



Міністерство  
охорони здоров'я  
України



Національний фармацевтичний  
університет  
Кафедра організації та економіки  
фармації

# ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ

МАТЕРІАЛИ

V Всеукраїнської науково-освітньої Internet конференції

(Харків, 12-13 березня 2019 р)



Харків

2019

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

**ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ  
ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО  
СТРАХУВАННЯ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

МАТЕРІАЛИ

*V Всеукраїнської науково-освітньої internet конференції*  
(Харків, 12-13 березня 2019 року)

Харків

2019

УДК: 615.12

**Редакційна колегія:**

Головний редактор: А. С. Немченко

Члени редакційної ради: Г. Л. Панфілова, В. І. Міщенко

Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2019 р.: Розділ науково-практичні конференції №261

**Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики:** матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 12-13 березня 2019 р. / ред. кол.: А.С. Немченко та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2019. – 373 с.

Збірник містить матеріали V Всеукраїнської науково-освітньої Internet конференції «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики», в яких розглянуті питання: підходів до формування Національної лікарської політики виходячи з досвіду впровадження системи оцінки технологій в охороні здоров'я (Health Technology Assessment - HTA); тенденцій розвитку фармацевтичного ринку; розробки сучасних механізмів ціноутворення на лікарські засоби; дослідження механізмів компенсації (реімбурсації) вартості ліків та методів їх впровадження у практичну охорону здоров'я та систему фармацевтичного забезпечення населення, а також у медичне страхування; проведення фармакоеконімічних досліджень.

Матеріали відредаговані членами редакційної ради у відповідності до вимог, які викладені у Інформаційному листі.

## РОЗДІЛ І. Статті

УДК 615.1: 378(091)

### ОСНОВНІ ЦІЛІ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЯК СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ КАФЕДРИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

Немченко А. С., Котвіцька А. А., Панфілова Г. Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@nuph.edu.ua](mailto:economica@nuph.edu.ua)

За останні роки в Україні відбулись значні політичні та соціально-економічні зміни. Неможливо, мабуть, назвати жодної галузі суспільного життя, в яких би після Революції Гідності не стались перетворення. Враховуючи масштабність процесів, які відбулись в українському суспільстві з 2014 р., об'єктивну оцінку цих явищ можна буде зробити лише у перспективі, переломлюючи події та їх наслідки через призму гуманістичного бачення розвитку суспільства та державотворчості в цілому. Такі важливі філософські категорії, як «цінність життя людини», «якість життя», «здоров'я» наповнюються зараз якісно новим змістом та потребують принципової переоцінки на всіх щаблях свідомості пересічних громадян. Створення гідних умов задля ефективної підтримки здоров'я людини та її якості, що відповідає світовим стандартам життя, розглядається новим поколінням українців як безпосередній обов'язок держави. Декларативний характер деяких заяв можновладців викликає в них не запитання, а внутрішній супротив, бо вони вільні від стереотипів радянської медицини. Ігнорувати та не враховувати вже вищезазначене у процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення неможливо.

За умов загострення соціальних протиріч у суспільстві все більшого значення набуває теза про цінність та суспільне значення наукових здобутків наукових шкіл. Зараз саме суспільство ставить багато запитань стосовно

створення сприятливих умов та можливостей для розвитку наукового потенціалу країни. За умов системних перетворень у державі актуальності набуває процес осмислення цінності наукових досліджень особливо у соціально орієнтованих галузях знань, ефективне функціонування яких формує базові умови суспільної злагоди та стабільності у державі. Недієздатність владних структур на шляху реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення у напрямку впровадження європейських норм й вимог, а також демонстративно декларативний характер багатьох законодавчих та нормативно-правових актів, що регулюють фармацевтичну діяльність в Україні, значно знецінили здобутки багатьох вітчизняних наукових шкіл з організаційно-економічного напрямку у фармації. Тому вважаємо за необхідне не лише нагадати, а й дати соціальну оцінку тих наукових здобутків колективу кафедри організації та економіки фармації (ОЕФ) Національного фармацевтичного університету (НФаУ), що стосуються впровадження європейських норм та вимог в організації надання населенню фармацевтичної допомоги у відповідності до вимог Національної лікарської політики (НЛП). Починаючи розгляд цього питання, вважаємо за необхідне детальніше зупинитися на аналізі історіографії розвитку НЛП у контексті становлення сучасного суспільства.

### ***Історіографічний опис процесу становлення Національної лікарської політики у контексті суспільного розвитку***

Здоров'я та життя людини є базовими суспільними цінностями, які не можна розглядати лише через призму матеріальних статків окремої людини, групи людей або їх соціального статусу. Так, вперше концептуальні засади впровадження соціально орієнтованої політики у системі охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення були обговорені у 1975 р. на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я та знайшли своє відображення у резолюції WHA28.66 [1-2]. У зазначеній резолюції вказувалось про необхідність розробки цілого комплексу заходів зі сприяння процесу розробки

національних керівництв з НЛП. Саме з цього періоду почався складний шлях розвитку сучасного фармацевтичного законодавства, процес впровадження основних норм й вимог якого призвело у кінцевому порядку до формування якісного нового бачення ролі держави та суспільних інституцій у збереженні здоров'я та життя громадян. Наступним важливим кроком у розбудові сучасних принципів побудови соціально орієнтованої моделі фармацевтичних відносин були покладені у 1977 р. з розробкою першої редакції Примірного переліку ОЛЗ. WHO (Model List of Essential Medicines) [3-6]. У 1977 р. лише 12 країн мали Національні переліки ОЛЗ, а на даний час вже понад 120 країн світу використовують у своєму регуляторному апараті на ФР зазначені переліки ліків. Рівно рік після впровадження у практичну охорону здоров'я та фармації першої редакції WHO Model List of Essential Medicines (1977 рік) на Алма-Атинській конференції (1978 рік) були визначені стратегічні напрямки розвитку світової спільноти у напрямку формування базових цінностей будь-якої спільноти [1,6]. Так, було ще раз зазначено, що здоров'я та життя людини є найвищою суспільною цінністю, а досягнення рівного доступу населення до ефективної медико-санітарної допомоги та необхідних ліків є найважливішою суспільною метою функціонування національних систем охорони здоров'я та держави в цілому. Задекларовані ще на Алма-Атинській конференції (1978 рік) принципи соціальної справедливості та рівного доступу людей, незалежно від їх матеріального статусу у суспільстві, до ефективної медичної та фармацевтичної допомоги сформували базові принципи розвитку світового сектору охорони здоров'я. У 1979 р. зусиллями міжнародних експертів ВООЗ була представлена програма зі сприяння впровадження ідеології ВООЗ у практичну охорону здоров'я (WHO Action Programme on Essential Drugs) [2,6].

Наступним важливим етапом розвитку сучасної ідеології НЛП можна розглядати проведення конференції ВООЗ у Найробі 1985 року (Conference of Experts on Rational Use of Drugs in Nairobi, 1985 р.). У резолюції зазначеної конференції було вперше визначено поняття «раціонального використання

ліків». Вже у наступному 1986 р. на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я була прийнята резолюція, у якій знайшли своє відображення основні рекомендації зі сприяння раціонального використання ЛЗ. У цьому році Комітет експертів ВООЗ з НЛП (WHO Expert Committee on National Drug Policies) провів нараду з метою розробки та впровадження практичного керівництва для держав-членів під назвою «Керівництво з розробки НЛП» («Guidelines for developing national drug policies»). 1988 р. зазначене Керівництво було представлено світовій фармацевтичній спільноті. Послідовна та наполеглива політика ВООЗ стосовно впровадження сучасної ідеології у розвитку охорони здоров'я та насамперед системи фармацевтичного забезпечення населення мали свої плідні наслідки. Так, за даними ВООЗ кількість людей, які мали доступ до ОЛЗ збільшилось за майже 20-ть років у 2,1 рази з 2100 млн. чоловік на початку впровадження окремих елементів ідеології НЛП до 3800 млн. чол. у 1999 році. До кінця 1999 р. вже 66 країн сформували або поновили національне законодавство, що регулює фармацевтичну діяльність, а 156 держав-членів ВООЗ мали національні переліки ОЛЗ, з яких – 127 переліків були оновлені за п'ять наступних років. Через десятиліття, з урахуванням поточних змін у фармацевтичній сфері діяльності та враховуючи зміни у суспільному баченні таких понять як «якість життя», «соціальне навантаження на аптеки», «відповідальне самолікування», виникла необхідність у перегляді керівних принципів у побудові НЛП, які були представлені у керівництві 1988 р.. Комітет експертів ВООЗ з НЛП (WHO Expert Committee on National Drug Policies) у 1995 р. переглянув діючу редакцію керівництва та після обговорення та консультацій представив до розгляду оновлену версію документу «Як розробити та запровадити НЛП (друге видання)» («How to Develop and Implement a National Drug Policy (Second Edition) [7-9]. Зазначене керівництво було представлено на міжнародній конференції з НЛП (Conference on National Medicinal Drug Policies, Manly, Australia, 1995). Конференція 1995 року зібрала 300 осіб з майже 50 країн і зосередилася на чотирьох ключових її цілях, а саме:

рівність доступу до ліків, раціональне використання, якість лікарських засобів та роль фармацевтичної промисловості. Була започаткована важлива практика активного обговорення основних шляхів реалізації НЛП за регіональним принципом. Так, на науковому семінарі з НЛП, на якому були представлені 14 країн Тихоокеанського регіону у 1996 р., були представлені основні напрямки та заходи щодо впровадження освітніх програм у сфері раціонального вживання ЛЗ, етичних норм досліджень та споживання ліків населення у суспільному та приватному секторах охорони здоров'я. Надалі питання раціонального використання ЛЗ були обговорені на міжнародній конференції, проведеній у Таїланді 1997 р. (International Conference on Improving Use of Medicines, Thailand, 1997).

Наступним заходом, за результатами якого було сформоване нове бачення НЛП у розрізі формування глобальної системи безпеки життя, була Азіатсько-Тихоокеанська конференція з питань НЛП, що відбулася 26-29 травня 2012 р. у Сіднеї, Австралія. Близько 17 років після конференції Manly, Australia (1995 р.) 233 делегатів з 46 країн обговорювали регіональні особливості впровадження основних реалізацій основних цілей НЛП. Проведенню зазначеної конференції сприяла поява чисельних інформаційних повідомлень з приводу непослідовного характеру прагнень національних урядів різних країн у реалізації цілей НЛП. У результаті цього, міжнародні експерти поставили під сумнів прогрес у реалізації цілей НЛП у деяких країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону. Особлива увага на конференції приділялась виявленню ключових перешкод та факторів, які знижують ефективність реалізації політики, а також розробці заходів, спрямованих на подолання цих бар'єрів. Крім цього, було запропоновано впровадження системи моніторингу процесу реалізації цілей НЛП на всіх рівнях надання населенню фармацевтичної допомоги й послуги. На наш погляд, важливим здобутком цієї конференції, який вселяє надію на ефективну реалізацію цілей НЛП у країнах, що розвиваються, є формування сталого регіонального співробітництва між



різними групами, професійними спільнотами у фармації та державами. Важливими результатами цієї конференції є постійне прагнення до подальшої реалізації національної політики щодо ліків в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні. Вселяє надію і той факт, що тривале та продуктивне обговорення ефективних шляхів реалізації цілей та розвиток складових НЛП між країнами, подальше регіональне співробітництво у надалі сприятиме підтримці з боку державних структур глобального плану щодо формування рівних умов доступності населення до ефективної фармацевтичної допомоги та послуги. Слід зазначити, що на даний час більшість країн світу вже розробили та постійно оновлюють національні керівництва з НЛП, які можна знайти у вільному інформаційному просторі. Зупинимось детальніше на аналізі сучасного бачення основних цілей та складових НЛП, а також базових умов її ефективної реалізації, у т. ч. в Україні.

***Національна лікарська політика як сучасна ідеологія розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення та пріоритетний напрямок наукових досліджень***

За рекомендаціями ВООЗ, НЛП є невід'ємною складовою державної політики у сфері охорони здоров'я та системі фармацевтичного забезпечення населення [10]. Основним пріоритетом створення НЛП є підвищення ефективності виконання державних гарантій у фармацевтичному забезпеченні населення за такими напрямками:

- **доступність (Access: equitable availability)** – рівний доступ населення до ОЛЗ за доступною вартістю;
- **якість (Quality)** – якість, безпечність і ефективність усіх лікарських засобів (ЛЗ);
- **раціональне застосування (Rational use)** – забезпечення необхідних умов для того, щоб лікарі призначали, а пацієнти застосовували препарати відповідно до встановлених правил відповідно до клінічних показників та рентабельності препарату;

- **підвищення економічної та фізичної доступності лікарських засобів,** у т. ч. за рахунок збільшення обсягів виробництва національної фармацевтичної промисловості.

В цілому, НЛП має забезпечити законність і стабільність діяльності всіх суб'єктів фармацевтичної діяльності та самої галузі в цілому. Конкретніші цілі та завдання НЛП залежать від ситуації у країні, національної політики її системи охорони здоров'я та політичних пріоритетів, встановлених Урядом. Завдання функціонування системи охорони здоров'я можуть бути доповненими, наприклад, соціально-економічними, зокрема, додатковим завданням може бути збільшення обсягів виробництва національної фармацевтичної промисловості або розробка й впровадження механізмів стимулювання споживання ЛЗ профілактичної медицини або генеричних препаратів з доведеною біоеквівалентністю оригінальному препарату тощо. При цьому державна політика повинна ґрунтуватися на принципах прозорості, ефективного, суспільно обумовленого регулювання, стимулювання сумлінної конкуренції, моніторингу ефективності впроваджених процесів задля їх вдосконалення за принципом «зворотнього зв'язку» тощо. Враховуючи зростаюче соціальне навантаження на заклади охорони здоров'я, особливої актуальності набуває посилення ролі громадського контролю за ефективністю державного регулювання медичної та фармацевтичної діяльності у напрямку реалізації основних цілей НЛП.

До основних рекомендацій розробки та впровадження національних (специфічних) цілей НЛП у країнах слід віднести:

- забезпечення населення країн ефективними, якісними, безпечними та доступними ЛЗ з метою досягнення максимального терапевтичного ефекту за умов існуючого ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я;
- розширення доступу до ОЛЗ як для програм фармацевтичного забезпечення, що фінансуються за рахунок державних або суспільних

фондів, а також для пересічних громадян незалежно від їх соціального та матеріального статусу у суспільстві;

- раціональне використання коштів державного бюджету, які об'єктивно мають обмежений характер задля закупівлі ЛЗ та надання ефективної медичної та фармацевтичної допомоги;
- заохочення прямих іноземних інвестицій у фармацевтичний сектор економіки, а також у суспільну галузь охорони здоров'я з метою розробки новітніх технологій створення вітчизняних ЛЗ, біологічних препаратів, у т.ч. вакцин та сироваток, а також забезпечення застосування новітніх вітчизняних ЛП у практичну медицину та надання населенню ефективної фармацевтичної допомоги та послуги;
- розробка комплексу заходів щодо посилення мотиваційної складової у процесі виробництва та позиціонування ЛЗ вітчизняного виробництва на внутрішньому ФР;
- нормативно-правове та організаційно-економічне спрощення процесу закупівлі ЛЗ за бюджетні кошти або за рахунок суспільних фондів, а також моніторинг раціонального їх розподілу між закладами охорони здоров'я;
- посилення сумлінної цінової конкуренції ЛЗ задля підвищення рівня їх доступності для різних верств населення;
- сприяння раціональному використанню ЛЗ шляхом підвищення рівня інформованості медичних та фармацевтичних фахівців стосовно питань фармакоеконімічної оцінки ефективності застосування різних схем фармакотерапії з використанням сучасної ідеології «Health technology assessment» (HTA).

Аналізуючи результати наукових теоретико-прикладних досліджень, які проводилися на кафедрі ОЕФ НФаУ протягом декількох десятиліть, можна стверджувати, що всі вищезазначені рекомендації ВООЗ щодо ефективної реалізації цілей НЛП знайшли своє гідне відображення у науковій роботі

кафедри ОЕФ НФаУ. Результати систематизації здобутків організаційно-економічної школи кафедри ОЕФ НФаУ представлені у таблиці 1. Систематизуючи отримані результати науковців та шляхи їх впровадження у практичну охорону та систему фармацевтичного забезпечення населення на різних рівнях організації фармацевтичної діяльності, нами визначені основні характерні риси та ознаки (табл. 1). **По-перше**, їх відрізняє масштабність та послідовність у проведенні за різними напрямками, від аналізу та розробки ефективних механізмів регулювання фармацевтичною діяльністю на макро- та мікроекономічному рівні до психоемоційних й освітніх характеристик фахівців галузі. **По-друге**, кожен з представлених напрямків досліджень мав своє конкретне відображення у вітчизняній законодавчо-нормативній та правовій базі, яка регулює фармацевтичну діяльність в Україні. Перераховувати всі законодавчі документи, в яких представлені фрагменти досліджень науковців кафедри ОЕФ, не є можливим, але можна згадати, наприклад, активну участь співробітників у розробці «Етичного кодексу фармацевтичних працівників України», що був прийнятий на VII Національному з'їзді фармацевтів України (15-17 вересня 2010 р.), Національного переліку ОЛЗ (2011 р., 2006 р.), «Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011 - 2020 рр.», що затверджена наказом МОЗ України від 13.09.2010 №769, проектів концепції Державної цільової програми «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих ЛЗ вітчизняними, у т. ч. біотехнологічними препаратами та вакцинами на 2011-2021 роки», «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» від 18.04.2007 р., «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 23.03.2007 р. №3155 тощо. **По-третє**, завдяки масштабності досліджень, що проводяться науковцями кафедри, створюються сприятливі умови для ефективного впровадження їх у практичну фармацію. Це вказує на високий науковий рівень їх проведення. **По-четверте**, порівнюючи дані вже існуючої нормативно-правової бази з питань впровадження основних складових НЛП та

реалізації її цілей, а також нагальні запити практичної медицини та фармації зі спектром досліджень кафедри, можна констатувати, що думка науковців значно випереджує проблематику функціонування вітчизняної системи фармацевтичного забезпечення. Так, наприклад, вперше в українській науці визначення поняття «Національна лікарська політика» приведене ще у 2008 р. (Немченко А.С., Хоменко Н.М.). Ґрунтовний аналіз необхідності впровадження НЛП та передумови її розвитку був зроблений у доповіді на першій Всеукраїнській науково-освітній інтернет-конференції «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» (2008 р.). При цьому на державному рівні «Проект Національної політики щодо забезпечення ЛЗ» з'явився у відкритому інформаційному просторі лише 2016 року. **По-п'яте**, інтеграційний характер наукових досліджень, що проводяться на кафедрі, дають змогу розглядати питання на міждисциплінарному стику понять та категорій, що дозволяє формувати якісне нове бачення проблем та перспектив розвитку того чи іншого процесу. Внаслідок цього у науковий обіг було запроваджено такі поняття, як «Фармацевтична допомога», «Фармацевтична послуга», «Реімбурсація», «Фармацевтична економіка» та ін.

Таке стратегічне випередження науки, порівняно з вимогами практичної фармації та існуючої законодавчо-правової та нормативної бази, вказує не лише на високу цінність здобутків, а й високий науковий потенціал наукової школи, яка сформована та ефективно функціонує на кафедрі ОЕФ. У цьому сенсі незрозумілим є факт нехтування її напрацювань та практичних рекомендацій з боку владних структур і відомств. Так, наприклад, виникає питання, чому у Постанові КМ України від 05.12.2018 р. № 1022 «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2015 року» такий важливий термін, як «Національна лікарська політика» був вихолощеним зі змісту та замінений поняттям «Державна стратегія забезпечення населення лікарськими засобами».

## Систематизація результатів науково-прикладних досліджень наукової школи кафедри ОЕФ НФаУ

Рік	Назва та бібліографічні дані	Автори
<b>МОНОГРАФІЇ</b>		
<b>1999</b>	Немченко А.С. Фармацевтическое ценообразование: монографія / А.С. Немченко. – Х.: «Радар», 1999. – 290 с.	Немченко А.С.
<b>2009</b>	Панфілова Г.Л. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування: монографія / Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, О.А. Немченко – Х.: «Авіста-ВЛТ», 2009. – 228 с.	Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Немченко О.А.
<b>2010</b>	Немченко А.С. Государственный контроль деятельности аптечных учреждений: монографія/ А.С. Немченко, В.Н. Назаркина, Н.И. Синча.– Х.: Авіста-ВЛТ, 2010. – 232 с.	Немченко А.С., Назаркина В.Н., Синча Н.И.
<b>2012</b>	Немченко А.С. Ціноутворення на лікарські засоби: монографія / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.А. Немченко (2-ге вид., доп. та перероб.) – Х.: Вид-во ФОП Вировець А.П. Видавнича група «Апостроф», 2012. – 304 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л., Немченко О.А.
<b>2015</b>	Хрестоматія фармацевтического качества / Ю.В. Подпружников, А.А. Ишмухаметов, А.С. Немченко и др. Под.ред. А.А. Ишмухаметова. – М.: ООО «Группа Ремедиум», 2015. – 432 с.	Подпружников Ю. В., Ишмухаметов А.А., Немченко А.С.и др.
<b>2017</b>	Система качества и надлежащие практики в фармации: Учебное пособие / Ю.В. Подпружников, А. С. Немченко, Л. Н. Андриюкова, Н. И. Гуменюк– Киев: ТОВ «СІК ГРУП Україна», 2017.– 652 с.	Подпружников Ю. В., Немченко А.С., Андриюкова Л. Н. Гуменюк Н.И. ,и др.
<b>НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>		
<b>1999</b>	Взаємодія безрецептурних ненаркотичних анальгетиків і нестероїдних протизапальних засобів з іншими ліками та деякі аспекти їх відпуску з аптечних закладів): метод. рек. / А. С. Немченко, Л.О.Гала. – Х., 1999. – 28 с.	Немченко А.С. Гала Л.О.
<b>2000</b>	Формування оптимального асортименту безрецептурних не-наркотичних анальгетиків і нестероїдних протизапальних засобів та їх аналогів на підприємствах фармацевтичної галузі: метод. рек. / А. С. Немченко, Л.О.Гала. – Х., 2000. – 34 с.	Немченко А.С. Гала Л.О.
	Методичні рекомендації з організації невідкладної лікарської допомоги населенню при виникненні надзвичайних ситуацій. – Національна фармацевтична академія. – Харків, - - 2000. – 28 с.	Дмитрієвський Д.І., Юрченко Г.М.

<b>2006</b>	Методичні рекомендації з розробки концептуальних засад пріоритетного розвитку соціально ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення. – Харків, - НФаУ. – 2006. – 25 с.	Немченко А.С. Котвіцька А.А.
	Методичні рекомендації «Фармакоєкономічне обґрунтування стандартів фармацевтичної допомоги в практиці сімейних лікарів». – Харків. – 2006.– 30 с.	Немченко А.С. Котвіцька А.А. Суріков О.О.
	«Методичні рекомендації з наукового обґрунтування механізмів державного управління процесом формування національної лікарської політики»: Київ. – 2006.– 30 с.	Немченко А.С., Хоменко В.М.
<b>2007</b>	Методичні рекомендації „Організаційно-економічні принципи формування тарифної політики за умов впровадження в Україні медичного страхування”. – Харків. – 2007.– 22 с.	Немченко А.С., Панфілова Г.Л.
	Методичні рекомендації «Організаційно-економічні аспекти використання статинів при лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця» – Харків. – 2007.– 27 с.	Панфілова Г.Л., Корж Ю. В.
<b>2009</b>	Обґрунтування методики формування комп'ютерної інформаційної системи (на прикладі фармакотерапії гастроєзофагеальної хвороби): метод. рек. / А.А. Котвіцька, О.О. Суріков. – Х., 2009. – 28 с.	Котвіцька А.А., Суріков О.О.
	Оцінка стану забезпечення фахівців фармацевтичної галузі інформацією про лікарські засоби: метод. рек. / А.А. Котвіцька, О.О. Суріков. – Х., 2008. – 28 с.	Котвіцька А.А., Суріков О.О.
	Організаційно-економічні принципи фармацевтичного забезпечення хворих на рак молочної залози: метод. рек. / А.С. Немченко, М.В. Подгайна. – К.: ФОП «Азамаєва В.П.», 2009. – 23с.	Немченко А.С., Подгайна М.В.
	Фармакоєкономічна оцінка стандартних схем фармакотерапії раку молочної залози та раку тіла матки: метод. рек. / А. С. Немченко, М. В.Подгайна. – К.: ФОП «Азамаєва В.П.», 2009. – 26с.	Немченко А.С., Подгайна М.В.
	Фармакоєкономічне дослідження з розробки ефективних моделей фармацевтичного забезпечення хворих на остеоартроз: метод. рек. / Г.Л. Панфілова, Г.М.Заріцька – Х., 2009. – 21 с.	Панфілова Г.Л., Заріцька Г.М.
<b>2010</b>	Методичні рекомендації з проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.В. Коваленко, І.В. Кубарєва – Х. –2010. – 17 с.	Немченко А.С. Косяченко К.Л. Коваленко О.В. Кубарєва І.В.
	Маркетинговий, експертний та фармакоєкономічний аналіз груп препаратів, які використовуються для етіотропної терапії хронічних вірусних гепатитів / А. С. Немченко, Грицик А.Р., І. О. Федяк. – Метод. реком. – Х. –2010. – 29 с.	Немченко А. С., Грицик А.Р. Федяк І. О.

	Немченко А. А. Методика проведення клініко-економічного аналізу тендерних закупівель ЛЗ за державними цільовими програмами /А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, Г. Л. Панфілова – Метод. реком. – Х. –2010. – 26 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Панфілова Г. Л.
	Котвіцька А.А. Клініко-економічне обґрунтування ефективних напрямків фармацевтичного забезпечення хворих на інфаркт міокарда /А. А. Котвіцька, О. І. Красуля – Метод. реком. – Х. –2010. – 25 с.	Котвіцька А.А., Красуля О. І.
	Немченко А. С. Клініко-економічний аналіз етіотропної противірусної та патогенетично-симптоматичної фармакотерапії стаціонарних хворих з хронічними вірусними гепатитами /А. С. Немченко, І. О. Федяк – Метод. реком. – Х. – 2010. – 26 с.	Немченко А. С. , Федяк І. О.
	Немченко А. С. Фармакоеконімічні підходи до раціонального використання препаратів для етіотропної терапії хронічних вірусних гепатитів /А. С. Немченко, І. О. Федяк. – Метод. реком. – Х. –2010. – 24 с.	Немченко А. С., Федяк І. О.
	Панфілова Г. Л. Фармакоеконімічне обґрунтування заходів з підвищення ефективності медикаментозного забезпечення хворих на остеоартроз / Г. Л. Панфілова, Г. М. Заріцька. – Метод. реком. – Методичні рекомендації. – Х. –2010. – 27 с.	Панфілова Г. Л., Заріцька Г. М.
<b>2011</b>	Методичні рекомендації з проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами // А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.В. Коваленко, І.В. Кубарева. – Метод. реком. – Харків. – 2011. – 17 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Коваленко О.В., Кубарева І.В.
	Методологічні принципи оцінки технологій в охороні здоров'я й фармації за кордоном та в Україні / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.А. Немченко . – Метод. реком. – Харків. – 2011. – 20 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Немченко О.А.
	Маркетинговий, нормативно-правовий, експертний, фармакоеконімічний аналіз гепатопротекторних препаратів групи А05В / А.С. Немченко, І.О. Федяк, А.Р. Грицик – Львів: ДП МВС України «Львів – Інформ – Ресурси», 2011. – 30 с.	Немченко А.С., Федяк І.О. Грицик А.Р.
	Фармакоеконімічні підходи до раціонального використання препаратів для етіотропної терапії хворих на хронічні вірусні гепатити: метод. рек. / А.С. Немченко, І.О. Федяк. – Метод. реком. – Львів: ДП МВС України «Львів – Інформ – Ресурси», 2011. – 31 с.	Немченко А.С., Федяк І.О.
	Клініко-економічний аналіз етіотропної противірусної та патогенетично-симптоматичної фармакотерапії стаціонарних хворих на хронічні вірусні гепатити: метод. рек. / А.С. Немченко, І.О. Федяк – Львів: ДП МВС України «Львів – Інформ – Ресурси», 2011. – 31 с.	Немченко А.С., Федяк І.О.
	Обґрунтування організаційної структури управління системою оцінок нових технологій в охороні здоров'я та фармації в Україні: метод. реком. / К.Л. Косяченко, А.С. Немченко. –	Косяченко К.Л., Немченко А.С.



	Харків. – 2011. – 20 с.	
	Клініко-економічне обґрунтування ефективних напрямків фармацевтичного забезпечення хворих на інфаркт міокарда: метод. реком. / А.А. Котвіцька, О.І. Красуля – Харків: НФАУ, 2011. – 25 с.	Котвіцька А.А., Красуля О.І.
	Сучасні фармако-економічні підходи до фармацевтичного забезпечення хворих на опіїдну наркозалежність: методичні рекомендації / А.С. Немченко, О.С. Яковлева . – Харків : НФАУ, 2011. – 24 с.	Немченко А.С., Яковлева О.С.
<b>2012</b>	Аналіз ринку парафармацевтичних товарів в Україні : метод. рек. / А. С. Немченко, В. І. Міщенко. – К., 2012. – 20 с.	Немченко А.С., Міщенко В.І.
	Удосконалення регулювання обігу парафармацевтичних товарів в Україні: метод. рек. / А. С. Немченко, В. І. Міщенко. – К., 2012. – 20 с.	Немченко А.С., Міщенко В.І.
	Методологічні принципи оцінки технологій в охороні здоров'я й фармації за кордоном та в Україні: метод. рек. / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.А. Немченко – Х., 2011. – 20 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Немченко О.А.
	Обґрунтування організаційної структури управління системою оцінок нових технологій в охороні здоров'я та фармації в Україні: метод. рек. / К.Л. Косяченко, А.С. Немченко – Х., 2011. – 20 с.	Косяченко К.Л., Немченко А.С.
<b>2013</b>	Визначення тарифів за індивідуальне виготовлення і фасування лікарських засобів та медичних виробів аптеками / А.С. Немченко, К. Л. Косяченко, В. М. Чернуха, О. М. Глущенко. – Київ, 2013. – 23 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Чернуха В.М., Глущенко О.М.
	Визначення тарифів за серійне виготовлення і фасування лікарських засобів та медичних виробів аптеками (методичні рекомендації) / А.С. Немченко, К. Л. Косяченко, М. Л. Сятиня, В. М. Чернуха, О. М. Глущенко. – Київ, 2013. – 22 с.	Немченко А.С., Косяченко К.Л. Сятиня М.Л., Глущенко О.М.
	Клініко-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення хворих на грип в умовах стаціонару: метод. рек./ А.С. Немченко, Л.С. Сімонян. – Х.: НФАУ, 2013. – 23 с.	Немченко А.С., Сімонян Л.С.
	Методичні рекомендації щодо розробки соціально-економічних переліків лікарських засобів для лікування хворих на рак шлунка та рак прямої кишки: метод. рек. / А.С. Немченко, С. О. Жаркова. – Київ, 2013. – 24 с.	Немченко А.С., Жаркова С.О.
	Методичні рекомендації щодо розробки страхових переліків лікарських засобів для лікування хворих на грип, ускладнений бактеріальною пневмонією: метод. рек. / А.С. Немченко, Л.С. Сімонян. – Х.: НФАУ, 2013. – 27 с.	Немченко А.С., Сімонян Л.С.
	Оцінка проблем рецептурного відпуску лікарських засобів та визначення шляхів їх вирішення в Україні: метод. рек. / А.С. Немченко, Л.В. Терещенко. – Київ, 2013. – 20 с.	Немченко А.С., Терещенко Л.В.

	Оцінка якості фармакотерапії хворих на рак шлунку та прямої кишки : метод. рек. / А.С. Немченко, С. О. Жаркова. – Київ, 2013. – 22 с.	Немченко А.С., Жаркова С.О.
	Фармакоекономічна оцінка диференційованих схем фармакотерапії стану відміни у хворих, залежних від опіоїдів : метод. рек. / А. С. Немченко, О. С. Яковлева. – К. : 2012. – 24 с.	Немченко А.С., Яковлева О.С.
	Обґрунтування показників амбулаторної та стаціонарної рецептури в Україні: метод. рек. / А.С. Немченко, Л.В. Терещенко. – Київ, 2013. – 22 с.	Немченко А.С., Терещенко Л.В.
<b>2014</b>	Клініко-економічний аналіз стану лікарського забезпечення хворих на лейкози в Україні: метод. рек. / Г. Л. Панфілова, О. В. Цурікова. – К., 2014. – 24 с.	Панфілова Г.Л., Цурікова О.В.
	Обґрунтування заходів з підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення хворих на лейкози в Україні: метод. рек. / Г. Л. Панфілова, О. В. Цурікова. – К., 2014. – 23 с.	Панфілова Г.Л., Цурікова О.В.
	Формування собівартості екстемпоральних лікарських засобів: розрахунок тарифів за індивідуальне виготовлення ліків в аптеці / А. С. Немченко, В. М. Назаркіна, К. О. Царьова // Метод. реком. – К., 2015. – 37 с.	Немченко А.С., Назаркіна В.М. Царьова К.О.
<b>2016</b>	Обґрунтування соціально-економічних переліків лікарських засобів для лікування ентеритів вірусного походження (вірусних діарей) у дітей (методичні рекомендації)/ А. С. Немченко, М. В. Балинська. – Харків. – 2016. – 27 с.	Немченко А.С., Балинська М.В.
	Немченко А. С. Сучасні організаційно-економічні підходи до підвищення ефективності надання фармацевтичної допомоги хворим на рак легенів (методичні рекомендації) / А. С. Немченко, Л. І. Фурса – Харків. – 2016. – 21 с.	Немченко А.С., Фурса Л.І.
	Оцінка стану фармакотерапії вірусних (секреторних) діарей у дітей (методичні рекомендації) / А.С. Немченко, М. В. Балинська. – Харків. – 2016. – 19 с.	Немченко А.С., Балинська М.В.
<b>2017</b>	Організація проведення аналізу ефективності діяльності професійних громадських фармацевтичних організацій в Україні: метод. рек./ І. В. Сушарина, А.С. Немченко, В. М. Хоменко, – Х.: НФаУ, Дон. НМУ, 2017. – 20 с.	Сушарина І.В., Немченко А.С.
<b>2018</b>	Оцінка сучасного стану лікарського забезпечення хворих на серцево-судинні захворювання: метод. рек. / А.С. Немченко, В. М. Назаркіна, Ю. Є. Куриленко – Харків: НФаУ, 2018. – 30 с.	Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є.
<b>2019</b>	Теоретико-прикладні підходи до розробки та впровадження Належної аптечної практики в Україні: метод. рек. /Л.О. Гала, Г.Л. Панфілова – Харків: НФаУ, 2019. – 28 с.	Гала Л.О., Панфілова Г.Л.

Наприклад, у національних керівництвах різних країнах використовується саме термін «Національна лікарська політика» («National Drug Strategy» – Australia; «National Drug Policy 2015 to 2020» – New Zealand; «National Drug Policy» – Nigeria; «National drug policy» – Bangladesh ; «Czech Republic's National Drug Policy Strategy 2010–2018» – Czech Republic; «National Drug Policy for South Africa» – South Africa; «National Drug Policy» – Uganda й таке ін.).

У зазначеній постанові зазначено, що «Державна стратегія реалізації державної політики щодо забезпечення населення ЛЗ» передбачає:

- забезпечення якісного та раціонального відбору ЛЗ до Національного переліку ОЛЗ і пакету медичних гарантій;
- розвиток програми «Доступні ліки»;
- удосконалення системи державного регулювання цін на ЛЗ;
- початок роботи агентства з НТА;
- посилення конкуренції на ринку між виробниками, дистриб'юторами і аптеками;
- удосконалення системи постачання препаратами;
- покращення рівня доступу населення до інновацій у сфері охорони здоров'я;
- врегулювання питання патентів на виробництво ЛЗ;
- початок роботи централізованого закупівельного агентства;
- оптимізація процесу публічних закупівель ЛЗ, їх розподілу і постачання з урахуванням фактичних потреб, а також удосконалення розрахунку потреб закладів охорони здоров'я в ліках через систему постійного моніторингу [11].

Концептуальні складові НЛП, ефективна реалізації яких сприяє максимальному досягненню основних її цілей, наведена у матриці, яку науковці кафедри ОЕФ доповнили своїм баченням цієї проблеми в умовах функціонування національної системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення (табл. 2).

