Епрекс (еритропоетин) 2000 ЕД/мл. ампл. (219603,30 грн. чи 9,75%), Віфенд (вориконазол), табл. п/о 200 мг №14 (210195,0 грн. чи 9,34%). У пацієнтів з ГМЛ найбільшу питому вагу у споживанні (перші три позиції) мали такі препарати, як цитозар (цитарабін) ліофіл. пор. д/ін. 100 мг фл., с розч. в ампл. 5 мл, № 1 (357634,80 грн або 20,60%), Заведос (ідарубіцин) капс. 10 мг фл, №1 (217150,24 грн або 12,51%); Меронем (меронем) пор. д/п ін. р-ну 1000 мг фл., № 10 (75419,96 грн. чи 4,34%). Встановлено, що за I групою хворих споживання ПП дорівнювало 1089345,18 грн. (14720,88 грн/чол.) чи 48,38% від загального показника споживання ЛЗ, а за II групою аналогічний показник дорівнював 58,44% (1014695,94 грн. чи 10681,01 грн/чол.). У лікуванні хворих на гострі форми лейкозів лікарями застосовувалися такі схеми ХТ: «7+3» (цитарабін по 100-200 мг/м²/добу в/в протягом 1-7 днів та даунорубіцин по 45-50 мг/м²/добу в/в перші 3 дні разом з цитарабіном. Інтервал між курсами ХТ становив у середньому 10-15 днів); «5+2» (цитарабін по 100мг/м² - 5 днів, даунорубіцин по 60мг/м² - 2 дні); ВАМП (вінкристин по 1,4 мг/м², метотрексат по 20мг/м², 6-меркаптопурін по 60 мг/м², преднізолон по 40/м² протягом 10 днів); ЦАМП (циклофосфамід – 200мг/м², метотрексат по 20мг/м², 6-меркаптопурін – 60 мг/м², преднізолон по 40/м² протягом 10 днів); ЦВАМП (ціклофосфамід – 200мг/м², вінкристин по 1,4 мг/м², метотрексат по 20 мг/м², 6-меркаптопурін по 60 мг/м², преднізолон по 40/м² протягом 10 днів); СНОР (доксорубіцин 50 мг/м², ціклофосфамід 750 мг/м², вінкристин 2 мг на один день, преднізолон 100 мг/м² 1 та 5 днів) тощо.

Наприкінці аналізу структури споживання ЛЗ можна стверджувати, що значна частка фінансових ресурсів, витрачених на лікування хворих на гострі лейкози, припадала на споживання протипухлинних препаратів, які використовуються у хіміотерапії.

COST-MINIMIZATION ANALYSIS OF THE ACUTE STREPTOCOCCAL TONSILLOPHARYNGITIS PHARMACOTHERAPY WITH PEDIATRIC DOSAGE FORMS

Masheiko A. M., Makarenko O. V.

SE "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"

Introduction. In conditions financial resources deficit in public health institutions and low purchasing capacity of the population a pharmacotherapy cost becomes one of the key factors identifying the strategy of assigned treatment. In order to reduce expenditures for acute streptococcal tonsillopharyngitis therapy in pediatric practice a «cost-minimization» analysis of Pediatric Dosage Forms of penicillines and cephalosporins of the first and second generations recommended by Ukrainian State Formulary for above disease treatment was performed.

Methods. The object of «cost-minimization» analysis there was selected a powder or granules for oral suspension of amoxicillin, cephalexin and cefuroxime axetil, the equivalent of therapeutic activity of which in the therapy of streptococcal tonsillopharyngitis have been proved by systematic review performed by van Driel ML and coauthors.

Calculation of ten-days therapy costs was performed basing on retail average prices for medicines in March 2016 and daily therapeutic dose approved by Health Ministry of Ukraine in the instruction for medical use of study medicines.

Results. According to the data of the State register of medicines of Ukraine there was registered three trademarks for each Pediatric Dosage Forms of amoxicillin, cephalexin and cefuroxime axetil.

Cost-minimization analysis showed that among Pediatric Dosage Forms of amoxicillin, HICONCIL, 250 mg/5ml powder for oral suspension (KRKA d.d.), has the lowest price for course of treatment amounting to UAH 4,26 per 1 kg of a child's body weight. ZINNAT, 250 mg granules for oral suspension sachets (Glaxo Operations UK Limited), was recognized to be the least expensive Pediatric Dosage Forms of cefuroxime axetil (course of treatment cost – 6,26 UAH/kg). Among Pediatric Dosage Forms of cephalexin the most financial affordable appeared to be granules for oral suspension of Hemofarm AD manufacture (2,83 UAH/kg).

Being aware of daily therapeutic dose, it is possible to calculate an amount of packages necessary for a therapy of one child with a certain body weight. Thus, one package of HICONCIL, 250 mg/5ml powder for oral suspension, is divisible by 16,66 kg of child's body weight, CEPHALEXIN Hemofarm AD manufacture – 20 kg of a weight and ZINNAT, 250 mg granules for oral suspension sachets, – 25 kg of body weight.

Conclusion. For the pharmacotherapy of acute streptococcal tonsillopharyngitis with Pediatric Dosage Forms the most cost-saving is administration of CEPHALEXIN, granules for oral suspension Hemofarm AD manufacture, the cost of 10-days therapy course of which in 2 times more cost-efficient than the cheapest pediatric dosage form of cefuroxime axetil, and in 1,5 times more cost-efficient compared to the cheapest amoxicillin pediatric form.

MONOTHERAPY OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: PHARMACOECONOMIC ASPECTS

Germanyuk T., Ivko T.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Topicality. Diabetes mellitus (DM) is a global health and social problem. Number of patients with DM is 4-7% in different countries, and 90 % of them are patients with type 2 DM (T2DM). Use of pharmacoeconomic justified drugs and treatment regimens are necessary for optimization of drug provision in the limited financing of healthcare.

The **purpose** was pharmacoeconomic justification of schemes of monotherapy of T2DM.

The research materials: 1792 inpatient's medical histories; ATC/DDD-index of the drugs according to WHO; state register of wholesale prices.

The research methods: 1) retrospective analysis; 2) frequency analysis; 3) ATC/DDD-methodology; 4) cost-effectiveness analysis; 5) sensitivity analysis.

Results of research. Frequency analysis showed that monotherapy was used in 25.1% of cases, wherein: metformin – in 16.2%, glimepiride – in 5.1% and gliclazide – in 3.9% of cases. The patients that received metformin were significantly younger, they had the highest body mass index, the lowest fasting plasma glucose on admission and the lowest duration of T2DM. It has been found that the patients who received monotherapy with glimepiride and gliclazide had not authentic distinctions on these indicators ($p > 0.05$). **Based on the ATC/DDD-methodology** it has been found that the cost of defined daily dose (DDD) of metformin ranges from 1.55 to 5.46 UAH (33 versions of generic were studied), of glimepiride – 1.22-2.98 UAH (19 versions of generic), of gliclazide – 1.48-3.97 UAH (5 versions of generic). **Cost-effectiveness analysis** showed that the cost per unit of effectiveness of metformin ranges from 23,13 to 81.49 UAH, of gliclazide – 19.18-60.43 UAH, of glimepiride – 19.70-63.57 UAH in the context of minimal and maximal price of generics. The sensitivity analysis showed the stability of the pharmacoeconomical study results when fluctuations in the costs of DDD were up to 18 % and change both in the costs of DDD and efficiency of treatment simultaneous – up to 9 %.

Conclusions. It has been found that the scheme monotherapy with gliclazide has pharmacoeconomic advantages compared to other schemes of monotherapy of T2DM.

ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Германюк Т. А., Поліщук Ю. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Вступ: Негоспітальна пневмонія (НП) залишається провідною причиною смертності від інфекційних захворювань в Україні, не дивлячись на розвиток фармакології та фармакотерапії і призводить до величезних економічних збитків. Враховуючи стан системи охорони здоров'я населення України важливим є вивчення цінового різноманіття антибіотиків (АБ) на фармацевтичному ринку, як важливо-необхідних лікарських засобів (ЛЗ) для лікування НП та платоспроможності населення України, що відображає їх соціально-економічну доступність.

Метою дослідження є вивчення цінового різноманіття антибіотиків для лікування негоспітальної пневмонії на фармацевтичному ринку України, як основи їх соціально-економічної доступності.