**Матриця процесу ефективного досягнення цілей НЛП у національних системах охорони здоров'я та системі фармацевтичного забезпечення населення**

Складові	Характер впливу на реалізацію основних цілей НЛП		
	Доступність	Якість	Раціональність застосування
Національний перелік ОЛЗ	Прямий вплив*	Опосередкований вплив*	<b>Прямий вплив**</b>
Рівний доступ населення до ЛЗ незалежно від матеріального та соціально-економічного статусу у суспільстві	Прямий вплив*	<b>Опосередкований вплив**</b>	<b>Опосередкований вплив**</b>
Науково обґрунтована модель фінансування системи фармацевтичного забезпечення населення	Прямий вплив*	<b>Опосередкований вплив**</b>	<b>Опосередкований вплив**</b>
Ефективне постачання ЛЗ на рівні медичних закладів (стаціонарні хворі) та населенню при відпуску ЛЗ амбулаторним хворим та клієнтам аптечних закладів	Прямий вплив*	<b>Опосередкований вплив**</b>	Опосередкований вплив*
Державне регулювання фармацевтичною діяльністю та забезпечення якості ЛЗ на всіх етапах товаропровідної мережі	<b>Прямий вплив**</b>	Прямий вплив*	Прямий вплив*
НТА як сучасна методологія у побудові раціональних моделей медичного та фармацевтичного обслуговування населення	<b>Прямий вплив**</b>	<b>Опосередкований вплив**</b>	Прямий вплив*
Наукові дослідження	Прямий вплив*	Прямий вплив*	Прямий вплив*
Кадровий потенціал галузі та інституції перманентного підвищення їх кваліфікації	Прямий вплив*	Прямий вплив*	Прямий вплив*
Система моніторингу оцінки ефективності реалізації основних цілей НЛП	Прямий вплив*	Прямий вплив*	Прямий вплив*
<b>Громадський та професійний рух у фармацевтичній галузі як елементи моніторингу «зворотнього зв'язку» ефективності цілей НЛП **</b>	<b>Прямий вплив**</b>	<b>Опосередкований вплив**</b>	<b>Опосередкований вплив**</b>

Примітка : \* та \*\* – рекомендації ВООЗ; \*\* – бачення науковців кафедри ОЕФ

Підводячи підсумки, зазначаємо, що відносини держави та фармацевтичної спільноти, насамперед науковців є вкрай важливими для ефективного розвитку усієї системи охорони здоров'я. Їх стан може відігравати як позитивну роль, виступаючи механізмом сприяння та прискорення соціально-економічного розвитку, що є основним завданням держави, так і негативну, за якої зміст відносин «держава – фармацевтична спільнота, у т.ч. наукова» виступає механізмом гальмування, або навіть пригнічення суспільного розвитку. На сьогодні впевнено можна стверджувати, що в Україні формуються складові ефективного діалогу між суб'єктами системи фармацевтичного забезпечення населення, проте він поки ще не набув належного рівня та цілісності й системного характеру. Як свідчить міжнародний досвід, найбільш ефективною формою такого діалогу між суб'єктами фармацевтичних відносин є соціальний діалог. Саме ефективна реалізації основних цілей НЛП та функціонування її складових, що базується на науково обґрунтованих підходах, сприяє подальшому розвитку соціального діалогу між різними суб'єктами системи фармацевтичного забезпечення населення. При цьому, фармацевтичний бізнес повинен бути соціально відповідальним, державна політика виваженою, а сама держава бути гарантом стабільних та прозорих відносин між усіма учасниками такої складної та багатогранної структури, якою є система фармацевтичного забезпечення населення. Такий діалог сформує об'єктивне підґрунтя процесу консолідації у фармацевтичному просторі, у якому думка вітчизняних науковців буде почута та гідно оцінена.

### **Література**

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978 [homepage on the Internet]. [cited 2017 Sep 18]. Available from: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

2. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008;372(9642):917-27.
3. Hogerzeil HV. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? *Bull World Health Organ*. 2006;84(5):371-5.
4. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, Pevalin D, Paez DA, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008; 372(9655):2047-85.
5. Katrina Perehudoff S, Toebes B, Hogerzeil H. (2016) Essential medicines in national constitutions: Progress since 2008. *Health Hum Rights.*; 18: 141-56.
6. Mersiha Mahmić-Kaknjo, Antonia Jeličić-Kadić, Ana Utrobičić, Kit Chan Lisa Bero, Ana Marušić. (2018) Essential medicines availability is still suboptimal in many countries: a scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*; 98: 41-52
7. WHO. Guidelines for developing national drug policies. Geneva: World Health Organization; 1988.
8. WHO. WHO medicines strategy. Framework for action in essential drugs and medicines policy 2002–2003. Geneva: World Health Organization; 2000. WHO/EDM/2000.1.
9. WHO. Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Report of the WHO Expert Committee on National Drug Policies. Geneva: World Health Organization; 1995. WHO/DAP/95.9.
10. Система качества и надлежащие практики в фармации: Учебное пособие/ Ю. В. Подпружников, А. С. Немченко, Л. Н. Андрюкова, Н. И. Гуменюк– Киев: ТОВ «СІК ГРУП Україна», 2017.– 652 с.
11. Постанова КМ України «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення ЛЗ на період до 2025 року» від 05.12.2018 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-п>

УДК 615.281.9+613.95+616.921.9+(477.86)+(410)

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЯМ, ХВОРИМ НА КАШЛЮК, В УКРАЇНІ ТА ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

Білик І. П., Федяк І. О.

Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

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

Україна

[economica@nuph.edu.ua](mailto:economica@nuph.edu.ua)

**Резюме.** Кашлюк, незважаючи на досягнуті успіхи у вакцинопрофілактиці, залишається актуальною проблемою дитячої інфектології. Метою роботи стало порівняння підходів до етіотропної терапії дітей, хворих на кашлюк, рекомендованої чинними нормативно-правовими документами в Україні та Великобританії, а також співставлення результатів із даними реальної клінічної практики в Україні. Матеріали і методи дослідження: здійснено опрацювання 834 медичних карт стаціонарних хворих на кашлюк; до оцінки сукупності лікарських призначень використано ретроспективний частотний/ABC/VEN метод аналізу. Результати і висновки: встановлено, що вітчизняний протокол, порівняно із британським, є застарілим (2004 р.), містить здебільшого загальні, недеталізовані вимоги до лікування. Водночас результати реальної клінічної практики в областях дослідження не відповідали як українському, так і британському протоколам лікування дітей, хворих на кашлюк. Виявлено, що частка препаратів зі статусом V за вітчизняним протоколом склала тільки 16,4% серед ЛП групи А за частотою використання. Разом з тим, антибактерійні препарати у рейтингу призначень за торговими найменуваннями (ТН) зайняли лише 11, а за INN – 5 позицію. Лідерами були: мікстура з аміназином (62,6%), Но-шпа® р-н д/ін. 40 мг амп. 2 мл, №25 «Санofi-Авентіс Україна» (49,3%), Новокаїн розч.д/ін. 0,5% амп. 5 мл №10 «Дарниця», Україна (45,8%).

**Ключові слова:** антибактерійна терапія; вітчизняний та британський протоколи лікування дітей, хворих на кашлюк.

**Вступ.** Кашлюк є важливою причиною смертності і захворюваності серед дітей молодшого віку в усьому світі і залишається причиною стурбованості для громадської охорони здоров'я, незважаючи на високий рівень охоплення щепленнями. Це висококонтагіозне бактерійне захворювання з повітряно-краплинним механізмом передачі, характеризується тривалим спастичним нападаподібним кашлем. Найбільшу небезпеку кашлюк становить для дітей 1 року життя. У цих пацієнтів хвороба проходить тяжко, з ускладненнями, нерідко є причиною смерті [1]. Збудником є бактерія *Bordetella pertussis*, відкрита у 1906 р. французькими вченими Борде і Жангу. В основі патогенезу кашлюку, як і в більшості інфекційних хвороб, окрім впливу бактерійних чинників, їх антигенів, токсинів, велика роль належить особливостям імунної відповіді. При інфікуванні раніше щеплених людей можуть спостерігатися негострі стерті форми, без класичних клінічних стадій [2].

**Метою роботи** стало порівняння етіотропної терапії кашлюку у дітей, рекомендованої чинними нормативно-правовими документами в Україні та Великобританії, а також співставлення результатів із даними реальної клінічної практики в Україні.

**Матеріали і методи.** Вибіркову сукупність становили 834 медичних карт стаціонарних хворих на кашлюк (А 37) за 2009–2016 рр., які були отримані з архівів 6-ти обласних клінічних дитячих інфекційних лікарень Вінницької, Івано-Франківської, Київської, Одеської, Тернопільської, Харківської областей. Для визначення відповідності призначеної пацієнтам фармакотерапії до клінічних протоколів був використаний ретроспективний частотний/ABC/VEN метод дослідження [3].

**Результати.** У терапії хворих на кашлюк для специфічного (етіотропного) лікування застосовують антибіотики. У 2007 році Cochrane systematic review представили результати роботи, які свідчили, що антибактерійна терапія у досліджуваних випадках була ефективною, однак вона не змінила подальшого клінічного перебігу хвороби [4]. Короткострокові



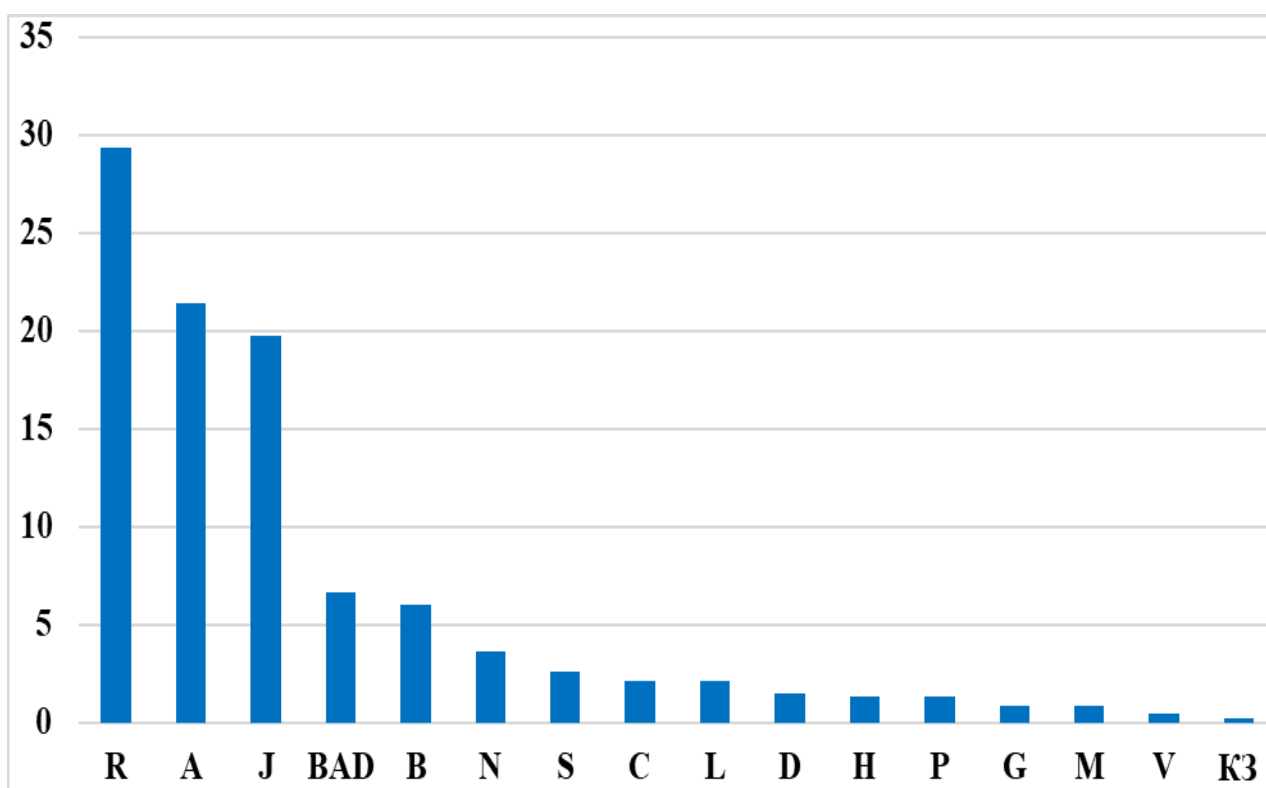
антибіотики (азитроміцин упродовж 3-5 днів; кларитроміцин або еритроміцин упродовж 7 днів) були настільки ж ефективними, як і тривале застосування еритроміцину упродовж 10–14 днів. Інші дослідження показали, що раннє лікування випадків (упродовж 7–14 днів від початку) може запобігти наступному розвитку захворювання [5–6].

Проаналізоване Англійське Керівництво з лікування кашлюку (2018) вказує, що лікарськими препаратами (ЛП) вибору у лікуванні та профілактиці кашлюку є макроліди – азитроміцин та кларитроміцин. Обидва антибіотики мають переваги поліпшеного всмоктування, більш тривалий період напіввиведення, хорошу активність *in vitro* проти *B. pertussis* і кращий профіль побічних ефектів [7-9]. Окрім того, ці ЛП передбачають рідше дозування і коротшу тривалість терапії. Відповідно до застережень Англійського Керівництва з лікування кашлюку, ще один макролід еритроміцин має обмежений вплив на поліпшення клінічного перебігу захворювання, особливо якщо його вводити через 2–3 тижні після появи симптомів, погано переноситься, викликаючи шлунково-кишкові побічні ефекти у 30% пацієнтів [7]. Еритроміцин використовують кожні 6 год 7 днів: для дітей віком 1–24 місяців по 125 мг, 2–7 років – 250 мг, старших 8 років – 500 мг; кларитроміцин – кожні 12 год 7 днів: дітям вагою меншою, ніж 8 кг, – по 7,5 мг/кг, віку понад 1 року і вагою 8–11 кг – 62,5 мг, 12–19 кг – 125 мг, 20–29 кг – 187,5 мг, 30–40 кг – 250 мг; віком 12–17 років – 500 мг. Для немовлят віком до 1 місяця ЛП вибору є кларитроміцин та азитроміцин; еритроміцин не рекомендується. Дітям до 6 місяців азитроміцин призначають одноразово 10 мг/кг 3 дні. При непереносимості макролідів рекомендовано ко-тримоксазол: дітям віком 6 тижнів–5 місяців по 120 мг кожні 12 год – 7 днів, 6 місяців–5 років – 240 мг, 6–11 років – 480 мг, 12–17 років – 960 мг.

Водночас згідно рекомендацій українського Клінічного протоколу діагностики та лікування кашлюку у дітей, етіотропна терапія передбачає еритроміцин або інші антибіотики з групи макролідів упродовж 14 днів

(азитроміцин – 5 днів); препарати II ряду (при непереносимості макролідів): триметоприм-сульфаметоксазол, ампіцилін (курс лікування – 14 днів [10]).

Результати проведеного частотного аналізу фармакотерапії дітей, хворих на кашлюк, виявили, що пацієнтам було здійснено 9317 призначень 467 ЛП за ТН. Їх розподіл за АТС-класифікацією показав, що найбільшу частку всіх найменувань охопили ЛП груп R «Засоби, які діють на респіраторну систему» (29,3%), A «Засоби, які впливають на травну систему і метаболізм» (21,4%), J «Протимікробні засоби для системного застосування» (19,7%) (рис. 1).



**Рис. 1. Розподіл ЛП, спожитих пацієнтами із кашлюком, за АТС-класифікаційними групами.**

У таблиці 1 наведено результат частотного аналізу фармакотерапії дітей, хворих на кашлюк, за торговими найменуваннями.

## ТОП–15 ЛП за частотою призначень для терапії дітей, хворих на кашлюк

рейтинг	Лікарські препарати	Абс. к-сть призначень	% хворих, які приймали ЛП, %	% у сукупності призначень
1	Мікстура з аміназином	522	62,59	5,60
2	Но-шпа® р-н д/ін. 40 мг амп. 2 мл, №25 "Санофі-Авентіс Україна" (Україна)	411	49,28	4,41
3	Новокаїн розч.д/ін. 0,5% амп. 5 мл №10 "Дарниця"(Україна)	382	45,80	4,10
4	Синекод кр.ор. 5 мг/мл фл 20 мл "Новартіс Консьюмер "(Швейцарія)	370	44,36	3,97
5	Магнію сульфат р-н д/ін. 250 мг/мл амп. 5 мл №10 "Дарниця"(Україна) Тавегіл р-н д/ін. 1 мг/мл амп. 2 мл, №5 "Novartis Consumer Health" (Швейцарія)	357	42,81	3,83
6	Дексона розч.д/ін. 4мг/мл 1 мл №5 "Каділа Хелткер" (Індія)	243	29,14	2,61
7	Ентерожерміна сусп. ор. 5 мл фл. № 10 "Санофі-Авентіс" (Італія)	215	25,78	2,31
8	Дексаметазон р-н д/ін. 4 мг/мл 1 мл амп. № 25 "КРКА" (Словенія)	201	24,10	2,16
9	Глюкоза р-н д/інф. 5 % фл. 200 мл"Дарниця" (Україна)	185	22,18	1,99
10	Магне-В6 розч. для п/о застос. амп. 10 мл №10 "Санофі Вінтроп Індастрія"(Франція)	179	21,46	1,92
11	Лораксон пор. д/розч. д/ін. 500 мг фл. №12 "Ексір Фармасьютикал Компані" (Іран)	144	17,27	1,55
12	Аскорбінова кислота-Дарниця р-н д/ін 50 мг/мл по 2 мл амп. № 10 "Дарниця" (Україна)	140	16,79	1,50
13	Флюдітек сироп 2% фл 125мл "Іннотера Шузі"(Франція)	136	16,31	1,46
14	Феністил кр.ор. 1 мг/мл фл. 20 мл "Новартіс Консьюмер"(Швейцарія)	128	15,35	1,37
15	Димедрол р-н д/ін. 1 % амп. 1 мл, №10 "Здоров'я народу"(Україна)	117	14,03	1,26

Отже, лідерами призначень були: мікстура з аміназином, до складу якої входить аміназин, новокаїн, 5% розчин глюкози або фізіологічний розчин натрію хлориду (62,59%), Но-шпа® р-н д/ін. 40 мг амп. 2 мл, №25 «Санофі-Авентіс Україна» (49,28%), Новокаїн розч.д/ін. 0,5% амп. 5 мл №10 ФФ «Дарниця» (45,8%). Антибактерійні ЛП, а саме: Лораксон пор. д/розч. д/ін. 500 мг фл. №12 «Ексір Фармасьютикал Компані» (Іран), зайняв 11 позицію, а перший із рекомендованих антибіотиків-макролідів (Ормакс пор.д/ор.сусп. 100 мг/5 мл фл 20 мл «Сперко» (Україна) – 39 сходинку у частотному рейтингу ТН. Водночас відповідно до результатів частотного аналізу ЛП за INN антибактерійні засоби у TOP-20 INN зайняли 5-у (Ceftriaxone із групи цефалоспоринів, представлений 14 ТН) і 16-у (Azithromycin із групи макролідів, 16 ТН) позиції.

За принципом Парето нами було апробовано моделювання АВС-ранжування до частоти лікарських призначень для визначення групи найпопулярніших ЛП. АВС-розподіл за цією ознакою виявив, що 16,9% ТН забезпечили 80% призначень препаратів (табл. 2).

Таблиця 2

**Результат комплексного частотного/АВС/VEN аналізу частоти призначень ЛП фармакотерапії дітей, хворих на кашлюк**

група	V			E			N		
	Абс. к-сть	% призначень	Частка ЛП %	Абс. к-сть	% призначень	Частка ЛП %	Абс. к-сть	% призначень	Частка ЛП %
<b>A</b>	1328	17,8	16,4	3734	50,1	41,8	2391	32,1	41,8
<b>B</b>	205	14,6	15,7	468	33,4	31,5	727	52,0	52,8
<b>C</b>	95	20,5	17,6	113	24,4	23,0	256	55,2	59,4

Для виконання VEN-аналізу використаний формальний підхід: розподіл ЛП на групи: V «Vital» (життєво необхідні), E «Essential» (необхідні), N «Non-essential» (другорядні) було здійснено відповідно до Протоколу діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей (Наказ МОЗ України №354 від 09.07.2004

p.). При наявності у протоколі, ЛП набував індексу V; ЛП, які застосовувались для симптоматичної терапії, лікування ускладнень – E; решта ЛП – N. За результатами сумісного ABC/VEN-аналізу (табл. 2) встановлено, що до найпопулярнішої групи A увійшли переважно ЛП зі статусом E та N (по 41,8%).

**Висновки.** Нами проаналізовано зміст Клінічних протоколів лікування дітей із кашлюком в Україні та Великобританії. Виявлено, що вітчизняний нормативно-правовий документ, який регламентує обсяг медичної та фармацевтичної допомоги пацієнтам із кашлюком, є застарілим (2004), містить здебільшого загальні, недеталізовані вимоги. Результати частотного аналізу призначень ЛП у фармакотерапії дітей з кашлюком виявили, що антибактерійні препарати у рейтингу призначень зайняли лише 11-у позицію за ТН та 5-у – за INN, а лідирували: мікстура з аміназином (62,59%), яку застосовують для попередження апное, Но-шпа® р-н д/ін. 40 мг амп. 2 мл, №25 «Санofi-Авентіс Україна», Україна (49,28%), Новокаїн розч.д/ін. 0,5% амп. 5 мл №10 «Дарниця», Україна (45,8%). За результатами сумісного ABC/VEN-аналізу частоти призначень встановлено, що частка ЛП зі статусом «найнеобхідніші» відповідно до чинного Клінічного протоколу (V) склала лише 16,4% серед ЛП групи A за частотою використання.

Отже, дані реальної клінічної педіатричної практики в Україні показують необхідність її подальшої оптимізації як відносно даних доказової терапії, так і фармакоеконіміки для розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо удосконалення Протоколу діагностики та лікування дітей, хворих на кашлюк у частині «Лікування», що і стане наступним етапом наших досліджень.

### Література

1. Nadruga A., Dybas I. Pertussis in children with incomplete active immunization. *Wiad Lek.* 2017; 70 (5): 901-905.
2. Романенко, Т. Вплив серотипового пейзажу збудника кашлюку на епідемічний процес кашлюкової інфекції. *Інфекційні хвороби*, 2013; 3: 16-20. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2010.3.672>

3. Немченко А.С. Клініко-економічний аналіз етіотропної противірусної та патогенетично-симптоматичної фармакотерапії стаціонарних хворих на хронічні вірусні гепатити: метод.рек. / А.С. Немченко, І.О.Федяк – Львів ДП МВС України «Львів-Інформ-Ресурси», 2011. – 31 с.
4. Altunaiji S, Kukuruzovic R, Curtis N, Massie J. Antibiotics for whooping cough (pertussis). *Cochrane database Syst Rev* 2007;(3):CD004404.
5. Terry J, Flatley C, van den Berg D, Morgan G, Trent M, Turahui J, et al. A field study of household attack rates and the effectiveness of macrolide antibiotics in reducing household transmission of pertussis. *Commun Dis Intell Q Rep*. 2015;39(1):E27–33.
6. Guillot S, Descours G, Gillet Y, Etienne J, Floret D, Guiso N. Macrolide-resistant *Bordetella pertussis* infection in newborn girl, France. *Emerg Infect Dis*. 2012;18(6):966–8.
7. Guidelines for the Public Health Management of Pertussis in England. Published May 2018 V2.0.  
<https://www.gov.uk/government/publications/pertussis-guidelines-for-public-health-management>
8. Lebel MH, Mehra S. Efficacy and safety of clarithromycin versus erythromycin for the treatment of pertussis: a prospective, randomized, single blind trial. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20(12):1149–54.
9. Langley JM, Halperin SA, Boucher FD, Smith B. Azithromycin is as effective as and better tolerated than erythromycin estolate for the treatment of pertussis. *Pediatrics*. 2004;114(1):e96–101
10. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей: Наказ МОЗ України від 09.07.2004 № 354 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20040709\\_354.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040709_354.html).

УДК 615.281.9+613.95+616.921.9+(477.86)+(410)

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОДХОДОВ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, В УКРАИНЕ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Билык И. П., Федяк И. О.

Кафедра организации и экономики фармации и технологии лекарств

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

**Резюме.** Коклюш, несмотря на достигнутые успехи в области вакцинопрофилактики, остается актуальной проблемой детской инфектологии. Целью работы стало сравнение подходов к этиотропной терапии детей, больных коклюшем, рекомендованной действующими нормативно-правовыми документами в Украине и Великобритании, а также сопоставление результатов с данными реальной клинической практики в Украине. Осуществлен обработки 834 медицинских карт стационарных больных коклюшем; к оценке совокупности лекарственных назначений использовано ретроспективный частотный / ABC / VEN метод анализа. Установлено, что отечественный протокол, по сравнению с британским, является устаревшим (2004 г.), содержит в основном общие, детализированные требования к лечению. В то же время результаты реальной клинической практики в областях исследования не лежат в плоскости как отечественных, так и британских подходов к фармакотерапии больных коклюшем. Выявлено, что доля препаратов со статусом V по отечественным клиническим протоколом составила только 16,4% среди препаратов группы А по частоте использования. Вместе с тем, антибактериальные препараты в рейтинге назначений по торговым наименованиям (ТН) заняли только 11-ю, а по INN – 5-ю позиции. Лидерами были: микстура с аминазином (62,59%), Но-шпа® р-р д / ин. 40 мг амп. 2 мл №25 «Санофи-Авентис Украина» (49,28%), новокаин р-р д / ин. 0,5% амп. 5 мл №10 «Дарница», Украина (45,8%).

**Ключевые слова:** антибактериальная терапия; отечественный и британский протоколы лечения детей, больных коклюшем.

**UDC 615.281.9+613.95+616.921.9+(477.86)+(410)**

**COMPARATIVE EVALUATION OF APPROACHES TO ANTIBACTERIAL THERAPY ADMINISTRATION FOR CHILDREN WITH PERTUSSIS IN UKRAINE AND THE UNITED KINGDOM**

Bilyk I. P., Fedyak I. O.

The Chair of Organization and Economics of Pharmacy and Drug Technology  
Ivano-Frankivsk National Medical University. Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Summary.** In spite of the progress achieved in the field of vaccine prophylaxis pertussis remains an actual problem of children infectious diseases. The aim of the work was to compare evaluation of approaches to antibacterial therapy administration for children with pertussis recommended by the current normative legal documents in Ukraine and the United Kingdom, as well as comparing the results with the data of real clinical practice in Ukraine. 834 medical cards of inpatients by the retrospective frequency / ABC / VEN analysis research method was conducted. It was established that the domestic protocol is outdated, mostly general and bad detailed (2004). It was found that the part of medicines with the V status was just 16.4 % among the most commonly prescribed medicines. The results of the frequency analysis of prescribed drugs pharmacotherapy for children with pertussis found that antibacterial drugs in the ranking of appointments have taken just 13<sup>th</sup> positions by trade name and 5<sup>th</sup> positions by INN. The leaders of appointments was aminazin mixture (62.59 %), No-spa® sol. for inj. 40 mg amp. 2 ml, № 25 “Sanofi-Aventis”, Ukraine (49.28 %) and Novokain sol. for inj. 0.5 % amp. 5 ml № 10 “Darnytsia”, Ukraine (45.8 %).

**Key words:** *antibacterial therapy; British Protocol of the British language, sick cough.*



**УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОПЛАТИ ПРАЦІ  
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ РОБОТИ  
АПТЕК**

Мороз С. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[m.sg@ukr.net](mailto:m.sg@ukr.net)

**Резюме.** У роботі висвітлено проблему відсутності стимулів та мотивації для роботи аптечних працівників за урядовою програмою «Доступні ліки». Так, суттєво збільшилася кількість виконуваних працівниками в таких аптеках операцій, що пов'язані з оформленням та обслуговуванням рецептів за програмою «Доступні ліки». Анкетне опитування показало, що найкращим варіантом оптимізації організації оплати праці в умовах, що склалися, було б здійснення доплати за роботу. Для підвищення мотивації провізорів до праці в умовах, що склалися, запропоновано методику розрахунку доплати за роботу в умовах програми «Доступні ліки» для кожного аптечного працівника індивідуально згідно з посадою за формулою, що враховує інтенсивність праці з використанням відповідного коефіцієнта та відсотка доплати.

**Ключові слова:** *оплата праці; аптечні працівники; організація праці в аптеках; урядова програма «Доступні ліки»; матеріальне стимулювання; доплата за роботу.*

**Вступ.** Наразі в Україні у сфері фармацевтичного забезпечення населення тривають значні зміни, які відображаються на організації праці аптечних працівників, оскільки саме вони реалізують такі зміни та є безпосередніми виконавцями цього процесу. Так, з 1 квітня 2017 р. в Україні діє урядова програма «Доступні ліки», у межах якої пацієнти за рецептом лікаря можуть отримати безкоштовно або з доплатою лікарські засоби (ЛЗ) для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. Поряд з позитивним ефектом з'явилися проблеми організаційного характеру, зокрема пов'язані з оплатою праці працівників тих аптек, які задіяні в урядовій програмі. Так, у ній не

передбачено жодних стимулів ні для аптек, ні для провізорів, хоча обсяг роботи для аптечних працівників істотно зріс: рецепт потрібно перевірити, оформити, а також заповнити необхідну звітність. А тому

**Мета.** Розробка пропозицій щодо удосконалення матеріального стимулювання з метою підвищення мотивації працівників аптек, що приймають участь у програмі відшкодування вартості ЛЗ.

**Методи та матеріали.** У дослідженні використовувались загальні методи наукового пізнання: аналізу та синтезу, аналогії та порівняння.

**Результати досліджень.** Ефективна організація оплати праці на будь-якому підприємстві неможлива без її основоположного елемента – нормування праці, яке дає змогу встановити відповідність між обсягом витрат праці і розміром її оплати в конкретних організаційно-технічних умовах. Роботодавець зобов'язаний установити кожному працівникові нормальний обсяг робіт виходячи з установленої законодавством тривалості робочого дня, нормальної інтенсивності праці і середньої для даного виду робіт продуктивності праці [1].

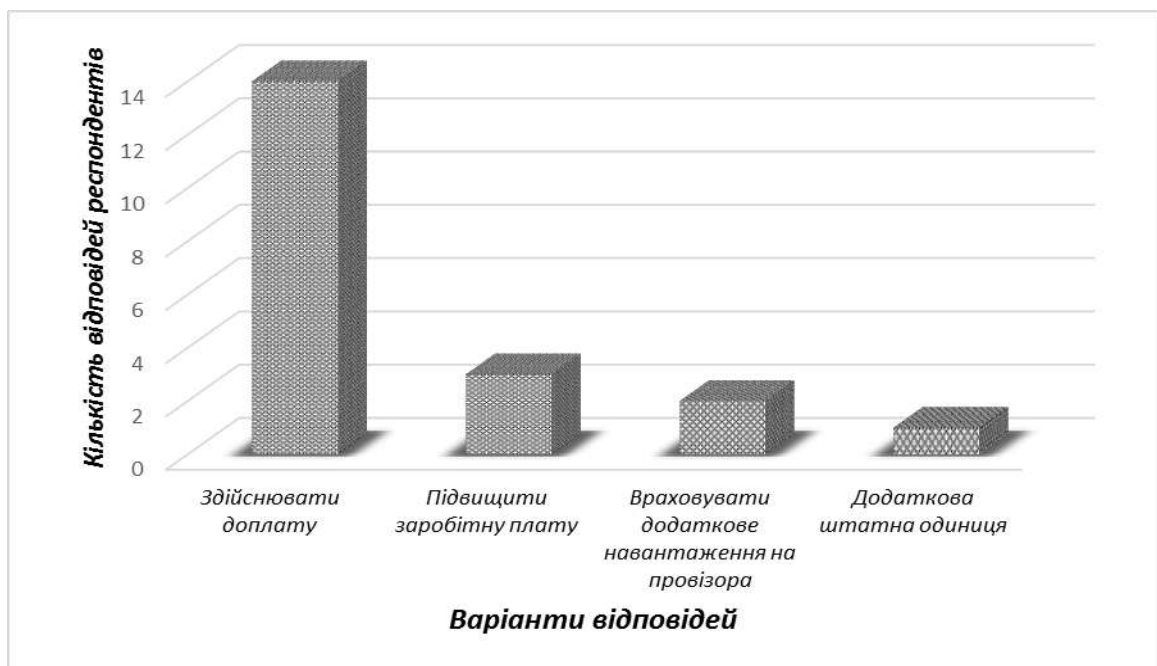
Виконуючи будь яку дію, працівник витрачає зусилля, які призводять до одержання певного результату, що, в свою чергу, передбачає винагороду. Кожному працівнику необхідно знати, що його зусилля призведуть до покращення результату, найкращий результат призведе до підвищення винагороди, а це підвищення відповідатиме його очікуванням. Працівник схильний оцінювати розмір заробітної плати у порівнянні з іншими: якщо, здійснюючи більше зусиль, він отримує той самий розмір винагороди, він може бути незадоволеним. У зв'язку з цим необхідною є мотивація праці, яка являє собою процес формування такого психологічного стану людини, який зумовлює її поведінку, здійснює установку до діяльності, спрямовує і активізує її [2]. Мотивація трудової діяльності не може бути дійовою без задоволення матеріальних потреб, орієнтації на матеріальний інтерес працівників.

Одним із способів матеріального стимулювання праці є застосування доплат, які встановлюються для відшкодування додаткових витрат праці. Підвищена інтенсивність праці, яка має місце в аптеках, що працюють за програмою «Доступні

ліки» є підставою для нарахування доплат. Доплати і формують додаткову заробітну плату працівника підприємства - винагороду за працю понад установлені норми та її особливі умови, які не враховано в тарифних ставках і посадових окладах. Доплати відзначаються необов'язковим характером та непостійністю, у випадку відсутності особливих умов трудової діяльності на підприємстві, доплати можуть не виплачуватись [3].

Під час проведеного нами опитування працівників аптек, що працюють в умовах програми «Доступні ліки», було поставлене питання щодо шляхів оптимізації організації праці та її оплати в тих умовах, які склалися на сучасному етапі. Відповіді респондентів представлено на рисунку 1.

Отже, 70% опитаних працівників аптек вважають, що найкращим стимулом та шляхом оптимізації організації оплати праці в умовах, що склалися, є проведення доплати за роботу у програмі реімбурсації ліків, 15% респондентів відповіли, що варто підвищити заробітну плату, 5% працівників радять ввести додатково у штат ще одну одиницю.



**Рис. 1. Думка працівників аптек щодо оптимізації організації праці та її оплати у зв'язку з роботою аптеки у програмі «Доступні ліки»**

Особливістю роботи аптек за програмою «Доступні ліки» в умовах, що склалися на сучасному етапі, є нерівномірність та обмеженість фінансування за цим проектом. Внаслідок цього розповсюдженими є ситуації, коли аптека працює за програмою до 10 днів на місяць, проте напруженість та інтенсивність роботи працівників аптек зростає у рази. При цьому у аптеках, які працюють за програмою більше часу, або весь місяць, робота фармацевтичних працівників є більш рівно напруженою. У зв'язку з цим пропонуємо враховувати цю обставину та для об'єктивного нарахування доплати працівникам аптеки розраховувати коефіцієнт інтенсивності роботи аптеки.

Розрахунок розміру доплати за роботу в умовах програми «Доступні ліки» пропонуємо проводити для кожного аптечного працівника індивідуально згідно з посадою за формулою:

$$Д = \frac{О}{ДР} \times K_i \times ДФп \times \text{Встановлений \%}$$

Д – розмір доплати за місяць, грн.;

О – посадовий оклад, грн.;

ДР – кількість робочих днів (змін) за місяць;

ДФп – кількість фактично відпрацьованих провізором днів (змін) за програмою «Доступні ліки»;

$K_i$  – коефіцієнт інтенсивності роботи аптеки;

встановлений відсоток – до розрахованої суми (до 12%), визначається колективною угодою, трудовою угодою тощо.

Відповідно коефіцієнт інтенсивності роботи аптеки  $K_i$  розраховується шляхом співвідношення загальної кількості робочих днів аптеки за місяць до кількості днів фактичної роботи аптеки за програмою доступні ліки:

$$K_i = \frac{ДР_a}{ДР_{гр}}$$

де:

ДРа – кількість робочих днів аптеки за місяць;

ДРпр – кількість днів роботи аптеки за програмою «Доступні ліки» за місяць.

При посадовому окладі, встановленому для 12 тарифного розряду у 2018 р. (тарифний коефіцієнт 2,12), у сумі 3735 грн. та різних варіантах тривалості роботи аптеки за програмою на місяць (10, 15 та 25 днів) доплата становитиме (табл. 1):

*Таблиця 1*

**Розрахунок доплати аптечним працівникам за роботу за програмою «Доступні ліки»**

Показники	Тривалість роботи аптеки за програмою «Доступні ліки» на місяць		
	10 днів	15 днів	25 днів
Коефіцієнт інтенсивності, $K_i$	3	2	1,2
Кількість фактично відпрацьованих провізором днів (змін) за програмою «Доступні ліки»	5	7	12
Розмір доплати, грн.	488,76	456,18	469,21

Таким чином, чим менше аптека працює за програмою «Доступні ліки» протягом місяця, тим вища інтенсивність її роботи у ці дні, та навпаки – при більшій тривалості роботи за урядовою програмою протягом місяця робота є рівнонапруженою, а тому коефіцієнт інтенсивності є меншим.

**Висновки**

Проведені дослідження показали, що підвищена інтенсивність праці, яка має місце в аптеках, що працюють за програмою «Доступні ліки» є підставою для нарахування доплат. Застосування системи матеріального стимулювання праці аптечних працівників на основі запропонованої методики дасть змогу відшкодувати додаткові витрати праці фахівців з урахуванням інтенсивності їх роботи.

## Література

1. Горбунова К. Питання нормування робочого часу працівників аптек [Електронний ресурс] / К. Горбунова // Еженедельник «Аптека». – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/242919>.
2. Синько Н. Оплата праці: надбавки і доплати / Н. Синько // Вісник податкової служби України. – 2015. – № 47 (571). – С. 33.
3. Семенов Г. А. Особливості організації оплати праці на підприємствах в сучасних умовах / Г. А. Семенов, А. Г. Семенов, О. В. Ярошенська // Вісник економічної науки України. – 2014. – №3. – С. 100-104.

**UDK 364.69:615.2:331.224**

### **IMPROVING THE ORGANIZATION OF PAYMENT OF LABOR PHARMACEUTICAL WORKERS IN THE MODERN APTEK WORK CONDITIONS**

Moros S. G.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukrain

**Summary.** The work addresses the problem of lack of incentives and motivation for the work of pharmacists under the “Accessible Drugs” government program. Thus, the number of operations performed by employees in such pharmacies related to the design and maintenance of prescriptions for the “Available drugs” program has significantly increased. The questionnaire survey showed that the best option to optimize the organization of wages in the current conditions would be the implementation of additional payments for work. To increase the motivation of pharmacists to work under the current conditions, a method has been proposed for calculating the surcharge for work in the “Available drugs” program for each pharmacy worker individually according to the position using the formula that takes into account the intensity of labor using the appropriate ratio and percentage of supplement.

**Key words:** *pay; pharmacy workers; organization of work in pharmacies; Governmental program "Available drugs"; material incentives; additional pay for work.*

УДК 364.69:615.2:331.224

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ ТРУДА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАБОТЫ АПТЕК

Мороз С. Г.

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

**Резюме.** В работе освещена проблема отсутствия стимулов и мотивации для работы аптечных работников по правительственной программе «Доступные лекарства». Так, существенно увеличилось количество выполняемых работниками в таких аптеках операций, связанных с оформлением и обслуживанием рецептов по программе «Доступные лекарства». Анкетный опрос показал, что лучшим вариантом оптимизации организации оплаты труда в сложившихся условиях было бы осуществление доплаты за работу. Для повышения мотивации провизоров к труду в сложившихся условиях, предложена методика расчета доплаты за работу в условиях программы «Доступные лекарства» для каждого аптечного работника индивидуально согласно должности по формуле, учитывающей интенсивность труда с использованием соответствующего коэффициента и процента доплаты.

**Ключевые слова:** *оплата труда; аптечные работники; организация труда в аптеках; правительственная програма «Доступные лекарства»; материальное стимулирование; доплата за работу.*

УДК: 615.12:004.415.2.01

## АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОГРАМНИХ КОМПЛЕКСІВ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Немченко А. С., Назаркіна В. М., Лебедин А. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** Проведено порівняльний аналіз сучасних програмних комплексів в аптечних закладах. На сьогоднішній день в аптечних закладах розповсюджені такі програмні комплекси для управління та обліку: «1С: Аптека», система «АНР-аптека» (Асоціація незалежних розробників, м. Київ), «Парацельс», «Фармзаказ АПТЕКА», «ПроЗа-Аптека», IDS-Chemist, IBS Аптека. Найбільш поширеною є програма «Парацельс», найдоступніша за ціною на потужному функціоналі. Менш розповсюдженими, але з більшим функціоналом і оптимальною ціною є: «ПроЗа-Аптека» та IDS-Chemist. IBS Аптека розроблена спеціально для України і є найдоступнішим функціоналом, який відповідає сучасним вимогам до програмного забезпечення обліку в аптечних закладах.

**Ключові слова:** аптечні заклади, програмні комплекси, прайс-листи, імпорт/експорт документів, «Парацельс», «АНР-Аптека», IDS-Chemist.

**Вступ.** Загальносвітові тенденції впровадження інформаційних технологій в аптечну практику зумовлені необхідністю генерування інформації – ключового ресурсу сучасної економіки, який забезпечує конкурентні переваги.

Аптека має подвійну природу, з однієї сторони – це заклад охорони здоров'я, що забезпечує лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП) населення, з іншої є комерційною організацією зі складною структурою звітності, що підтримує контакти з багатьма постачальниками, контролює різні аспекти перш за все соціально важливих товарів.

Основними бізнес-процесами в роботі аптечного закладу є: виявлення дефектури, вибір постачальника, формування замовлення, надходження та підготовка до реалізації товарів, ведення системи обліку, управління запасами, оптимальне переміщення товару в межах однієї аптечної мережі, відпуск



лікарських препаратів споживачам. Ці процеси в аптеці тісно взаємозв'язані і відбуваються майже одночасно. Комп'ютерні програми, що дозволяють ці процеси автоматизувати, надають аптечним закладам низку переваг.

Для аптечної справи головна умова успішної автоматизації – підтримка єдиної системи обліку ЛЗ та ін. аптечних товарів у межах всієї торгової мережі. Це дозволяє: забезпечити гнучке ціноутворення на аптечні товари з точки зору надання знижок (враховуючи постачальників, умови постачання, групи товарів, сезонність, тощо), контроль бракованих серій, облік сертифікатів якості та безліч інших не менш значущих функцій. До основних факторів, що обумовлюють необхідність застосування комп'ютерних технологій в аптеці відносять: значні адміністративні витрати; різкі зміни цін на ліки, що можуть призвести до виникнення надлишків на складах; нерівномірне та несвоєчасне надходження інформації про стан продажу товарів, що призводить до відсутності реальної інформації, як для ведення обліку, так і для здійснення замовлень у дистриб'юторів; людський фактор. Автоматизація управління дозволяє уникнути подібних витрат та вести повний і точний облік аптечних товарів [1, 2].

Комп'ютерні технології в аптечних закладах використовуються для управління, організації обліку руху товару та документування господарських процесів і операцій, а також складання звітності та її аналізу.

**Мета** провести порівняльний аналіз сучасних програмних комплексів для управління та обліку в аптечних закладах.

**Методи та матеріали:** порівняльний аналіз, контент-аналіз.

**Результати досліджень.** Наразі існує три ступені комп'ютеризації аптечного бізнесу: активне користування програмою електронного замовлення (приблизно 70% від загального числа аптек); автоматизований бухгалтерський облік аптечного закладу (50%); електронний документообіг з використанням технологій внутрішнього штрих кодування (5-10%).

В аптечній практиці важливі цілі, які вирішуються при використанні програмного забезпечення, а саме:

- управління асортиментом аптеки – підтримка оптимального асортименту, максимально вигідного з точки зору задоволення попиту та залучення клієнтів в аптеку, а також отримання прибутку;
- управління товарними запасами – підтримка належних складських запасів;
- організація якісного та швидкого обслуговування покупців;
- управління взаємодією з клієнтами – збільшення обсягу продажів за рахунок ефективного залучення та утримання клієнтів;
- мінімізація ризиків щодо можливих порушень, пов'язаних з державним регулюванням обігу ЛЗ – забезпечити якісне та безпечне обслуговування клієнтів та уникнути штрафних санкцій з боку контролюючих органів;
- мінімізація фінансових, організаційних і трудових витрат, пов'язаних з автоматизацією процесів за умови успішного вирішення всіх поставлених завдань.

Основними вимогами до програмного забезпечення в аптеці є:

- система має бути доступною для використання співробітниками аптеки, які пройшли курс навчання по роботі з системою;
- система має забезпечуватися механізмами запобігання втрат інформації у випадку збоїв на сервері, що забезпечують відновлення інформації, механізмами резервного копіювання;
- програмне забезпечення повинно дозволяти організацію довідника аптечних товарів з підтримкою складної ієрархічної структури відповідно до існуючої класифікації [3, 5].

На сьогоднішній день в аптечних закладах розповсюджені такі програмні комплекси для управління та обліку: «1С: Аптека», система «АНР-Аптека» (Асоціація незалежних розробників, м. Київ), «Парацельс», «Фармзаказ АПТЕКА», «ПроЗа-Аптека», IDS-Chemist, IBS Аптека [4]. Нами був проведений

аналіз технічних можливостей та інших характеристик вище наведених програмних комплексів, результати якого представлені в таблиці.

За результатами аналізу встановлено, що програмні комплекси суттєво відрізняються за ціною, а також інформаційно-довідниковими базами ЛЗ. Всі програмні комплекси підтримують такі функції як імпорт / експорт документів, а також формування потреби (дефектури, попиту) з відібраних пропозицій. Встановлено, що такі функції, як імпорт прайс-листів дистриб'юторів зі спеціальними цінами та автоматичний вибір постачальників за критеріями мінімальної їх кількості або мінімальної ціни підтримують програми: Парацельс, IBS Аптека, «Фармзаказ АПТЕКА». Встановлено, що функцію «Облік ЛЗ з відстеженням кінцевих термінів реалізації» підтримують: IDS-Chemist, IBS Аптека, «ПроЗа-Аптека». Фільтрація пропозицій по даті або по обраному списку постачальників не підтримується комплексами IDS-Chemist та «ПроЗа-Аптека».

Програмний комплекс IBS Аптека підтримує одночасну роботу з декількома чеками. IDS-Chemist в своєму функціоналі має можливість вести штатний розклад аптечного закладу, особові справи працівників. Підтримка дисконтних і бонусних систем проводиться такими програмними комплексами: Парацельс, «1С: Аптека», «АНР-Аптека». Налаштування системи без допомоги розробників можливий комплексами: Парацельс, «1С: Аптека», «Фармзаказ АПТЕКА». Інвентаризація без зупинки продаж Парацельс, «АНР-Аптека», IDS-Chemist, «ПроЗа-Аптека» [6, 7, 8].

## Порівняльний аналіз програмних комплексів в аптечних закладах

Технічні можливості та ін. характеристики	Парацельс	«1С: Аптека»	«АНР-Аптека»	IDS-Chemist	IBS Аптека	«Фармзаказ АПТЕКА»	«ПроЗа-Аптека»
Призначення	програма для обліку та реалізації ЛЗ та супутніх товарів в аптеках	автоматизація обліку товарообігу в закладах роздрібної реалізації ЛЗ: в окремо взятій аптеці і в мережі аптек	автоматизація обліку товарообігу в закладах роздрібної реалізації ЛЗ: в окремо взятій аптеці і в мережі аптек	автоматизація процесу реалізації ЛЗ в аптеках (з використанням штрих кодування) та централізованої обробки даних шляхом ведення єдиної бази даних	автоматизація процесу реалізації ЛЗ в аптеках	програмний додаток для платформи Windows, призначений для перегляду пропозицій постачальників, які розміщують прайс-листи у «Щотижневику Аптека»	автоматизація обліку товарообігу в закладах роздрібної торгівлі ЛЗ в окремо взятій аптеці і в мережі аптек
Вартість	5000 грн. базова версія; + за кожне робоче місце	≈ на 40% більше від Парацельс	висока вартість	не оприлюднена	7000 грн. для однієї аптеки	безкоштовно	від 10600 грн.
Імпорт/експорт документів	+	+	+	+	+	+	+
Імпорт прайс-листів дистриб'юторів зі спеціальними цінами	+	-	-	-	+	+	-
Фільтрація пропозицій по даті або по обраному списку постачальників	+	+	+	-	+	+	-
Формування потреби	+	+	+	+	+	+	+

(дефек-тури, попиту) з відібраних пропозицій							
Автоматичний вибір постачаль-ників за крите-ріяма мінімальної їх кількості або мінімальної ціни	+	-	-	-	+	+	-
База ЛЗ	+ 86 тис. позицій	+ створюється додатково	+ 25 тис. позицій	+	+	+	+
Облік ЛЗ з від-стеженням кін-цевих термінів реалізації	«-» відсутня інформація	«-» відсутня інформація	«-» відсутня інформація	+	+	«-» відсутня інформація	+
Підтримка дис-контних і бонус-них систем	+	+	+	-	+	-	-
Одночасна ро-бота з декількома чеками	-	«-» відсутня інформація	«-» відсутня інформація	-	+	-	-
Вести штатний розклад закладу, особові справи працівників	-	-	-	+	-	-	-
Налаштування системи без допомоги розробників	+	+	-	-	-	+	-
Інвентаризація без зупинки продажів	+	-	+	+	-	-	+

## Висновки

Розвиток сучасних аптечних закладів неможливий без активного застосування нових інформаційних технологій. З метою підвищення ефективності управлінських рішень, керівники аптечних закладів наразі приділяють велику увагу впровадженню сучасних технологій. Інформаційне забезпечення стало важливою областю, яке полягає в зборі та обробці інформації, необхідної для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Наразі широко відомі програмні комплекси для роботи аптеки: «1С: Аптека», система «АНР-Аптека» (Асоціація незалежних розробників, м. Київ), «Парацельс», «Фармзаказ АПТЕКА». Найбільш поширеною є програма «Парацельс», найдоступніша за ціною на потужному функціоналі. Менш розповсюдженими, але з більшим функціоналом і оптимальною ціною є: «ПроЗа-Аптека» та IDS-Chemist. IBS Аптека розроблена спеціально для України і є найдоступнішим функціоналом, який відповідає сучасним вимогам до програмного забезпечення обліку в аптечних закладах.

## Література

1. Автоматизация аптек. Автоматизация аптечных сетей [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medisoft.ws/>
2. Автоматизация аптек. Программа для аптек. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ibssystem.com.ua>
3. Автоматизация аптек: программное обеспечение для аптек [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://skarb.ua/>
4. Автоматизация аптек. Система учета движения товара «Аптека» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pharmbase.com.ua/>
5. Гриценко І.О. Інформаційне забезпечення інноваційної діяльності аптечної мережі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://intkonf.org/gritsenko-io-informatsiyne-zabezpechennya-innovatsiynoyi-diyalnosti-aptechnih-merezh/>

6. ПроЗа-Аптека – ProZa [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.prozasoft.com/ua/product/4](http://www.prozasoft.com/ua/product/4)
7. «Фармзаказ АПТЕКА»: быстрее, выше, сильнее! [Електронний ресурс] :  
Режим доступу: <http://www.apteka.ua/pharmzakaz>.
8. IDS-Infotechcentre Development Studio. Інформаційні Рішення для Ваших  
Ідей [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ids.te.ua/>

**UDK: 615.12:004.415.2.01**

## **ANALYSIS OF MODERN PROGRAM COMPLEXES IN PHARMACY FACILITIES**

Nemchenko A. S., Nazarkina V. M., Lebedyn A. M.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

**Summary.** A comparative analysis of modern software systems in pharmacies has been carried out. Today, in pharmacies, such software packages for management and accounting as: “1С: Pharmacy”, the system “ANR-Pharmacy” (Association of Independent Developers., Kiev), Paracelsus, “Pharmazakaz Pharmacy”, “ProZa-Pharmacy”, IDS-Chemist, IBS Pharmacy. The most common is the program "Paracelsus", the most affordable at a powerful functionality. Less common, but with greater functionality and the best price is the "ProZa-Pharmacy" and IDS-Chemist. IBS Pharmacy developed specifically for Ukraine and is an accessible functional that meets modern requirements for accounting software in pharmacies.

**Key words:** *pharmaceutical institutions, software packages, price lists, import / export of documents, Paracelsus, ANR-Pharmacy, IDS-Chemist.*

**УДК: 615.12:004.415.2.01**

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Немченко А. С., Назаркина В. Н., Лебедин А. Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ современных программных комплексов в аптечных учреждениях. На сегодняшний день в аптечных учреждениях распространены такие программные комплексы для управления и учета «1С: Аптека», система «АНР-Аптека» (Ассоциация независимых разработчиков., г. Киев), «Парацельс», «Фармзаказ АПТЕКА», «ПроЗа-Аптека», IDS-Chemist, IBS Аптека. Наиболее распространенной является программа «Парацельс», самая доступная по цене на мощном функционале. Менее распространенными, но с большим функционалом и оптимальной ценой является «ПроЗа-Аптека» и IDS-Chemist. IBS Аптека разработана специально для Украины и является доступным функционалом, который отвечает современным требованиям к программному обеспечению учета в аптечных учреждениях.

**Ключевые слова:** *аптечные учреждения, программные комплексы, прайс-листы, импорт / экспорт документов, «Парацельс», «АНР-Аптека», IDS-Chemist.*



## ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ В УКРАЇНІ ТА ТУРКМЕНИСТАНІ

Немченко А. С., Немченко О. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** У статті представлений фармакоекономічний аналіз терапії хворих на цукровий діабет II типу в Україні та Туркменістані. Проаналізовано підходи до надання фармацевтичної допомоги хворим на цукровий діабет II типу за допомогою матеріалів з відкритих електронних інформаційних джерел. Розраховано вартість лікування хворих на цукровий діабет монопрепаратами. Встановлено, що терапія Метформіном 500 мг №60 є найдешевшою, як в Україні так й в Туркменістані - 1,15 та 2,43 дол. США відповідно.

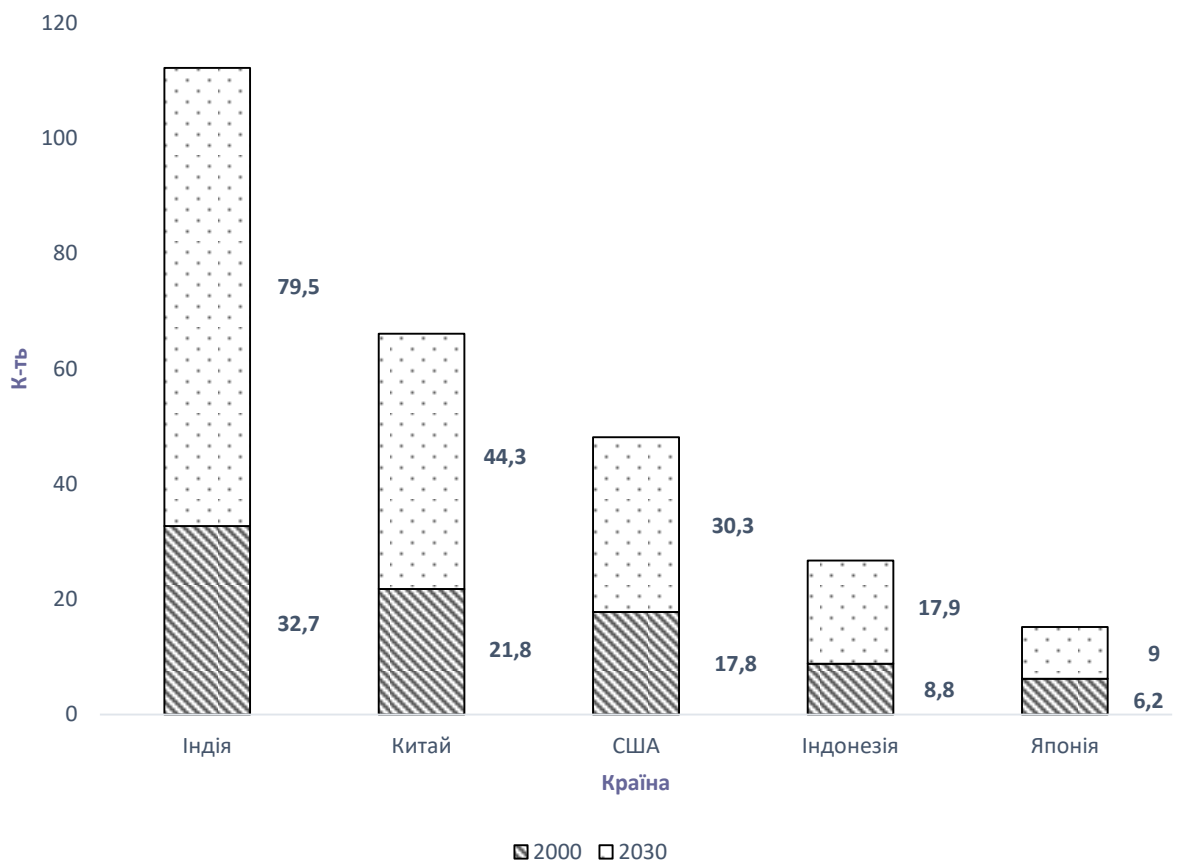
**Ключові слова:** *фармакоекономічний аналіз; терапія хворих на цукровий діабет II типу в Україні та Туркменістані.*

**Вступ.** Поширеність і захворюваність на цукровий діабет (ЦД) у світі має стійку динаміку до зростання. Наприклад, в Європі за оцінками експертів близько 193 тис. людей у віці до 20 років був поставлений діагноз діабет. Щорічно, в світі хворіють на діабет більше 17,9 тис. дієздатного населення, з них 5300 випадків ЦД II типу. Діабет II типу є найпоширенішою формою діабету.

Більшість факторів ризику розвитку діабету типу II заходиться в області способу життя, які можуть бути зменшені або навіть повністю усунені при правильній тактиці лікування. Згідно з інформацією українського Центру з контролю і профілактики захворювань, діабет II типу становить від 90 до 95% від усіх діагностованих випадків діабету у дорослих. Тому фармакоекономічні дослідження з оцінки доступності лікарських засобів (ЛЗ) для лікування діабету для країн з низьким та середнім рівнями доходу населення, до яких відносяться Україна і Туркменістан, набувають все більшої актуальності [1].

**Матеріали та методи.** У дослідженні були використані дані відкритих інформаційних джерел; наукових баз; дані з офіційних сайтів Міністерства охорони здоров'я України та Туркменістану [2,3]. У роботі були задіяні такі методи системного аналізу, як аналітичний, статистичний, графічний та узагальнення інформації.

**Результати.** За прогнозами ВООЗ, у 2030 році найбільшу кількість хворих на діабет буде діагностовано в Індії – 79,5 тис. випадків (рис.1).



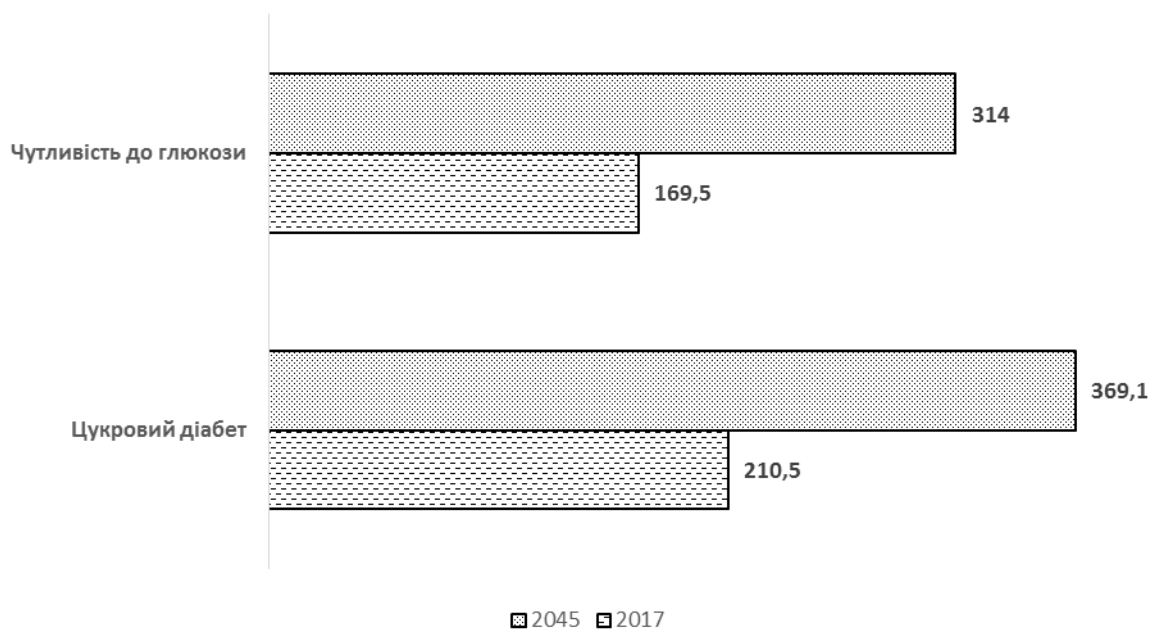
**Рис. 1** Топ-5 країн з найбільшим числом оціночних випадків діабету за 2000 і прогноз на 2030 роки

У Китаї, Японії та багатьох африканських країнах діабет зустрічається частіше, ніж ішемічна хвороба серця, тоді як у деяких розвинених країнах, таких як США, Австралія і Європа, де захворюваність на діабет була раніше дуже високою, хоча смертність знизилася за останні десятиліття [4]. Однак в

інших регіонах, таких як Східна Європа та Близький Схід, смертність від коронарних і цереброваскулярних захворювань, а також діабету II типу, збільшилася.

За оцінками ВООЗ, у 2018 році близько 9% населення світу потерпали від діабету, з них переважна більшість страждали на діабет II типу. Більше того, від діабету II типу помирає близько 5 млн. населення на рік. За прогнозом у 2030 році діабет буде у топ-10 всесвітніх захворювань.

ЦД частіше за все починається з чутливості до глюкози. Так, на рис. 2. представлений показник захворюваності на ЦД та чутливість до глюкози у 2017 році і прогнозовані показники цих захворювань у 2045 році в Туркменістані [5]. Своєчасна діагностика резистентності до інсуліну (чутливості до глюкози) відіграє вирішальну роль: показує час коли ще не пізно змінити спосіб життя й запобігти розвитку ЦД II-го типу з усіма послідуєчими наслідками.



**Рис. 2 Показники захворюваності на діабет і чутливість до глюкози у 2017 і 2045 роках у Туркменістані**

Таким чином, у 169,5 тис. осіб у 2017 році була діагностована чутливість до глюкози (за старою класифікацією МКХ-10 латентний цукровий діабет), а у

210,5 тис. осіб було виявлено - діабет. На 2045 рік прогнозується, що людей з діагнозом діабет на території Туркменістану, які офіційно стануть на облік, буде 369,1 тис., а з діагнозом чутливість до глюкози 314,0 тис. відповідно. Тобто очікується суттєве зростання захворюваності на діабет майже у 75% та на чутливість до глюкози у 85% відповідно. Саме тому необхідним є своєчасне, ефективне та доступне лікування цієї нозології.

На першому етапі нами були порівняні середні роздрібні ціни на ліки в Україні та Туркменістані для лікування ЦД II типу. Всі ціни з національних валют були переведені нами у доларовий еквівалент і представлені в табл. 1. Станом на 6.12.2018 року курс гривні до долару США становив 28,87 грн., а один туркменський манат - 3,5 дол. США [6,7].

*Таблиця 1*

**Порівняльний аналіз цін на препарати для лікування ЦД II типу в Україні та Туркменістані**

Препарат	Форма випуску та дозування	Україна		Туркменістан		Різниця в дол. США (+/-)
		Ціна за упаковку, грн.	Ціна за упаковку, дол. США	Ціна за упаковку, манат	Ціна за упаковку, дол. США	
1	2	3	4	5	6	7
Метформін	табл. 500 мг №30	25,83	0,93	5,00	1,43	-0,5
	табл. 500 мг №60	37,68	1,35	12,00	3,43	-2,08
	табл. 850 мг №30	140,01	5,02	43,23	12,35	-7,33
Глімепірид	табл. 4 мг № 30	142,00	5,10	68,12	19,46	-14,36
Гліклазид	табл. 80 мг №30	42,23	1,52	32,00	9,14	-7,62
Саксагліпті́н	табл. 5 мг №30	607,12	21,78	57,13	16,32	5,46
Репагліні́д	табл. 2 мг № 30	260,11	9,33	90,2	25,77	-16,44
Піоглітазон	табл. 30 мг № 30	234,45	8,41	60,00	17,14	-8,73

Продовж табл. 1

1	2	3	4	5	6	7
Гліквідон	табл. 30 мг № 10	230,50	8,27	56,00	16,00	-7,73
Глібенкламід	табл. 5 мг, №10	31,70	1,14	37,00	10,57	-9,43
Метформін + Сітагліпін	табл. п / о 1050 мг №56	840,11	30,14	130,00	37,14	-7
Гліклазид + Метформин	5/500 мг табл № 30	200,00	7,18	26,00	7,43	-0,25
Метформін + Саксагліпін	табл. 5 мг + 1000 мг № 28	763,21	27,38	200,00	57,14	-29,76
Глібенкламід + Метформин	5 мг № 100	120,00	4,31	38,00	10,86	-6,55

Аналіз даних таблиці показав, що практично всі досліджувані препарати, крім Саксагліптіна були дешевші в Україні ніж в Туркменістані. Саксагліпін 5 мг №30 був на 5,46 дол. США дешевше в Туркменістані, ніж в Україні. Найбільша цінова різниця - 29,76 дол. США спостерігалася у комбінованого препарату Метформін + саксагліпін. Так, дана комбінація коштувала в Україні - 27,38 дол. США, а в Туркменістані - 57,14 дол. США.

Найменша різниця спостерігалася у комбінації Гліклазид + метформін 5/500 мг табл № 30 - 0,25 дол. США, в Україні вартість даної комбінації- 7,18 дол. США, а в Туркменістані - 7,43 дол. США.

Так само незначна різниця у ціні на користь України - 0,50 дол. США зазначалася на препарат Метформін 500 мг № 30. У Туркменістані цей ЛЗ коштував 1,43 дол. США, а в Україні - 0,93 дол. США. Варто зазначити, що для порівняння були взяті ЛЗ, які не беруть участі в Урядовій програмі «Дотупні ліки» з компенсації вартості ліків [7]. Слід відмітити, що діагностика хворих на цукровий діабет II типу повинна проводитись тільки за призначенням лікаря та є індивідуальною для кожного хворого. Середня вартість даної діагностики з відкритих он-лайн джерел (офіційні сайти лабораторій і медичних установ) в

Україні склала 210 дол. США, в Туркменістані - 230 дол. США. Варто зазначити, що аналізи на діабет роблять тільки в Ашхабаді у міжнародному навчально-науковому центрі, на відміну від України, де кожна 3-тя незалежна лабораторія може зробити означені аналізи. Таким чином, з огляду на діагностику, розрахунок вартості фармакотерапії був представлений в табл. 2.

Так, було встановлено, що монотерапія Метформіном 500 мг № 30 в Україні коштує 1,58 дол. США на 30 днів, а в Туркменістані - 2,43 дол. США. При терапії Метформіном 500 мг № 60, то вартість лікування в Україні зменшиться і становитиме 1,15 дол. США, а в Туркменістані збільшиться - 2,92 дол. США. Лікування Метформіном 850 мг № 30 для пацієнтів з Туркменістану вартує 12,35 дол. США, а для України - 5,02 дол. США. Монотерапія препаратом Глімеперід варіювалася від 7,24 до 19,36 дол. США для пацієнтів у Туркменістані, і від 3,13 до 5,10 дол. США для хворих в Україні. Терапія препаратом гліклазид в Україні була 3,04, а в Туркменістані - 18,28 дол. США. Слід врахувати, що вартість терапії підвищиться, якщо хворому призначать діагностику (табл. 3). З урахуванням діагностики найбільш витратною є фармакотерапія Глімепіридом 4 мг №30 - 215,10 дол. США для українських хворих і 249,36 дол. США для Туркменістану.

Незважаючи на те, що в 2017 році Міністерством охорони здоров'я Туркменістану був прийнятий Закон «Про вдосконалення медичних послуг, що надаються населенню», а також програма «Саглик» («Здоров'я»), завдяки якій здійснюється стратегія зниження рівня захворюваності населення, проблема вибору оптимальної та доступної терапії для незахищених верств населення, залишається вкрай актуальною. В таблиці представлена різниця у вартості лікування хворих на ЦД 2 типу без урахування діагностики і з урахуванням діагностики між Україною та Туркменістаном[8].

## Розрахунок вартості фармакотерапії монопрепарату для хворих на ЦД II типу

ЛЗ	Середня добова доза	Форма випуску та дозування	Україна			Туркменістан		
			Ціна за упаковку, дол. США	Ціна добової дозы дол.США	Ціна на 30 днів дол. США	Ціна за упаковку, дол США	Ціна добової дозы дол. США	Ціна на 30 днів дол. США
Метформін	850	табл. 500 мг №30	0,93	0,0527	1,58	1,43	0,081	2,43
		табл. 500 мг №60	1,35	0,0383	1,15	3,43	0,097	2,92
		табл. 850 мг №30	5,02	0,167	5,02	12,35	0,700	12,35
Глімепірид	4	табл. 4 мг № 30	5,10	0,17	5,10	19,46	0,648	19,36
		табл. 3 мг. №30	2,35	0,104	3,13	7,46	0,331	9,94
		табл. 2 мг. №30	1,97	0,131	3,94	3,62	0,241	7,24
Гліклазид	160	табл. 80 мг №30	1,52	0,101	3,04	9,14	0,609	18,28

**Розрахунок вартості схем фармакотерапії діабета II типу з урахуванням діагностики**

ЛЗ	Сер. доб. доза	Форма випуску та дозування	Україна		Туркменістан	
			Ціна на 30 днів дол. США	Ціна на 30 днів з урахуванням діагностики дол.США	Ціна на 30 днів дол.США	Ціна на 30 днів з урахуванням діагностики дол.США
метформін	850	табл. 500 мг №30	1,58	211,58	2,43	232,43
		табл. 500 мг №60	1,15	211,15	2,92	232,92
		табл. 850 мг №30	5,02	215,02	12,35	242,35
Глімепірид	4	табл. 4 мг № 30	5,10	215,10	19,36	249,36
		табл. 3 мг. №30	3,13	213,13	9,94	239,94
		табл. 2 мг. №30	3,94	213,94	7,24	237,24
гліклазид	160	табл. 80 мг №30	3,04	213,04	18,28	248,28

Таблиця 4

**Різниця у вартості фармакотерапії діабета II типу без урахування діагностики**

ЛЗ	Середня добова доза	Форма випуску та дозування	Різниця у вартості лікування в Україні та Туркменістані дол. США	Різниця у вартості лікування з урахуванням діагностики в Україні та Туркменістані дол. США
Метформін	850	табл. 500 мг №30	0,85	20,85
		табл. 500 мг №60	1,77	21,77
		табл. 850 мг №30	7,33	27,33
Глімепірид	4	табл. 4 мг № 30	14,26	34,26
		табл. 3 мг. №30	6,81	26,81
		табл. 2 мг. №30	3,30	23,30
Гліклазид	160	табл. 80 мг №30	15,24	35,24



Встановлено, що найбільша різниця у вартості лікування без урахування діагностики була на препарат Гліклазид 15,24 дол. США, а найменша 0,85 дол. США при прийомі препарату Метформін 500 мг №30. Серед форм випуску і дозування ЛЗ Глімепірид найбільша різниця була на препарат дозуванням 4 мг №30 - 14,26 дол. США, а найменша - 3,30 дол. США на Глімепірид 2 мг №30.

З урахуванням діагностики найбільша різниця у вартості так само була для ЛЗ Гліклазид - 35,24 дол. США, а найменша на Метформін 500 мг №60 - 21,77 дол. США. Різниця у вартості схеми лікування з Глімепіридом варіювалася від 23,30 до 34,26 дол. США.

Для того, щоб зробити аналіз методом мінімізації витрат (показник СМА), нами було проаналізовано відкриті бази з науковими даними (Pubmed, NCBI) та результати якого представлено у табл. 5.

Було встановлено, що всього у базі існує 66593 наукових дослідження, пов'язаних з діабетом II типу і його лікуванням, з них дослідження з Метформіном- 7063 або 10,61% від загальної кількості досліджень, з Глімепіридом - 680 або 1,02% і з Гліклазидом- 529 або 0,79% [9].

*Таблиця 5*

**Розрахунок показника СМА для схем фармакотерапії діабета II типу**

ЛЗ	Форма випуску та дозування	Схеми	Показник СМА в дол. США	
			Україна	Туркменістан
Метформін	табл. 500 мг №30	Різниця між схемою 1 і 2	0,43	0,49
	табл. 500 мг №60	Різниця між схемою 2 і 3	3,87	9,43
	табл. 850 мг №30	Різниця між схемою 3 і 1	3,44	7,01
Глімепірид	табл. 4 мг № 30	Різниця між схемою 1 і 2	1,97	9,42
	табл. 3 мг. №30	Різниця між схемою 2 і 3	0,81	2,7
	табл. 2 мг. №30	Різниця між схемою 3 і 1	1,16	12,12

Таким чином, при розрахунку показника СМА для України було виявлено, що найдешевша схема з Метформіном та Глімепіридом є схема №1 для обох препаратів. У Туркменістані - схема №1 з Метформіном і схема №2 з Глімепіридом. Наразі при виборі дозування препарату й форми випуску пацієнт може орієнтуватися на більш зручній для нього, з економічної точки зору, варіант, за умови дотримання рекомендацій лікаря.

### **Висновки**

ЦД відноситься до числа хронічних хвороб, повністювилікувати які неможливо. Однак, маючи правильне довгострокове лікування домогтися значного уповільнення розвитку захворювання і позбавити пацієнта від більшості неприємних симптомів є цілком можливим.

Проведений фармакоеконічний аналіз схем лікування ЦД II типу дозволив стверджувати, що терапія Метформіном є найдешевшою. Так, вартість монотерапії на 30 днів лікування препаратом Метформін 500 мг №60 в Україні коштує - 1,15 дол. США, а в Туркменістані - 2,43 дол. США. Терапія Глімепіридом варіювалася від 3,13 дол. США в Україні до 7,24 дол. США у Туркменістані.

Встановлено, що з урахуванням діагностики найбільш витратною є фармакотерапія глімепіридом 4 мг №30 - 215,10 дол. США для українських хворих і 249,36 дол. США для Туркменістану.

Розрахунок вартості терапії за допомогою методу мінімізації витрат показав, що найбільш дешева схема в Україні у групі Метформіну була при прийомі Метформіну у дозуванні 500 мг №30, а в групі з Глімепіридом при дозуванні 4 мг №30. Аналогічно у Туркменістані – Метформін у дозуванні 500 мг №30, а Глімеперід 3 мг №30.

### **Література**

1. Глобальный доклад о диабете 2016 (стр. 1-84, Рер.). (2016). Женева, Аппиа: Всемирная организация здравоохранения.