Методи дослідження: 1) ретроспективний аналіз медичних карток та листів призначень стаціонарних хворих на НП; 2) аналіз Протоколів лікування НП за наказом МОЗ України для визначення ЛЗ, що відносяться до життєво-необхідних; 3) аналіз реєстру оптово-відпускних цін на ЛЗ; 4) визначення середніх добових доз (DDD) антибіотиків за ATC/DDD-методологією та аналіз цінового різноманіття АБ на фармацевтичному ринку України; 5) розрахунок соціально-економічної доступності АБ для населення на основі коефіцієнту ліквідності та адекватності платоспроможності.

Матеріали дослідження: 282 медичних картки та листи призначень стаціонарних хворих на НП в пульмонологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні №1; Протоколи лікування негоспітальної пневмонії за наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»; середні добові дози найбільш часто застосованих АБ за даними ВООЗ;

державні реєстри оптово-відпускних цін на фармацевтичному ринку України станом на 12.06.2014р, 15.06.2015р та 09.06.2016р.; середня заробітна плата по Україні у період 2014-2016рр. за законом України «Про оплату праці» зі змінами та доповненнями.

Результати дослідження. Ретроспективний аналіз медичних карток та листів призначень стаціонарних хворих на НП показав відповідність вибору лікарями АБ Протоколам лікування НП та виявив найбільш часто застосовані АБ: цефепім, цефтріаксон, левофлоксацин, амоксицилін та клавуланова кислота, азитроміцин, амікацин. Вартість DDD для цих АБ у розрізі мінімальних та максимальних цін генериків на фармацевтичному ринку України у 2014 р. коливалась від 5,98 грн. до 260,00 грн.; у 2015р. – від 6,05 до 285,20 грн.; в 2016 р. – від 8,58 грн. до 390,00 грн. Виявлено, що коефіцієнт ліквідності СІІ_q для АБ з міжнародною непатентованою назвою (МНН) цефепім у період 2014-2016рр. склав 1,29; 2,23; 2,67; для цефтріаксону – 12,3; 13,1; 13,78; для левофлоксацину – 2,28; 3,1; 3,45; для амоксициліну та клавуланової кислоти – 1,47; 1,47; 1,72; для азитроміцину – 4,85; 5,3; 7,1; для амікацину – 2,46; 2,48; 2,55, відповідно. Таким чином, коливання цін для АБ з МНН цефепім у 2014 р. склало 129%; у 2015р. – 223%; у 2016р. – 267%; з МНН цефтріаксон – 123%; 131%; 137,8%; з МНН левофлоксацин – 228%; 305%; 345%; з МНН амоксицилін та клавуланова кислота – 147%; 147%; 172%; з МНН азитроміцин – 485%; 530%; 710% та з МНН амікацин – 246%; 248%; 255%, відповідно. Коефіцієнт адекватності платоспроможності населення Са.с. показав, що найбільш доступними АБ за МНН були у 2014р. азитроміцин, амоксицилін та клавуланова кислота, амікацин (Са.с. дорівнював 5,04%, 6,54% 12,67%, відповідно); у 2015р. – амоксицилін та клавуланова кислота, азитроміцин, амікацин (Са.с. дорівнював 5,69%, 5,33%, 12,91%, відповідно); у 2016р. – азитроміцин, амоксицилін та клавуланова кислота, амікацин (Са.с. дорівнював 8,51%, 11,36%, 19,03%, відповідно). Найменш доступними були у період з 2014 р. по 2016 р. цефепім, цефтріаксон, левофлоксацин: у 2014 р. Са.с. дорівнював 36,9%, 14,77%, 14,14%; у 2015 р. – 41%; 34,18; 14,18%; у 2016 р. – 54%; 52,71%; 25,59%, відповідно.

Висновки:

1. Ретроспективний аналіз медичних карток стаціонарних хворих на НП та їх листів призначень виявив найбільш часто вживані АБ: левофлоксацин, цефтріаксон, амікацин, цефепім, амоксицилін та клавуланова кислота, азитроміцин., що відповідало Протоколам лікування НП, затвердженим МОЗ України.
2. На фармацевтичному ринку в Україні вартість DDD для найбільш часто вживаних АБ коливалася у 2014 р. від 5,98 грн. до 260,00 грн.; у 2015р. – від 6,05 до 285,20 грн.; у 2016 р. – від 8,58 грн. до 390,00 грн.
3. При аналізі визначення соціально-економічної доступності АБ за коефіцієнтом ліквідності ціни СІІ_q та коефіцієнтом адекватності платоспроможності населення Са.с встановлено, що найбільш доступними у 2014-2016рр. були АБ за МНН азитроміцин, амоксицилін та клавуланова кислота та амікацин.

Перспективи подальших досліджень повинні бути спрямовані на проведення фармакоеконімічних досліджень ЛЗ та схем лікування НП за принципами доказової медицини.

СУЧАСНИЙ СТАН ПАРАЗИТАРНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В УКРАЇНІ

Набока О. І., Філіпцова О. В., Газзаві-Рогозіна Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. В даний час при високому розвитку фармацевтичних засобів досі існує ряд захворювань, інфікування якими завдає значної шкоди здоров'ю людини та навіть може призвести до смерті. Паразитарні хвороби були і залишаються глобальною проблемою

охорони здоров'я. Зараз, на тлі процесів реформування медичної галузі, Держсанепідслужби, показник загальної захворюваності населення паразитозами за останні 5 років має тенденцію до зниження, що пояснюється, як зменшенням кількості проведених досліджень так і низьким рівнем діагностики паразитарних хвороб в закладах охорони здоров'я. Не може не впливати на якість діагностики паразитозів різке скорочення висококваліфікованих і професійно підготовлених фахівців паразитологічної ланки в територіальних органах Держсанепідслужби.

Мета роботи. Проаналізувати захворюваність на паразитарні хвороби за 2015 рік.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на паразитарні інвазії за даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України.

Отримані результати. За даними Українського центру з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України динаміка обстежень та захворюваності населення країни на паразитарні хвороби протягом 2011-2015 років має тенденцію до зниження. У 2015 році спалахів хвороб паразитарної етіології на території України не реєструвалося. Епідемічний процес проявлявся у вигляді спорадичних та групових захворювань.

Згідно з матеріалами статистичної звітності, у 2015 році зареєстровано 118379 випадків захворювань на паразитози (130208 у 2014 р.), загальна захворюваність складає 275,92 на 100 тис. нас. проти 286,97 (2014 р.), тобто знизилась на 4%, в т.ч. серед дітей до 17 років на 3%.

Захворюваність реєструвалась головним чином серед дитячого населення, показники захворюваності серед якого перебували на високому рівні, Середній показник в країні серед дітей 0-17 років становив 1206,25 випадків на 100 тис. проти 1242,4 (2014 р.).

Захворювання були викликані 11 видами патогенних найпростіших та 19 видами гельмінтів. Як і в попередні роки, в структурі паразитарних хвороб домінує ентеробіоз. Відмічалось зниження захворюваності на паразитарні хвороби за більшістю нозологій за винятком захворюваності на лямбліоз та деяких паразитозів, що рідко зустрічаються.

У 2015 р. було виявлено 102969 випадків гельмінтозів. Загальна захворюваність населення України гельмінтозами залишається все ще на високих цифрах і становить 240,0 на 100 тисяч населення (проти 252,89 в 2014 р.).

Більше половини всієї захворюваності гельмінтозами становив ентеробіоз, який, як і в попередні роки, залишився найбільш поширеною інфекційною патологією паразитарної етіології у всіх регіонах та в Україні в цілому. Ентеробіоз знизився на 7,97%, зареєстровано 58984 випадки, інт. пок. – 137,48 на 100 тис. населення проти 148,93 (2014 р.). В Україні у 2015 р. всього було зареєстровано 153777 випадків протозозів, збудниками яких були 11 видів найпростіших. Найбільш поширеним, як і в попередні роки, був лямбліоз, який складав понад 83% від усіх зареєстрованих протозойних захворювань серед людей. Зареєстровано 51 випадок захворювання на малярію (0,12 на 100 тис. нас.), в т.ч. 3 з летальним наслідком від тропічної малярії (м. Київ), проти 46 (0,11) у 2014 р. Всі випадки завізного характеру. Серед дітей до 17 років захворювань малярією не реєструвалося.