2. Haeusler, RA, Camastra, S., Astiarraga, B., Nannipieri, M., Anselmino, M., and Ferrannini, E. (2015). Снижение экспрессии глюкокиназы печени при сахарном диабете 2 типа. Молекулярный метаболизм, 4(3), 222-226.
3. МОЗ Україна URL: <http://moz.gov.ua/>
4. МЗ Туркменістан URL: <http://www.saglykhm.gov.tm/>
5. Об охране здоровья граждан Туркменистана URL: [http://minjust.gov.tm/ru/mmerkezi/doc\\_view.php?doc\\_id=15058](http://minjust.gov.tm/ru/mmerkezi/doc_view.php?doc_id=15058)(дата обращения: 11.02.2018).
6. Он-лайн аптека Саглык URL: <http://dermanhanasaglyk.com/%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0/> (дата обращения: 11.02.2018).
7. Таблетки он-лайн Україна URL: <https://tabletki.ua/%D0%93%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B4/26978/pharmacy/> (дата обращения: 11.02.2018).
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidelines manual. London: NICE, 2016.
9. Pumed online URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

**UDC 615.1. 616.379**

**PHARMACOECONOMIC OTSINKA VARTOSTI LIKUVANNYA  
TSUKROVOGO DIABETU II TYPE IN UKRAINIAN TA TURKMENISTAN**

Nemchenko A. S., Nemchenko O. A.

National Pharmaceutical University, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The article presents the pharmacoeconomic analysis of the treatment of patients with type II diabetes in Ukraine and Turkmenistan. The approaches to the provision of pharmaceutical assistance to patients with type 2 diabetes mellitus using materials from open electronic information sources are analyzed. Calculated the cost of treating patients with diabetes mellitus

monopreparation. It has been established that therapy with Metformin 500 mg № 60 is the cheapest, both in Ukraine and in Turkmenistan - \$ 1.15 and \$ 2.43, respectively.

**Key words:** *pharmacoeconomic analysis; therapy of patients with type II diabetes mellitus in Ukraine and Turkmenistan.*

**УДК 615.1. 616.379**

## **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА В УКРАИНЕ И ТУРКМЕНИСТАНЕ**

Немченко А. С., Немченко О. А.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** В статье представлен фармакоэкономический анализ терапии больных сахарным диабетом II типа в Украине и Туркменистане. Проанализированы подходы к оказанию фармацевтической помощи больным сахарным диабетом II типа с помощью материалов из открытых электронных информационных источников. Рассчитана стоимость лечения больных сахарным диабетом монопрепаратами. Установлено, что терапия Метформином 500 мг №60 является самой дешевой, как в Украине так и в Туркменистане - 1,15 и 2,43 долл. США соответственно.

**Ключевые слова:** *фармакоэкономический анализ; терапия больных сахарным диабетом II типа в Украине и Туркменистане.*

## ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Немченко А.С., Царьова К.О., Падецька Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** У статті наведені результати проведеного анкетування фармацевтичних фахівців з метою виявлення проблем рецептурного відпуску ЛЗ в Україні. Встановлено, що наразі до основних проблем відносять такі: порушення рецептурного відпуску та стрімке поширення самолікування; недостатній контроль за професійною діяльністю фармацевтичних працівників; втрата основних функцій рецепту, тощо. Вирішення даних питань полягає у реформуванні системи охорони здоров'я та фармації.

**Ключові слова:** *рецептурний відпуск; лікарський засіб; анкетне опитування; медична та фармацевтична допомога.*

**Вступ.** На сьогодні в Україні загальний стан системи охорони здоров'я (ОЗ) та фармації характеризується великою кількістю негативних чинників через повну відсутність дієвих механізмів державного регулювання діяльності організаційно-правового напрямку у сфері обігу лікарських засобів (ЛЗ). Слід зазначити такі чинники: неналежний рівень фінансування медичної та фармацевтичної допомоги; відсутність моніторингу проведення безоплатного та пільгового відпуску ЛЗ, а також компенсації їх вартості; низький рівень впровадження методів державного замовлення на виробництво ЛЗ та постачання їх до аптечних закладів за державними програмами, тощо [1,2].

Однією з проблем, що призвела до стрімкого поширення самолікування та, як наслідок погіршення вже існуючих патологічних станів хворих, є нерегульованість рецептурного відпуску ЛЗ. Наразі рецепт в Україні не виконує свого соціального призначення, яке полягає у наданні кваліфікованої, доступної та своєчасної медичної та фармацевтичної допомоги [3].

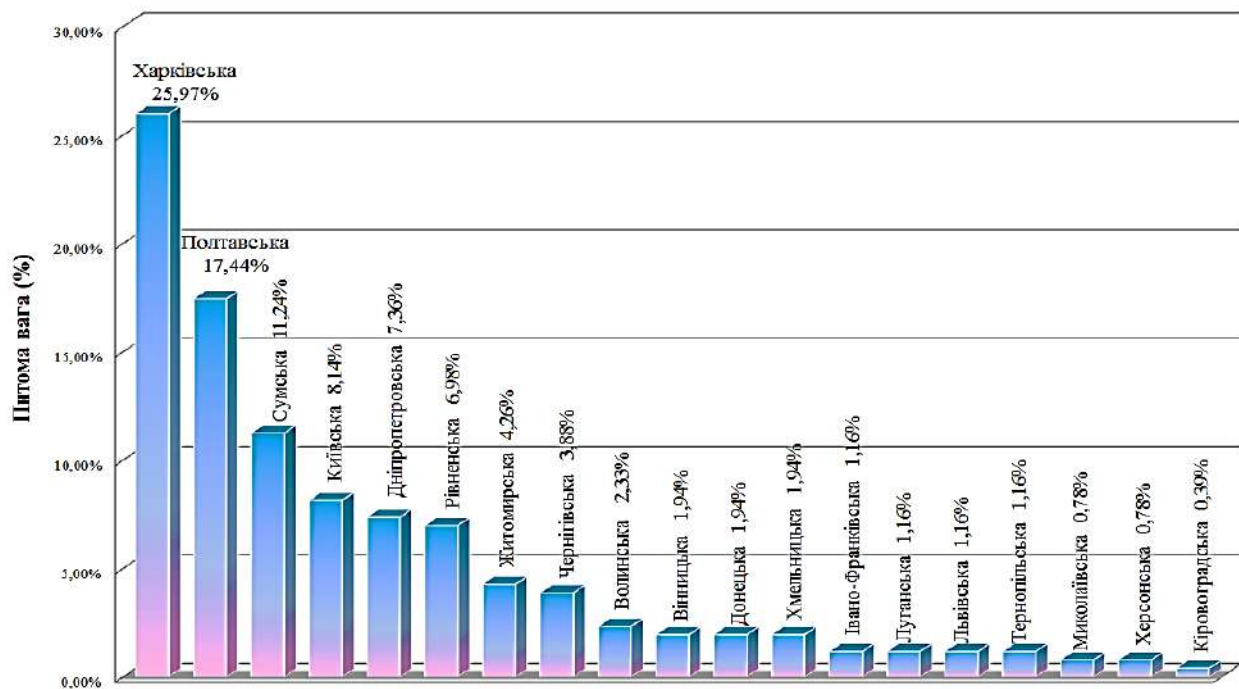
Виходячи з актуальності обраної теми, **метою** дослідження була оцінка проблем рецептурного відпуску ЛЗ.

**Методами** дослідження були обрані: аналітичний, анкетного опитування, графічний та узагальнення інформації.

**Результати досліджень.** Дослідження сучасних проблем рецептурного відпуску лікарських засобів та самолікування передбачає виявлення чинників, які впливають на цей процес. Внаслідок цього цікавим та доцільним, з наукової точки зору, є погляд практичних працівників фармацевтичної галузі на означену проблему. З цією метою у період з 01.12.2018 до 10.03.2019 рр. на базі Національного фармацевтичного університету було проведено анкетне опитування студентів заочного відділення та фармацевтичних працівників, які працюють в аптеках різних форм власності, фармацевтичних підприємствах та організаціях сфери контролю якості ЛЗ [4].

Відповідно до поставленої мети нами було розроблено анкету, яка містила закриті питання стосовно бачення фахівцями проблем рецептурного відпуску, що дають можливість порівнювати відповіді респондентів. Під час проведення дослідження нами були дотримані традиційні організаційні підходи, а саме: розробка анкети та інструкції стосовно її заповнення; організація анкетного опитування; обробка результатів дослідження; формування висновків.

В анкетуванні прийняло участь 264 фармацевтичних фахівця з 19 областей України (рис. 1). Після обробки даних вибірка склала 258 анкет, в яких було надано відповіді на всі запитання і яка є репрезентативною. Оцінювання думок респондентів відображають у відсотках. Так, найбільша кількість респондентів була у Харківській області – 67 (25,97% опитаних), а найменша у Кіровоградській – 1 (0,39% опитаних) відповідно.



**Рис. 1. Питома вага респондентів по областях України, що приймали участь в опитуванні**

Інформацію щодо статі та вікової категорії респондентів, а також сфери їх фармацевтичної діяльності та форми власності аптечного закладу представлено у таблиці 1.

*Таблиця 1*

**Характеристика респондентів стосовно статі, віку, сфери професійної фармацевтичної діяльності та форми власності аптечного закладу**

Показник	Кількість	Питома вага
<i>Стать</i>		
Чоловіки	30	11,63%
Жінки	228	88,37%
Разом	258	100,00%
<i>Вік</i>		
до 20 років	22	8,53%
від 21 до 30 років	209	81,01%
від 31 до 45 років	26	10,08%
понад 61 рік	1	0,39%
<b>Разом</b>	<b>258</b>	<b>100,00%</b>
<i>Сфера фармацевтичної галузі, де задіяні респонденти</i>		
роздрібна реалізація ЛЗ	245	94,96%

оптова реалізація ЛЗ	10	3,88%
виробництво ЛЗ	3	1,16%
<b>Разом</b>	258	100,00%
<i>Форма власності закладу охорони здоров'я, в якому працюють респонденти</i>		
приватна	236	91,47%
державна	9	3,49%
комунальна	13	5,04%
<b>Разом</b>	258	100,00%

Таким чином, виходячи з даних таблиці, більшість фахівців, що прийняли участь в анкетному опитуванні, були жіночої статі – 228 (88,37% опитаних). Серед розподілу респондентів за віком було встановлено, що фахівці до 20 років склали – 22 (8,53% опитаних), від 21 до 30 років – 209 (81,01%), від 31 до 45 – 26 (10,08%) та понад 61 рік – 1 (0,39%).

Відповідно до сфери фармацевтичної діяльності, найбільша кількість, де задіяні респонденти, була в роздрібній реалізації ЛЗ – 245 (94,96%), а найменша у виробництві ЛЗ – 3 (1,16%).

При аналізі форми власності закладу ОЗ, в якому працює респондент, було виявлено, що значна більшість працює у приватному секторі – 236 (91,47% опитаних), у державному секторі задіяні 9 (3,49%) та у комунальному – 13 (5,04%).

За результатами проведеного дослідження та на підставі аналізу літератури з вищезначеної тематики був проведений аналіз сучасного стану проблем рецептурного відпуску [5,6].

За підсумками анкетування, 140 фахівців (54,26% опитаних) вважають, що на сьогодні рецепт не виконує свого призначення та не відповідає своїм основним функціям (соціальної, медичної, економічної та правовій). Це підтверджує й сучасний стан рецептурного відпуску.

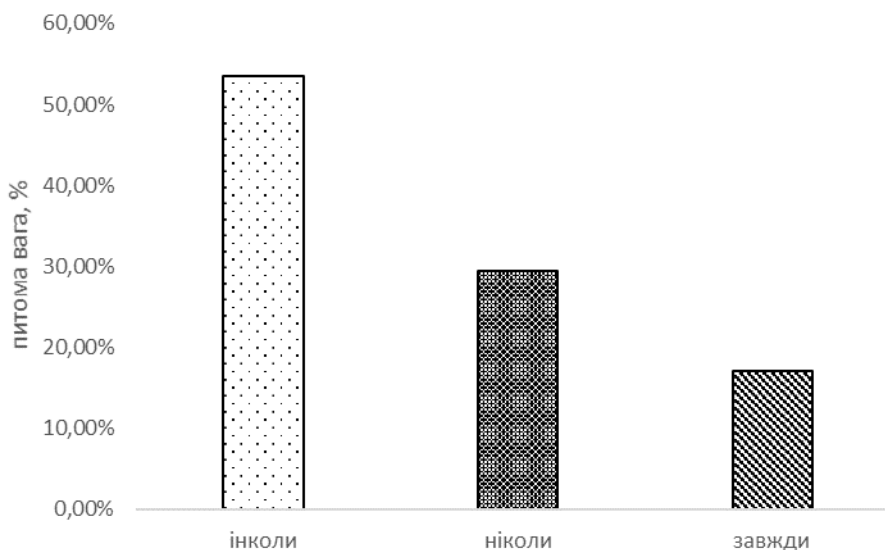
Також було встановлено, що більшість провізорів та фахівців – 209 (81,01% опитаних) здійснюють реалізацію ліків з урахуванням принципів



фармацевтичної опіки. Решта респондентів 49 (18,99% опитаних) розцінюють процес реалізації ліків як торгівлю ЛЗ.

Щодо реалізації рецептурних ЛЗ без рецепту, було визначено, що інколи реалізують рецептурні ЛЗ без рецепту більшість фахівців – 138 (53,49% опитаних), завжди – 44 фахівців (17,05% опитаних) і ніколи не відпускають рецептурні ЛЗ без рецепта менш, ніж третина респондентів – 76 фахівців (29,46% опитаних) (рис. 2).

Слід зазначити, що нині стрімко зростає кількість громадян, які не звертаються до лікаря, а йдуть до аптеки, де самостійно або після наданої консультації провізором купують необхідні ЛЗ. Хоча практика самолікування розповсюджена не лише на території України, але й в усьому світі, слід досить обережно ставитися до неї. Ставлення може бути як позитивним, так і негативним, але стрімке поширення самолікування, неконтрольований прийом ЛЗ все частіше призводить до появи небажаних побічних ефектів, а інколи й до тяжких наслідків.



**Рис. 2** Відповіді фахівців фармацевтичної галузі щодо частоти реалізації рецептурних ЛЗ без рецепта

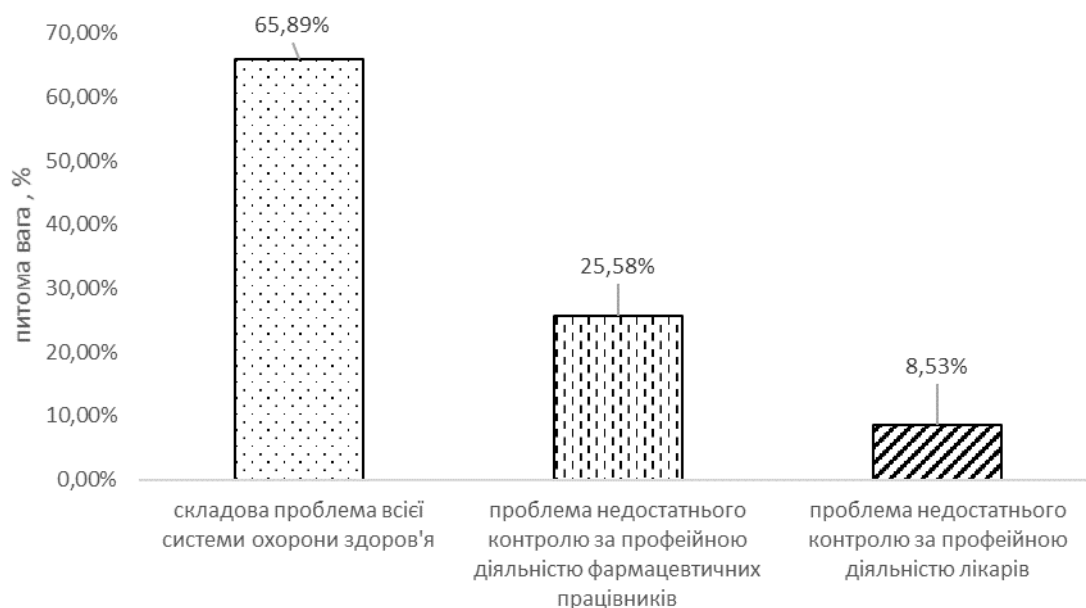
Підтвердженням цього слугує проведене нами анкетування, за результатами якого 182 респонденти (70,54% опитаних) зазначили про незмінність ставлення пацієнтів до самолікування навіть попри застереження через засоби масової інформації під гаслом «Самолікування шкідливе для Вашого здоров'я», але вони й надалі продовжують зловживати ліками.

Таким чином, можна зазначити, що на сьогодні склалася вкрай негативна ситуація, коли фармацевтичні працівники у більшості випадків відпускають рецептурні ЛЗ з аптечних закладів без рецептів. Є безліч різних причин, чому пацієнти звертаються до аптек, не маючи при цьому рецептів, але причини цієї проблеми слід шукати у важкому становищі вітчизняної ОЗ, у недосконалості нормативно-правової бази, недостатчі бюджетних коштів на етапах впровадження реімбурсації та медичного страхування.

Цікавим є ставлення фахівців фармацевтичної галузі до проблем рецептурного відпуску. Так, майже всі опитані нами респонденти – 248 (96,12% опитаних) вважають, що відпуск ЛЗ за рецептом має забезпечити безпечну та раціональну фармакотерапію.

На питання щодо причин проблем рецептурного відпуску та самолікування респонденти відповіли таким чином:

- 66 фахівців (25,58% опитаних) вважають порушення рецептурного відпуску та стрімкого поширення самолікування проблемою недостатнього контролю за професійною діяльністю лікарів;
- 22 фахівці (8,53% опитаних) вбачають у цьому недостатній контроль за професійною діяльністю фармацевтичних працівників;
- 170 фахівців (65,89% опитаних) визнають це складовою проблемою всієї системи ОЗ (рис. 3).



**Рис. 3. Відповіді фахівців фармацевтичної галузі щодо причин порушення рецептурного відпуску ЛЗ**

Досить актуальним на сьогодні в Україні залишається питання щодо доцільності виписування лікарями рецептів за міжнародними непатентованими назвами (МНН), яке поширене в європейській та світовій практиці. Згідно з наказом МОЗ № 360 від 19.07.2005 р. «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» на рецептах має бути зазначена МНН ЛЗ. Торгова назва буде вказуватися в рецепті тільки у тому випадку, якщо ЛЗ не має МНН, належить до подібних біологічних ЛЗ (біосимілярів), відпускається на пільгових умовах або безкоштовно.

При цьому фахівці фармацевтичної галузі вбачають появу низки проблематичних питань, основними з яких є:

- 1) збільшення кількості помилок у рецептах;

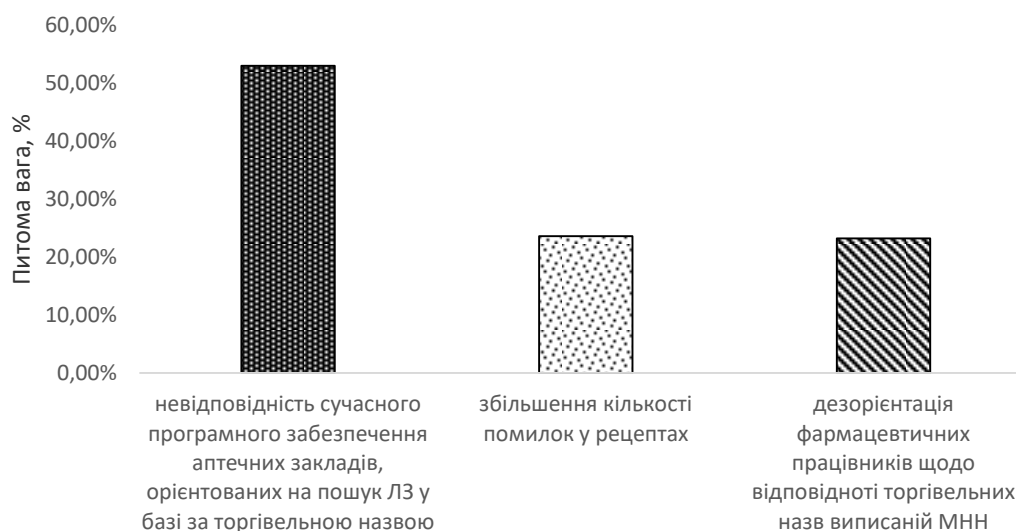
2) помилки з боку фармацевтичних працівників в аптечних закладах, що не одразу зможуть зорієнтуватися, які торговельні назви відповідають виписаній МНН;

3) невідповідність сучасної системи автоматизації аптек запропонованим нововведенням.

Окрім того велика кількість сучасних ЛЗ з однаковими діючими речовинами належать до різних груп ЛЗ: рецептурних та безрецептурних. Проведене анкетне опитування фармацевтичних працівників підтверджується переліченими вище застереженнями: 60 респондентів (23,26 % опитаних) вважають, що некомпетентний підхід до зазначених нововведень призведе до дезорієнтації фармацевтичних працівників щодо відповідності торговельних назв виписаним МНН; 61 респондент (23,64 % опитаних) вбачає у реалізації зазначеного принципу суттєве збільшення кількості помилок у рецепті більша половина респондентів – 137 (53,10 % опитаних) відмічають невідповідність сучасного програмного забезпечення аптечних закладів, орієнтованих на пошук ЛЗ у базі за торговельною назвою (рис. 4).

Необхідно також зазначити, що три чверті опитаних нами фахівців – 198 (76,74% респондентів) погоджуються з доцільністю виписування лікарями рецептів за МНН та можливістю їх відпуску (у .т. ч. Генеричної заміни) в аптеці за умови кваліфікованого та поетапного підходу до вирішення вищеозначеної проблеми.

В цілому більша частина анкетованих – 195 респондентів (75,58 % опитаних) вважає проблему рецептурного відпуску в Україні цілком вирішуваною за умови впровадження медичного страхування та, як наслідок, реалізації механізму реімбурсації (компенсації вартості), що унеможливить відпуск рецептурних ЛЗ без відповідних медичних документів.



**Рис. 4** Відповіді фахівців фармацевтичної галузі щодо впровадження принципу виписування рецептів за МНН

Також результати анкетування встановили, що більшість фармацевтичних фахівців – 162 (62,79 % опитаних) вважають адміністративну відповідальність за незаконний відпуск рецептурних ЛЗ (окрім тих, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори) для працівників аптек, які безпосередньо їх реалізують такою, що не відповідає встановленим нормам.

Надалі вирішення проблем рецептурного відпуску в Україні безсумнівно пов'язане із застосуванням системного підходу, який дозволить комплексно розглядати доцільність проведення відповідних реформ у системі ОЗ та фармації та який забезпечить можливість передбачати їх наслідки.

### **Висновки**

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновки про те, що на сьогодні нормативно-правове регулювання рецептурного відпуску ЛЗ не є ефективним. У більшості випадків фармацевтичні працівники реалізують рецептурні ЛЗ без вимоги рецептів, а серед лікарів мають місце такі помилки, як виписування ЛЗ без дотримання належних вимог законодавства, при цьому

регулюючі органи не забезпечують належного контролю за діяльністю аптечних закладів.

### Література

1. Рецептурний відпуск ліків. Деякі міркування щодо діяльності МОЗ України у регуляторній сфері. URL: <https://www.apteka.ua/article/65025>
2. Тетерич Н. В. Оцінка ефективності рецептурного відпуску лікарських засобів в Україні / Н. В. Тетерич, Л. В. Терещенко // Запорозький медичинський журнал. - 2013. - № 5. - С. 99–103.
3. Немченко А.С. Исследование основных проблем самолечения в Украине /А.С. Немченко, Н.В. Тетерич, Л.В. Терещенко // Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации: материалы науч.-практ. конф. (Ташкент, 4-5 нояб. 2013 г.) – С. 154-156
4. Немченко А.С. Сучасний стан рецептурного відпуску ліків в Україні /А. С. Немченко, Н. В. Тетерич, Л. В. Терещенко // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: матеріали ІІ наук.-практ. конф. (Харків 17-18 квіт. 2013 р.) – С. 148 – 149.
5. Немченко А. С. Аналіз основних проблем виписування рецептів за міжнародними непатентованими назвами та терапевтичної заміни в Україні // А. С. Немченко, Л. В. Терещенко, Н. В. Тетерич // Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку: матеріали ІІІ наук.-практ. конф. (Харків, 4 лист., 2014 р.) – С. 255-258
6. Наказ МОЗУ № 360 від 19.07.2005 р. «Правила виписування рецептів і вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення»URL: <https://www.apteka.ua/article/70661>

**UDK 615.1.614.27**

**RESEARCH OF MODERN PROBLEMS OF RECIPE SHIPMENT OF MEDICINES IN UKRAINE**

Nemchenko A.S., Tsarova K.O., Padetska L.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The article presents the results of a survey of pharmaceutical specialists in order to identify problems of prescription drugs in Ukraine. It is established that currently the main problems include the following: violation of prescription leave and the rapid spread of self-medication; lack of control over the professional activities of pharmaceutical workers; loss of basic recipe functions, and the like. The solution to these issues is to reform the health care system and pharmacy.

**Key words:** *prescription; drug; questionnaire; medical and pharmaceutical care.*

**УДК 615.1.614.27**

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ РЕЦЕПТУРНОГО ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ**

Немченко А.С., Царьова К.О., Падецька Л.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** В статье приведены результаты проведенного анкетирования фармацевтических специалистов с целью выявления проблем рецептурного отпуска ЛС в Украине. Установлено, что в настоящее время к основным проблемам относятся следующие: нарушение рецептурного отпуска и стремительное распространение самолечения; недостаточный контроль за профессиональной деятельностью фармацевтических работников; потеря основных функций рецепта, и т.д. Решение данных вопросов заключается в реформировании системы здравоохранения и фармации.

**Ключевые слова:** *рецептурный отпуск; лекарственное средство; анкетный опрос; медицинская и фармацевтическая помощь.*

УДК: 615.12:331.109.62

## ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В СТРЕСОВИХ ТА КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ

Тетерич Н. В., Немченко А. С., Назаркіна В. М., Подгайна М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** Обґрунтовано соціально-психологічні аспекти превалюючої моделі поведінки фармацевтичних працівників у стресових ситуаціях в аптечних закладах. Проведено психологічне тестування фармацевтичних працівників за методикою С. Хобфолла, за результатами якого встановлено стратегії подолання стресових робочих ситуацій респондентами, що передують конфліктам. Розраховано індекс конструктивності стратегії поведінки фахівців у стресових та конфліктних ситуаціях.

**Ключові слова:** *психологічне тестування, фармацевтичні працівники; стресові ситуації; аптечні заклади.*

**Вступ.** Наразі стресові ситуації, що передують конфліктам, проявляються практично в кожній сфері життєдіяльності та негативно відбиваються на всіх, без виключення, соціальних групах та в міжособистісних стосунках.

Особливо чітко явище конфліктів простежується в робочому середовищі, так як там працюють абсолютно різні люди за характерами, стилями взаємодії, і величезною низкою поглядів на життя. При цьому різниця у світосприйнятті часто призводить до неузгодженості думок людей при вирішенні будь-якого суперечливого питання. Тобто конфлікт починається там, де свідомо поведінка однієї зі сторін вступає в протиріччя з інтересами іншої [2-4, 7-8].

Найбільш гостро питання щодо вирішення конфліктів постає для галузей, пов'язаних за родом діяльності із необхідністю конструктивної побудови міжособистісного спілкування, до яких відноситься фармацевтична діяльність. При цьому складна політична, соціальна та економічна ситуація в Україні



сприяє загостренню стресових ситуацій, що призводять до конфліктів в аптечних закладах [1-4].

Таким чином, сучасний відвідувач аптек є вельми чутливим до відповідних стресових подразників, найбільш поширеними ознаками якого є низька платоспроможність населення у поєднанні з високими цінами на ліки. Саме тому фармацевтичні фахівці, робота яких зобов'язує зберігати спокій і розважливність на робочому місці, мають володіти основними навичками конструктивного розв'язання робочих конфліктів [3, 4]. Тому сучасному фармацевтичному фахівцю необхідно мати чітке уявлення про основні соціально-психологічні причини конфліктів у робочому середовищі, а також конструктивних чинниках їх запобігання та ліквідації [2-4, 6].

**Метою** нашого дослідження було вивчення моделей поведінки фармацевтичних працівників в стресових та конфліктних ситуаціях.

**Методами дослідження** для аналізу зазначеної проблеми були наступні: основний метод психологічного дослідження – спостереження, а також додаткові – узагальнення незалежних характеристик та самооцінка. На основі психологічного опитування зібрано емпіричну інформацію для з'ясування головних чинників, що зумовлюють модель поведінки фахівців в ситуаціях емоційного напруження.

**Результати досліджень.** Задля виконання поставленої мети нами було проведено опитування серед 30 фахівців 8 аптек м. Харкова. При цьому за основу дослідження нами було взято психологічну методику С. Хобфолла, що дозволяє визначити стратегію подолання стресових ситуацій фахівцями [5].

Згідно з концепцією автора даної методики активне подолання стресових ситуацій у сукупності з позитивним використанням соціальних ресурсів (контактів) значно підвищує стресостійкість людини.

Таким чином, результати проведеного тестування респондентів за методикою С. Хобфолла дозволили встановити стратегії подолання стресових ситуацій респондентами, результати яких представлено в таблиці.

Для інтерпретації отриманих результатів за кількістю збігів відповідей згідно з визначеним ключем нами зіставлялися значення по кожній з моделей поведінки респондентів зі ступенем вираженості превалюючої поведінки в стресових ситуаціях [5].

За результатами тестування респондентів було встановлено, що перша модель поведінки респондентів в стресових ситуаціях – асертивність, при яких фармацевтичні фахівці послідовно і активно відстоюють власні інтереси, приймаючи при цьому до уваги інтереси опонентів, мають такі ступені вираженості моделі поведінки: низька – у 7 респондентів (23,33% вибірки), середня – у 15 респондентів (50%), і відповідно висока – у 8 опитаних (26,67%).

Результати аналізу наступної моделі поведінки встановили, що ефективно вступати в соціальні контакти з метою досягнення спільних зусиль з опонентом задля конструктивного вирішення проблемних ситуацій психологічно готові лише 5 опитаних фахівців (16,67%), половина опитаних (50%) має середні значення даного показника. Нарешті третина фахівців (33,33% вибірки) має при цьому труднощі.

Соціальну підтримку в стресових ситуаціях, що характеризується прагненням поділитися власними переживаннями з іншими, з метою отримання співчуття і розуміння, демонструє лише 3 фахівці (10% вибірки). При цьому середні показники пошуку соціальної підтримки в стресових ситуаціях має третина опитаних (33,33%), та нарешті низькі оцінки притаманні більшості опитаних – 17 (56,67%) вибірки.

Аналіз наступної тактики поведінки – обережність дій в стресових ситуаціях показав, що лише 6 фахівців (20%) ретельно обмірковують і зважують максимально можливі конструктивні варіанти вирішення проблемних ситуацій, у 16 опитаних (53,33%) цей показник має середнє значення, і відповідно 8 респондентів (26,67%) не приділяють даному аспекту належної уваги.

## Показники превалюючої моделі стресових ситуацій в аптеках за методикою С. Хобфолла

№ з/п	Модель поведінки фахівця (стандартні бали у $\Sigma$ та %)																		Σ показників шкал	АП	ПА	ІК
	Асертивні дії	%	Соціальний контакт	%	Пошук соціальної підтримки	%	Обережні дії	%	Імпульсивні дії	%	Уникнення	%	Маніпуляція	%	Асоціальні дії	%	Агресивні дії	%				
1	21	12,14	19	10,98	22	12,72	21	12,14	23	13,29	13	7,51	19	10,98	19	10,98	16	9,25	173	62	48	<b>1,29</b>
2	19	11,18	21	12,35	17	10,00	23	13,53	19	11,18	16	9,41	22	12,94	20	11,76	13	7,65	170	57	49	<b>1,16</b>
3	19	13,01	24	16,44	13	8,90	17	11,64	15	10,27	8	5,48	20	13,70	13	8,90	17	11,64	146	56	38	<b>1,47</b>
4	24	14,81	10	6,17	27	16,67	19	11,73	19	11,73	10	6,17	14	8,64	16	9,88	23	14,20	162	61	49	<b>1,24</b>
5	23	14,84	20	12,90	20	12,90	11	7,10	21	13,55	18	11,61	23	14,84	12	7,74	7	4,52	155	63	37	<b>1,70</b>
6	16	9,41	23	13,53	16	9,41	20	11,76	18	10,59	17	10,00	23	13,53	19	11,18	18	10,59	170	55	54	<b>1,02</b>
7	12	7,74	22	14,19	23	14,84	23	14,84	18	11,61	15	9,68	9	5,81	18	11,61	15	9,68	155	57	48	<b>1,19</b>
8	14	8,86	17	10,76	21	13,29	14	8,86	12	7,59	14	8,86	25	15,82	17	10,76	24	15,19	158	52	55	<b>0,95</b>
9	12	7,19	23	13,77	15	8,98	18	10,78	17	10,18	13	7,78	27	16,17	24	14,37	18	10,78	167	50	55	<b>0,91</b>
10	18	11,11	25	15,43	20	12,35	21	12,96	19	11,73	17	10,49	19	11,73	13	8,02	10	6,17	162	63	40	<b>1,58</b>
11	20	11,70	26	15,20	12	7,02	25	14,62	8	4,68	11	6,43	21	12,28	22	12,87	26	15,20	171	58	59	<b>0,98</b>
12	11	6,92	23	14,47	11	6,92	21	13,21	16	10,06	17	10,69	23	14,47	19	11,95	18	11,32	159	45	54	<b>0,83</b>
13	18	8,87	23	11,33	21	10,34	23	11,33	25	12,32	17	8,37	19	9,36	29	14,29	28	13,79	203	62	74	<b>0,84</b>
14	21	11,80	28	15,73	19	10,67	16	8,99	18	10,11	26	14,61	21	11,80	17	9,55	12	6,74	178	68	55	<b>1,24</b>
15	19	11,59	24	14,63	16	9,76	21	12,80	16	9,76	13	7,93	14	8,54	14	8,54	27	16,46	164	59	54	<b>1,09</b>
16	21	10,99	22	11,52	21	10,99	27	14,14	19	9,95	14	7,33	23	12,04	18	9,42	26	13,61	191	64	58	<b>1,10</b>
17	22	15,17	17	11,72	14	9,66	8	5,52	13	8,97	12	8,28	19	13,10	23	15,86	17	11,72	145	53	52	<b>1,02</b>
18	15	9,26	14	8,64	16	9,88	17	10,49	22	13,58	16	9,88	23	14,20	16	9,88	23	14,20	162	45	55	<b>0,82</b>
19	25	13,37	26	13,90	15	8,02	22	11,76	17	9,09	13	6,95	18	9,63	27	14,44	24	12,83	187	66	64	<b>1,03</b>
20	22	13,02	22	13,02	24	14,20	24	14,20	18	10,65	13	7,69	13	7,69	17	10,06	16	9,47	169	68	46	<b>1,48</b>
21	22	11,28	21	10,77	25	12,82	25	12,82	26	13,33	16	8,21	19	9,74	18	9,23	23	11,79	195	68	57	<b>1,19</b>
22	18	10,65	23	13,61	15	8,88	18	10,65	22	13,02	12	7,10	22	13,02	14	8,28	25	14,79	169	56	51	<b>1,10</b>
23	25	12,50	20	10,00	21	10,50	28	14,00	19	9,50	17	8,50	23	11,50	19	9,50	28	14,00	200	66	64	<b>1,03</b>
24	23	13,37	26	15,12	20	11,63	18	10,47	13	7,56	7	4,07	26	15,12	24	13,95	15	8,72	172	69	46	<b>1,50</b>
25	9	5,77	18	11,54	22	14,10	18	11,54	21	13,46	9	5,77	28	17,95	19	12,18	12	7,69	156	49	40	<b>1,23</b>
26	24	12,90	25	13,44	26	13,98	25	13,44	18	9,68	18	9,68	18	9,68	18	9,68	14	7,53	186	75	50	<b>1,50</b>
27	22	11,83	24	12,90	24	12,90	19	10,22	26	13,98	12	6,45	22	11,83	21	11,29	16	8,60	186	70	49	<b>1,43</b>
28	26	14,53	28	15,64	21	11,73	14	7,82	16	8,94	9	5,03	27	15,08	17	9,50	21	11,73	179	75	47	<b>1,60</b>
29	27	12,33	19	8,68	20	9,13	21	9,59	29	13,24	17	7,76	28	12,79	29	13,24	29	13,24	219	66	75	<b>0,88</b>
30	21	12,50	22	13,10	18	10,71	23	13,69	19	11,31	15	8,93	20	11,90	15	8,93	15	8,93	168	61	45	<b>1,36</b>

Імпульсивність в стресових ситуаціях притаманна 9 опитаним фахівцям (30%), що характеризує їх як людей, схильних до впливу емоцій і зовнішніх обставин. При цьому вони не враховують різнобічні сторони відповідної проблеми, що в свою чергу не сприяє прийняттю найбільш обґрунтованих та доцільних рішень в складних ситуаціях. Середній показник імпульсивності дій притаманний половині опитаних (50%) та низький лише у 6 (20%).

Дослідження результатів досить важливої моделі поведінки – уникнення конфліктів показав, що половина опитаних (50% вибірки) прагнуть максимально згладити конфліктні ситуації, середній показник даної стратегії у 14 фахівців (46,67%) і високий лише у 1 респондента (3,33%).

Високий рівень маніпуляції по відношенню до опонентів в стресових і конфліктних ситуаціях спостерігається у 6 фахівців (20%), середній притаманний більшості опитаним – 20 респондентів (66,67%) та зрештою низький у 4 респондентів (13,33%).

Діагностика вельми необхідної для фармацевта моделі поведінки – асоціальних дій встановила, що близько третини опитаних – 9 фахівців (30%) здатні вийти за рамки соціальних норм і обмежень при виникненні стресових ситуацій, середній показник даного значення у 16 респондентів (53,33%) і низький лише у 5 опитаних (16,67%).

Нарешті, до агресивної моделі поведінки в стресових ситуаціях схильні 13 опитаних (43,33%), які при цьому відчувають внутрішню напруженість, гнів і роздратування. Середній показник даної тактики поведінки у 12 опитаних фахівців (40%) і низький лише у 5 респондентів (16,67%).

Графічне відображення моделей стратегії подолання стресових ситуацій за всіма 9 субшкалами представлено на рисунку.

Таким чином, слід зауважити, що розглянуті моделі поведінки можуть як сприяти, так і перешкоджати ефективному подоланню професійних стресів, що залежить від ступеня конструктивності стратегії респондентів.

Саме тому на підставі отриманих результатів тестування респондентів за даною методикою нами були розраховані показники загального індексу конструктивності (ІК) згідно з формулою:  $ІК = АП / ПА$  [5].

де АП –  $\Sigma$  показники задіяних шкал: асертивність, вступ до соціального контакту та пошук соціальної підтримки;

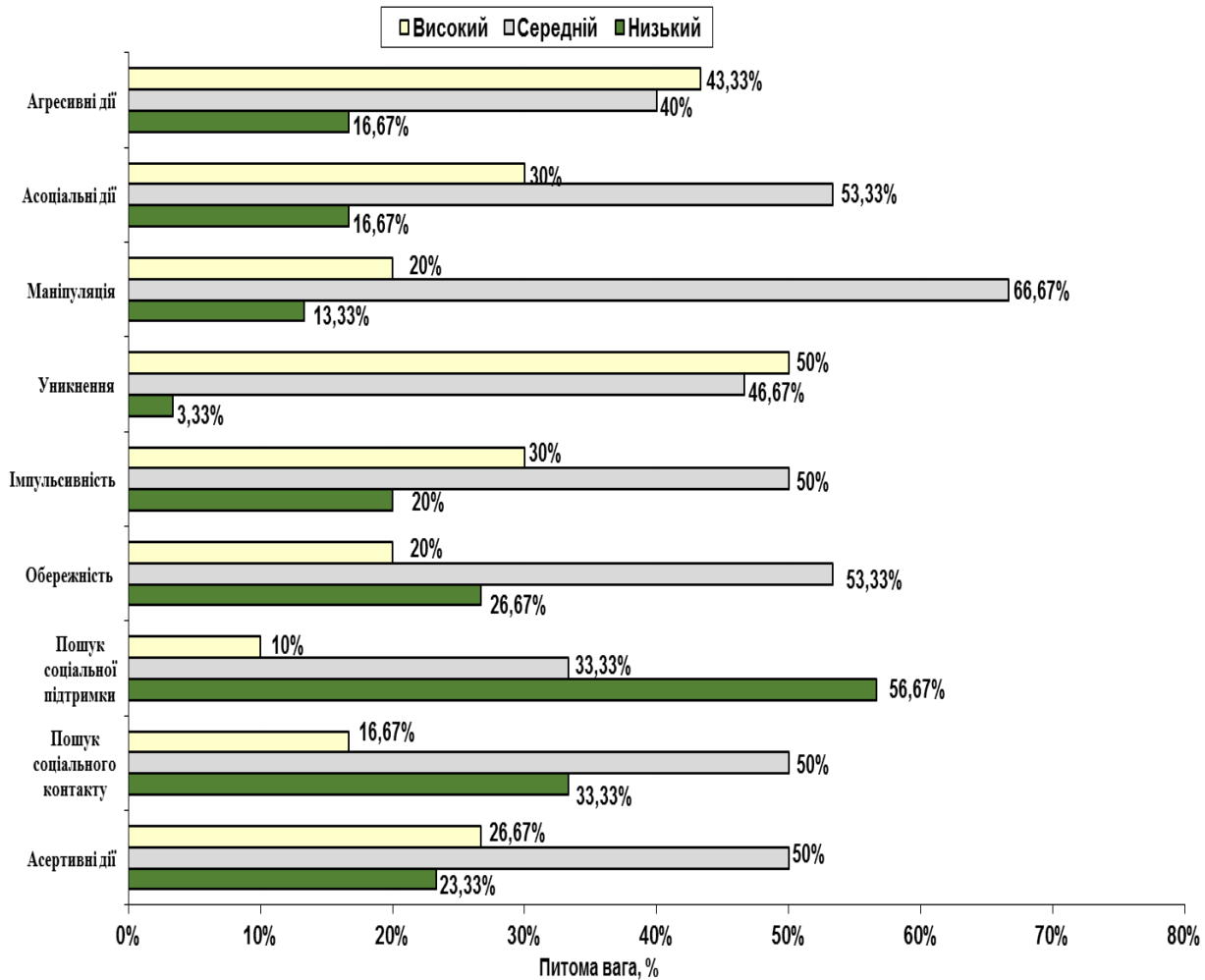
ПА –  $\Sigma$  показників за вибраними шкалами: уникнення, асоціальні та агресивні дії.

Інтерпретація отриманих показників ІК проводилась відповідно до нормових значень, де значення  $ІК < 0,85$  свідчить про низьку конструктивність,  $0,86-1,1$  – середню конструктивність та показник, вищий за значення  $1,1$  свідчить про високу конструктивність стратегії фахівців у стресових ситуаціях.

Отже, нами було встановлено, що високу конструктивність моделі поведінки у стресових ситуаціях, що передують конфліктам, мають більшість респондентів – 18 опитаних фахівців (60%). Дані фахівці характеризуються рішучою поведінкою, впевнено вступають в соціальні контакти та шукають соціальну підтримку. Як правило, вони шукають позитивні сторони в ситуаціях емоційно-напруженого (стресового) спілкування в робочій обстановці, вважаючи за краще розглядати їх як новий досвід для подальшого професійного та соціального життя.

Середній ІК має практично третина опитаних – 9 (30%), що свідчить про недостатність активності, просоціальної спрямованості та гнучкості використовуваних ними моделей поведінки в стресах.

Нарешті, 3 опитаних респондентів (10%) мають низькі показники індексу конструктивності. Ці фахівці схильні до уникнення складних робочих ситуацій. При цьому їм більшою мірою притаманні асоціальні і агресивні дії.



**Рисунок. Показники моделей стратегії подолання стресових ситуацій за методикою С. Хобфолла**

### **Висновки**

Отже, модель поведінки в стресових ситуаціях фахівців із середніми та низькими показниками ІК потребують відповідного психологічного коригування, що зумовлює залучення для цієї мети відповідного фахівця – психолога.

Таким чином, превалююча модель поведінки фармацевтичних фахівців в стресових ситуаціях в значній мірі зумовлює подальший розвиток конфліктних ситуацій в робочому середовищі та впливає на якість фармацевтичної допомоги та імідж аптечного закладу у цілому.

## Література

1. Взаимосвязь конфликтных ситуаций и стрессовых состояний. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://my-talk-hamster.ru/vzaimosvyaz-konfliktnih-situacij-i-stressovih-sostoyanij/>. – Название с экрана.
2. Конфликты в аптеке и способы их предотвращения. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.farmvestnik.ru>. – Название с экрана.
3. Конфликт в аптеке: как выйти сухим, живым и невредимым? – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/7491>. – Название с экрана.
4. Конфликт в аптеке: клиент против фармацевта. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.alppp.ru/law/hozjajstvennaja-dejatelnost/torgovlja/50/statja--konflikt-v-apteke-klient-protiv-farmacevta.html>. – Название с экрана.
5. Методика стратегии преодоления стрессовых ситуаций С. Хобфолла. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://nsportal.ru/vuz/pedagogicheskie-nauki/library/2015/08/18/strategii-preodoleniya-stressovyh-situatsiy-sacs-s>. – Название с экрана.
6. Психодиагностика стресса. Практикум. Р.В.Куприянов, Ю.М.Кузьмина; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол.ун-т. - Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.
7. Психология на службе у фармацевтических работников. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://bibliofond.ru/download\\_list.aspx?id=103166](http://bibliofond.ru/download_list.aspx?id=103166). – Название с экрана.
8. Стили поведения в ситуациях разногласия. – [Электронный ресурс]. <http://psylist.net/pedagogika/6.htm>. – Название с экрана.

**УДК: 615.12: 331.109.62**

## **STUDYING MODELS OF BEHAVIOR OF PHARMACEUTICAL WORKERS IN STRESS AND CONFLICT SITUATIONS**

Teterich N. V., Nemchenko A. S., Nazarkina V. N., Podgainaya M. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The social and psychological aspects of the prevailing model of behavior of pharmacy workforce in stressful situations in pharmacy establishments have been substantiated. The psychological testing of pharmacy workforce using the method of S. Hobfoll has been carried out. The strategies to overcome working stressful situations preceding conflicts has been set by the result of the testing. The index of constructivism of the strategy of behavior of specialists in stress and conflict situations has been calculated.

**Key words:** *psychological testing; pharmaceutical workers; stressful situations; pharmacy institutions.*

**УДК: 615.12: 331.109.62**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В СТРЕССОВЫХ И КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Тетерич Н. В., Немченко А. С., Назаркина В. Н., Подгайна М. В.

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

**Резюме.** Обоснованы социально-психологические аспекты превалирующей модели поведения фармацевтических работников в стрессовых ситуациях в аптечных учреждениях. Проведено психологическое тестирование фармацевтических работников по методике С. Хобфолла, за результатами которого установлены стратегии преодоления стрессовых рабочих ситуаций респондентами, предшествующих конфликтам. Рассчитан индекс конструктивности стратегии поведения специалистов в стрессовых и конфликтных ситуациях.

**Ключевые слова:** *психологическое тестирование; фармацевтические работники; стрессовые ситуации; аптечные учреждения.*



УДК 615.014.619:614.2

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ КОСМЕТИЧНИХ ТА КОСМЕТОЛОГІЧНИХ  
ПОСЛУГ У САЛОНАХ КРАСИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДОМАШНІМИ  
ТВАРИНАМИ**

Тімофеев С. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** У статті досліджені проблеми організації надання косметологічних послуг, що представлені у салонах краси для домашніх тварин. Проаналізовано стан ринку салонів краси для тварин в Україні.

**Ключові слова:** *косметичні та косметологічні послуги; салони краси; домашні тварини.*

**Вступ.** Ще років десять тому послуги з грумінгу сприймалися як пустощі для еліти. Згодом бажання облагородити свою тваринку стали виявляти і середньостатистичні власники тварин. В наш час на ринку існує значна кількість салонів по догляду за тваринами, які щорічно поповнюються новими технологіями та інноваціями. Настає певне насичення ринку підприємствами салонів краси для тварин. Для успіху підприємства необхідно підвищувати свою конкурентоспроможність, покращуючи елементи управління, маркетингу, залучити до роботи професіональних співробітників [1,2].

В цілому, як відзначають експерти, до послуг подібних салонів сьогодні вдаються господарі собак, кішок, морських свинок, кроликів і навіть хом'яків. Найбільш затребуваними послугами сьогодні є ті, які проводяться з гігієнічною метою і покликані підтримувати тварину в належній формі, а саме: стрижка, миття, підрізання кігтів, чистка вух, зубів тощо. Процедури, що проводяться з естетичною метою, наприклад, покриття кігтів лаком, пірсинг,

фарбування, в тому числі і мелірування, користуються попитом у меншій мірі [3].

**Метою дослідження** є аналіз умов, необхідних для відкриття та ефективної роботи салону для догляду за домашніми тваринами. Насамперед - це велика організаційна робота, що вимагає чимало часу, сил і засобів та складається з ряду послідовних, взаємопов'язаних етапів.

**Методами** були обрані: історичний, аналітичний та узагальнення інформації.

**Результати досліджень.** Фахівці, що працюють у подібних закладах, користуються наступними термінами:

1. Грумінг - повний цикл дій по догляду за твариною. В залежності від вимог господаря, може включати в себе: стрижку, миття, сушіння, розчісування, підрізання кігтів, чищення вух.
2. Стріппінг – видалення старої шерсті за допомогою спеціального ножа, яке дозволяє зберегти природню структуру покриву.
3. Триммінг - щипка відмерлої шерсті, яку зазвичай роблять 2-4 рази в рік, в залежності від швидкості її зростання.
4. Грумер – фахівець, який знає як треба підтримувати екстер'єр тварин різних видів і порід; він здатен не тільки підкреслити привабливість питомця, але й позбавити його ряду незручностей, провести профілактику неприємних захворювань [5,6].

Для створення будь-якого бізнесу потрібно найти ідею. Необхідно чітко визначитися з напрямком та сферою діяльності. Важливо скласти бізнес-план: документ, у якому визначається стратегія розвитку, розробляється план виробництва, організаційний та фінансовий плани та ін. [7]

З точки зору бізнесу салон для тварин – це:

- місце, на яке витрачено значні інвестиції і має приносити дохід;
- підприємство, яке працює згідно з наміченим планом, за яким дохід складається з поєднання площі, обладнання, витратних матеріалів та

майстерності фахівців;

- колектив найманих працівників, котрі повинні заробляти гроші, але при цьому відчувати себе творчими особистостями, що реалізують себе саме на даному підприємстві.

Салон може бути побудований, виходячи з творчих здібностей одного або декількох професіоналів-майстрів. В цьому випадку майстер сам встановлює правила і принципи роботи. Другий шлях: визначення підприємцем підприємства індустрії краси як бізнес-структури, і вибудовування концепції, виходячи з вимог до кожного з обраних типів:

1. Грумінг-салон стандартної структури. Вимагає мінімального інвестиційного пакету та організується за принципом «крокової доступності» для широкого кола клієнтів. Передбачає потокове обслуговування, швидкі технології, базовий набір послуг та їх невисоку вартість [8].

2. Салон, що надає повний спектр послуг, які умовно поділяються на три групи:

- Гігієнічні процедури ( купання, дезинфекція від паразитів, триммінг, стрижка, обробка вух і очей, манікюр, чистка зубів, вичісування ковтунів тощо;
- Релаксаційні (масаж, SPA, озоновий гідромасаж, грязелікування ароматерапія тощо);
- Естетичні (послуги по догляду за шерстю: плетіння косичок, фарбування).

Надійність бізнесу перевіряється відповідністю принципу «п'яти Р»:

- Place (місце);
- Personal (персонал);
- Production (продукція);
- Promotion (просування);
- Price (ціна).

Будь-який процес передбачає розвиток: необхідно чітко продумати концепцію, тому що найголовніше - утримати висоту планки, що спочатку була задана [9,10].

*Сучасний стан ринку салонів краси для тварин в Україні.* Прагнення українців до володіння красивою зовнішністю своїх улюбленців стимулює ринок краси. Тому на сьогоднішній день є досить великий спектр послуг для догляду за тваринами. Послуги сучасних салонів краси для тварин включають:

- всі види перукарського обслуговування (стрижка, фарбування, догляд, укладання, створення зачісок);
- косметологічні процедури (догляд за шкірою з застосуванням ручних і апаратних методик, у тому числі заспокійливі, лікувальні процедури);
- масажні процедури;
- послуги манікюру;
- татуювання блискітками;
- SPA-процедури, що поєднують у собі методики косметології та масажу, з акцентом на релаксацію та оздоровлення організму за допомогою натуральних засобів, ароматерапії і водних процедур [11].

Ринок салонів краси для тварин в Україні збільшився за останні роки на 40%. Салони економ - класу займають 30-35% ринку, салони середнього і високого рівня - 25%. Салони класу люкс, що позиціонують себе як іміджеві заклади, займають близько 15% ринку [12,13].

### **Висновки**

Таким чином, об'єктом активного просування на ринку послуг сьогодні стали салони краси для тварин. Послуги, що надаються в них, не менш різноманітні, а часто і схожі з переліком пропозицій найбільш популярних і відвідуваних салонів краси для жінок і чоловіків.

Зростанню числа салонів краси для тварин сприяє та обставина, що в суспільстві стало непристойним з'являтися з неохайним та недоглянутим домашнім улюбленцем. Тепер членів сім'ї не тільки стрижуть, фарбують

шерсть, доглядають за нігтями, та шерстю, але і в масовому порядку почали омолоджувати шкіру, боротися зі стресами своїх вихованців.

### Література

1. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо впровадження ідентифікації та реєстрації тварин з метою посилення відповідального поводження з ними» Проект Закону України від 07.11.2017 № 7267
2. Жуков Д. А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей — М.: Альпина нон-фикшен, 2014.
3. Новаева О., Отрыванов В. Индустрия красоты для животных // Персонал-Микс. 2010. № 6. С.75-79.
4. Питер Янг. Профессиональный уход за собакой в домашних условиях.- 2013. - 169с.
5. Открытие салона для животных URL: [http://www.prostobiz.ua/biznes/biznes\\_start/stati/strizhka\\_sobak\\_i\\_koshek\\_otkryv\\_aem\\_salon\\_krasoty\\_dlya\\_zhivotnyh](http://www.prostobiz.ua/biznes/biznes_start/stati/strizhka_sobak_i_koshek_otkryv_aem_salon_krasoty_dlya_zhivotnyh)
6. Открытие салона для животных с юридической точки зрения URL: <http://evrovektor.com/article/Otkrytije-gruming-salona-v-Ukraine>
7. Услуги для тварин URL: <http://www.salon-milord.ru/uslugy/>
8. Процедури для тварин «всі за та проти» URL: <http://zoolux.com.ua/service/dlya-vladelcev-jivotnyh>
9. Свой бизнес: салон красоты для животных URL: <http://www.openbusiness.ru/biz/business/svoy-biznes-salon-krasoty-dlya-zhivotnykh/>
10. Спа услуги URL: <http://in.ck.ua/spa-salon-dlya-zhivotnyh/uslugi/>
11. Спа процедури для тварин URL: [http://www.salon-milord.ru/uslugy/spa\\_procedure/](http://www.salon-milord.ru/uslugy/spa_procedure/)

12. Уход за животными URL:  
[http://maltesestyle.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=category&id=12&Itemid=12](http://maltesestyle.com.ua/index.php?option=com_content&view=category&id=12&Itemid=12)

13. Ковтун Е. Салон красоты для животных // Бизнес. 2003. № 32 (551). С.28-34.

**UDC 615.014.619: 614.2**

**ORGANIZATION OF THE PROVISION OF COSMETIC AND COSMETOLOGICAL SERVICES IN THE BEAUTY SALONS FOR THE CARE OF HOUSEHOLD ANIMALS**

Timofeev S. V.

National Pharmaceutical University, Kharkov, Ukraine

**Summary.** The article examines the problems of the organization for the provision of cosmetology services for pets in beauty salons. The state of the market of beauty salons for animals in Ukraine is analyzed.

**Key words:** *cosmetic and cosmetology services; beauty salons; pets.*

**УДК 615.014.619: 614.2**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ И КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В САЛОНАХ КРАСОТЫ ПО УХОДУ ЗА ДОМАШНИМИ ЖИВОТНЫМИ**

Тимофеев С. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** В статье исследованы проблемы организации по предоставлению косметологических услуг для домашних животных в салонах красоты. Проанализировано состояние рынка салонов красоты для животных в Украине.

**Ключевые слова:** *косметические и косметологические услуги; салоны красоты; домашние животные.*

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ  
ГЛАУКОМИ ЗА МЕТОДОМ «ВИТРАТИ-ЕФЕКТИВНІСТЬ»**

Ткачова О. В., Ірищян С. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[ph-econom@nuph.edu.ua](mailto:ph-econom@nuph.edu.ua)

**Резюме.** В статті наведені результати фармакоеконічного аналізу за методом «витрати-ефективність» трьох схем фармакотерапії хворих з первинною відкритокутовою глаукомою. Отримані результати фармакоеконічного аналізу показали, що найменшу вартість одиниці ефективності встановлено для схеми «Арутимол 0,5% + Ланотан». Інші дві схеми «Азопт + Тафлотан» та «Арутимол 0,5% + Тафлотан» були більш ефективні, хоча і більш дорогі. Отримані результати фармакоеконічних розрахунків за методом «витрати-ефективність» дають можливість споживачу вибрати оптимальну для нього схему лікування в залежності від його фінансових можливостей та співвідношення витрат та ефективності лікування.

**Ключові слова:** *фармакоеконічний аналіз; метод «витрати-ефективність»; первинна відкритокутова глаукома.*

**Вступ.** За даними літератури (у тому числі ВООЗ), кількість хворих на глаукому у світі становить до 100 млн. осіб [1, 2]. Захворювання призводить до необоротних змін в оці й значної втрати зору, аж до сліпоти. Згідно з даними статистики, у світі щохвилини сліпне від глаукоми одна людина [2]. Медико-соціальна значущість проблеми збільшується внаслідок стійкої тенденції росту захворювання у всіх демографічних групах населення. Загальна ураженість населення збільшується з віком: зустрічається у 0,1% хворих у віці 40-49 років, 2,8% - у віці 60-69 років, 14,3% - у віці старше 80 років. Більше 15% осіб із загальної кількості сліпих втратили зір від глаукоми. Відкритокутова глаукома зустрічається частіше у віці старше 40 років, переважає чоловіча стать. Закритокутова глаукома зустрічається частіше у жінок у віці 50-75 років [1, 3].

Згідно з численними даними літератури у 2014 році глаукома займала третє місце в структурі первинної інвалідності в Україні та охоплювала 15% дорослого населення [3, 4]. В літературі є дані про те, що у всіх хворих на первинну глаукому виявляють катаракту різного ступеня зрілості [5, 6]. По мірі зростання стадії глаукоми, змутніння кришталика виражене більше.

Найбільш тяжким клінічним проявом глаукоми є зниження зору аж до його повної втрати. Так, за даними ВООЗ, показник розвитку сліпоти внаслідок глаукоми становить 12% від усіх пацієнтів [7]. Своєю чергою часткова чи повна втрата зору призводить до суттєвого зростання витрат на його відновлення, зумовлених необхідністю адаптації цього контингенту пацієнтів, зниженням продуктивності праці, якості життя людини та іншими чинниками [8].

Отже, актуальність фармакоеконімічної оцінки фармакотерапії первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ) зумовлена соціальними (якість життя), клінічними (ефективність лікування) та епідеміологічними характеристиками захворювання.

**Мета.** Метою даної роботи став фармакоеконімічний аналіз схем фармакотерапії, призначених для лікування первинної відкритокутової глаукоми.

**Матеріали та методи.** Для фармакотерапії глаукоми на фармацевтичному ринку України наявний достатній асортимент ЛЗ групи S01E «Протиглаукомні препарати та міотичні засоби» (як однокомпонентних, так і комбінованих), що забезпечує можливість проведення раціонального лікування. Досліджувані схеми протиглаукомної терапії первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ), були опубліковані у статті Kryvoviaz O. Antiglaucoma pharmacotherapy: analysis of treatment regimens and efficacy indicators («ScienceRise» № 3/4(20), 2016 р.) [9]. У вищезазначеній роботі представлені результати ретроспективного клінічного дослідження схем протиглаукомної терапії ПВКГ, яке проводилось на базі Національного



медичного університету (м. Вінниця). Дослідження проводилося на основі даних з медичної документації 299 амбулаторних пацієнтів, які проживають в Україні в Вінницькій області, віком від 37 до 92 років (середній вік 71,45 років), які за станом на травень 2015 року, перебували на диспансерному обліку з діагнозом «первинна відкритокутова глаукома». В залежності від схеми терапії, яку отримували пацієнти, вони були розподілені на 8 груп:

- 1) Арутимол 0,5% – 72 хворих;
- 2) Арутимол 0,5% + Тафлотан – 44 хворих;
- 3) Арутимол 0,5% + Ланотан – 40 хворих;
- 4) Ланотан – 40 хворих;
- 5) Азопт – 32 хворих;
- 6) Азопт + Тафлотан – 26 хворих;
- 7) Тимолол 0,25% – 25 хворих;
- 8) Тафлотан – 20 хворих.

Режим застосування кожного препарату з досліджуваних схем включав 1 краплю в уражене глаукомою око 1 раз на день протягом трьох тижнів. Ефективність лікування в даному дослідженні оцінювали за результатами зниження рівня внутрішньоочного тиску (ВОТ). Цільовий внутрішньоочний тиск вважався нормальним, якщо він стає на 25–30% нижчим після лікування за початкове значення, при якому був встановлений діагноз.

В нашій роботі для визначення схем протиглаукомної терапії ПВКГ, які характеризуються найбільшою ефективністю витрат застосовувався фармакоеконічний метод «витрати-ефективність».

Найбільш прийнятною з економічної точки зору була та схема фармакотерапії, яка характеризувалася меншими витратами при більшій ефективності. У випадку, якщо жодна із досліджуваних схем не була такою, доцільним було проведення інкрементального аналізу. Останній дозволяє визначити додаткову грошову суму, яку необхідно витратити на отримання додаткової переваги, тобто визначити вартість додаткової одиниці

ефективності при використанні більш ефективного, тільки дорогого методу лікування.

При розрахунку вартості схем фармакотерапії, серед прямих витрат враховували тільки витрати на ЛЗ, тому що дизайн дослідження для всіх схем був однаковим [9]. Відмінності у витратах на проведення протиглаукомної терапії досліджуваними схемами були пов'язані тільки з прямими витратами, а непрямі витрати в даній роботі не враховувалися. Виходячи з вище зазначеного, для розрахунків вартості одиниці ефективності (CER) та вартості додаткової одиниці ефективності (ICER) були використані наступні формули 1 та 2 [10]:

$$CER = DC / Ef \quad (1)$$

$$ICER = DC_1 - DC_2 / Ef_1 - Ef_2 \quad (2),$$

де DC – прямі витрати при використанні відповідного методу лікування; Ef – ефективність лікування в одиницях ефективності терапії при використанні відповідно методу лікування.

**Результати досліджень.** Вісім досліджених схем фармакотерапії склалися переважно з препаратів першої лінії для фармакотерапії глаукоми - аналогів простагландинів і бета-блокаторів. Результати показників клінічної ефективності фармакотерапії пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою за зниженням рівня ВОТ наведені в таблиці 1.

Як видно з представлених даних п'ять з восьми досліджених схем фармакотерапії ПВКГ включали монотерапію, і тільки три схеми склалися з двох лікарських засобів протиглаукомних препаратів.

Дані, наведені в таблиці 1 свідчать про відсутність ефективності монотерапії хворих з ПВКГ в 6-й, 7-й та 8-й за допомогою препаратів Тафлотан Ланотан, Тимолол 0,25% внаслідок нездатності досягти цільового ВОТ у групах хворих (менше 30%).

Для проведення фармакоеконімічних розрахунків серед зазначених критеріїв нами були обрані найбільш ефективні схеми фармакотерапії ПВКГ,

ступінь зниження рівня ВОТ в яких був найвищим. Результати проаналізованого клінічного дослідження показали, що за вказаним показником ефективності найбільш ефективною є схема комбінованої фармакотерапії, що включала Азопт + Тафлотан (40,04%), друге та третє місця за ефективністю належали схемам: Арутимол 0,5% + Тафлотан (39,05%) та Арутимол 0,5% + Ланотан (37,55%) .

*Таблиця 1*

**Ефективність проглаукомної фармакотерапії пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою**

№ з/п	Схеми лікування фармакотерапії відкритокутової глаукоми	Ступінь зниження ВОТ порівняно з базовим рівнем, %
1	Азопт + Тафлотан	40,04±7,59
2	Арутимол 0,5% + Тафлотан	39,09±7,73
3	Арутимол 0,5% + Ланотан	37,15±6,8
4	Азопт	35,5±5,6
5	Арутимол 0,5%	34,75±8,86
6	Тафлотан	22,82±5,6
7	Ланотан	21,03±7,18
8	Тимолол 0,25%	17,68±6,98

Наступним етапом стало визначення вартості курсу протиглаукомної терапії за досліджуваними схемами. В науковій роботі Круговіаз О., в якій наведені результати клінічного дослідження схем протиглаукомної терапії були зазначені торгові назви ЛЗ, що стало основою для подальших розрахунків.

- Схема 1 включала:

1) препарат бринзоламідю – Азопт®, Novartis Pharma (Швейцарія), крап. оч. 10 мг/мл Дроп-Тейнер® 5 мл, №1;

2) препарат тафлупросту – Тафлотан®, Santen (Фінляндія), крап. оч. 15 мкг/мл фл. 2,5 мл, №1.

• Схема 2 включала:

1) препарат тимололу – Арутимол®, Bausch + Lomb Inc (США), крап. оч., р-н 5 мг/мл фл.-крапельн. 5 мл, №1;

2) препарат тафлупросту – Тафлотан®, Santen (Фінляндія), крап. оч. 15 мкг/мл фл. 2,5 мл, №1.

• Схема 3 включала:

1) препарат тимололу – Арутимол®, Bausch + Lomb Inc (США), крап. оч., р-н 5 мг/мл фл.-крапельн. 5 мл, №1;

2) препарат латанопросту – Ланотан®, Фармак (Україна, Київ), крап. оч. 0,05 мг/мл фл. з крапельн. 2,5 мл, №1.

Витрати на застосування вищезазначених препаратів для протиглаукомної терапії у складі досліджуваних схем наведені у таблиці 2.

Наступним етапом даної роботи стала оцінка ефективності витрат для досліджуваних схем протиглаукомної терапії ПВКГ.

$CER$  (схема «1») =  $500,50/0,40 = 1251,25$  грн. / 1 од. ефективності

$CER$  (схема «2») =  $356,30/0,39 = 913,59$  грн. / 1 од. ефективності

$CER$  (схема «3») =  $269,90/0,37 = 729,46$  грн. / 1 од. ефективності

Аналіз результатів розрахунків дозволив зробити висновок, що найменшим питомим показником ефективності витрат характеризується схема 3 «Арутимол 0,5% + Ланотан». Вона має найменшу вартість курсу протиглаукомної терапії ПВКГ та є найменш ефективною серед досліджуваних схем. Враховуючи, що схема 1 «Азопт + Тафлотан» та схема 2 «Арутимол 0,5% + Тафлотан» більш ефективні, хоча і більш дорогі, доцільним є розрахунок інкрементального показника ICER:

**Витрати на ЛЗ, що входять до складу схем протиглаукомної  
терапії ПВКГ**

МНН	ТН ЛЗ	Виробник, форма випуску	Витрати ЛЗ на курс лікування 3 тижні, грн.	Вартість схеми на курс, грн.
<b>Схема 1 «Азопт + Тафлотан»</b>				
бринзоламід	Азопт	Novartis Pharma (Швейцарія), крап. оч. 10 мг/мл Дроп-Тейнер® 5 мл	240,50	500,50
тафлупрост	Тафлотан	Santen (Фінляндія), крап. оч. 15 мкг/мл фл. 2,5 мл	260,00	
<b>Схема 2 «Азопт + Тафлотан»</b>				
тимолол	Арутимол	Bausch + Lomb Inc (США), крап. оч., р-н 5 мг/мл фл.-крапельн. 5 мл	96,30	356,30
тафлупрост	Тафлотан	Santen (Фінляндія), крап. оч. 15 мкг/мл фл. 2,5 мл	260,00	
<b>Схема 3 «Арутимол 0,5% + Ланотан»</b>				
тимолол	Арутимол	Bausch + Lomb Inc (США), крап. оч., р-н 5 мг/мл фл.-крапельн. 5 мл	96,30	269,90
латанопрост	Ланотан	Фармак (Україна, Київ), крап. оч. 0,05 мг/мл фл.-крапельн. 2,5 мл	160,60	

ICER (для схем «1»/«3») =  $(500,50 - 269,90) / (0,40 - 0,37) = 7686,67$  грн.

ICER (для схем «2»/«3») =  $(356,30 - 269,90) / (0,39 - 0,37) = 4320,00$  грн.

який показує вартість додаткової одиниці ефективності при переході з найменш ефективної схеми на більш ефективні схеми:

1. «Азопт + Тафлотан» (7686,67 грн).

## 2. «Арутимол 0,5% + Тафлотан» (4320,00 грн).

Отримані результати фармакоекономічних розрахунків за методом «витрати-ефективність» дають можливість споживачу вибрати оптимальну для нього схему лікування в залежності від його фінансових можливостей та співвідношення витрат та ефективності лікування. Згідно з отриманими даними з фармакоекономічної точки зору, найбільшою ефективністю витрат протиглаукомної терапії ПВКГ характеризується схема 3 «Арутимол 0,5% + Ланотан». Але, враховуючи більш високу ефективність схем «Азопт + Тафлотан» і «Арутимол 0,5% + Ланотан» і за умов, що споживачі мають достатні фінансові можливості і в змозі витратити додаткову грошову суму на отримання додаткової ефективності, можна вважати схеми «Азопт + Тафлотан», або «Арутимол 0,5% + Ланотан» (в залежності від кількості грошових коштів споживача) оптимальними для лікування хворих на ПВКГ.

### **Висновки**

1. Серед досліджуваних схем протиглаукомної терапії ПВКГ, найменша вартість одиниці ефективності встановлена для схеми «Арутимол 0,5% + Ланотан». Враховуючи, що схеми «Азопт + Тафлотан» та «Арутимол 0,5% + Тафлотан» більш ефективні, хоча і більш дорогі, доцільним став розрахунок інкрементальних показників.
2. За умов, що споживачі мають достатні фінансові можливості і в змозі витратити додаткову грошову суму на отримання додаткової ефективності, можна вважати схеми «Азопт + Тафлотан» та «Арутимол 0,5% + Тафлотан» (в залежності від кількості грошових коштів споживача) оптимальними для лікування первинної відкритокутової глаукоми у хворих.

### **Література**

1. Повч З. В. Оптимізація первинної профілактики глаукоми як вектор посилення профілактичного напрямку в офтальмології. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні*. 2014. №2 (62). С. 8-11.

2. Жабоедов Г. Д., Скрипник Р. Л., Баран Т. В. Офтальмологія : підручник ВСВ "Медицина", 2011. С. 261-306.
3. Рыков С. А., Витовская О. П., Степанюк Г. И. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине. *Новости глаукомы*. 2009, № 1. С. 34-35.
4. Витовская О. П. Стратегия укрепления здоровья. *Клиническая офтальмология. Глаукома*. 2013, № 3. С. 88-92.
5. Збитнева С. В. Оптимизация хирургического лечения катаракты и глаукомы методом факоэмульсификации в сочетании с глубокой неперфорирующей склерэктомией. Автореф. диссерт. на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Киев. 2008. 20 с.
6. Новак В. А., Лапикова Н. В., Грибонос С. Н. О прямой корреляции одновременного развития возрастных катаракт и первичной глаукомы. II Міжнар. наук. конференція офтальмологів Причорномор'я. (8-10 вересня 2004 р., Одеса). Одеса, 2004. С. 78-79.
7. Егоров Е. А. Глаукома. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 824 с.
8. Витовская О. П. Оценка социальной и экономической эффективности Национальной стратегии борьбы с глаукомой. *Вестник соц. гигиены и здравоохранения*. 2009, № 4. С. 45–51.
9. Kryvoviaz O. Antiglaucoma pharmacotherapy: analysis of treatment regimens and efficacy indicators. *J. Science Rise*. 2016. № 3-4 (20). P. 46-50.
10. Фармакоэкономика: навч. посіб. для студ. ВНЗ / Л. В. Яковлева, Н.В. Бездітко, О.О. Герасимова, О.Я. Міщенко, І.В. Карбушева, О.В. Ткачова, Н.М. Беркало ; за ред. Л. В. Яковлевої. 2 вид. Вінниця: Нова Книга, 2017. 208 с.

**UDK 615.014.619:614.2**

**PHARMACO-ECONOMIC ANALYSIS OF GLAUCOMIC  
PHARMACOTHERAPY BY THE "COSTS-EFFICIENCY" METHOD**

Tkachova O. V., Iritsyan S. A.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The article presents the results of the pharmacoeconomic analysis of the cost-effectiveness method of three pharmacotherapy regimens of patients with primary open-angle glaucoma. The results of the pharmacoeconomic analysis showed that the lowest cost per unit of effectiveness was established for the “Arutimol 0.5% + Lanotan” scheme. The other two schemes, “Azopt + Taflotan” and “Arutimol 0.5% + Taflotan”, were more effective, albeit more expensive. The results of pharmacoeconomic calculations using the cost-effectiveness method enable the consumer to choose the optimal treatment regimen for him depending on his financial capabilities and the ratio of costs and treatment effectiveness.

**Key words:** *pharmacoeconomic analysis; economic efficiency method; primary open angle glaucoma.*

УДК 615.014.619:614.2

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ГЛАУКОМЫ ПО МЕТОДУ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ»

Ткачева О. В., Ирищян С. А.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** В статье приведены результаты фармакоэкономического анализа по методу «затраты-эффективность» трех схем фармакотерапии больных с первичной открытоугольной глаукомой. Полученные результаты фармакоэкономического анализа показали, что наименьшую стоимость единицы эффективности установлено для схемы «Арутимол 0,5% + Ланотан». Другие две схемы «Азопт + Тафлотан» и «Арутимол 0,5% + Тафлотан» были более эффективны, хотя и более дорогие. Полученные результаты фармакоэкономических расчетов по методу «затраты-эффективность» дают возможность потребителю выбрать оптимальную для него схему лечения в зависимости от его финансовых возможностей и соотношения затрат и эффективности лечения.

**Ключевые слова:** *фармакоэкономический анализ; метод «затраты-эффективность»; первичная открытоугольная глаукома.*



УДК 615.036 + 615.254

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВА ОЦІНКА ОБІГУ В УКРАЇНІ ДІУРЕТИКІВ ГРУП СПІРОНОЛАКТОНУ (C03DA01) ТА ФУРОСЕМІДУ (C03CA01)

Федяк І. О., Максименко О. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

[irynaf@tvnet.if.ua](mailto:irynaf@tvnet.if.ua)

**Резюме.** У статті висвітлені результати аналізу соціально-економічних переліків лікарських засобів (ЛЗ) на предмет присутності у них діуретиків груп спіронолактону (C03DA01) та фуросеміду (C03CA01), які рекомендовано для лікування хворих на цирози печінки та їх ускладнень (асцит). Встановлено, що досліджувані сечогінні препарати є достатньо представлені як у нормативно-правовому полі регулюючих переліків ЛЗ в Україні, так і на вітчизняному фармацевтичному ринку (ФР). Виявлена позитивна тенденція залежності оптово-відпускних цін на ЛЗ від наявності їх у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню за Урядовою програмою «Доступні ліки», оскільки ціна на досліджувані препарати зменшувалась у період включення ЛЗ до програми реімбурсації вартості амбулаторного лікування. Це свідчить про підвищення доступності діуретиків не тільки для хворих на гіпертонічну хворобу, для яких в першу чергу започатковано програму, а й для інших категорій пацієнтів в анамнезі яких є набряки різної етіології.