Висновки. Епідемічна ситуація з паразитарних хвороб в Україні залишається нестійкою. Щорічно виявляється 33 нозології паразитозів та реєструється до 300 тисяч нових випадків. Рівень захворюваності не перевищує середні багаторічні показники, проте є сприятливі умови для їх поширення. Все це обумовлює необхідність своєчасної діагностики, вибору адекватного лікування та профілактичних заходів.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Немченко А. С., Балинська М. В., Подгайна М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) – група інфекційних захворювань, які характеризуються широкою розповсюдженістю, високою частотою розвитку тяжких форм і ускладнень, що несуть безпосередню загрозу для життя. Рівень захворюваності кишковими інфекціями дитини в 2,5-3 рази вище, ніж у дорослого. ГКІ у дітей в даний час займають друге місце серед інфекційних захворювань у дітей, поступаючись тільки гострим респіраторним інфекціям. За даними ВООЗ і ЮНІСЕФ, близько 2 млн. дітей помирають від ГКІ, з них 760 тис. — віком до 5 років. На сьогодні кожна 5-та смерть дитини у світі зумовлена діареєю — це більше, ніж від СНІДу, малярії і туберкульозу разом. Попередження смертності від ГКІ в повній мірі залежить від своєчасної та якісної фармакотерапії.

З огляду на актуальність питання, метою дослідження була розробка методики проведення фармакоeconomic досліджень профілактики та основних схем фармакотерапії ГКІ у дітей. В якості методів дослідження були використані аналітичний та статистичний методи.

Запропонована методика проведення фармакоeconomic досліджень ГКІ у дітей складається з трьох основних етапів: організаційного, змістовного та підсумкового. Організаційний етап включає збір та обробку даних, зокрема статистичних даних щодо вікової структури населення, показників захворюваності, розповсюдженості та смертності від ГКІ серед дітей, аналіз нормативно-правової бази щодо вакцинації та основних підходів фармакотерапії ГКІ у дітей, збір даних щодо показників ефективності базових схем фармакотерапії ГКІ у дітей, аналіз фармацевтичного ринку ЛЗ для лікування ГКІ у дітей та інш. Змістовний етап полягає у проведенні розрахунків за основними методами фармакоeconomic аналізу. Серед основних методів фармакоeconomic аналізу вакцинопрофілактики та фармакотерапії ГКІ у дітей найбільш доцільним визначено застосування наступних методів: «мінімізації витрат», «вартості захворювання», «впливу на бюджет» та методу «витрати-ефективність» (у т.ч. «витрати-корисність»). На другому – змістовному- етапі дослідження обов'язковим є урахування існуючих складових терапії ГКІ у дітей, а саме: регідратаційної, антибактерійної та допоміжної терапії (ентеросорбенти, пробіотики), затверджених чинним протоколом лікування ГКІ (наказ МОЗ України від 10.12.2007 № 803). Варто зазначити, що розрахунки за методами «вартості захворювання» та «впливу на бюджет» включають також ранжування вибірки пацієнтів за стадією хвороби, яка визначається рівнем зневоднення організму та застосовується під час визначення обсягів та складу регідратаційної терапії. Враховуючи вище вказане, нами визначені чотири основні стадії розвитку захворювання: «0» стадія – включає вакцинопрофілактику (вакцинація здорових дітей проти ротавірусного ентериту, який складає біля 70-90% вірусних інфекцій), рекомендовану ВОЗ, однак відсутню у календарі обов'язкових щеплень дітей в Україні; I стадія – легка, II стадія – середньо тяжка (обидві стадії передбачають застосування оральної регідратації) та III стадія – тяжка (необхідне застосування регідратації відповідно до типу

зневоднення: ізотонічний, гіпертонічний чи гіпотонічний). Заключний – підсумковий - етап методики проведення фармакоекономічних досліджень ГКІ у дітей включає обробку й узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків за результатами досліджень.

Таким чином, запропонована методика проведення фармакоекономічних досліджень, створена на засадах чинного законодавства та рекомендацій ВООЗ, включає застосування основних методів фармакоекономічного аналізу та враховує сучасні підходи до запобігання та фармакотерапії ГКІ у дітей. В подальшому, використання результатів проведеного дослідження може бути корисним у розробках щодо вдосконалення фармацевтичного забезпечення дитячого населення, зокрема у попередженні та терапії ГКІ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРОГА ГОТОВНОСТИ ПЛАТИТЬ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В УКРАИНЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТУРКМЕНИСТАН

Панфилова А. Л., Зарицкая Г. М., Кечеруков Х. Б., Жанмурадов Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

С момента провозглашения независимости в Украине были разработаны и реализованы десятки государственных целевых программ в здравоохранении и системе фармацевтического обеспечения населения. Важнейшим показателем, определяющим финансовые возможности реализации той или иной целевой программы в здравоохранении является «порог готовности платить (ПГП) за использований инновационной медицинской технологии.

Целью наших исследований явилось определение ПГП в Украине и проведение сравнительного анализа полученных результатов с данными в Республике Туркменистан (РТ). В работе использовались сравнительный, логический, математико-статистическое методы исследований. Определение показателя ПГП осуществлялся по макроэкономическим показателям развития стран. Так, согласно рекомендаций комиссии по макроэкономике ВОЗ показатель ПГП определялся путем умножения на три ВВП страны, рассчитанного на душу населения. Для расчетов были взяты такие показатели как размер ВВП страны в национальной валюте (гривна) по данным Международного валютного фонда и количество жителей, представленное на официальном сайте Государственного Комитета статистики Украины.

В результате проведенных исследований нами установлено следующее. В течении 2009-2015 гг. в Украине наблюдалась позитивная динамика роста ВВП, так среднее значение коэффициента темпа (цепного) прироста составил 1,16. В тоже время, за исследуемый период, в Украине сохранилась крайне негативная социально-экономическая ситуация с естественным приростом населения. Так, с 2009 по 2013 гг. количество жителей страны снизилось на 590,7 тис. человек, что составляет 1,3% от данных базового 2009 г. Среднее значение коэффициента темпа (цепного) прироста/снижения по рассматриваемому показателю составляет 0,996. В свою очередь, показатель части ВВП, приходящейся на душу населения страны характеризовался планомерным увеличением. С 2009 по 2013 г. указанный показатель увеличился в 1,6 раз, с 19,79 млн. грн/тис. населения до 30,92 млн. грн/тис. населения. В 2015 г. указанный показатель составил 46210,2 грн на одну душу населения.

Особенности динамики ВВП и количества жителей, которые наблюдались в течении 2009-2015 гг. в Украине оказали непосредственное влияние на изменение показателя ПГП. Показатель ПГП в Украине в течении 2009-2015 гг. колебался в диапазоне от 59 377,56 (2009 г.) до 138630,6 (2015 г.) грн/душу населения или в 7711,37 (2009 г.) до 11897,66 (2013 г.)

долл. США/душу населения. Среднее значение указанного показателя равняется соответственно 108926,94 грн/душу населения и 9330,95 долл.США/душу населения страны. В течении 2009-2015 гг. в Украине сохранилась тенденция планомерного увеличения показателя ППП в национальной валюте. Наибольший прирост показателя ППП, по-сравнению, с данными предыдущего периода наблюдался в 2015 г. (прирост 29%), а наименьший в 2013 г. (3%). Существенное увеличение показателя ППП в 2015 связано, в первую очередь, с инфляционными процессами, происходящими в украинской экономике. Указанное подтверждает анализ показателя ППП в долларах США. Так, в долларах США данный показатель в 2014 г. уменьшился, по-сравнению, с данными 2013 г. на 24%, а в 2015 г. на 3% с показателями предыдущего периода. в течении 2009-2015 гг. Сравнивая полученные данные с показателями ППП в других странах мира можно сделать следующий вывод. Показатель ППП в РФ в 3,5 раза выше среднего значения аналогичного показателя в Украине, в Казахстане – в 2,7 раза, в Азербайджане и в Белоруссии в – 1,9 раза соответственно. Динамика изменения показателей ППП В РТ, как и в Украине закономерно отвечает динамике изменения номинального ВВП, приходящегося на душу населения (таблица 1).

Таблица 1

Анализ динамики и прогноза показателя ППП в РТ

Показатели показателя ППП по годам анализа (доллары США)					
Действующие данные ППП					
2010	2011	2012	2013	2014	2015
29475	34023	38052	42066	46506	49335
Коэффициенты (цепные) изменения показателя (действующих) ППП					
–	1,16	1,12	1,11	1,11	1,06
Прогнозируемые показатели ППП					
51216	53511	56682	60342	64383	68829
Коэффициенты (цепные) изменения показателя (прогнозируемых) ППП					
1,04	1,05	1,06	1,07	1,07	1,07

Среднее значение в РТ по действующим данным ППП составляет 39919,5 долл. США, а по прогнозируемые значения – 59 160,5 долл. США. Сравнительный анализ средних действующих показателей ППП в Украине и РТ за исследуемый период показал следующее. Украинские данные (9330,95 долл. США) в , что в Украине указанный показатель в 4,28 раз ниже, чем аналогичное значение в Туркменистане. Таким образом можно сказать о наличии более выгодных условий внедрения инновационной медицинской технологии в практическое здравоохранения и систему фармацевтического обеспечения населения Туркменистана, по-сравнению, с украинскими реалиями.

Одним из выходов из сложившейся катастрофической ситуации с финансированием украинского здравоохранения является введение социальной модели обязательного медицинского страхования, которая успешно функционирует во многих странах ЕС и бывшего СССР.

В условиях социальной модели медицинского страхования значительно расширяются финансовые возможности функционирования здравоохранения за счет усиления контроля за целевым использованием ограниченных ресурсов, что в конечном итоге приводит к повышению качества оказываемых медицинских и фармацевтических услуг населению страны.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕПІЛЕПСІЇ МЕТОДОМ «МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ»

Сімонян Л. С., Немченко О. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Соціальні аспекти ведення хворих на епілепсію і питання якості життя хворих та інвалідів внаслідок епілепсії в останні роки стають найбільш важливими в сучасній медицині.

Поширеність захворюваності на епілепсію в загальній популяції більшості країн Європи становить від 80 до 230 випадків на 100 тис. населення. В Україні на епілепсію страждають в середньому від 50 до 73 осіб на 100 тис. населення. Так, до регіонів України з високими ризиками захворюваності у 2015 р. належали м. Київ 5091 хворих та Запоріжжя – 4345 хворих відповідно. В зону середнього ризику захворюваності відносяться такі регіони, як: Дніпропетровська, Львівська та Одеська - від 3566 до 4706 випадків. Останні 19 регіонів формують зону з умовно низьким ризиком захворюваності.

Метою дослідження стало проведення фармакоекономічного аналізу методом «мінімізація витрат» задля визначення менш витратної вартості терапії хворих на епілепсію. Даний метод дозволяє заощадити кошти за умов однакової ефективності аналогічних лікарських засобів (ЛЗ).

На першому етапі нами було проведено аналіз ринку протиепілептичних ЛЗ за 2013-2015 рр. За результатами аналізу структури пропозицій за фірмами-виробниками встановлено, що на оптовому ринку протиепілептичних препаратів спостерігається домінування ЛЗ іноземного виробництва (71 % від загальної кількості зареєстрованих препаратів).

Для розрахунку вартості фармакотерапії епілепсії нами були відібрані торговельні назви ЛЗ, які включені до протоколів лікування за спеціалізацією «Епілепсія», Національного переліку основних ЛЗ, Бюджетного переліку ЛЗ, Державного формуляру (сьомий випуск) та мали найнижчі ціни на оптовому фармацевтичному ринку ЛЗ. Слід зазначити, що за даними МОЗ України тривалість і спосіб лікування безпосередньо залежать від типів та частоти нападів хвороби і наявності ускладнень.

Встановлено, що найменш витратним курсом лікування хворих на епілепсію, є застосування препаратів карбамазепіну, а саме Карбамазепін-Здоров'я, табл 200 мг №30, компанії ТОВ «ФК Здоров'я» (Україна) – 273,3 грн. або 10,92 дол. США (курс НБУ станом на 01.07.2016 р.); серед препаратів вальпроєвої кислоти препарат Вальпроком 300 ХРОНО, табл. 300мг №30, компанії «Фарма Старт» (Україна) – 424,13 грн. або 16,95 дол. США, серед препаратів бензобарбіталу - Бензобітал ІС, табл. 0,05 г №30, компанії ТОВ «ІнтерХім» (Україна) - 453,33 грн. або 18,12 дол. США. Серед препаратів клоназепану – Клоназепам, табл 0,002 г №30, компанії ТОВ «ІнтерХім» (Україна) – 846,5 грн. (33,84 дол. США). Серед препаратів ламотрігіну - Ламотриджин САНДОЗ, табл. 25 мг, №50 компанії «Sandoz» (Швейцарія) - 872,6 грн. (34,89 дол. США), серед препаратів групи топіромат: Топірол 25, табл. 25 мг, №30, компанії «SUN» (Індія) - 1260,7 грн. або 50,4 дол. США., у групі препаратів габапентіну найнижчі показники спостерігались у препараті Габагамма® 100, капс. 100 мг, №20, компанії «Woerwag Pharma» (Германія) - 642,2 грн. або 25,67 дол. США, серед препаратів леветірацетам препарат Левіцітам 250, табл 250 мг, №30, виробництва «Фарма Старт» (Україна) - 4732,5 грн. або 189,22 дол. США.

Таким чином, проведений аналіз за методом «мінімізації витрат» встановив, що найменш витратними та доступнішими для населення є препарати вітчизняного виробництва. На сьогодні в умовах фінансово-економічної кризи та низької платоспроможності населення, зростає потреба у підвищенні конкурентоспроможності

вітчизняного виробництва за препаратами протиепілептичної дії шляхом впровадження програм імпортозаміщення, що в свою чергу сприятиме зростанню доступності препаратів даного сегменту ринку.

АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ СТАТИНІВ У ПРИВАТНІЙ АПТЕЦІ ХАРКОВА

Ткачова О. В., Яковлева Л. В., Богатирчук Л. П.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Основною причиною смертності та інвалідності у світі є серцево-судинні захворювання (ССЗ). Важливим чинником ризику розвитку ССЗ є гіперхолестеринемія. Одним із напрямків профілактики та лікування коронарних захворювань і їх наслідків є корекція дисліпідемічних станів як провідної причини розвитку ССЗ. Основним класом ліпідознижуючих препаратів є інгібітори ГМГ КОА-редуктази – статини. Частота застосування статинів в Україні залишається низькою та не відповідає рівню захворюваності населення ССЗ. Враховуючи вищенаведене, актуальним на сьогоднішній день є проведення фармакоеконімічної оцінки споживання статинів та обґрунтування доцільності вибору економічно вигідних, ефективних та безпечних препаратів.

Мета роботи. Оцінка споживання статинів у приватній аптеці м. Харкова протягом 2015 року.

Методи дослідження. АВС та частотний аналіз споживання статинів за результатами реалізації протягом 12 місяців (січень-грудень 2015 року).

Основний матеріал дослідження. Проаналізований асортимент та результати реалізації статинів в одній з приватних аптек, розташованій біля метро Студентська. Асортимент ліків та засобів медичного призначення в аптечній установі склав 10 тис. торгових найменувань (ТН). Статини в аптеці були представлені 28 ТН на основі 3 МНН (аторвастатин, симвастатин, розувастатин). Оскільки на фармацевтичному ринку у 2015 р. за даними компанії «Моріон» статини були представлені у вигляді 153 ТН на основі 6 МНН, їх асортимент в аптеці склав 18,3 % від усієї кількості ТН та 50 % від кількості МНН. Загальна сума від реалізації статинів за рік у грошовому еквіваленті склала 119444,4 грн. Лідером за об'ємом реалізації в грошових одиницях стали розувастатини (46,4 % від наявного асортименту статинів за ТН), сума реалізації яких склала виручку аптеці – 74569,14 грн. (62,43%) від загальної суми, вирученої від продажів статинів.

Згідно з даними АВС-аналізу до групи «А», що є пріоритетною в аптечному закладі, увійшли 15 ТН статинів (53,57 % номенклатури), в найбільшій кількості розувастатини (9 ТН), а в меншій – аторвастатини (6 ТН). Реалізація препаратів групи А забезпечила 79,85 % виручки від загальної суми продажів статинів. До групи В увійшли 8 ТН статинів (28,57 % номенклатури), що забезпечило 15,19 % виручки аптеці, до групи С – 5 ТН (17,85% номенклатури), що забезпечило 4,96 % виручки аптеці від загальної суми продажів статинів. Найбільшим лідером за обсягом реалізації у грошових одиницях став розувастатин «Роксера», 10 мг № 90» (KRKA, Словенія).

Результати частотного аналізу показали, що до 10-топ лідерів за кількістю реалізованих упаковок увійшли 2 препарати аторвастатину та 8 препаратів розувастатину. Безумовним лідером став розувастатин «Клівас, табл. 10 мг №30» (Фарма Старт, Україна) – 32 реалізовані упаковки при вартості за 1 упаковку 77 грн. Слід також відмітити, що друге місце протягом року поділили з рівним рангом розувастатини «Роксера, 10 мг № 90» (KRKA, Словенія) та «Розарт, 10 мг № 90» (Actavis Group, Ірландія) – по 31 реалізованій упаковці.