**Ключові слова:** *аналіз соціально-економічних переліків лікарських засобів; маркетинговий аналіз; щомісячний моніторинг ринку; діуретики груп спіронолактону (C03DA01) та фуросеміду (C03CA01); цироз печінки; асцит.*

**Вступ.** Набряки в клінічній практиці трапляються часто, особливо при захворюваннях нирок (гостра та хронічна хвороба нирок за умови виникнення нефротичного і нефритичного синдромів), серця (хронічна серцева недостатність), печінки (цироз, захворювання печінки з розвитком печінковоклітинної недостатності та порушенням альбумінсинтезуючої функції), варикозній хворобі нижніх кінцівок та тромбозі глибоких вен гомілок, лімфостазі тощо [1].

Діуретики – препарати, що викликають посилене виведення солей (насамперед натрію) і води з організму. Тому вони призначені в основному для лікування набряків, артеріальної гіпертензії й отруєнь. Однак через широкий спектр ренальних і екстраренальних ефектів сечогінних лікарських препаратів (ЛП) наведеними станами показання до їх застосування не обмежуються. Калійзберігаючі діуретики застосовуються при серцевій недостатності, артеріальній гіпертензії (особливо спіронолактон), цирозі печінки (при цьому захворюванні порушується руйнування альдостерону в печінці і розвивається вторинний альдостеронізм), первинному альдостеронізмі (синдромі Кона) [2].

З метою знизити показники смертності населення та/або покращити якість життя пацієнта на амбулаторному рівні реалізовано урядову програму «Доступні ліки», яка стартувала 1 квітня 2017 р. У рамках програми пацієнти за рецептом лікаря можуть отримати безкоштовно або з доплатою ЛП для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми [3]. До таких препаратів віднесені і діуретики груп спіронолактону (C03DA01) та фуросеміду (C03CA01), які також використовуються для корекції порушень гемодинаміки при цирозі печінки (ЦП) та вважаються одними з найкращих [1, 4-8]. А з огляду на те, що більшість пацієнтів з ЦП віком до 60 років, збільшення їх числа є істотною соціально-економічною проблемою для суспільства в цілому і вимагає своєчасного лікування та профілактики даного захворювання [4].

Тому **метою** даної роботи стала інтерпретація даних маркетингового аналізу та аналізу соціально-економічних переліків лікарських засобів (ЛЗ) щодо присутності у них діуретиків груп спіронолактону та фуросеміду, які використовуються для терапії хворих на ЦП та його найбільш поширеного ускладнення – асцити.

**Методи дослідження:** системно-логічний аналіз соціально-економічних переліків ЛЗ в Україні, а саме: Державного реєстру ЛЗ, Національного

переліку основних ЛЗ, на які встановлено державне регулювання цін, Реєстру оптово-відпускних цін (ОВЦ) на ЛЗ, Реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню); маркетинговий аналіз, проведений методом щомісячного моніторингу середніх оптово-відпускних цін ЛЗ за даними ресурсу «Програмного комплексу «Аптека» (<http://pharmbase.com.ua/>) за період 01.01.2017–31.01.2019 рр.

**Результати та обговорення.** Оскільки з метою зменшення рідини в організмі згідно даних літератури при асциті у хворих на ЦП використовується або спіронолактон в дозі від 100 мг/доба, або поєднання спіронолактону з фуросемідом в дозуванні від 100 мг + 40 мг/доба відповідно перорально [1, 2, 4–8], було проведено оцінку соціально-економічної доступності саме цих ЛЗ.

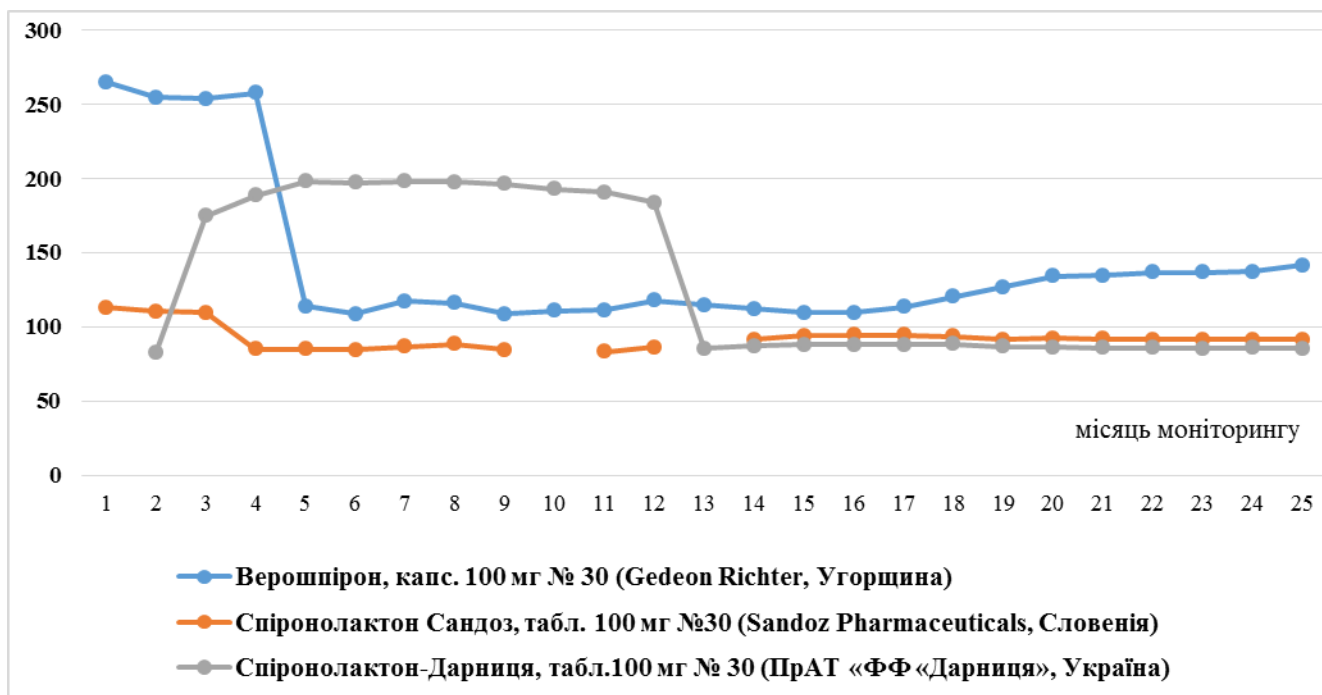
На рис. 1 у вигляді схеми представлено чинні соціально-економічні переліки ЛЗ в Україні та нормативно-правові акти, які регламентують їх дію. На основі аналізу їх кількісних показників, встановлено, що кількість найменувань ЛЗ зменшується у представленому ряді документів (рис. 1).

<b>Державний реєстр лікарських засобів</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="http://www.drlz.com.ua">http://www.drlz.com.ua</a></li><li>• Готових лікарських засобів 10346 найменувань</li></ul>
<b>Національний перелік основних лікарських засобів, на які встановлено державне регулювання цін</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="https://www.apteka.ua/naclist">https://www.apteka.ua/naclist</a></li><li>• Постанова КМУ від 13.12.2017р. № 1081</li><li>• Кількість найменувань 427 діючих речовин</li></ul>
<b>Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="http://moz.gov.ua/uploads/2/10434-reestr_lz_stanom_na_28_01_2019.pdf">http://moz.gov.ua/uploads/2/10434-reestr_lz_stanom_na_28_01_2019.pdf</a></li></ul>
<b>Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню</b>	<p><a href="http://www.apteka.ua/article/488582">http://www.apteka.ua/article/488582</a> Наказ МОЗ України № 148 від 21.01.2019 Кількість найменувань 258 лікарських засобів</p>

**Рис. 1. Основні соціально-економічні переліки ЛЗ в Україні**

Так, пошук у соціально-економічних переліках ЛЗ препаратів із діючою речовиною спіронолактон станом на 01.02.2019 р. виявив наступне (табл. 1):

- у Державному реєстрі ЛЗ зареєстровано 10 торгових найменувань (ТН) спіронолактону 4-х виробників (1 вітчизняного та 3 – імпортерів) у різних дозуваннях. З них 1 ЛП, а саме Верошпірон, таблетки по 25 мг, по 20 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина з 22.12.2017 р. має необмежений термін реєстрації в Україні (<http://www.drlz.com.ua>);
- у Національному переліку основних ЛЗ, на які встановлено державне регулювання цін, згадано 8 найменувань цього ЛП (відсутні 2 лікарські форми (ЛФ) Верошпірону у дозуваннях 50 і 100 мг, <https://www.apteka.ua/naelist>);
- в Реєстрі оптово-відпускних цін на ЛЗ – 7 ЛП (відсутнє ТН Спілактон у 3-х дозуваннях по 25, 50, 100 мг спіронолактону ([http://moz.gov.ua/uploads/2/10434-reestr\\_lz\\_stanom\\_na\\_28\\_01\\_2019.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/2/10434-reestr_lz_stanom_na_28_01_2019.pdf)));
- на ФР також було 7 ЛП групи і також були відсутні препарати Спілактону; Маркетинговий аналіз ФР показав, що вітчизняних ЛП з діючою речовиною спіронолактон було 28,57 %, імпортерів – 71,43 %.
- в Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню спочатку були наявні тільки 2 ЛЗ: Верошпірон 25 мг та Спіронолактон Дарниця 25 мг, пізніше – 4: додано до реєстру Спіронолактон Сандоз 50 і 100 мг, а з 22.01.2018 р. – 5: доданий Спіронолактон Дарниця 100 мг, що демонструє зацікавленість виробника у реалізації препаратів за Урядовою програмою. Також варто відзначити для громадян підвищення доступності, як фізичної, так і фінансової даних препаратів, оскільки зросла кількість ЛП у програмі та спостерігалось значне зниження ОВЦ для Спіронолактону Дарниця 25 мг, а для інших ЛП – коливання ОВЦ протягом періоду дослідження й незначне її зростання станом на 21.01.2019 р. (рис. 2).



**Рис. 2. Динаміка ОБЦ упаковок ЛП спіронолактону 100 мг (2017-2019 рр.)**

Оцінка динаміки ОБЦ аналогів спіронолактону в дозі 100 мг виявила залежність ціни від наявності препарату у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню. Так, різкий спад ОБЦ Верошпірону, капсули по 25 мг, ВАТ «Геден Ріхтер», Угорщина та зниження ОБЦ Спіронолактон Сандоз®, Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія співпали зі стартом Урядової програми «Доступні ліки», який відбувся 01.04.2017 р. (рис. 2).

На ФР ЛП з діючою речовиною фуросемід були представлені вітчизняними та імпорними виробниками у співвідношенні 66,7 % і 33,3 % відповідно.

При дослідженні соціально-економічних переліків ЛЗ на предмет наявності ЛП з діючою речовиною фуросемід встановлено наступне (табл. 2):

- у Державному реєстрі ЛЗ зареєстровано 14 ТН фуросеміду 8-х виробників (5 вітчизняних та 3 – імпорних) у різних ЛФ, з яких 5 ЛП мають необмежений термін реєстрації в Україні (<http://www.drlz.com.ua>);
- у Національному переліку основних ЛЗ знайдено 13 найменувань ЛП із досліджуваною діючою речовиною (<https://www.apteka.ua/naclist>);

Таблиця 1

## Аналіз наявності ЛП групи спіронолактону у соціально-економічних переліках ЛЗ в Україні

Препарати групи спіронолактону	Державний реєстр ЛЗ	Національний перелік ОЛЗ	Фармацевтичний ринок ЛЗ	Реєстр ОВЦ на ЛЗ: ГрОВЦ, грн.	Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню				
					Наказ МОЗ № 360 від 03.04.17 [12]	Наказ МОЗ № 856 від 26.07.17 [13]	Наказ МОЗ № 111 від 22.01.18 [14]	Наказ МОЗ № 1446 від 03.08.18 [15]	Наказ МОЗ № 148 від 21.01.19 [16]
ВЕРОШПІРОН, табл. 25 мг № 20, Гедеон Ріхтер (Угорщина)	√	√	√	27,26 грн.	ОВЦ: 26,64 грн	ОВЦ: 27 грн.	ОВЦ: 29 грн.	ОВЦ: 27,26 грн.	ОВЦ: 28,28 грн.
ВЕРОШПІРОН, капс. 50 мг № 30, Гедеон Ріхтер (Угорщина)	√	-	√	75 грн.	-	-	-	-	-
ВЕРОШПІРОН, капс. 100 мг № 30, Гедеон Ріхтер (Угорщина)	√	-	√	106 грн.	-	-	-	-	-
СПІЛАКТОН, табл. 100 мг № 10, № 20 Уорлд Медіцин (Туреччина)	√	√	-	-	-	-	-	-	-
СПІЛАКТОН, табл. 25 мг № 10, № 20, Уорлд Медіцин (Туреччина)	√	√	-	-	-	-	-	-	-
СПІЛАКТОН, табл. 50 мг № 10, № 20 Уорлд Медіцин (Туреччина)	√	√	-	-	-	-	-	-	-
СПІРОНОЛАКТОН САНДОЗ®, табл. 100 мг № 20, № 30, № 60 Салютас Фарма (Німеччина)	√	√	№ 30	81,73	-	77,76 грн	ОВЦ: 81,73 грн.	ОВЦ: 81,73 грн.	ОВЦ: 83,36 грн.
СПІРОНОЛАКТОН САНДОЗ®, табл. 50 мг № 20, №30, № 60 Салютас Фарма (Німеччина)	√	√	№ 30	51,18 грн.	-	ОВЦ: 51,18 грн.	ОВЦ: 51,18 грн.	ОВЦ: 51,18 грн.	ОВЦ: 53,74 грн.
СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, табл. 100 мг № 10, № 30 Дарниця ФФ ПрАТ (Україна, Київ)	√	√	№ 30	77 грн.	-	-	ОВЦ: 77 грн.	ОВЦ: 77 грн.	ОВЦ: 83,36 грн.
СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, табл. 25 мг № 30, Дарниця ФФ ПрАТ (Україна, Київ)	√	√	№ 30	19,25 грн.	ОВЦ: 39,56 грн.	ОВЦ: 39,56 грн.	ОВЦ: 19,25 грн.	ОВЦ: 19,25 грн.	ОВЦ: 20,84 грн.

## Аналіз наявності ЛП групи фуросеміду у соціально-економічних переліках ЛЗ в Україні

Препарати груп фуросеміду	Державний реєстр ЛЗ	Національний перелік ОЛЗ	Фармацевтичний ринок ЛЗ	Реєстр ОВЦ на ЛЗ	Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню				
					Наказ МОЗ № 360 від 03.04.17 [12]	Наказ МОЗ № 856 від 26.07.17 [13]	Наказ МОЗ № 111 від 22.01.18 [14]	Наказ МОЗ № 1446 від 03.08.18 [15]	Наказ МОЗ № 148 від 21.01.19 [16]
ФУРОСЕМІД, р-н д/ін. 10 мг/мл амп. 2 мл, № 5, № 10 ДЗ ДНЦЛЗ ТОВ (Україна, Харків)	✓	✓	✓	17,5 грн.	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД, табл. 40 мг № 50, ДЗ ДНЦЛЗ ТОВ (Україна, Харків)	✓	✓	✓	ГрОВЦ: 6.35 грн.	ОВЦ: 6,15 грн	ОВЦ: 6,33 грн.	ОВЦ: 7,03 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.
ФУРОСЕМІД, р-н д/ін. 10 мг/мл амп. 2 мл, № 5, № 10 Здоров'я ФК ТОВ (Україна, Харків)	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД, табл. 40 мг № 50, Здоров'я ФК ТОВ (Україна)	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД, табл. 0,04 г № 50, Київмедпрепарат ПАТ (Україна.)	✓	✓	✓	ГрОВЦ: 10.49 грн.	ОВЦ: 9,5 грн	ОВЦ: 9,51 грн.	ОВЦ: 10,49 грн.	ОВЦ: 10,49грн.	ОВЦ: 10,49грн
ФУРОСЕМІД, табл. 40 мг № 10, № 50 Луганський ХФЗ ПАТ (Україна).	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД, таб 40 мг №10, №50 Борщагівський ХФЗ ПАТ, Україна	✓	✓	✓	ГрОВЦ: 6.35 грн.	ОВЦ: 6 грн	ОВЦ: 6 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.
ФУРОСЕМІД, табл. 40 мг № 50, Агрофарм ТОВ (Україна, Київ)	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД, табл. 40 мг № 50, Фармекс Груп ТОВ (Україна)	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, р-н д/ін. 10 мг/мл амп. 2 мл, коробка № 5, № 10, Дарниця ФФ ПрАТ, Україна	✓	✓	✓	19,57 грн.	-	-	-	-	-
ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, табл. 40 мг № 50, Дарниця ФФ ПрАТ	✓	✓	✓	ГрОВЦ: 6,96 грн.	ОВЦ: 7,19 грн.	ОВЦ: 7,19 грн	ОВЦ: 6,35 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.	ОВЦ: 6,35 грн.
ФУРОСЕМІД СОФАРМА, табл. 40 мг № 20, Софарма (Болгарія)	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-
ЛАЗИКС® НЕО, р-н д/ін. 10 мг/мл амп. 2 мл № 10, Зентіва (Румунія)	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-
ЛАЗИКС®, табл. 40 мг стрип № 45, Sanofi India (Індія)	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-

- на ФР на час проведення аналізу були присутні 9 ЛП фуросеміду, а відсутніми були Фуросемід ФК «Здоров'я», Луганського ХФЗ, ТОВ Агрофарм, та ТОВ Фармекс Груп;
- у Реєстрі ОВЦ на ЛЗ – 6 ЛЗ, не було у переліку, окрім перечислених вище, також Фуросеміду Софарма, АТ «Софарма», Болгарія і Лазиксу, Санофі Індія Лімітед, Індія та Лазиксу Нео, С.С. «Зентіва С.А.», Румунія;
- у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню тільки – 4 ЛП вітчизняних виробників, а саме: ТОВ «ДЗ ГНЦЛС», ПАТ «Київмедпрепарат», ПАТ «Борщагівський ХФЗ» та ПрАТ ФФ «Дарниця» (табл. 2).

Ці дані свідчать про те, що деякі виробники не зацікавлені в реалізації їх ЛП фуросеміду через систему Урядової програми та, відповідно, пацієнти мають менший вибір даних препаратів, а також знижену їх економічну доступність. Оскільки встановлено, що ОВЦ на дані ЛП протягом періоду моніторингу незначно зросли, окрім Фуросеміду Дарниця, Україна ОВЦ якого навпаки знизилась після входження ТН до Урядової програми «Доступні ліки» (рис. 3).

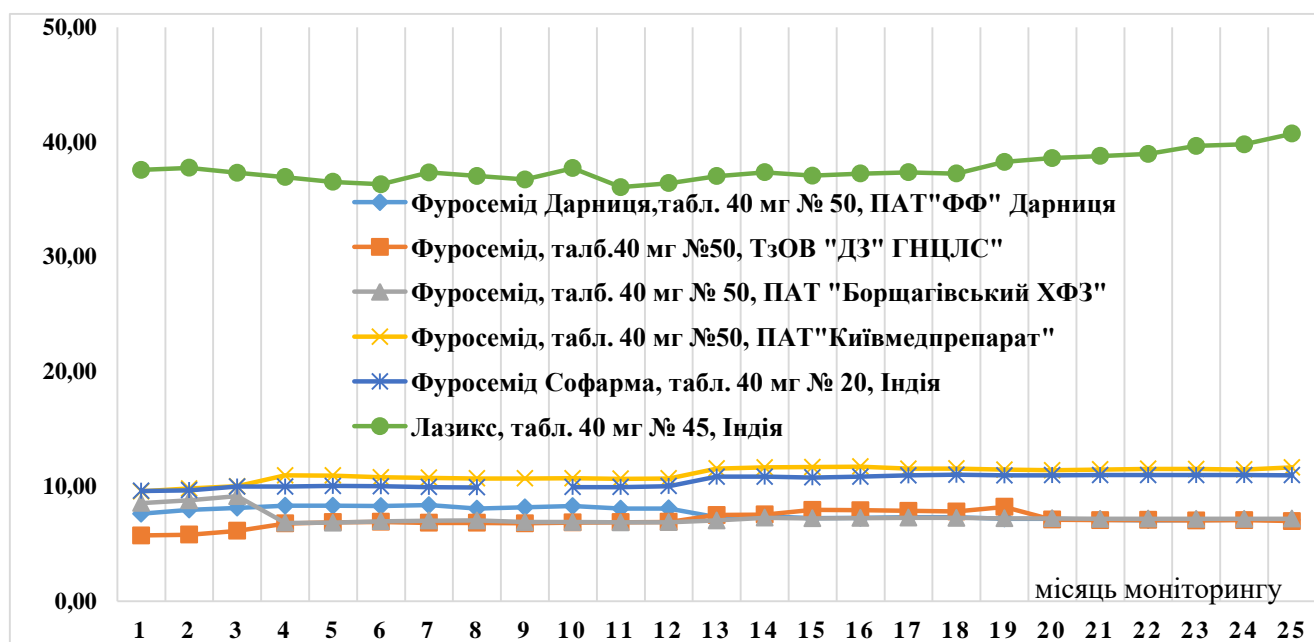


Рис. 3. Динаміка ОВЦ фуросеміду різних виробників (2017–2019 рр.)



Отже, оцінка динаміки ОВЦ аналогів фуросеміду в дозі 40 мг також виявила залежність ціни від наявності препарату у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню, задекларованої ціни на ЛЗ (різке зниження ціни чи навпаки) та коливання курсу гривні відносно долара упродовж 2017–2019рр. відповідно до офіційних даних НБУ (рис. 3).

Виробникам діуретиків груп спіронолактону (C03DA01) та фуросеміду (C03CA01) доцільно подбати про доступність для населення їх ЛП шляхом входження до програми «Доступні ліки», оскільки аналіз наявності цих ЛП на ФР у твердій та ін'єкційній ЛФ виявив стабільний їх попит: за період дослідження їх асортимент не змінився (на 01.01.2017 р. та на 01.02.2019 р. було наявними на ФР по 16 ЛП обох груп).

### **Висновки**

1. Установлено, що діуретики груп спіронолактону (C03DA01) та фуросеміду (C03CA01) є достатньо представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку. Вітчизняних препаратів з діючою речовиною спіронолактон було 28,57 %, імпорتنих – 71,43 %; ЛП з діючою речовиною фуросемід – 66,7 % і 33,3 % відповідно.
2. Виявлено, що фізична та соціально-економічна доступність ЛП групи спіронолактону за період дослідження показала позитивну динаміку, а фуросеміду – була відносно стабільною упродовж періоду моніторингу 2017–2019 рр.
3. Виявлена позитивна тенденція залежності ОВЦ на ЛЗ від наявності їх у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню за Урядовою програмою «Доступні ліки», оскільки ціна на досліджувані препарати зменшувалась у період включення ЛП до програми реімбурсації вартості амбулаторного лікування. Це свідчить про підвищення доступності діуретиків не тільки для хворих на гіпертонічну хворобу, для яких в першу чергу започатковано програму, а й для інших категорій пацієнтів в анамнезі яких є набряки різної етіології.

## Література

1. Дудар І. О. Петльові діуретики в лікуванні набрякового синдрому [Електронний ресурс] / І. О. Дудар // Ліки України. – 2018. – № 7. – С. 28-31.– Режим доступу : [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr/2018-09-13/3.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2018-09-13/3.pdf)
2. Діуретики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2549/diuretiki>
3. <http://moz.gov.ua/dostupni-liki>
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цироз печінки та його ускладнення» (проект), 2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn\\_20160803\\_0.html](http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn_20160803_0.html)
5. Клінічна настанова «Цироз печінки та його ускладнення» (проект), 2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN\\_TSP.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_TSP.pdf)
6. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis [Електронний ресурс] // Journal of Hepatology. – 2010. – № 53. – Р. 397–417. – Режим доступу : <http://www.easl.eu/medias/cpg/issue4/English-report.pdf>
7. Angeli P. Combined versus sequential diuretic treatment of ascites in nonazotemic patients with cirrhosis: results of an open randomized clinical trial. [Електронний ресурс] / Angeli P. Fasolato S., Mazza E., et al. // Gut. – 2010. – № 59. – Р. 98–104. – Режим доступу : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19570764](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19570764)
8. Runyon B.A. Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: Update 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу [https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline\\_documents/141020\\_Guideline\\_Ascites\\_4UFb\\_2015.pdf](https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/141020_Guideline_Ascites_4UFb_2015.pdf)

9. Методичні рекомендації з проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами: метод. рек. [Текст] / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. В. Коваленко, І. В. Кубарева. – Х. : Изд-во НФаУ, 2011. – 17 с.
10. Немченко А. С. Ціноутворення на лікарські засоби: монографія / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Немченко. – [2-ге вид., допов. та перероб.]. – Х.: ФОП Вировець А. П.; Видавнича група «Апостроф», 2012. – 304 с
11. Германок Т. А. Методологія маркетингових, фармакоепідеміологічних та фармакоекономічних досліджень [Текст] / Т. А. Германок, Т. І. Івко. – Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. – 64 с.
12. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 03.04.2017 р. № 360. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/470500>
13. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 26.07.2017 р. № 856 . – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/420532>
14. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 22.01.2018 р. № 111. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/444813>
15. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 03.08.2018 р. № 1446. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/uploads/1/6387-dn\\_20180803\\_1446\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/1/6387-dn_20180803_1446_dod.pdf)
16. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від

**UDK 615.036 + 615.254**

**NORMATIVE-LEGAL ASSESSMENT OF DIOURETHICS GROUPS OF SPIRONOLAKTON (C03DA01) AND FUROSEMID (C03SA01) CIRCULATION IN UKRAINE**

Fedyak I. O., Maksymenko O. V.

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Summary.** The article highlights the results of analysis of socio-economic lists of medicines for the presence of spironolactone (C03DA01) and furosemide (C03CA01) diuretics groups that are recommended for the treatment of patients with liver cirrhosis and their complications (ascites). It has been established that the investigated diuretics were sufficiently represented both in the normative-legal field of drugs regulatory lists in Ukraine and in the domestic pharmaceutical market. It is indicated the positive tendency of the wholesale and retail prices on drugs dependence from the presence of them in the Register of medicines the cost of which is subject to reimbursement under the Government program “Affordable medicines”, as the price for investigated medicines decreased during the period of medicines inclusion into the reimbursement program of outpatient treatment cost. This indicates an increase in diuretics affordability not only for patients with hypertension for which the program was initiated primarily, but also for other categories of patients with a history of different etiologies of edema.

**Key words:** *analysis of socio-economic lists of medicines; marketing analysis; monthly market monitoring; spironolactone (C03DA01) and furosemide (C03CA01) diuretics groups; cirrhosis; ascites.*

**УДК 615.036 + 615.254**

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА ОБРАЩЕНИЯ В УКРАИНЕ ДИУРЕТИКОВ ГРУПП СПИРОНОЛАКТОНА (C03DA01) И ФУРОСЕМИДА (C03CA01)**

Федяк И. О., Максименко О. В.

ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г.  
Ивано-Франковск, Украина

**Резюме.** В статье освещены результаты анализа социально-экономических перечней лекарственных средств (ЛС) на предмет присутствия в них диуретиков групп спиронолактона (C03DA01) и фуросемида (C03CA01), которые рекомендованы для лечения больных циррозами печени и их осложнений (асцита). Установлено, что исследуемые мочегонные препараты достаточно представлены как в нормативно-правовом поле регулирующих перечней ЛС в Украине, так и на отечественном фармацевтическом рынке (ФР). Выявлена положительная тенденция зависимости оптово-отпускных цен на ЛС от наличия их в Регистре ЛС, стоимость которых подлежит возмещению по Правительственной программе «Доступные лекарства», поскольку цена на исследуемые препараты уменьшалась в период включения ЛС в программу реимбурсации стоимости амбулаторного лечения. Это свидетельствует о повышении доступности диуретиков не только для больных гипертонической болезнью, для которых, в первую очередь, основана программа, но и для других категорий пациентов в анамнезе которых есть отеки различной этиологии.

**Ключевые слова:** анализ социально-экономических перечней лекарственных средств; маркетинговый анализ; ежемесячный мониторинг рынка; диуретики групп спиронолактона (C03DA01) и фуросемида (C03CA01); цирроз печени; асцит.

**АМБУЛАТОРНЕ СПОЖИВАННЯ АНТИМІКРОБНИХ ЛІКАРСЬКИХ  
ЗАСОБІВ, ЩО РЕКОМЕНДОВАНІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ**

Хоменко О. В. , Яковлєва Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[feknfau@ukr.net](mailto:feknfau@ukr.net)

**Резюме.** Однією з найбільш поширених інфекційних хвороб є пневмонія. Дане захворювання є найпоширенішою причиною смертності серед дітей у країнах з низьким рівнем доходу. Дослідження фармацевтичного ринку показало, що в Україні присутня більшість антимікробних лікарських препаратів, що рекомендовані медико-технологічними документами для лікування хворих на негоспітальну пневмонію. У даній статті визначено об'єми амбулаторного споживання антимікробних засобів системної дії, що рекомендовані медико-технологічними документами для лікування хворих на негоспітальну пневмонію. Як об'єкти дослідження були використані антимікробні лікарські засоби (ЛЗ) різних фармакологічних груп. Визначення об'ємів амбулаторного споживання проводили за АТС/DDD – методологією, розробленою ВООЗ. Порівняння об'ємів споживання основних груп системних антимікробних лікарських засобів в європейських країнах та в Україні показує, що в Європі найбільш споживаними антимікробними ЛЗ є пеніциліни, як препарати вибору для лікування опортуністичних інфекційних захворювань. Результати дослідження показали, що найбільш суттєво відбувається зростання з кожним роком протягом досліджуваного періоду об'ємів споживання фторхінолонових антимікробних ЛЗ. Як резервні антимікробні ЛЗ, фторхінолони повинні суттєво поступатися за об'ємами споживання препаратам пеніцилінів, цефалоспоринів та макролідів, що є ЛЗ вибору для лікування хворих на НП.

**Ключові слова:** *не госпітальна пневмонія; порівняння споживання антимікробних лікарських засобів в європейських країнах та в Україні.*

**Вступ.** Серед інфекційних захворювань одним з найбільш поширених є пневмонія [4, 5]. У 2008 році у світі було зафіксовано 156 млн випадків

негоспітальної пневмонії серед дітей [1, 2]. Результати захворювання призвели до 1,6 мільйонів смертей або 28-34% усіх дитячих смертей за 5 років, 95% яких припадають на країни, що розвиваються [7]. Дане захворювання є найпоширенішою причиною смертності серед дітей у країнах з низьким рівнем доходу [2]. У 2009 році негоспітальна пневмонія займала 8 позицію серед найчастіших причин смерті в США [8]. Економічні збитки від НП в США щорічно перевищують 17 млрд доларів, а в Європі – 10 млрд. євро [1]. Дослідження фармацевтичного ринку показало, що в Україні присутні антимікробні лікарські препарати, що рекомендовані медико-технологічними документами для лікування хворих на негоспітальну пневмонію [3].

**Метою** даної роботи було визначення об'ємів амбулаторного споживання антимікробних засобів системної дії, що рекомендовані медико-технологічними документами для лікування хворих на негоспітальну пневмонію.

**Матеріали і методи.** Як об'єкти дослідження були використані антимікробні лікарські засоби (ЛЗ) різних фармакологічних груп: Пеніциліни J01CA (Бензилпеніцилін, Ампіцилін, Амоксицилін); Цефалоспорини J01DA (Цефазолін, Цефуроксім, Цефоперазон, Цефотаксім, Цефтріаксон, Цефтазидім, Цефепім); Карбапенеми J01DH (Меропенем); макроліди J01F (Еритроміцин, Спіраміцин, Джозаміцин, Кларитроміцин, Азитроміцин); препарати різних груп J01FA (Кліндаміцин, Лінкоміцин); фторхінолони J01MA (Офлоксацин, Ципрофлоксацин, Левофлоксацин, Геміфлоксацин, Гатіфлоксацин) (див.табл.) Визначення об'ємів амбулаторного споживання проводили за АТС/DDD – методологією [10]. Показник розраховували за формулою:

$$DDD_s/1000/доба = \frac{DDD_s \cdot 1000}{\text{чисельність популяції} \cdot 365}$$

де

$DDD_s$  – кількість DDD, які були використані хворими України протягом року;

чисельність населення – брали за кожний рік. У 2015 році нараховувалось 42 929 298 людей, у 2016 році – 42 760 516; у 2017 - 42 386 403 [9];

365 – кількість днів у році;

$DDD_s/1000/доба = DID$ .

Вихідні дані об'ємів споживання ЛЗ для розрахунків брали в системі «Фармстандарт» компанії «Моріон».

**Результати досліджень.** Аналіз об'ємів амбулаторного споживання основних антимікробних ЛЗ для лікування хворих на негоспітальну пневмонію у  $DDD_s/1000/доба$  проводили за період 2015-2017 років. Пеніциліни за 2015 рік були використані в об'ємі 4,19  $DDD_s/1000/доба$ . З кожним роком об'єми споживання зменшувались: у 2016 році споживання склало 2,88 DID, а у 2017 році – 2,82 DID. Серед МНН пеніцилінів найбільш споживаним був Амоксицилін з інгібітором ферменту: 1,44; 1,40 та 1,40 DID відповідно по роках (див. табл.). Не зважаючи на те, що ці препарати є одними з найбільш безпечних, споживання природних пеніцилінів зменшується у зв'язку з тим, що це препарати вузького спектру дії та більшість з них чутливі до  $\beta$ -лактамаз, на основі чого розвивається мікробна резистентність. Серед чотирьох МНН, досліджених нами препаратів, більш споживаними були ті, що мають поліпшені характеристики: ампіцилін – поширений спектр дії, Амоксицилін – (комбінація ампіциліну і оксациліну) більш стійкий до  $\beta$ -лактамаз за рахунок Оксациліну і більш широкий спектр дії за рахунок Ампіциліну та Амоксицилін з інгібітором ферменту, який з усіх препаратів найбільш стійкий до бета-лактамаз.

До препаратів вибору при лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію, окрім пеніцилінів відносяться також цефалоспорини та макроліди.

В даній роботі досліджено споживання семи МНН цефалоспоринів, що рекомендовані для амбулаторного лікування хворих на негоспітальну пневмонію першої і другої групи тяжкості, які рекомендовані для



амбулаторного лікування. За результатами дослідження встановлено, що сумарне споживання цефалоспоринів по роках значно менше за об'ємами  $DDD_s/1000/доба$  ніж пеніцилінів. У 2015 році цефалоспоринів спожито 1,00 DID; у 2016 році – 1,12; у 2017 році також 1,12 DID. Найбільш споживаними серед цефалоспоринів були Цефуроксім – препарат другого покоління: 0,25; 0,3; 0,32 DID відповідно по роках, та Цефтріаксон – препарат третього покоління. Його споживання відповідно склало 0,68; 0,71; 0,7DID (див. табл.). Ці два препарати вирізняються своїми фармакологічними властивостями: Цефуроксим, має дещо ширший спектр антимікробної дії, а Цефтріаксон можна вводити один раз на добу, бо він більш повільно виводиться з організму, має широкий спектр дії, високу біодоступність для різних тканин організму. Вказані особливості, а також наявність на фармацевтичному ринку їх генеричних копій робить Цефуроксим і Цефтріаксон найбільш привабливими для медичної практики в даній групі ЛЗ.

У третій групі вибору ЛЗ при НП досліджували 5 МНН макролідних антибіотиків. Протягом трьох років спостерігається збільшення загального об'єму споживання макролідів: у 2015 році об'єм склав 1,63 DID, у 2016 – 2,07, а у 2017 – 2,08 DID. Найбільш споживаними у даній групі ЛЗ були Азитроміцин, який споживався у таких об'ємах: 1,22 DID; 1,58; та 1,58 DID відповідно по роках, та Кларитроміцин: 0,28 DID у 2015 році та по 0,36 DID відповідно у 2016 і 2017 роках (див. табл.). Макролідні антибіотики є відносно безпечними та ефективними, що при їх правильному застосуванні з урахуванням чутливості збудників і пояснює зростання їх об'ємів споживання з кожним роком.

До препаратів резерву відносяться: карбапенеми, препарати різних груп та фторхінолони. Одними з найбільш нових резервних антибіотиків є карбапенеми. Дослідження Меропенему показало, що він використовувався протягом досліджуваного періоду в дуже незначних кількостях: 0,003; 0,004; 0,006 DID відповідно по роках (див. табл.). Карбапенеми представлені на

фармацевтичному ринку оригінальними ЛЗ, що пояснює, чому лікування ними є коштовним.

Як резервний і дорогий препарат, Ертапенем використовується виключно при тяжких інфекційних захворюваннях при госпіталізації хворих та при хірургічних інфекціях.