Зіставлення АВС/частотного аналізу показало, що статини зі списку ТОП-10 за кількістю реалізованих упаковок входили переважно до групи «А» (7 ЛЗ). Деякі з них мали достатньо високий рейтинг за частотою продажів в групі «А»: статини «Роксера, 10 мг № 90»

– 1 місце, а «Розарт, 10 мг № 90» – 5 місце, що свідчить про значний попит на дані препарати розувастатину, незважаючи на високу вартість їх упаковки (320 грн. та 284 грн. відповідно).

Висновки. Статини в досліджуваному аптечному закладі представлені в обмеженому асортименті (18,3 % від загальної кількості на ринку за ТН). За результатами АВС/частотного аналізу лідером за обсягами споживання у грошовому еквіваленті та у кількості реалізованих упаковок став розувастин. Найбільшим попитом користувався недорогий розувастин «Клівас» компанії Фарма Старт (Україна), що сприяло оптимізації витрат на лікування хворих.

АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ФІКСОВАНИХ КОМБІНАЦІЙ ТА ЇХ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Яковлева Л. В., Міщенко О. Я., Адонкіна В. Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Лікування гіпертонічної хвороби (ГХ) є найбільш клінічно і економічно ефективною стратегією для зменшення кількості несприятливих серцево-судинних ускладнень: інфаркту міокарда та мозкового інсульту. Результатами фармакоепідеміологічних досліджень доведено, що прихильність хворих на ГХ до лікування залежить від кількості препаратів, які необхідно використовувати протягом доби, а також і від їх цінової доступності. Останній фактор є особливо впливовим за умови, що пацієнт є головним платником коштів на фармакотерапію. Враховуючи це, доцільним є використання фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів особливо пацієнтами, що потребують призначення декількох препаратів одночасно.

Мета – оцінити обсяги споживання препаратів антигіпертензивних фіксованих комбінацій на українському фармацевтичному ринку та їх економічну доступність для середньостатистичного українця.

Методи дослідження: Оцінку споживання антигіпертензивних фіксованих комбінацій (АФК) проводили за показником DDDs/1000/day (DIDs), тобто за кількістю спожитих стандартних добових доз (DDD) на 1000 жителів на добу, використовуючи дані про продаж лікарських засобів інформаційної системи маркетингових досліджень в Україні «Фармстандарт» компанії «Моріон». Для аналізу економічної доступності АФК був розрахований показник адекватності платоспроможності (Ca.s.), який показує відсоток середньої заробітної плати, що витрачений на місячний курс лікування. Значення розміру середньої заробітної плати за 2008 і 2015 роки знаходили на сайті: www.ukrstat.gov.ua. Проаналізовані препарати АФК були розділені на три категорії: високо доступні, значення показника адекватності платоспроможності (Ca.s.) яких було менше 5%, середньо доступні – Ca.s. більше 5% і менше 15%, і мало доступні – Ca.s. більше 15%.

Основний матеріал дослідження. Фармакотерапія з використанням більшості АФК є високо доступною (Ca.s.<5%) для пацієнтів України. 26,7% препаратів АФК інгібітори АПФ з блокаторами кальцієвих каналів (БКК); 17,7% препарати АФК антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА II) з сечогінними засобами; 9% препаратів АФК, АРА II з БКК, і 4% АФК інгібітори АПФ з діуретиками є середньо доступними (5% <Ca.s. <15%). Усі препарати сучасних потрійних фіксованих комбінацій АРА II з БКК і діуретиками були низько доступними (Ca.s.>15%) для пацієнтів України.

На фармацевтичному ринку України обсяг споживання препаратів АФК незначно збільшився з 21,95 DIDs в 2008 році до 27,95 DIDs в 2015 році. Обсяги споживання АФК інгібіторів АПФ були найвищими і становили 15,34 та 22,19 DIDs відповідно у 2008 і у 2015

роках. Обсяги споживання АФК бета-адреноблокаторів займали другу позицію і склали 3,72 та 2,53 DIDs відповідно в 2008 і в 2015 роках.

Висновок. Більшість фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів є високо доступними для середньостатистичних українських пацієнтів. Усі препарати сучасних потрійних фіксованих комбінацій АРА II + БКК + діуретики є низько доступними для пацієнтів України. Загалом обсяг споживання більшості антигіпертензивних фіксованих комбінацій збільшився з 2008 до 2015 року, що, ймовірно, є наслідком підвищення комплаєнтності пацієнтів до лікування і прийнятної економічної доступності більшості препаратів.

РЕЗУЛЬТАТИ АВС/ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Герасимова О. О., Морус Т. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Хронічний гастродуоденіт (ХГД) в дитячому віці має велике медико-соціальне значення через значну поширеність, зниження якості життя пацієнтів, схильність до рецидивів, високий ризик виникнення ускладнень та ранньої інвалідизації хворих, суттєві витрати на лікування. Використання клініко-економічного підходу при виборі фармакотерапії пацієнтам з даною патологією є доцільним, тому що дозволяє оптимізувати як фармакотерапію ХГД, так і витрати на її проведення.

Мета дослідження: проведення АВС/частотного аналізу фармакотерапії дітей з ХГД в стаціонарних умовах.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 90 історій хвороб дітей з ХГД віком від 7 до 18 років, які проходили лікування в гастроентерологічному відділенні одного з закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Харкова. Тривалість дослідження – 6 місяців (січень - червень 2015 року). Аналіз лікарських призначень пацієнтам з ХГД та структури фінансових витрат на їх фармакотерапію проводили за допомогою клініко-економічного підходу: АВС- та частотного аналізів.

Основний матеріал дослідження. За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів дитячого віку з ХГД було визначено 40 торгових найменувань (ТН) лікарських препаратів (ЛП) (31 міжнародна непатентована назва (МНН)) з 17 фармакологічних груп. Співвідношення вітчизняних та імпортованих ЛП – 1,2:1. Окрім ХГД, в історіях хвороб пацієнтів були зазначені наступні супутні діагнози: дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит, хронічний панкреатит, синдром подразненого кишечника, аскаридоз. Згідно з принципами АВС-аналізу досліджувані ЛП були розподілені на групи А, В та С. До групи А увійшли найбільш витратні препарати (79,69 % коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) – 13 ЛП; групи В – ТН з помірною витратністю (14,99 %) – 10 ЛП; групи С – найменш витратні ТН (5,32 % витрат) – 17 ЛП. Одночасно лідерами за витратами та за частотою призначень пацієнтам були антациди (20,32 % витрат, 16,05 % призначень, 4 МНН, 5 ТН), що використовувались для патогенетичної терапії основного захворювання (ХГД), а також жовчогінні засоби (12,27 % витрат, 11,68 % призначень, 1 МНН, 3 ТН), які призначались для лікування супутньої гастроентерологічної патології. Значна частота призначень встановлена також для блокаторів H₂-гістамінових рецепторів (12,41 % призначень, 2 МНН, 3 ТН). Їх представник «Фамотидин» (табл. в/о 0,02 г № 20 «Дарниця») посідав перше місце у частотному рейтингу серед ТН – 8,75 % призначень. Значні витрати супроводжували також використання препаратів груп «Інші ентеросорбенти» (19,93 % витрат, 1 МНН, 1 ТН) та «Засоби, що застосовуються при функціональних розладах з боку ШКТ» (15,20 % витрат, 1 МНН, 1 ТН). Їх представники, відповідно, «Смекта» («Ipsen Pharma», пор. д/п сусп. д/перор. застосування 3 г саше №30) та «Іберогаст» («Bayer Consumer

Care», кап. орал. фл. 50 мл, № 1) є лідерами за витратами серед ТН зі значним відривом від інших ЛП. Сукупна сума витрат на застосування зазначених 2-х ЛП у пацієнтів дитячого віку з ХГД складає 35,13 % від загальної суми витрат («Смекта» – 19,93 %, «Іберогаст» – 15,20 %), тобто 1/3 всіх витрат. Вартість зазначених препаратів на курс лікування 1-го хворого була найвищою серед досліджуваних ЛП (відповідно, 285,86 грн. та 392,35 грн.). Співставлення результатів АВС/частотного аналізів показало, що ЛП групи А призначались майже половині всіх хворих (48,90 %). Отже, основні грошові кошти були витрачені на часто призначувані ЛП.