Препарати різних груп: Кліндаміцин та Лінкоміцин теж є резервними для лікування хворих на НП, теж є досить вартісними препаратами і мають побічні ефекти, що і пояснює їх обмежене споживання 0,19 DID у 2015 р.; 0,128 DID у 2016 р. і 0,131 DID у 2017 році (див. табл.).

Не зважаючи на те, що фторхінолони є резервними і досить токсичними антимікробними засобами, їх виразна ефективність та відсутність суворої системи контролю за призначенням та відпуском антимікробних ЛЗ в Україні забезпечила їм середні об'єми споживання на рівні цефалоспоринів та макролідів. Сумарні об'єми споживання фторхінолонів у 2015 році склали 1,056 DID; у 2016 році – 1,208 DID; а у 2017 році – 1,418 DID (див. табл.).

Порівняння об'ємів споживання основних груп системних антимікробних лікарських засобів в європейських країнах та в Україні показує [8], що в Європі найбільш споживаними системними антимікробними ЛЗ є пеніциліни, як препарати вибору для лікування опортуністичних інфекційних захворювань. Наші дослідження показують, що в Україні об'єми амбулаторного споживання 4-х груп антимікробних ЛЗ є досить близькими. Найбільш споживаними є пеніцилінові антибіотики, але їх об'єми споживання протягом досліджуваного періоду суттєво знизились. На другій рейтинговій позиції знаходяться макролідні ЛЗ, на третій – фторхінолони, на четвертій – цефалоспорини.

Вказані чотири групи антимікробних ЛЗ були спожиті в клінічно значимих об'ємах. На самій останній рейтинговій позиції знаходяться цефалоспорини, але вони є препаратами вибору, і повинні б споживатися в більш значних об'ємах. Фторхінолонові антимікробні ЛЗ як резервні

препарати повинні були б використовуватися в значно менших об'ємах. А в дослідженні спостерігаємо зростання їх об'ємів споживання, що вимагає прийняття заходів на рівні МОЗ з метою організації суворого контролю за раціональним призначенням і рецептурним відпуском цих препаратів. Такі заходи будуть сприяти зниженню темпів розвитку резистентних штамів до досліджуваних груп антимікробних лікарських засобів [7,8].

Таблиця

**Об'єми споживання антимікробних ЛЗ, що рекомендовані протоколом надання медичної допомоги хворим на негоспітальну пневмонію протягом 2015-2017 років**

№ з/п	МНН	Об'єм споживання у $DDD_s/1000/доба$		
		2015	2016	2017
<b>Пеніциліни</b>				
1.	J01C E01 Бензилпеніцилін	0,02	0,01	0,02
2.	J01C A01 Ампіцилін	1,5	0,11	0,1
3.	J01C A04 Амоксицилін	1,23	1,36	1,3
4.	J01C R02 Амоксицилін з інгібітором ферменту	1,44	1,4	1,4
<b>Всього:</b>		<b>4,19</b>	<b>2,88</b>	<b>2,82</b>
<b>Цефалоспорини</b>				
5.	J01D B04 Цефазолін	0,02	0,02	0,01
6.	J01D C02 Цефуроксім	0,25	0,3	0,32
7.	J01D D12 Цефоперазон	0,01	0,02	0,02
8.	J01D D01 Цефотаксім	0,02	0,03	0,03
9.	J01D D04 Цефтріаксон	0,68	0,71	0,7
10.	J01D D02 Цефтазідім	0,01	0,02	0,02
11.	J01D E01 Цефепім	0,01	0,02	0,02
<b>Всього:</b>		<b>1,00</b>	<b>1,12</b>	<b>1,12</b>
<b>Карбапенеми</b>				
12.	J01D H02 Меропенем	0,003	0,004	0,006
<b>Макроліди</b>				
13.	J01F A01 Еритроміцин	0,04	0,03	0,03
14.	J01F A02 Спіраміцин	0,06	0,07	0,07
15.	J01F A07 Джозаміцин	0,03	0,03	0,04
16.	J01F A09 Кларитроміцин	0,28	0,36	0,36
17.	J01F A10 Азитроміцин	1,22	1,58	1,58
<b>Всього:</b>		<b>1,63</b>	<b>2,07</b>	<b>2,08</b>

Препарати різних груп				
18.	J01F F01 Кліндаміцин	0,007	0,008	0,001
19.	J01F F02 Лінкоміцин	0,12	0,12	0,13
<b>Всього:</b>		<b>0,19</b>	<b>0,128</b>	<b>0,131</b>
Фторхінолони				
20.	J01M A01 Офлоксацин	0,21	0,2	0,17
21.	J01M A02 Ципрофлоксацин	0,43	0,42	0,43
22.	J01M A12 Левофлоксацин	0,38	0,55	0,79
23.	J01M A15 Геміфлоксацин	0,006	0,008	0,008
24.	J01M A16 Гатіфлоксацин	0,03	0,03	0,02
<b>Всього:</b>		<b>1,056</b>	<b>1,208</b>	<b>1,418</b>
<b>Всього спожито:</b>		<b>8,069</b>	<b>7,41</b>	<b>8,575</b>

### Висновки

За результатами дослідження показано, що найбільш суттєво відбувається зростання з кожним роком протягом досліджуваного періоду об'ємів споживання фторхінолонових антимікробних ЛЗ. Як резервні антимікробні ЛЗ, фторхінолони повинні суттєво поступатися за об'ємами споживання препаратам пеніцилінів, цефалоспоринів та макролідів, що є препаратами вибору для лікування хворих на НП.

### Література

1. Статистика захворювань. Оперативна інформація: [Електронний ресурс] /Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/> остання дата доступу: 18.01.19
2. Статистичні звіти медичних закладів та Центру медичної статистики МОЗ України за 1991-2017 рр.: [Електронний ресурс] / Режим доступу: [medstat.gov.ua](http://medstat.gov.ua) дата звернення: 16.01.19
3. Програмний комплекс «Аптека» компанії «Моріон» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: НТТ: [//pharmbase.com.ua/poisk/](http://pharmbase.com.ua/poisk/) дата звернення: 10.01.19
4. Гучев, И. А. Современные руководства по ведению внебольничной пневмонии у взрослых: путь к единому стандарту / И. А. Гучев, А. И. Синопальников // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2012. Т. 10, № 4. С. 305–321.

5. Пневмония / Информационный бюллетень ВОЗ. 2009. № 331. – 3 с.
6. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію. Київ. – 2016 – 108 с.
7. Фещенко Ю.І. Антибіотикорезистентність мікроорганізмів. Стан проблеми та шляхи вирішення / Ю.І. Фещенко, М.І. Гуменюк, О.С. Денисов // Український хімотерапевтичний журнал. – 2010. – № 1-2 (23). – С. 4–10.
8. Козлов Р.С. Антибиотикорезистентность основных возбудителей инфекций дыхательных путей: существует ли решение проблемы? / Р.С. Козлов // Здоров'я України. — 2011. — 22 (1). — 3233.
9. <http://www.ukrstat.gov.ua/> дата звернення: 10.01.19
10. Фармакоэкономика: учеб. пособие для внеаудит. и аудит. работы студ./Л.В. Яковлева, Н.В. Бездетко, О.А. Герасименко и др.; Под ред. Л.В. Яковлевой. – Х. : НФаУ, 2014. – 123 с.

### **UDK 615.035.3**

## **AMBULATORY CONSUMPTION OF ANTIMICROBIAL MEDICINAL PRODUCTS RECOMMENDED FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH NEGOSPITAL PNEUMONIA**

Khomenko Oksana, Iakovlieva Larysa

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** One of the most widespread infectious diseases is pneumonia. This disease is the most common cause of mortality among children in low income countries. The research of the pharmaceutical market showed that in Ukraine there is a majority of antimicrobial drugs that are recommended by medical and technological documents for the treatment of patients with community-acquired pneumonia (CAP). In this article the volumes of ambulatory consumption of antimicrobial agents of systemic action, which are recommended by medical-technological documents for the treatment of patients with community-acquired pneumonia, are defined. As an object of study, antimicrobial drugs of various pharmacological groups were used.

Determination of out-patient consumption was carried out according to the ATC/DDD methodology developed by WHO. Comparison of the volume of consumption of the main groups of systemic antimicrobial drugs in European countries and in Ukraine shows that in Europe the most consumed antimicrobial drugs are penicillins, as the drugs of choice for the treatment of opportunistic infectious diseases. The results of the study showed that the most significant growth occurs with each year during the study period consumption volumes of fluoroquinolone antimicrobial drugs. As reserve antimicrobial drugs, fluoroquinolones should be significantly inferior to the volume of consumption of drugs penicillins, cephalosporins and macrolides, which is the drug of choice for the treatment of patients with CAP.

**Key words:** *non-hospital pneumonia; comparison of antimicrobial drug consumption in European countries and in Ukraine.*

**УДК 615.035.3**

## **АМБУЛАТОРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

Хоменко О. В., Яковлева Л. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**Резюме.** Одним из самых распространенных инфекционных заболеваний является пневмония. Данное заболевание является самой распространенной причиной смертности среди детей в странах с низким уровнем дохода. Исследование фармацевтического рынка показало, что в Украине присутствует большинство антимикробных лекарственных препаратов, рекомендованных медико-технологическими документами для лечения больных с негоспитальной пневмонией. В данной статье определены объемы амбулаторного потребления антимикробных средств системного действия, рекомендованные медико-технологическими документами для лечения больных с негоспитальной пневмонией. В качестве объектов исследования были использованы антимикробные лекарственные средства (ЛС) различных фармакологических групп. Определение объемов амбулаторного потребления проводили с помощью ATC/DDD – методологии, разработанной ВООЗ. Сравнение объемов потребления основных групп системных антимикробных лекарственных средств

в европейских странах и в Украине показывает, что в Европе наиболее потребляемыми антимикробными ЛС являются пенициллины, как препараты выбора для лечения оппортунистических инфекционных заболеваний. Результаты исследования показали, что наиболее существенно происходит рост с каждым годом в течение исследуемого периода объемов потребления фторхинолоновых антимикробных ЛС. Как резервные антимикробные ЛС, фторхинолоны должны существенно уступать по объемам потребления препаратам пенициллинов, цефалоспоринов и макролидов, которые являются препаратами выбора для лечения больных негоспитальной пневмонией.

**Ключевые слова:** *не госпитальная пневмония: сравнения потребления антимикробных лекарственных средств в европейских странах и в Украине.*

УДК 616 - 053.9-054.73-083:371.3:001.8

## НАВЧАННЯ КАДРОВОГО СКЛАДУ УСТАНОВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ

Чайковська В. В., Вялих Т. І., Толстих В. А., Москалюк С. В.,

Жантурієв Б. М., Царенко А. В.

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

Національний центр експертизи лікарських засобів, виробів медичного  
призначення і медичної техніки МЗ РКБ, м. Астана, Казахстан

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

**Резюме.** Турбота про літніх людей набуває все більшого значення в зв'язку з постарінням населення, ростом чисельності самотніх, хронічно хворих, зі зниженою або втраченою здатністю до самообслуговування, які потребують постійної допомоги з боку держави, громади та сім'ї, медичного та фармацевтичного забезпечення. З метою покращення якості життя літніх людей в цих несприятливих умовах були розроблені програми підготовки медичних і соціальних працівників з питань організації медико-соціальної допомоги людям літнього віку, особливостей фізичного і психічного здоров'я літніх людей, реабілітації та догляду, паліативної допомоги. Програма курсу з актуальних аспектів геронтології та геріатрії також може бути використана для проведення тренінгів медичного персоналу, волонтерів та членів сімей хворих літнього віку; формування груп само- і взаємодопомоги серед внутрішньо переміщених осіб літнього віку та тих, хто залишився на небезпечних територіях. Контингент слухачів: медичні працівники, соціальні працівники, педагоги, які працюють з літніми людьми, внутрішньо переміщеними особами, людьми, які знаходяться у зоні військового конфлікту та паліативними хворими. Програма курсу складається з 3 модулів, кожен з яких включає лекційні блоки, педагогічні ігри та роботу в групах.

**Ключові слова:** *літні люди; довготривала допомога; паліативна допомога; внутрішньо переміщені особи; лікарі; медичні сестри; соціальні працівники; здоров'я літніх людей; реабілітація та догляд.*



**Вступ.** Турбота про літніх людей набуває все більшого значення в зв'язку з постарінням населення, накопиченням самотніх, хронічно хворих, зі зниженою або втраченою здатністю до самообслуговування, які потребують постійної допомоги з боку держави, громади та сім'ї. Найбільш вразливими верствами населення в наш час стали літні люди завдяки економічним труднощам країни. В першу чергу громадяни старших вікових груп та особи з інвалідністю зреагували на зміни в суспільстві, інфляційні процеси та певний кадровий дефіцит в структурах медико-соціального забезпечення. В той же час багато з них вимушені були покинути свої домівки та перетворитися у біженців в своїй країні, або в силу знижених фізичних можливостей залишитися вдома на небезпечних територіях військових дій.

**Метою** навчального курсу є підготовка медичних і соціальних працівників з питань організації медико-соціальної допомоги людям літнього віку, особливостей фізичного і психічного здоров'я літніх людей, реабілітації та догляду, паліативної допомоги; надання ліків та фармацевтичного забезпечення, формування груп само- і взаємодопомоги серед внутрішньо переміщених осіб літнього віку та тих, хто залишився на небезпечних територіях.

У роботі були використані такі **методи дослідження**: інформаційні, аналітичні, статистичні, логічні та інш.

### **Результати досліджень.**

В результаті курсу його учасники мають знати:

- тенденції демографічних змін в Україні і світі, маршрутні карти реалізації Мадридського міжнародного плану дій по старінню і шляхи його реалізації в Україні, права людей літнього віку;
- особливості психології людей старших вікових груп, принципи спілкування з ними та психологічної підтримки в кризових умовах;
- вікозалежні зміни в організмі людини при старіння та вікозалежні захворювання органів і систем, принципи профілактики;

- особливості довготривалого догляду за літніми хворими;
- основні складові паліативної допомоги та догляду;
- шляхи зменшення впливу негативних соціальних, фізичних і психологічних факторів на здатність людини до незалежного життя;
- правила спілкування з людьми літнього віку, які мають порушення функцій різних органів і систем;
- значення здорового способу життя, як основи активного довголіття, зокрема фізичних навантажень та раціонального харчування;
- принципи профілактики виникнення синдрому професійного вигорання;
- основні елементи догляду при виникненні вікозалежних розладів, в тому числі наприкінці життя;
- симптоматику невідкладних станів у людей літнього віку та принципи надання першої допомоги.

медичний, соціальний та психологічний аспекти

- найбільш часті побічні реакції у людей літнього віку при проведенні фармакотерапії
- зміна фармакокінетики лікарських засобів у людей похилого віку
- атипові реакції при медичному застосуванні лікарського засобу у людей похилого віку
- лікарські засоби з переважно сприятливим ефектом для осіб віком старше 60 років
- лікарські засоби, тривале застосування яких небажано в осіб у віці старше 60 років
- основні системні побічні реакції при медичному застосуванні лікарських засобів в Україні
- історичні аспекти розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення похилого віку в Україні
- основні принципи організації надання фармацевтичної допомоги

населенню старших вікових груп

- сучасний стан та особливості організації фармацевтичного забезпечення закладів медико-соціального обслуговування громадян старших вікових груп, осіб з інвалідністю в Україні

В результаті курсу його учасники повинні вміти:

- володіти отриманими практичними і теоретичними навичками з довготривалого догляду за літніми хворими, паліативної допомоги, а також підвищувати свої знання;
- володіти отриманими навичками спілкування та обміну досвідом з літніми людьми та тимчасово переміщеними особами;
- формувати групи само- і взаємодопомоги серед літніх мешканців;
- проводити роз'яснювальну роботу з ведення здорового способу життя в літньому віці, особливостей харчування, фізичного навантаження і попередження розвитку когнітивних розладів;
- формулювати і обґрунтовувати тактику надання допомоги при гострих невідкладних станах в геріатрії;
- раціонально застосовувати знання щодо запобігання професійного вигорання персоналу, який надає допомогу літнім людям, внутрішньо переміщеним особам та хворим, які потребують паліативну допомогу.

Програма курсу складається з 3 модулів, кожен з яких включає лекційні блоки, педагогічні ігри та роботу в групах. Кожен модуль проходить протягом трьох днів і складається з вступної, основної та заключної частин.

Перший модуль: 9 тем, 21 підтем - 24 академічних години занять; другий модуль: 5 тем, 16 підтем – 21 академічна година занять; третій модуль: 5 тем, 14 підтем – 21 академічна година занять. Всього: загальна кількість тем – 18 з обговоренням 49 підтем. Загальна кількість академічних годин - 64,0 , з них: загальна кількість академічних годин для проведення лекційних блоків – 52,0;

загальна кількість академічних годин для проведення педагогічних ігор – 2,4;  
загальна кількість академічних годин роботи в групах – 9,6.

Підсумковим контролем знань слухачів після кожного модулю є тестовий залік, а після проведення курсу - заповнення слухачами карти оцінки якості проведення курсу.

Контингент слухачів: медичні працівники, соціальні працівники, педагоги, які працюють з літніми людьми, тимчасово переміщеними особами, людьми, які знаходяться у зоні військового конфлікту та хворими, які потребують паліативну допомогу.

Відкриття курсу, ознайомлення з учасниками – 20 хв.

Закриття тренінгу (50 хвилин)

Ітоговий аналіз. Обговорення тренінгу викладачами і слухачами.

Оцінка тренінгу його учасниками. Якість проведення тренінгу (доступність викладання теоретичного матеріалу і презентацій) визначається шляхом заповнення кожним слухачем спеціально розданої оціночної анкети.

### **Оціночні критерії результатів навчання до кожного модулю.**

Після завершення кожного модулю на заключному занятті слухачам роздаються контрольні тести і оцінюються знання за результатами правильних відповідей.

Підсумкова атестація проводиться тестуванням або у формі усного заліку, знання слухачів оцінюються за бальною системою.

### **Шкала та критерії оцінки знань на підсумковому рівні контролю**

Оцінка	Критерії
Відмінно	Відмінне знання матеріалу, у відповіді не допущено ніяких помилок. При тестуванні правильну відповідь дано не менше ніж на 90% тестів.

Добре	Знання матеріалу гарне, у відповіді допущені неprincipові неточності. При тестуванні правильну відповідь дано на 75-89% тестів.
Задовільно	Знання матеріалу поверхневе, у відповіді є принципіві неточності. При тестуванні правильну відповідь дано на 50-74% тестів.
Незадовільно	Відповіді на більш ніж половину питань містять помилки. При тестуванні правильну відповідь дано на 0-49% тестів.

### **Висновки**

Таким чином, досвід Центру додаткової професійної освіти свідчить про необхідність навчання особливостям надання медико-соціальної допомоги людям літнього віку медичного і соціального персоналу всіх рівнів освіти з введенням таких пріоритетних тем, як реабілітація, сучасні підходи до довготривалої допомоги та паліативного догляду, особливості застосування медикаментів та фармацевтичне забезпечення закладів медико-соціальної допомоги людям старших вікових, місце геріатрії в реформуванні медичної галузі, психологія літніх пацієнтів, профілактика професійного вигорання персоналу та інші.

Перспективи подальших досліджень полягають у розвитку системи навчання медичних і соціальних фахівців, соціальних робітників, молодших медичних сестер, волонтерів, самих літніх людей і членів їх сімей сучасним елементам догляду і допомоги.

**UDK 616 - 053.9-054.73-083:371.3:001.8**

**TRAINING STAFF OF INSTITUTIONS OF MEDICAL AND SOCIAL SERVICES FOR OLDER PEOPLE**

Chaikovska V., Vialykh T., Tolstikh V., Moskaliuk S., Zshanturiev B., Tsarenko A.  
Dmitry Chebotarev Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences, Kyiv, Ukraine

National Center for Expertise of Medicinal Products, Medical Products and Medical Equipment of Ministry of Health care, Astana, Kazakhstan

Shupyk National Medical Academy of postgraduate education, Kyiv, Ukraine

**Summary.** Caring for the elderly is becoming increasingly important due to the aging of the population, the accumulation of single, chronically ill patients with reduced or lost self-service ability, who need constant help from the state, society and family, medical and pharmaceutical support. In order to improve life quality of these people in these areas, a number of training programs on the organization of medical and social care for the elderly, the physical and mental health of the elderly, rehabilitation and care, and palliative care have been developed for medical-social personnel. The program of the course on the relevant aspects of gerontology and geriatrics can also be used to conduct trainings for medical personnel, volunteers and family members of elderly patients; for the formation of self-help groups and mutual assistance among internally displaced elderly citizens and residents remaining in dangerous areas. Contingent of listeners: medical workers, social workers, teachers working with the elderly, internally displaced persons, residents in the zone of military conflict and palliative patients. The program of the course consists of 3 modules, each of which includes lecture blocks, pedagogical games and group work.

**Key words:** *elderly people; long-term care; palliative care; internally displaced persons; doctors; nurses; social workers; the health of the elderly; rehabilitation and care.*

**UDK 616 - 053.9-054.73-083:371.3:001.8**

**ОБУЧЕНИЕ КАДРОВОГО СОСТАВА УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Чайковская В. В., Вялых Т. И., Толстых В. А., Москалюк С. В., Жантуриев Б. М., Царенко А. В.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины», НМАПО имени П. Л. Шупика, Киев, Украина

Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК, Астана, Казахстан

**Резюме.** Забота о пожилых людях приобретает все большее значение в связи с постарением населения, ростом численности одиноких, хронических больных со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию, которые нуждаются в постоянной помощи со стороны государства, общества и семьи, медицинского и фармацевтического обеспечения. С целью улучшения качества жизни пожилых людей в этих неблагоприятных условиях были разработаны программы подготовки медицинских и социальных работников по вопросам организации медико-социальной помощи людям пожилого возраста, особенностей физического и психического здоровья пожилых людей, реабилитации и ухода, паллиативной помощи. Программа курса по актуальным аспектам геронтологии и гериатрии также может быть использована для проведения тренингов медицинского персонала, волонтеров и членов семей больных пожилого возраста; формирования групп само- и взаимопомощи среди внутренне перемещенных лиц пожилого возраста и людей, оставшихся на опасных территориях. Контингент слушателей: медицинские, социальные работники, педагоги, работающие с пожилыми людьми, внутренне перемещенными лицами, людьми, которые находятся в зоне военного конфликта и паллиативной больными. Программа курса состоит из 3 модулей, каждый из которых включает лекционные блоки, педагогические игры и работу в группах.

**Ключевые слова:** *пожилые люди; долговременная помощь; паллиативная помощь; внутренне перемещенные лица; врачи; медицинские сестры; социальные работники; здоровья пожилых людей; реабилитация и уход.*

**АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ  
ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МАРОККО**

Ассим Абдельхак, Юрченко Г. Н.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

**Резюме.** Современный мир характеризуется возрастающим количеством стихийных бедствий, катастроф, войн, террористических актов, ЧС, которые имеют тяжелые медико-социальные последствия. По данным ООН, на грани второго и третьего тысячелетий из-за ЧС погибло около 3 млн. человек, общее количество пострадавших достигло почти 800 млн. человек. Формы и методы фармацевтического обеспечения в основном определяются конкретными условиями оперативной и медико-тактической обстановки, характером и особенностями поражающих факторов источника ЧС.

**Ключевые слова:** *чрезвычайные ситуации; формы и методы фармацевтического обеспечения; Марокко.*

**Вступление.** Анализ литературных данных показал, что в последние годы тенденция к постоянному росту количества чрезвычайных ситуаций (ЧС) природного и техногенного характера и их масштабов, приводящее к все более негативному влиянию на социально-экономическое развитие государств, в начале XXI века достигла такого размаха, что это начало заметно сказываться на безопасности государств и их населения. В связи с этим в настоящее время проблема защиты населения и территорий от ЧС и ликвидация их последствий является очень актуальной и затрагивает фундаментальные основы национальной безопасности [1, 2].

**Цель.** Анализ фармацевтической помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций в Марокко



**Методы и материалы.** На основе результатов анализа зарубежных исследований в области оказания фармацевтической помощи населению при возникновении ЧС были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного управления деятельностью фармацевтическими учреждениями. Были использованы логический, системно-аналитический, математико-статистический и сравнительный методы анализа

**Результаты исследований.** Современный мир характеризуется возрастающим количеством стихийных бедствий, катастроф, войн, террористических актов, ЧС, которые имеют тяжелые медико-социальные последствия [3].

По данным ООН, на грани второго и третьего тысячелетий из-за ЧС погибло около 3 млн. человек, общее количество пострадавших достигло почти 800 млн. человек. Подсчитано, что 40% всех бедствий в мире приходится на наводнения. По повторяемости, площади распространения и среднегодовыми материальными убытками, наводнения занимают первое место среди ЧС. Ученые прогнозируют, что к 2050 году число наводнений возрастет в 9 раз, а ущерб от них составит десятки миллиардов долларов [1].

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что недавние ЧС в области общественного здравоохранения, например вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола, в Западной Африке (2014–2015 гг.), появление болезни, вызванной вирусом Зика, в 2015–2016 гг. и вспышки желтой лихорадки сразу во многих странах Африки в 2016 г., выявили основные проблемы и пробелы при ЧС в области здравоохранения, связанные с информированием о рисках во время эпидемий, фармацевтическим обеспечением [1].

Анализ литературных данных показал, что фармацевтическое обеспечение в ЧС представляет собой комплекс мероприятий по сохранению жизни и здоровья населения и спасателей: лечебно-эвакуационные мероприятия (лечебно-эвакуационное обеспечение); санитарно-

противоэпидемические мероприятия; меры медицинской защиты населения и личного состава, участвующего в ликвидации ЧС; снабжение медицинским имуществом [4, 5].

Формы и методы фармацевтического обеспечения в основном определяются конкретными условиями оперативной и медико-тактической обстановки, характером и особенностями поражающих факторов источника ЧС [1-3].

Лечебно-эвакуационное обеспечение является важной частью системы медицинского и фармацевтического обеспечения (ЛЭО) в чрезвычайных ситуациях и представляет собой комплекс последовательно проводимых, преемственных мероприятий по оказанию медицинской помощи населению в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их транспортировкой в лечебные учреждения для последующего лечения и реабилитации.

Отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что в зонах крупномасштабных ЧС и военных конфликтов, как правило, отмечается разрушение лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений, уничтожение запасов медицинского имущества и выход из строя медицинского персонала.

Вследствие этого, на пострадавшей территории нередко отсутствует возможность для своевременного оказания пострадавшим необходимого объема экстренной медицинской помощи и лечения до окончательных исходов. Из-за возникающего дефицита кадровых и материальных ресурсов местного здравоохранения возникает острое противоречие между одномоментным появлением массовых санитарных потерь и отсутствием возможностей здравоохранения по оказанию всем пострадавшим полноценной медицинской помощи. Как наиболее драматический вариант в районе бедствия возникает ситуация, когда пострадавшим помощь оказывать негде, некому и нечем.

Единственный выход из данной критической ситуации - это ввод в зону ЧС извне заранее подготовленных мобильных спасательных формирований для оказания экстренной медицинской и фармацевтической помощи на месте и эвакуация пострадавших в лечебные учреждения, развернутые в безопасных районах.

Вместе с тем, расстояние между очагом массового поражения и такими больницами может достигать нескольких десятков, а иногда и сотен километров. Поэтому возникает необходимость в оказании пораженным до эвакуации и в процессе ее проведения медицинской помощи в объеме, обеспечивающем транспортабельность при поражениях, сопровождающихся шоком, кровотечением, асфиксией и др.

Для решения этой задачи в условиях ЧС мирного времени и в очагах поражения военного времени организуется лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения.

В основе организации ЛЭО лежит разделение единого процесса оказания медицинской помощи пораженному населению на ее отдельные виды, которые последовательно оказываются пострадавшим на различных этапах медицинской эвакуации.

При организации ЛЭО руководствуются следующими основными принципами:

а) максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь, маневр ее силами и средствами, объемом медицинской помощи;

б) предоставление приоритета проведению неотложных мероприятий медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;

в) единое понимание патогенеза различных форм поражений современными видами оружия и принципов хирургической и терапевтической работы на всех этапах медицинской эвакуации;

г) преемственность и последовательность в оказании медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;

д) необходимость ведения краткой и четкой медицинской документации, фиксирующей время, место, вид поражения и перечень выполненных на этапе медицинских мероприятий.

При возникновении катастрофы к району бедствия в первую очередь направляются силы и средства здравоохранения своего лечебно-эвакуационного направления, а затем по решению руководителя здравоохранения области - из медицинских учреждений других лечебно-эвакуационных направлений [4, 5].

Эвакуация пострадавших из зоны катастроф является составной частью медицинского обеспечения. Средством, позволяющим непрерывно оказывать медицинскую помощь при эвакуации пострадавших, является эвакуационно-транспортная сортировка. При эвакуации необходимо обеспечить медицинское сопровождение пострадавших для их непрерывного лечения, поддержания у них функциональной активности жизненно важных органов, согревание пострадавших, а также подготовку транспорта.

### **Выводы**

1. В больницах при получении сигнала о возникновении очага массового поражения проводятся следующие заранее спланированные и отработанные в ходе учений и тренировок мероприятия:

- формирование из дежурного персонала врачебно-сестринских бригад и их немедленный выезд в очаг бедствия на транспорте данного госпиталя;
- вызов из дома медицинского персонала взамен уехавшего в очаг бедствия;
- подготовка отделений, операционных блоков к массовому приему пострадавших и развертывание дополнительных больничных коек;
- выписка больных, которых можно долечивать амбулаторно;

- пополнение запасов имущества.
- 2. Госпитали, куда поступили пострадавшие, усиливаются бригадами специализированной медицинской помощи, профиль которых определяется видом очага поражения, а количество - числом поступивших пострадавших.
- 3. Сбор и выезд бригад специализированной медицинской помощи в ЛПУ осуществляется по распоряжению руководителя здравоохранения на территориальном уровне.

### **Литература**

1. Акимов В.А. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера./ В.А. Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев и др. - М.: Высшая школа, 2007. — 592 с.
2. Бікиров Р.Н. Наукові підходи до організації фармацевтичної допомоги населенню при опіках / Р. Н. Бікиров, Г.М. Юрченко / Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. студ. та мол. вчених (Харків, 19-20 квітня 2012 р.) – Х.: НФаУ, 2012. – С.
3. Борчук Н.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи при катастрофах за рубежом // Мед.новости. - 2000. - № 7. - С. 23-25.
4. Немченко А.С. Аналіз асортименту лікарських засобів, необхідних для надання фармацевтичної допомоги постраждалим при виникненні надзвичайних ситуацій /А.С. Немченко, Г.М. Юрченко// Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – №3(17) – с. 84-90
5. Немченко, А. С. Аналіз асортименту лікарських засобів, необхідних для надання фармацевтичної допомоги постраждалим при виникненні надзвичайних ситуацій / А. С . Немченко, Г. М. Юрченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2011. - № 3. - С. 84-90. - Бібліогр. : с. 89.

UDK 615.1:364.692]:339.13.021:615.2

## ANALYSIS OF PHARMACEUTICAL HELP IN EMERGENCY SITUATIONS IN MOROCCO

Assim Abdelhak, Yurchenko G. N.

National Pharmaceutical University, Kharkiv, Ukraine

**Resume.** The modern world is characterized by an increasing number of natural disasters, catastrophes, wars, terrorist acts, emergencies that have serious medical and social consequences. According to the UN, about 3 million people died on the verge of the second and third millennia, and the total number of victims reached almost 800 million. The forms and methods of pharmaceutical support are mainly determined by the specific conditions of the operational and medical-tactical situation, the nature and characteristics of the damaging factors of the emergency source.

**Key words:** *emergency situations; forms and methods of pharmaceutical supply; Morocco.*

УДК 615.1:364.692]:339.13.021:615.2

## АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ В МАРОККО

Ассім Абдельхак, Юрченко Г. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**Резюме.** Сучасний світ характеризується зростаючою кількістю стихійних лих, катастроф, воєн, терористичних актів, НС, які мають важкі медико-соціальні наслідки. За даними ООН, за межею другого і третього тисячоліть через НС загинуло близько 3 млн. Чоловік, загальна кількість постраждалих сягає майже 800 млн. Чоловік. Форми і методи фармацевтичного забезпечення в основному визначаються конкретними умовами оперативної і медико-тактичної обстановки, характером і особливостями вражаючих факторів джерела НС.

**Ключові слова:** *надзвичайні ситуації; форми та методи фармацевтичного забезпечення; Марокко.*

УДК: 615.2:339.13.021:616-08(575.3)

## К ВОПРОСУ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ПРОДВИЖЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК

Ахророва М. А., Раджабов Г. О., Юсуфи С. Дж.

Учебный, научно-производственный центр «Фармация»,  
Кафедра фармакогнозии и ОЭФ, Таджикский государственный медицинский  
университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

[mahbuba.ahrorova@mail.ru](mailto:mahbuba.ahrorova@mail.ru)

**Резюме.** В статье представлены результаты систематизация данных по проблеме неэтичного продвижения лекарственных средств на современном фармацевтическом рынке. Авторами проанализированы современные подходы в организации эффективного продвижения лекарственных средств, как специфической группы товаров в системе здравоохранения. Проанализированы результаты анонимного анкетирования врачей (г. Душанбе, 178 врачей различных специальностей) по проблемам неэтичного продвижения на фармацевтическом рынке лекарственных средств и оценки негативного влияния активного фармацевтического маркетинга на лекарственные назначения.

**Ключевые слова:** *лекарственные средства; фармакотерапия; фармацевтический рынок; Таджикистан.*

**Вступление.** В последние годы растущая озабоченность привлекла внимание к связи между работниками здравоохранения и фарминдустрией – в частности к влиянию индустрии на решения по назначению и отпуску лекарств через множество рекламных инструментов, которые могут повлиять на выбор лечения. Это влияние может привести к недостаточно оптимальному выбору медикаментов, иногда в ущерб здоровью пациента.

Лекарства играют ключевую роль в достижении или поддержании здоровья, но при этом жизненно важно, чтобы они использовались рационально. Если пациент нуждается в лечении, он должен иметь доступ к

нужным лекарствам, в правильной дозировке и в количестве достаточном для адекватного курса лечения. Врачи и фармацевты играют ключевую роль в обеспечении надлежащего применения лекарств. Как людям, ответственным за медицинскую помощь, им необходимо оценивать различные варианты лечения, включая лекарственную терапию, и рассматривать каждый из них в плане потенциальной пользы и вреда [1].

**Цель.** Анализ влияния фармацевтических компаний на решения врачей по выбору лечения.

**Методы и материалы.** В качестве материала для настоящей работы использованы данные анализа международных рекомендаций, информации о лекарствах в специализированных медицинских журналах, национальных законодательных и нормативных документов и источников литературы, а также данные опроса – 178 анкет практикующих врачей клинических больниц г.Душанбе (проведенный в декабре 2017г. - феврале 2018г. УНПЦ «Фармация» ТГМУ им. Абуали ибн Сино).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Фармацевтические компании тратят десятки миллионов каждый год, пытаясь повлиять на выбор способа лечения, прописываемого врачами. Для повышения прибыли некоторые фармацевтические компании ещё больше сокращают исследования и разработку новых лекарственных препаратов [2]. При этом реклама значительно усиливает эффект, достигаемый торговыми представителями, тогда как на неё расходуется лишь малая доля средств на продвижение [1,3].

Медицинские работники обычно очень заняты, и у них не всегда есть время, для чтения статей об оригинальных исследованиях, чтобы решить, будет или не будет лекарство полезным для их пациентов. Также важно знать об объективных источниках информации высокого качества, представляющих обобщенные обзоры результатов научных исследований.

Фармацевтические компании придают важное значение работе с научными работниками и высококвалифицированными специалистами,



мнение которых существенно влияет на практикующих врачей, и способны увеличить продажи препаратов. Оплата лекций, поездок на конференции, спонсирование публикаций могут снизить объективность суждений об эффективности и безопасности лекарств. Вместе с тем, невысокая заработная плата, недостаточная финансовая поддержка научной работы, ограниченные возможности посещения конференций значительно повышают заинтересованность специалистов в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями.

Проблема неэтичной рекламы в специализированных медицинских журналах становится особенно злободневной и требует тщательного регулирования [1], учитывая, что при назначении лекарственных средств (ЛС) врачи ориентируются на специализированные периодические издания. Очень часто фармацевтические компании указывают неполные сведения о безопасности препарата [1]: сведения о побочных эффектах содержатся лишь в 25% случаев проанализированной журнальной рекламы [4]. Зачастую реклама в специализированных периодических медицинских изданиях не соответствовала нормативным требованиям или в ней представлялись искажённые сведения.

С целью надлежащего продвижения лекарств Всемирной Организацией Здравоохранения разработаны **Этические Критерии Продвижения Лекарств**, рекомендующие включение следующей информации в рекламу ЛС, появляющуюся на страницах медицинских журналов (ВНО, 1988):

- Название(-я) активного ингредиента(-ов) с использованием международных непатентованных наименований (МНН), либо одобренного генерического названия лекарства;
- Торговое наименование;
- Содержание активного(-ых) ингредиента(-тов) в единице лекарственной формы или в назначенной дозе (на прием);

- Название других ингредиентов, которые могут вызвать развитие побочных эффектов;
- Утвержденные показания к применению;
- Лекарственная форма или способ применения;
- Побочные эффекты и основные нежелательные лекарственные реакции;
- Меры предосторожности, противопоказания и предупреждения;
- Важнейшие лекарственные взаимодействия;
- Название и адрес производителя или поставщика лекарства;
- Ссылки на научную литературу о данном препарате.