Висновок. Результати проведеного клініко-економічного аналізу можуть служити підґрунтям для подальшого дослідження питань щодо проведення раціональної фармакотерапії пацієнтів дитячого віку з ХГД та оптимізації витрат на її проведення в даному ЗОЗ м. Харкова.

РОЛЬ ПРОВІЗОРА В РЕАЛІЗАЦІЇ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Гордієвська Н. А., Слюсар О. А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

У сучасній медицині відбулися і відбуваються значні зміни в раціональному та безпечному використанні лікарських засобів. Провізорам зараз доводиться виконувати нові функції, які накладають додаткову відповідальність на працівників фармацевтичної галузі.

Гарантом якісної медичної допомоги амбулаторним хворим будуть об'єднані зусилля лікаря та провізора в процесі проведення фармакотерапії, профілактики захворювань для певного хворого. Саме провізор може виконувати ключове значення у сфері раціонального використання лікарських засобів. Роль провізора відрізняється у різних країнах, проте загальним, що визначає суть професійної діяльності провізора у сучасних умовах, є різнобічні і всеоб'ємні знання про ліки. Для вирішення поставленої мети Міжнародна фармацевтична федерація (МФФ) зобов'язує всіх практикуючих фармацевтів забезпечити кожному хворому належну якість фармацевтичної допомоги, а саме, фармацевтичної опіки.

Тому основною метою професійної діяльності провізора стає не лише підвищення кількості і якості лікарських препаратів на ринку, а, в першу чергу, підвищення ефективності і безпеки лікарської терапії конкретного хворого.

Спочатку функції провізора були укладені в приготуванні ліків в аптеках або при здійсненні їх закупівлі з наступним відпуском населенню, а також лікувально-профілактичним установам. Проте зараз спостерігається неухильне зростання лікарських засобів, що випускаються в готовому вигляді, і провізори в аптеках займаються вже не приготуванням, а продажем лікарських препаратів і предметів медичного призначення. Тобто сучасному провізору частіше доводиться виступати не в якості аптечного технолога, а консультантом з вибору лікарського засобу. Особливо важлива ця функція при безрецептурному відпуску ліків, так званих ОТС - препаратів. Саме існування цієї категорії препаратів зумовлює можливість їх застосування без рекомендації лікаря, тобто під відповідальність самого пацієнта.

Важливим аспектом професійної діяльності провізора в аптеці є фармацевтична опіка, яка є комплексною програмою взаємодії провізора і пацієнта та провізора і лікаря. Така діяльність дає змогу виключення нераціонального застосування ліків для амбулаторних хворих.

Також проблемним в медицині є попередження хаотичного самолікування, що широко пропонується із загальнодоступних джерел інформації. За результатами соціологічного опитування лише 40% громадян дізнаються про вживані ними ліки від

лікарів.

Аналізуючи роботу аптеки, яка є закладом охорони здоров'я, в лікувальному процесі пацієнта, можна відзначити, що саме тут якнайширше застосовується індивідуальний підхід до пацієнта. Пацієнт виступає активним учасником свого особистого лікування з професіональною відповідальністю провізора.

В сучасних умовах фармацевтичної опіки потребує не тільки хворий, але й лікар. У даному контексті необхідно ураховувати той факт, що для фахівців з вищою медичною освітою фармакотерапія і фармакологія складають лише незначний компонент їхньої освітньої програми, у той час як базова освіта фармацевта майже виключно стосується вивчення лікарських засобів. Щомісяця Державним фармакологічним центром МОЗ України реєструються десятки нових лікарських засобів як вітчизняного, так і зарубіжного виробництва, виявляються нові властивості вже відомих лікарських препаратів. Одночасно надходить інформація про виникнення побічних ефектів, взаємодії ліків між собою, з їжею, алкоголем та інше. Своєчасно проінформувати лікаря з питань, що входять до кола професіональних обов'язків провізора – основна мета проведення фармацевтичної опіки лікаря.

Для успішного проведення фармацевтичної опіки була опрацьована модель на кафедрі фармації ВНМУ імені М.І. Пирогова та мережі аптек «Бажаємо здоров'я» м. Вінниці в межах профілактики та лікування хворих, яка включає перелік необхідних заходів, які повинен проводити аптечний працівник при відпуску лікарських засобів з аптеки. При цьому було застосовано законодавчі акти та накази МОЗ України, які мають безпосереднє відношення до проблеми фармацевтичної інформації про лікарські засоби та етико-деонтологічні аспекти, які пов'язані із стосунками між хворим та провізором.

Аналізуючи основні вимоги до інформації для пацієнта та раціонального застосування лікарських засобів, необхідно, на нашу думку, притримуватись наступних положень:

- ✓ зближення професійних інтересів лікаря і провізора, які повинні бути спрямовані на хворого, їх професійні знання і досвід, норми професійної фармацевтичної етики;
- ✓ проводити аптечним працівникам роз'яснювальну, консультативну роботу з питань застосування безрецептурних лікарських препаратів для відповідального самолікування, тим самим «не зашкодити» здоров'ю пацієнта;
- ✓ здійснювати контрольну функцію щодо виявлення серед відвідувачів аптеки осіб з «загрозливими» симптомами, які вимагають обов'язкового звернення до лікаря;
- ✓ активно залучатись до заходів щодо попередження та виявлення побічної дії ліків;
- ✓ наявні на сучасному етапі моделі фармацевтичної опіки необхідно переглянути та доповнити правовими положеннями;

Отже, необхідно створити збалансовану, адекватну нормативну базу, яка б забезпечила рівні та прозорі умови для діяльності всіх учасників фармацевтичного ринку.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ «ЛІКО-ПОВ'ЯЗНІ ПОМИЛКИ» В МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ ТА В УКРАЇНІ

Котвіцька А. А., Сурікова І. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Одним із шляхів реалізації конституційного права громадян на якісну медичну та фармацевтичну допомогу є злагоджене функціонування системи надання фармацевтичної допомоги, особливо в аспекті якості послуг, що надаються, а також, забезпечення міжнародних стандартів якості лікарських засобів (ЛЗ), а також системи якості ЛЗ, та ефективного функціонування системи фармацевтичного нагляду. Маніфестом Erice (The Erice Manifesto)

сформульовано сучасний підхід, ключовим акцентом якого є безпека пацієнтів та зведення до мінімуму побічних реакцій.

При дослідженні причин виникнення несприятливих наслідків лікування нами встановлено, що на сьогодні не існує уніфікованої термінології для їх визначення та аналізу. Міжнародний досвід свідчить, що для характеристики помилок під час фармакотерапії використовується термін «medication error», що визначається як ліко-пов'язана помилка.

За визначенням Національної координаційної ради США щодо рапортування та попередження ліко-пов'язаних помилок (NCC MERP), ліко-пов'язана помилка – це будь-яке явище (появи якого можна було б уникнути), яке сталося під час застосування ЛЗ під контролем медичного працівника, пацієнта або споживача, та яке може призвести до невідповідного застосування ЛЗ чи завдати шкоду здоров'ю пацієнта. Як правило, такі явища можуть бути пов'язані з професійною діяльністю, ЛЗ, процедурами (технологіями) і системами, що включають призначення, передачу призначень від одного фахівця до іншого, інструкцію до застосування, упаковку, номенклатуру, склад ЛЗ, відпуск, дистрибуцію, управління, рівень знань, моніторинг і застосування.

Як свідчать дані міжнародних джерел, важливого значення у процесі виявлення, реєстрації, оцінки та попередження ліко-пов'язаних помилок набувають центри фармаконагляду. За результатами роботи воркшопу з питань ліко-пов'язаних помилок (European Union regulatory workshop on medication errors) були сформовані ключові рекомендації, які стали доповненням до Належної практики з фармаконагляду. Дані рекомендації стосуються процесів виявлення, реєстрації та оцінки ліко-пов'язаних помилок, в рамках функціонування систем фармаконагляду країн ЄС.

Необхідно зазначити, що на сьогодні в Україні Наказом МОЗ № 299 від 21.05.2015 р. затверджено стандарт «Настанова Лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду», а також здійснюється низка заходів щодо подальшого розвитку системи фармаконагляду, зокрема розроблено наказ МОЗ України від 13.09.2010 № 769 "Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки", яким передбачено її розбудову шляхом залучення співробітників аптечної мережі до інформування про випадки побічних реакцій при застосуванні ЛЗ та впровадження моніторингу ефективності та безпеки ЛЗ у стаціонарах закладів охорони здоров'я. Разом з тим, незважаючи на високу оцінку міжнародних експертів, вітчизняна система фармаконагляду, на жаль, не враховує дані щодо лікопов'язаних помилок, та вищезгадані рекомендації поки ще не включені до Настанови.

Таким чином, можна стверджувати, що на сьогодні не існує уніфікованої термінології щодо несприятливих наслідків лікування та побічних реакцій, а для характеристики проблем фармакотерапії використовують поняття «ліко-пов'язаної помилки». Системи фармацевтичного нагляду багатьох країн враховують дані щодо ліко-пов'язаних помилок як на міжнародному так і загальнодержавному рівнях. Стосовно української системи фармаконагляду – вона в цілому відповідає міжнародним стандартам, але на даний момент ще не враховує усіх розроблених рекомендацій та потребує реформування, зважаючи на євроінтеграційні процеси.

A PHARMACIST IS “THE LAST LINE OF PATIENTS’ PROTECTION”

Safiulina Z. R., Sofronova I. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Introduction. "Just as in the case of nuclear energy, health care is a dangerous environment where mistakes can lead to injury and death." Therefore, it is important that highly qualified specialists work in healthcare system: physicians, pharmacists, nurses. World Health Organization pays a lot of attention to the role of pharmacists and held a series of meetings where their important

role as a specialist and a physician assistant for promoting the rational prescription and use of medicines was again emphasized.

The **purpose** of the article is to show the importance of pharmaceutical ethics, to analyze most frequent mistakes of pharmacists, to present ways of prevention mistakes during selling of medicines.

Methods of research are logical-structural analysis, the system analysis, documentary analysis.

One of the meetings concerned the training of future pharmacists, development of teaching programs. Emphasis was placed on the personality traits and characteristics of the individual of a pharmacist. In addition to professional knowledge, the pharmacist should possess communication skills, being a link in the triad: a physician – a patient – a pharmacist. In their work pharmacists must strictly adhere to the principles of pharmaceutical ethics, bioethics and deontology.

In 2010, the Ethical Code of pharmaceutical workers of Ukraine was adopted at the VII National Congress of Pharmacists. The Code states that the main task of the professional activity of pharmacists and physicians is to preserve human life and health in accordance with the basic bioethical principle "do no harm".

An important aspect of pharmaceutical mistakes prevention is knowledge that very similar packaging and labels of medicines increase the likelihood of medical and pharmaceutical mistakes. Similar in design packages can be easily confused and medicines with similar names can lead a specialist to mistakes.

It is interesting experience of the USA to prevent such pharmaceutical mistakes. In the US Pharmacopeia a list that contains more than 1,000 pairs of names that are similar in spelling or sound, the so-called homographs and homophones was formed. In the MEDMARX records (a new integrated program of the US Pharmacopeia) a list of similar sounding or writing names is more than 3,000.

As a result of further intensive and productive work of the US Pharmacopoeia was the widespread introduction of technological solutions: computerized systems of medicines' orders control, coding systems, electronic medical records, as well as the appropriate labeling of shelves in pharmacies and non-co-location of medicines homophones and homographs.

The US Pharmacopeia also encouraged to buyers and pharmacists, primarily be based on the indications of drugs, as well as recommended to attending physicians to reflect in the recipe not only the name of the medicine, but its expected effect to complete the information and prevent its mistaken purchase.

Here are some examples of conformable names of medicines.

Loratadinum - Loperamidum

Augmentin - Actovegin

Biseptol - Bisoprololum

Atoxil - Amoxil

Enalapril - Anaprilinum

Adenol - Atenololum

Furacilinum - Furosemidum

Cardonat - Cordarone

Aerius - Erespal

Ziman - Zinnat

The young specialists are confused Corega with Konegra, Contex with Kotex. The physician has prescribed "Mucaltinum intravenously" instead of "Mucolvanum intramuscularly" or "Antibiotic 500 mg" for a woman having a breast child.

A casually prescribed prescription can lead to fatal mistake.

Pharmacists buy the mistaken drug form of medicines, for example, ointment instead of the gel, tablets instead of capsules or vice versa.

Mistakes in the work of pharmacist also occur when an error in the calculation of cash, when regrading or sale of plates instead of the package of the medicine, for example, when is mistakenly realized a part of the package for the price of the whole one.

Pharmacies are widely used computers, cash registers, terminals, scanners, that actually eliminate mistakes with money.

The use of barcodes eliminates the problems with regrading of the goods. Of course, it can not be excluded by 100% probability of error, because there is the human factor.

Measures to prevent pharmaceutical mistakes are:

1. Before you sell the prescription medicine, carefully check the medical disposal.
2. Selling the medicine, ask the patient to check the conformity of the name, dose and method of administration.
3. Reminds to visitors of the pharmacy about possible interactions of medicines.
4. Correctly organize storage of medicines; regularly check compliance with the label, the name and expiration date of medicines.
5. Create in the pharmacy environment that provides maximum concentration, which prevents the appearance of fatigue.

The work of pharmacists is not easy, but it is necessary and honorable. Constant self-improvement is the way to success.

Conclusions. With the help of logical-structural and system analysis methods in the article the importance of pharmaceutical ethics has been shown, the most frequent mistakes of physicians during prescription of medicines and pharmacists during the selling process have been analyzed, ways of prevention mistakes during selling of medicines have been presented.

Алфавітний покажчик

- Adibayeva G. K. 135 ст.
Bondarjeva I. V. 206, 207 ст.
Datkhayev U. M. 135, 159, 213 ст.
Ivko T. 239 ст.
Khaliq R. N. 106 ст.
Jerzy Łazowski 107 ст.
Makarenko O. V. 239 ст.
Mala Zh. V. 215 ст.
Masheiko A.M. 239 ст.
Safiulina Z. R. 252 ст.
Sofronova I. V. 252 ст.
Tulemissov S. K. 135, 159, 213 ст.
Yelshibekova K. M. 159 ст.
Zhakipbekov K. S. 135, 159, 213 ст.
Zhayymbetov K. B. 213 ст.
Адонкіна В. Ю. 77, 166, 248 ст.
Акамова А. В. 222 ст.
Артеменко А. П. 50 ст.
Артюх Т. О. 62, 138 ст.
Аугунас С. В. 105 ст.
Базаренко І. С. 153 ст.
Байгуш Ю. В. 165, 227 ст.
Балинська М. В. 103, 243 ст.
Бандура В. І. 82 ст.
Бардакова Л. В. 53 ст.
Барнатович С. В. 140 ст.
Баскакова А. В. 176 ст.
Белозьорова О. В. 133 ст.
Беляєва О. І. 155 ст.
Бездітко Н. В. 102 ст.
Беккер Н. А. 104 ст.
Беловол А. Н. 226 ст.
Біліченко В. С. 153 ст.
Білоус М. В. 68 ст.
Благун О. Д. 228 ст.
Бобрук В. П. 228 ст.
Богатирчук Л. П. 247 ст.
Бодня К. І. 70, 74 ст.
Бойко А. І. 201 ст.
Бойко П. С. 194 ст.
Бондаренко А. І. 61 ст.
Бошкаєва А. К. 162 ст.
Братішко Ю. С. 186 ст.
Бутко А. Ю. 232 ст.
Васильєв С. В. 64 ст.
Ветютнева Н. О. 119 ст.
Ибрагімова Л. Н. 161 ст.
Винник О. В. 145 ст.
Вишницька І. В. 153, 155 ст.
Волкова А. В. 19, 47 ст.
Вороніна О. М. 189, 208 ст.
Гавриш Н. Б. 185, 196 ст.
Газзаві-Рогозіна Л. В. 70, 71, 74, 241 ст.
Гала Л. О. 72 ст.
Гарник М. С. 151 ст.
Герасимова О. О. 229, 249 ст.
Германюк Т. А. 239, 240 ст.
Гетало О. В. 88, 188 ст.
Глущенко О. М. 172 ст.
Голуб А. Г. 212 ст.
Гончаров А. Б. 202 ст.
Гордзієвська Н. А. 250 ст.
Гринчук І. Г. 132 ст.
Гриценко С. В. 88, 211 ст.
Грошовий Т. А. 83, 142 ст.
Губин Ю. І. 220 ст.
Гудзенко О. П. 122, 140 ст.
Гудивок Я. С. 73 ст.
Данильченко С. Ю. 84 ст.
Дацко А. Й. 85 ст.
Демчук М. Б. 83 ст.
Демянік К. О. 101 ст.
Денис А. І. 83 ст.
Дооталиєва С. Ч. 78 ст.
Дооталиєва Т. Ч. 78 ст.
Дондик Н. Я. 156 ст.
Дроздов Д. В. 134 ст.
Друшляк О. Г. 84 ст.
Дученко М. А. 151 ст.
Дякон І. В. 174 ст.
Жадько С. В. 142 ст.
Жанмурадов Н. 244 ст.
Жерновніков С. О. 88, 211 ст.
Жилякова Е. Т. 176 ст.
Жирова І. В. 108, 115 ст.
Зайцева Ю. Л. 108 ст.
Заліська О. М. 75, 129 ст.
Заріцька Г. М. 237, 244 ст.
Зарічкова М. В. 91, 98 ст.
Заярнюк Н. Л. 123 ст.
Зборовська Т. В. 192 ст.
Зоїдзе Д. Р. 180, 211 ст.
Євтушенко О. М. 58, 86 ст.
Мельник О. А. 142 ст.

Іванова К. А. 65 ст.
Іванюлик І. І. 80 ст.
Кабачна А. В. 232 ст.
Кабачний О. Г. 232 ст.
Казакова В. С. 221 ст.
Калайчева С. Г. 130, 184 ст.
Калашникова К. В. 61 ст.
Калушка О. Б. 142 ст.
Карчаускас В. Ю. 153 ст.
Кечеруков Х. Б. 149, 244 ст.
Кириченко О. М. 141 ст.
Кирпач О. В. 132 ст.
Кисличенко В. С. 144 ст.
Кобец М. Н. 67, 96 ст.
Кобец Ю. Н. 67, 96 ст.
Коваленко С. М. 84 ст.

Коваленко С. С. 84 ст.
Ковальова Н. П. 142 ст.
Козирєва О. В. 35, 182 ст.
Коляда В. В. 109 ст.
Коновалова Л. В. 109 ст.
Кононенко О. В. 60 ст.
Корж Ю. В. 54, 238 ст.
Костюк В. Г. 234 ст.
Косяченко К. Л. 24 ст.
Котвіцька А. А. 19, 29, 47, 53, 60, 97, 100,
189, 233, 234, 235, 251 ст.
Кривов'яз О. В. 236 ст.
Кривов'яз С. О. 236 ст.
Кричковська А. М. 123 ст.
Крупеня В. І. 111 ст.
Кубарєва І. В. 19, 101, 189, 208 ст.
Кучеренко Н. В. 122 ст.
Лебединець В. О. 218 ст.
Лило В. В. 174 ст.
Литвиненко О. В. 156 ст.
Литовченко А. Г. 102 ст.
Літвінова О. В. 89, 110 ст.
Лобова І. О. 234 ст.
Лобур І. П. 123 ст.
Макаренко О. В. 236 ст.
Макарова О. Є. 223 ст.
Малий В. В. 142, 167, 170 ст.
Малютіна Н. В. 105 ст.
Маматова А. С. 144 ст.
Матюха Л. Ф. 105 ст.
Матяшова Н. О. 102 ст.
Ромелашвілі О. С. 198 ст.
Сагайдак-Нікітюк Р. В. 82 ст.

Метковський Є. О. 193 ст.
Мещерякова І. В. 229 ст.
Миляннич А. О. 174 ст.
Міщенко В. І. 145, 169 ст.
Міщенко О. Я. 61, 102, 248 ст.
Могилко В. О. 199, 200 ст.
Мороз С. Г. 48, 114 ст.
Морус Т. В. 249 ст.
Музика Т. Ф. 231 ст.
Муса Истанис Марвек Медхат 142, 170 ст.
Мухіна О. Ю. 212 ст.
Набока О. І. 70, 71, 74, 241 ст.
Назаркіна В. Н. 24, 116, 125, 147 ст.
Наурызгалиева М. Ж. 161 ст.
Немцова В. Д. 226 ст.
Немченко А. С. 24, 52, 57, 103, 117, 127,
149,
169, 243 ст.
Немченко О. А. 120, 246 ст.
Немятых О. Д. 163, 222 ст.
Ніколаєва Ю.Є. 52 ст.
Новиков О.О. 176 ст.
Новикова М. Ю. 176 ст.
Новіков В. П. 123, 174 ст.
Новосел Е. Н. 144 ст.
Носик О. М. 193, 201 ст.
Огарь С. В. 108, 115 ст.
Ольховська А. Б. 167 ст.
Орынбекова С. О. 161 ст.
Осама Абузаид Мохамед Нур Ахмед 86 ст.
Панфілова Г. Л. 54, 104, 237, 238, 244 ст.
Парашин Ж. Д. 123 ст.
Пастухова О. А. 235 ст.
Перцев І. М. 49 ст.
Півень О. П. 154, 166 ст.
Піняжко О. Б. 75, 129 ст.
Плешкова О. В. 230 ст.
Подгайна М. В. 103, 243 ст.
Подгайний Г. Я. 93 ст.
Подколзіна М. В. 57, 130, 184 ст.
Поліщук Ю. М. 240 ст.
Пономаренко М. С. 105 ст.
Портянка М. М. 141 ст.
Посилкіна О. В. 89, 110, 186, 215 ст.
Прилипко Н. А. 153, 155 ст.
Просьяник Л. Ф. 194 ст.
Пузак Н. О. 185, 196 ст.
Рижов О. А. 68 ст.
Цурікова О. В. 54, 237, 238 ст.
Чайковська В. В. 94 ст.

Сакипова З. Б. 144, 161, 162 ст.
Самборська М. І. 157, 191 ст.
Самборський О. С. 157, 164, 191 ст.
Сапсай Р. В. 147 ст.
Светочева І. І. 121 ст.
Семенів Д. В. 73, 80, 165, 227 ст.
Синча Н. І. 156 ст.
Сирота П. С. 133 ст.
Сілаєв А. О. 81, 171 ст.
Сімонян Л. С. 120, 246 ст.
Слабий М. В. 129 ст.
Слободянюк М. М. 157, 164, 191 ст.
Слюсар Н. В. 116 ст.
Слюсар О. А. 250 ст.
Сокурєнко І. А. 237 ст.
Соломенний А. М. 134 ст.
Стадницька Н. Є. 174 ст.
Суріков О. О. 19, 97 ст.
Сурікова І. О. 251 ст.
Сушарина І. В. 55, 125 ст.
Сяркевич О. Р. 75 ст.
Тарасенко Д. Ю. 100 ст.
Терещенко Л. В. 76, 117 ст.
Тетерич Н. В. 76, 117 ст.
Тимошина І. А. 96 ст.
Тімофєєв С. В. 145, 169 ст.
Ткаченко І. В. 154, 166 ст.
Ткачова О. В. 81, 171, 247 ст.
Толочко В. М. 62, 77, 91, 93, 166, 231 ст.
Трохимчук В. В. 49, 132 ст.
Трохимчук В'ячеслав В. 132 ст.
Убогов С. Г. 119 ст.
Унгурян Л. М. 155 ст.
Федорова Л. О. 119 ст.
Федяк І. О. 73, 80 ст.
Філіпцова О. В. 67, 70, 71, 74, 96, 241 ст.
Фитисова А. І. 163 ст.
Фурса Л. І. 57, 116, 149 ст.
Халавка М. В. 49 ст.
Холоденко В. О. 172 ст.
Хоменко В. М. 127 ст.
Хоменко О. І. 123 ст.
Хомутецька Н. І. 212 ст.
Хорошун А. Л. 230 ст.
Царева К. О. 127 ст.
Цубанова Н. А. 194 ст.

Черкашина А. В. 19, 29 ст.
Чернуха В. М. 55, 125 ст.
Чмихало Н. В. 185, 196, 208 ст.
Чолпонбаєв К. С. 78 ст.
Шахворостов В. В. 201 ст.
Шелкова Е. В. 232 ст.
Шматєнко О. П. 133, 134, 230 ст.
Шолойко Н. В. 158 ст.
Шолпанбай А. О. 162 ст.
Шуванова О. В. 154 ст.
Юрченко Г. М. 130, 184 ст.
Юхта Л. О. 109 ст.
Яковлева Л. В. 81, 141, 229 ст.
Яковлева О. С. 88, 106, 247, 248 ст.

Наукове видання

Серія «Наука»

Соціальна фармація:
стан, проблеми та перспективи

МАТЕРІАЛИ

наукового симпозиуму

у рамках VIII Національного з'їзду фармацевтів України

13-16 вересня 2016 року
м. Харків

Відповідальний за видання Суріков О. О.