В соответствии с Этическими критериями ВОЗ термин «продвижение на рынок» в сфере здравоохранения и фармации используется «...по отношению ко всем видам информационно-рекламной деятельности, которая проводится фирмами-изготовителями и оптовыми фирмами и которая имеет целью стимулировать назначение, поставку, закупку и/или использование лекарственных средств» [5].

В нашей стране эта проблема стоит также остро, так как качественной и доступной информации о лекарственных средствах не хватает, а фармацевтические компании в погоне за прибылью не всегда считаются с этическими и законодательными требованиями при рекламировании своих лекарственных продуктов. В Республике Таджикистан сфера продвижения лекарственных средств регулируется нормативно-правовыми документами, такими как: Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» 2001г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2007г., 2008г., 2011г., 2012г., 2014г., 2015г., 2018г.) [6]; Закон Республики Таджикистан «О рекламе» 2003г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2003г., 2007г., 2008г., 2012г., 2014г., 2015г., 2017г.) [7]. Эти законодательные акты затрагивают общие правовые основы в сфере обращения ЛС и фармацевтической деятельности, контроля качества,

эффективности и безопасности, торговли ЛС, а также регулирования рекламы. Но как показывает анализ действующего законодательства, детальные требования ко всем аспектам продвижения ЛС от фармацевтических компаний (производителя) до конечного потребителя через врача, рекомендующего лекарственный препарат, практически отсутствуют.

Учитывая вышеизложенное, с целью определения влияния фармацевтических компаний на решения врачей по выбору лечения и назначению лекарств на практике был проведен социологический опрос путем анонимного анкетирования, где приняли участие врачи разных специальностей, занимающиеся практической деятельностью и работающие в клинических больницах города Душанбе. В анкетировании приняло участие 178 врачей.

На предварительном этапе были составлены анкеты, в которых отражались вопросы, касающиеся на решения врачей по выбору лекарств. Практически все врачи сталкивались в своей практике с работой медицинских представителей фармацевтических компаний (97%). Источником получения интересующей медицинской информации 46% опрошенных врачей считают медицинских представителей фармацевтических компаний, 30% - чтение специализированных фармацевтических журналов и газет и 21% - справочных изданий по ЛС. Информацию о ЛС, предоставленную фармацевтическими компаниями считают объективной и достоверной – 54%, не объективной и не достоверной – 17%, затрудняются ответить – 29% респондентов. Однако следует отметить, что влияние на решение сотрудничества с фармацевтическими компаниями на выписку препарата больному указали 41% опрошенных врачей; не влияет на 45% респондентов, затруднились ответить - 14%. В ходе исследования выяснилось, что понятие о МНН имеют только 39% специалистов; что такое дженерики и их преимущества — 45%. На вопрос используют ли в своей врачебной практике «Клинические руководства / протоколы лечения по ведению заболеваний» ответили да - 93%,

нет - 7%. Знают, что такое Формуляр лекарственных средств и СОЛС – только 61% опрошенных врачей. Результаты проведенного опроса позволили сделать заключение, что имеющихся у врачей знаний не достаточно для формирования профессиональной позиции активного противостояния агрессивному маркетингу ведущих фармацевтических компаний.

### **Выводы**

Медицинские представители фармацевтических компаний привлекают врачей к сотрудничеству и, безусловно, существенно влияют на их решение использовать продукцию своих компаний в лечебной практике. Такая ситуация требует разрешения, так как не всегда идет на благо пациенту и создает угрозу лекарственной безопасности. Обеспечить надлежащее применение лекарственных средств должна система, включающая жесткий контроль государственных органов над регистрацией и продвижением на рынок лекарственных препаратов, основанный на максимально надежных доказательных исследованиях их эффективности и безопасности. В связи с этим, необходимо в стране разработать национальное положение, четко регулирующее надлежащее продвижение лекарств, учитывающее лучший международный опыт и реальные условия и приоритеты нашего здравоохранения.

### **Литература**

1. Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, первое издание / Совместный проект ВОЗ и Международной программы действий для здравоохранения [электронный ресурс]-<http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (дата обращения: 26.11.2011).
2. Kelland K., Callus A. Glaxo drops some drug research in efficiency drive // Reuters [официальный сайт]. -<http://www.reuters.com/article/2010/02/04/glaxo-idUSL-DE6121B920100204> (дата обращения: 01.10.2011).

3. Liebman M. Listen up, publishers say - journal advertising sells! // Med. Marketing & Media. - 2000. -Vol. 35, N 3. - P. 89-94
4. Tomson G., Weerasuriya K. «Codes» and practice: information in drug advertisements an example from Sri Lanka // Soc. Sci. Med. - 1990. - Vol. 31. — P. 737–741
5. Резолюция WHA41.17 от 13.05.1988 «Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок» [Электронный ресурс]. - Код доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2252956/> (дата обращения:10.11.2016).
6. Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» 2001г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2007г., 2008г., 2011г., 2012г., 2014г., 2015г., 2018г.).
7. Закон Республики Таджикистан «О рекламе» 2003г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2003г., 2007г., 2008г., 2012г., 2014г., 2015г., 2017г.).

**UDK: 615.2:339.13.021:616-08(575.3)**

**ON THE PROBLEM OF IMPLEMENTED PROMOTION OF MEDICINES  
ON THE PHARMACEUTICAL MARKET**

Akhrorova M. A., Radjabov G. O., Yusufi S. J.

Training, research and production center "Pharmacy",

Department of Pharmacognosy and OEF, Tajik State Medical University. Abuali  
Ibni Sino, Dushanbe, Tajikistan

**Summary.** In the article results are presented systematization of data on issue of unethical advancement of medicinal facilities at the modern pharmaceutical market. Authors are analyse modern approaches in organization of effective advancement of medicinal facilities, as a specific group of commodities in the system of health protection. The results of anonymous questionnaire of doctors (Dushanbe, 178 doctors of different specialities) are analysed on the problems of unethical advancement at the pharmaceutical market of medicinal facilities and

estimation of negative influence of the active pharmaceutical marketing on the medicinal setting.

**Key words:** *drugs; pharmacotherapy; pharmaceutical market; Tajikistan.*

**УДК: 615.2:339.13.021:616-08(575.3)**

## **ДО ПИТАННЯ ПРО НЕНАЛЕЖНЕ ПРОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК**

Ахророва М. А., Раджабов Г. О., Юсуфі С. Дж.

Навчальний, науково-виробничий центр «Фармація»,

Кафедра фармакогнозії і ОЕФ, Таджицький державний медичний університет  
ім. Абуалі ібні Сіно, Душанбе, Таджикистан

**Резюме.** У статті представлені результати систематизації даних з проблеми неетичного просування лікарських засобів на сучасному фармацевтичному ринку. Авторами проаналізовані сучасні підходи в організації ефективного просування лікарських засобів, як специфічної групи товарів в системі охорони здоров'я. Проаналізовані результати анонімного анкетування лікарів (м. Душанбе, 178 лікарів різних спеціальностей) з проблем неетичного просування на фармацевтичному ринку лікарських засобів і оцінки негативного впливу активного фармацевтичного маркетингу на лікарські призначення.

**Ключеві слова:** *лікарські засоби; фармакотерапія; фармацевтичний ринок; Таджикистан.*

УДК 614.27:615.254

**МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Курс И. Л., Радькова И. О.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,

Республика Беларусь

[zaecf5@mail.ru](mailto:zaecf5@mail.ru)

**Резюме.** Работа посвящена маркетинговому исследованию рынка лекарственных средств, применяемых при заболеваниях мочевыделительной системы. Были рассмотрены следующие заболевания мочевыделительной системы: цистит, пиелонефрит, уретрит и мочекаменная болезнь. Был проанализирован рынок лекарственных средств, применяемых для амбулаторного лечения данных заболеваний. Анализ был произведен по производителям, составу, лекарственной форме, по признаку оригинальности и порядку отпуска, было проведено сегментирование ассортимента данной группы лекарственных средств согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации.

**Ключевые слова:** *маркетинговые исследования; рынок лекарственных средств; заболеваниях мочевыделительной системы; Республика Беларусь.*

**Вступление.** Инфекции мочевыводящих путей широко распространены как в амбулаторной практике, так и в госпитальных условиях. Так, в Европе регистрируется около 10 миллионов случаев инфекции мочевыводящих путей каждый год [1]. В соединённых Штатах Америки ежегодно отмечается более 7 миллионов случаев инфекции мочевыводящих путей [2]. Кроме того, инфекции мочевыводящих путей могут являться причиной развития других урологических заболеваний: мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Урологические заболевания являются одной из главных причин снижения

качества жизни, инвалидизации и смертности и создают целый ряд проблем социального и экономического характера [3].

В структуре распространенности заболеваний по классам болезней среди населения Республики Беларусь (РБ) урологические заболевания занимают 5-е место, процент заболевших составляет 5,86 %. На 2017 год заболеваемость составляла 3277 случаев на 100 тыс. населения [4]. Лекарственное обеспечение терапии пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы (МВС) является приоритетным направлением, что обуславливает актуальность исследований ассортимента лекарственных средств, применяемых для терапии данной группы заболеваний.

**Целью** работы является проведение анализа рынка зарегистрированных на территории Республики Беларусь лекарственных средств (ЛС), применяемых при заболеваниях МВС.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось при помощи аналитического и статистического методов. Нами был проведен контент-анализ клинического протокола диагностики и лечения пациентов с урологическими заболеваниями РБ. Также нами был проанализирован Реестр лекарственных средств Республики Беларусь унитарного предприятия «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» (Реестр ЛС РБ) по количеству зарегистрированных ЛС, применяемых при терапии заболеваний МВС, по количеству производителей данных ЛС, по лекарственным формам.

**Результаты исследований.** Номенклатура исследуемых нами ЛС определялась согласно рекомендациям клинического протокола диагностики и лечения пациентов с урологическими заболеваниями, а также на основании инструкций по применению ЛС [5,6]. Стоит отметить, что были проанализированы антибактериальные средства, включенные в клинический протокол РБ, составленный с учетом региональных данных по антибиотикорезистентности микроорганизмов, а так же нитроксилин, нитрофурантоин, пипемидиновая кислота и ко-тримоксазол, основываясь на



данных инструкций по применению. Для анализа ассортимента ЛС, применяемых при заболеваниях МВС для амбулаторного лечения, был использован Реестр ЛС РБ.

В результате комплексного маркетингового анализа нами было установлено, что в РБ зарегистрировано 240 ЛС, применяемых при заболеваниях МВС, представленных 55 международными непатентованными наименованиями (МНН). ЛС, применяемые при заболеваниях МВС представлены 6 различными фармако-терапевтическими группами (ФТГ). Самой многочисленной ФТГ по количеству зарегистрированных наименований ЛС являются антибактериальные средства (32%), однако наибольшую долю рынка при анализе по МНН занимают лекарственные средства растительного происхождения (ЛСРП) – 44% (каждое уникальное по составу ЛСРП было принято нами за отдельное МНН\*). Наряду с антибактериальными средствами, ЛСРП применяются при всех изученных заболеваниях (таблица 1).

*Таблица 1*

**Нозологическая структура ФТГ ЛС, применяемых при заболеваниях МВС**

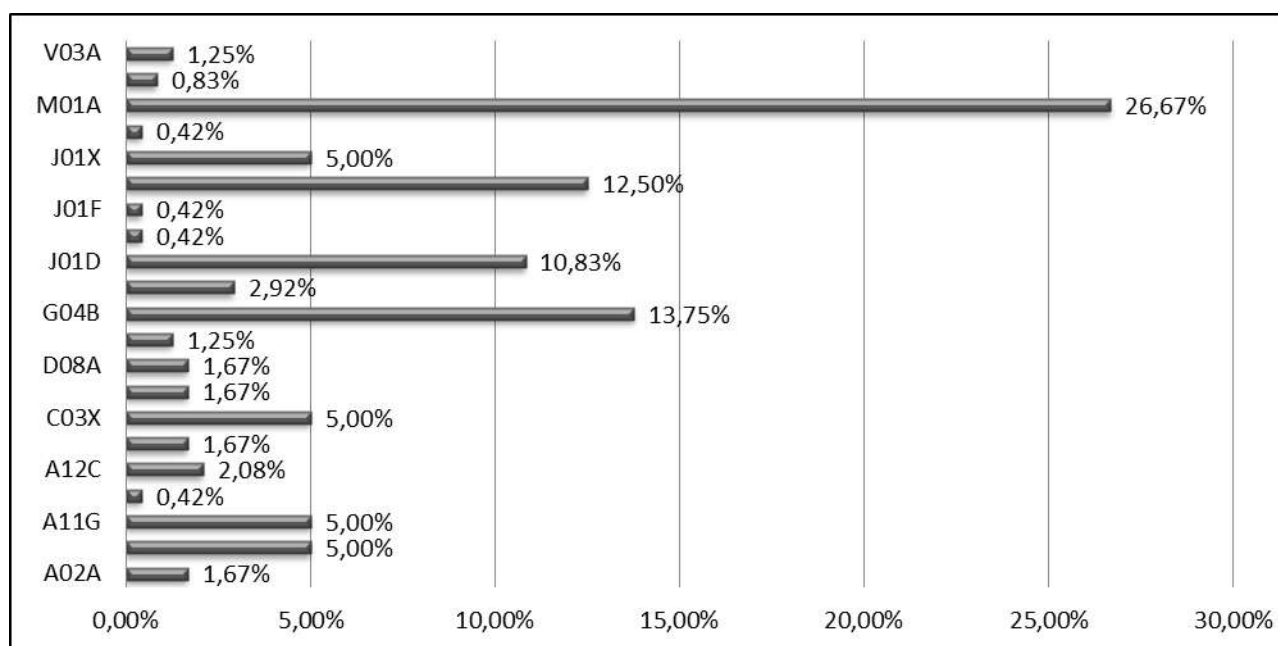
<b>ФТГ</b>	<b>Цистит</b>	<b>Пиело- Нефрит</b>	<b>Уретрит</b>	<b>Мочекаме нная болезнь</b>	<b>Всего зарегистри ровано</b>
Антибактериальные средства	22 (8 МНН)	53 (9 МНН)	25 (8 МНН)	27 (8 МНН)	77 (14 МНН)
Нестероидные противовоспалительные средства	64 (4 МНН)	64 (4 МНН)	-	64 (4 МНН)	64 (4 МНН)

(НПВС)					
Спазмолитик и	12 (2 МНН)	-	-	-	12 (2 МНН)
ЛС, применяемые при мочекаменной болезни	-	-	-	28 (9 МНН)	28 (9 МНН)
ЛСРП	40 (17МНН* )	22 (12МНН*)	38 (16МНН* )	14 (7МНН*)	51 (22МНН*)
Другие	5 (3 МНН)	2 (2 МНН)	5 (3 МНН)	-	8 (4 МНН)
<b>Всего</b>	143 (34 МНН)	141 (27 МНН)	68 (27 МНН)	133 (28 МНН)	-

Как видно из таблицы 1, для лечения одного заболевания могут применяться одновременно ЛС из различных ФТГ. Применение ЛС из различных ФТГ в терапии свидетельствует о том, что лечение данных заболеваний представляет собой сложный процесс, требующий комплексного воздействия на организм для получения максимального оздоровительного эффекта. Стоит отметить, что для лечения цистита используется максимальное количество ФТГ ЛС.

ЛС, применяемые для лечения МВС, представлены в 21 анатомо-терапевтической-химической группе (АТХ) (рисунок 1). Самой многочисленной АТХ группой по количеству зарегистрированных торговых наименований (ТН) ЛС является М01А (НПВС; 26,67%), второе место занимает G04В (другие средства для лечения урологических заболеваний;

13,75%), третье – J01M (антибактериальные препараты – производные хинолона; 12,50%).



**Рисунок 1 – ЛС, применяемые для лечения заболеваний МВС, в рамках АТХ классификации**

Среди зарегистрированных ЛС доля генерических ЛС составляет 83,75%, оригинальных и инновационных ЛС -16,25%. В основном ассортимент представлен монокомпонентными ЛС – 89,58%, на долю комбинированных приходится всего лишь 10,42%. Стоит отметить, что большинство комбинированных ЛС представлены ЛСРП, на их долю приходится 60,87%.

В ассортименте зарегистрированных ЛС, применяемых при заболеваниях МВС, преобладают ЛС системного действия – 97,5%, препараты местного действия используются только при уретрите и дополняющем лечении вагинальных инфекций при цистите (хлоргексидина биглюконат и эстриол).

Большинство ЛС, применяемых при заболеваниях МВС, представлены твердыми лекарственными формами (ЛФ) (75,83%), наиболее распространенная ЛФ – таблетки (42,5%), что обусловлено удобством ее применения (таблица 2). Наибольшее количество ЛС, применяемых при заболеваниях МВС, предназначено для энтерального (72,5 %) и парентерального (22,5 %) применения, что обусловлено преимущественно системным характером действия используемых ЛС.

Таблица 2

**ЛФ ЛС, применяемых для лечения заболеваний МВС**

Лекарственные формы	ТН	
	Количество	Доля, %
Твердые ЛФ, в т.ч.	182	75,83
таблетки, в т.ч.	102	42,5
Таблетки	43	17,91
таблетки покрытые оболочкой	45	18,75
таблетки покрытые оболочкой пролонгированного действия	3	1,25
таблетки диспергируемые	7	2,92
таблетки жевательные	3	1,25
таблетки ретард	1	0,42
таблетки шипучие	1	0,42
капсулы, в т.ч.	12	5
Капсулы	10	4,17
капсулы ретард	2	0,83
гранулы, в т.ч.	8	3,33
гранулы для приготовления р-ра для приема внутрь	2	0,83
гранулы для приготовления сусп. для приема внутрь	6	2,5

сырье фасованное и россыпью, в т.ч.	38	15,83
цельное сырье россыпью	8	3,33
измельченное сырье россыпью	19	7,92
порошок в фильтр-пакетах	11	4,58
порошки, в т.ч.	23	9,58
порошок для приготовления р-ра для приема внутрь	4	1,66
порошок для приготовления суспензии для приема внутри	2	0,83
порошок для приготовления раствора для инъекций или инфузий	17	7,08
Драже	1	0,42
Жидкие ЛФ, в т.ч.	46	19,17
Растворы, в т.ч	37	15,42
растворы для инъекций или инфузий	33	13,75
раствор для местного и наружного применения	3	1,25
раствор для приема внутрь, местного и наружного применени	1	0,42
суспензия для приема внутрь	3	1,25
концентрат для приготовления р-ра для инфузий	1	0,42
Сиропы	1	0,42
капли для приема внутрь	4	1,66
Мягкие ЛФ, в т.ч.	10	4,17
суппозитории, в т.ч.	9	3,75
суппозитории ректальные	7	2,92
суппозитории вагинальные	2	0,83
крем для интравагинального применения	1	0,42

Всего в РБ зарегистрированы ЛС от 24 производителей. Среди них, по количеству зарегистрированных ТН, преобладают импортные – 54,58 %, на долю отечественных приходится 45,42%. Лидерами среди белорусских производителей являются ОАО "Борисовский завод медицинских препаратов", РУП "Белмедпрепараты", ООО НПК "Биотест", ООО "Падис С". Среди импортных производителей наиболее широко представлены ЛС из Украины (7,92%), Индии (6,67%) и Словении (5,83%).

26 ЛС импортного производства не имеют аналогов среди белорусских ЛС, что указывает на актуальность импортозамещения в этом сегменте рынка (таблица 3).

Таблица 3

**ЛС для лечения заболеваний МВС, не имеющие белорусских аналогов**

ЛСРП, не имеющие аналогов по составу	
Солидагорен (Германия)	капли для приема внутрь
Уролесан (Украина)	капли для приема внутрь
	капсулы
Уронефрон (Украина)	таблетки, покрытые оболочкой
Уросепт (Польша)	таблетки, покрытые оболочкой
Фитолизин (Польша)	паста для приема внутрь
Цистинол Акут (Германия)	таблетки, покрытые оболочкой
Цистон (Индия)	таблетки
Урологический сбор «Лерос» (Чехия)	порошок в фильтр-пакетах
Синтетические ЛС, не имеющие аналогов по МНН	
фуразидин (Украина, Латвия, Польша)	таблетки
	капсулы
пипемидиновая кислота (Словения)	капсулы
«Уро-ваксом» (Швейцария)	капсулы
«Секстафаг» (РФ)	раствор для приема внутрь, местного и наружного применения

нитроксалин (Украина, РФ, Словения)	таблетки, покрытые оболочкой
«Цеф-3С» (Индия)	порошок для приготовления инъекций
джозамицин (Франция)	таблетки диспергируемые
калия-натрия гидроцитрат (Германия)	гранулы для приготовления раствора для приема внутрь
метионин (Украина)	таблетки, покрытые оболочкой
аллопуринол (Украина, Венгрия)	таблетки
Эстриол (Молдова, Германия)	суппозитории вагинальные
	крем для интравагинального применения

Большинство ЛС, применяемых при заболеваниях МВС, являются безрецептурными (71,25%), что делает их привлекательными с маркетинговой точки зрения.

### Выводы

1. Заболевания МВС занимают 5-е место в структуре заболеваемости РБ, что формирует необходимость в развитии и совершенствовании ассортимента ЛС, используемых для их лечения.
2. Ассортимент ЛС для лечения МВС представлен 240 ЛС из различных групп АТХ классификации, что позволяет комплексно решать проблему фармакотерапии пациента.
3. ЛС, применяемые при заболеваниях МВС, представлены различными ЛФ, наиболее распространенной являются таблетки (42,5%), что обусловлено удобством применения данной ЛФ.
4. На долю отечественных ЛС, применяемых для лечения МВС, приходится 45,42%, на долю импортных – 54,58 %, 26 ЛС импортного

производства не имеют аналогов среди ЛС белорусского производства, что указывает на актуальность импортозамещения в этом сегменте рынка.

### Литература

1. Roos V., Ulett G.C., Schembri M.A., Klemm P. (2006) The Asymptomatic Bacteriuria Escherichia coli Strain 83972 Outcompetes Uropathogenic E. coli Strains in Human Urine. *Infection and immunity*, vol. 74, no 1, pp. 615-624.
2. Foxman B. (2002) Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med*, vol. 8, no 113, suppl. 1A, pp. 5-13.
3. Геворкян А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения Москвы за 2006-2015 годы // *Медицинский вестник Башкортостана*. - 2017. - №3 – С.69.
4. *Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2017 г.* – Минск: ГУ РНМБ, 2018.
5. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с урологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: приложение 1 к приказу Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 22 сентября 2011, №920 // Министерство Здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/upload/приказ\\_920.pdf](http://minzdrav.gov.by/upload/приказ_920.pdf). – Дата доступа: 08.11.2018.
6. Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении». Реестр лекарственных средств Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении». – Электрон.дан. и прогр.: Республика Беларусь, 1998. – Режим доступа к ресурсу: <http://www.rceth.by/Refbank>. - Дата обращения: 01.12.2018.



**UDK: 614.27: 615.254**

**MARKETING RESEARCHES OF THE MARKET OF MEDICINES OF THE REPUBLIC OF BELARUS, USED IN DISEASES OF THE URINARY SYSTEM**

Course I. L., Radkova I. O.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

**Summary.** The work is devoted to marketing research of the market of drugs used in diseases of the urinary system. The following diseases of the urinary system were considered: cystitis, pyelonephritis, urethritis and urolithiasis. The market for drugs used for outpatient treatment of these diseases was analyzed. The analysis was carried out according to manufacturers, composition, dosage form, originality and the order of delivery, segmentation of the range of this group of drugs was carried out according to the anatomical therapeutic and chemical classification.

**Key words:** *marketing research; drug market; diseases of the urinary system; Republic of Belarus.*

**УДК: 614.27: 615.254**

**МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, РЕСПУБЛІКИ БЕЛАРУСІ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

Курс І. Л., Радькова І. О.

Білоруський державний медичний університет, м. Мінськ, Республіка Білорусь

**Резюме.** Робота присвячена маркетинговим дослідженням ринку лікарських засобів, що застосовуються при захворюваннях сечовидільної системи. Були розглянуті наступні захворювання сечовидільної системи: цистит, пієлонефрит, уретрит і сечокам'яна хвороба. Був проаналізований ринок лікарських засобів, що застосовуються для амбулаторного лікування даних захворювань. Аналіз був проведений згідно виробників, складу, лікарської форми, за ознакою оригінальності та порядку відпустки, було проведено сегментування асортименту даної групи лікарських засобів за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією.

**Ключові слова:** *маркетингові дослідження; ринок лікарських засобів; захворюваннях сечовидільної системи; Республіка Білорусь.*

УДК 615.1:339.13.021:338.5 (64)

## ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО

Немченко А. С., Мищенко В. И., Винник Е. В., Лебедин А. Н., Римах

Фатимаеззахра

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[viktoriamischenko@ukr.net](mailto:viktoriamischenko@ukr.net)

**Резюме.** В данной работе были проанализированы подходы к ценообразованию на лекарственные средства (ЛС) в Королевстве Марокко. Проведен анализ современного фармацевтического рынка страны и рассмотрены основные его характеристики. Главной особенностью рынка является контроль со стороны государства за оборотом фармацевтической продукции на основании Декрета правительства Марокко № 2-13-852 от 18.12.2013 г. в аптеках реализуются не по рыночной, а по рекомендуемой государством цене. Такой регламентирующий подход стимулирует общее снижение цен на ЛС в стране. Вследствие этого произошло увеличение доступности ЛС для всех слоёв марокканского населения. Установлено, что в Королевстве преобладают методы прямого государственного регулирования цен на ЛС: сопоставление внутренних и внешних цен 6-ти рынков (Саудовская Аравия, Бельгия, Испания, Франция, Португалия, Турция), а также фиксированный размер розничной наценки. Установлено снижение цен на 20–80% более чем 800 брендовых и генериковых ЛС для лечения онкологических, кардиоваскулярных, инфекционных и др. В Марокко на фармацевтическую продукцию существует налог на добавленную стоимость – 7%, от уплаты которого освобождены ЛС для лечения онкологических заболеваний, вирусного гепатита В и С, ЛС для лечения сахарного диабета, бронхиальной астмы, заболеваний сердечно-сосудистой системы, ВИЧ. Анализ данных по 26 стран по критерию степени охвата государственного регулирования цен фармацевтического рынка установил, что в США полностью отсутствует контроль цен на ЛС. В Марокко действует государственное регулирование цен на все ЛС.

**Ключевые слова:** *фармацевтический рынок; Королевство Марокко; ценообразование; лекарственные средства.*

**Вступление.** Обеспечение населения доступными лекарственными ЛС – одна из самых сложных и трудно решаемых проблем для всех стран. В настоящее время в большинстве государств с развитой рыночной экономикой осуществляется государственный контроль цен на все ЛС. С одной стороны, ценовая политика является составной частью экономической политики государства, а с другой – при определении стоимости ЛС необходимо учитывать целый ряд социальных, юридических и моральных аспектов, происходящих в конкретном государстве. Вопрос ценообразования на ЛС в значительной степени зависит от методов государственного регулирования, что связано с некоторыми особенностями, характерными только для фармацевтического рынка конкретной страны. В каждом государстве существуют свои особенности ценообразования, имеющие отличительные и схожие черты, заслуживающие внимания с целью обмена опытом и повышения качества предоставляемых услуг.

**Цель.** Провести исследование механизмов ценообразования на лекарственные средства в Марокко.

**Методы исследования:** системного анализа, контент-анализ, сравнения, исторический, ретроспективный, логический, экономико-статистический и др. Методологической базой исследования послужили законодательные и нормативно-правовые акты Королевства Марокко, труды ведущих ученых по исследуемой проблеме в мире.

#### **Результаты и обсуждение.**

На сегодня на территории Марокко осуществляют деятельность по производству ЛС 36 лабораторий (9 из которых представляют иностранные компании). Около 10% изготовляемой фармацевтической продукции поступает на экспорт во Францию (64% от общего объема экспорта) и страны Северной Африки (Алжир – 16%, Тунис – 7,3%, Египет – 4,4%, Ливия – 3,6%, Мавритания – 2,4%).

В настоящее время на экспорт (в основном, в соседние страны Африки) поставляется около 10% производимых в Королевстве ЛС. Правительство Марокко планирует увеличить объем экспорта ЛС до 1 млрд. долл. США до 2023 г., за счёт расширения поставок марокканской фармацевтической продукции в страны Магриба (преимущественно Алжира и Ливии, стран Персидского Залива и Европы). Это связано с особенностями фармацевтического рынка Королевства Марокко, а именно контроля со стороны государства за оборотом фармацевтической продукции. К основным характеристикам фармацевтического рынка Королевства Марокко относятся:

- высокий уровень регламентации деятельности по производству, продаже и контролю фармацевтической продукции со стороны Министерства здравоохранения и профильных государственных учреждений Королевства;
- большое количество безрецептурных ЛС на рынке;
- высокая концентрация компаний производителей и импортеров фармацевтической продукции (14 наиболее крупных компаний контролируют около 80% фармацевтического рынка).

Ещё в 60-х гг. XX века в Марокко начала развиваться фиксированная система цен на ЛС. И на сегодня в стране действует Декрет правительства Марокко № 2-13-852 от 18.12.2013 г., касающийся системы ценообразования на ЛС и регламентирующий общее снижение цен на фармацевтическом рынке, вследствие которого происходит увеличение доступности ЛС для всех слоёв марокканского населения.

Следует отметить, что в Марокко преобладают методы прямого регулирования цен на ЛС – сравнение внутренних и внешних цен, установление фиксированного размера розничной наценки. Сопоставление внешних цен на ЛС происходит на 6-ти рынках: Саудовская Аравия, Бельгия, Испания, Франция, Португалия, Турция. В случае если импортное ЛС не представлено на одном из указанных рынков, цена товара на рынке Марокко

рассчитывается в зависимости от цены данных ЛС на рынке страны производителя (перевод валюты в марокканские дирхамы по курсу центрального банка Марокко) [2, 3].

На сегодняшний день Марокканский фармацевтический рынок примерно поровну разделен в денежном выражении между иностранными (48%) и национальными компаниями-производителями (52%). Лидерами фармацевтического рынка Королевства являются французская компания «Санофи-Авенсис» (Sanofi-Avensis, занимающая 10,5% фармацевтического рынка Марокко в денежном выражении) и марокканские компании «Мафар» (Marphar, доля рынка – 9,3%) и «Лапрофан» (Laprophan, доля рынка – 8,6%) (рис. 1) [4].

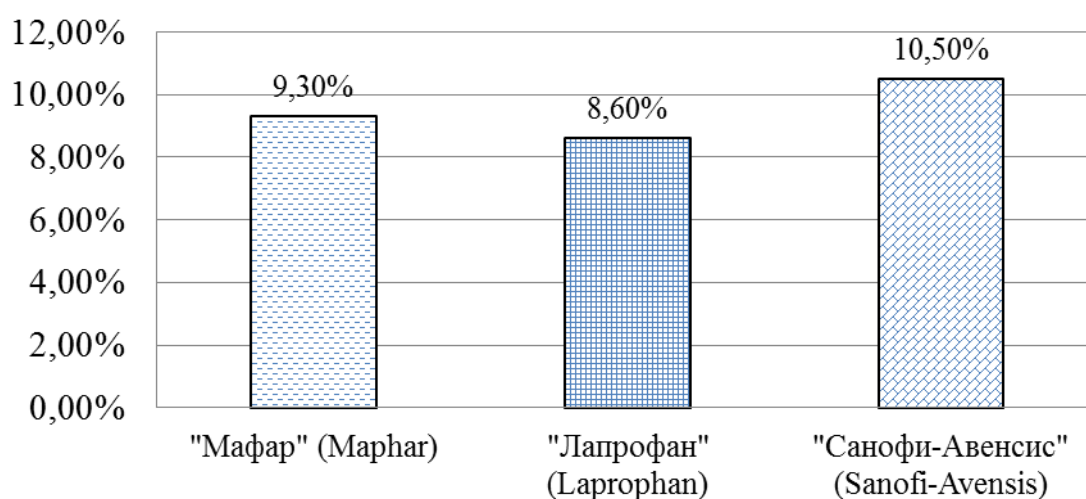


Рис. 1. Лидирующие компании-производители фармацевтического рынка Королевства Марокко

На сегодня в Королевстве действует правительственный Декрет, указанный выше, в соответствии с которым розничные цены на целый ряд ЛС, продаваемых в более чем 12 000 аптек страны, существенно снижены [3, 5].

Информационное агентство «Morocco World News» представило доклад Министра здравоохранения Марокко, согласно которому ЛС будут теперь продаваться в аптеках не по рыночной, а по рекомендуемой государством цене. Государственное регулирование цен на ряд лекарств является «историческим» событием и отражает «политическую волю правительства, которое стремится предоставить гражданам страны доступные лекарственные средства».

Снижение цен на 20–80% коснулось более 800 брендовых и генерических ЛС, относящихся к группам: онкологических, кардиоваскулярных, инфекционных, неврологических и других заболеваний а также препаратов для анестезии [7].

Указанный Декрет также предполагает меры, которые позволят организовать продажу в аптеках целого ряда препаратов, которые раньше были доступны лишь в государственных клиниках.

В Марокко значительная часть фармацевтической продукции облагается налогом на добавленную стоимость (НДС) в размере 7%. От уплаты НДС освобождены ЛС для лечения: для лечения онкологических заболеваний, препараты против вирусного гепатита В и С, ЛС для лечения сахарного диабета, бронхиальной астмы, заболеваний сердечно-сосудистой системы, ВИЧ.

Международной компанией «IMS Health», специализирующейся на консалтинговых услугах для фармацевтической промышленности, установлено, что ценовая категория 92% приобретаемых марокканцами на местном рынке ЛС стоит до 100 марокканских дирхамов (12 \$ США), а 73% приобретаемых населением ЛС, стоят меньше 50 марокканских дирхамов (6 \$ США) [3].

По статистическим данным Министерства здравоохранения Марокко, каждый житель страны тратит на ЛС около 400 марокканских дирхамов в год

(50 долларов США), приобретая в среднем 8-9 единиц (упаковок) ЛС за год [6].

Согласно новым правилам в стране – эталонная цена для конечного потребителя на ЛС в Марокко рассчитывается и фиксируется Министерством здравоохранения Королевства в зависимости от минимальной цены производителя на аналогичные препараты без уплаты налогов и сборов на 6-ти рынках стран (Саудовская Аравия, Бельгия, Испания, Франция, Португалия, Турция). В случае если импортное ЛС не представлено на одном из указанных рынков, цена препарата на рынке Марокко рассчитывается в зависимости от цены на произведённое ЛС (перевод валюты марокканские дирхамы по курсу центрального банка Марокко) [2, 3].

Несмотря на тот факт, что национальное производство в Марокко в значительной мере обеспечивает внутренний спрос на ЛС, государственные органы Королевства стремятся заинтересовать иностранные компании, импортирующих фармацевтическую продукцию в Марокко, открытием собственных производств на территории страны независимо от предполагаемых объемов.

По данным литературы нами были проанализированы данные 26 стран по критерию степени охвата цен фармацевтического рынка государственными регуляторными мерами (таблица) [9]. Как видно из данных таблицы, уровень регулирования в стране, где осуществляется контроль цен на все ЛС или, напротив, (практически) полное отсутствие контроля цен – присутствует у абсолютного меньшинства стран. Так, полностью отсутствует государственный контроль цен только в США (конкуренция на рынке столь высока, что цены на них находятся ниже установленного государством верхнего предела, установленного во время экономического кризиса 1970-х гг.). Фармацевтические компании самостоятельно устанавливают цены на уровне, который диктует рынок, и обеспечивают необходимую прибыль. Канада регулирует лишь цены на оригинальные препараты до истечения

сроков их патентной защиты. На Кипре и Венгрии не регулируются цены производителей ЛС, устанавливается лишь предельные торговые наценки. В таких странах, как: Бельгия, Греция и Словакия регулируются цены на все ЛС.

*Таблица*

#### **Анализ уровней государственного контроля цен на ЛС по странам**

№	Страна	уровень регулирования
1	Греция, Бельгия, Словакия	Контроль цен на все ЛС
2	Норвегия, Португалия, Румыния	Контроль цен на все препараты, кроме ОТС
3	Франция, Австрия, Финляндия, Ирландия, Латвия, Литва, Польша, Словения, Испания, Чехия (возмещаются все зарегистрированные ЛС)	Контроль цен только на возмещаемые ЛС
4	Германия	Не прямые методы регулирования цен на ЛС
5	Дания, Германия (плюс прямой контроль торговой наценки на рецептурные), Мальта, Швеция, Великобритания	Косвенный контроль цен на ЛС
6	Кипр, Венгрия	Контроль торговых надбавок на все ЛС
7	Канада	Контроль цен на оригинальные ЛС
8	США	Практически отсутствует контроль цен
9	Королевство Марокко	Контроль цен на все ЛС

Большинство государств (Франция, Австрия, Финляндия, Ирландия, Латвия, Литва, Польша, Словения, Испания, Чехия, Королевство Марокко) занимают средние позиции, которые, несмотря на формально разном уровне регулирования цен (контроль цен на все ЛС, кроме ОТС; контроль цен только для возмещаемых ЛС; не прямой контроль цен) достаточно близки.



## Выводы

1. Проказано, что в Марокко преобладают методы прямого регулирования цен на ЛС. Сравнение внешних цен на ЛС происходит на 6-ти рынках: Саудовская Аравия, Бельгия, Испания, Франция, Португалия, Турция. В случае если импортное ЛС не представлено на одном из указанных рынков, цена препарата на рынке Марокко рассчитывается в зависимости от цены на рынке страны производителя.
2. Установлено, что в Королевстве значительная часть фармацевтической продукции облагается НДС в размере 7%. От уплаты НДС освобождены ЛС для лечения онкологических заболеваний, вирусного гепатита В и С и др. Декретом Правительства Марокко от 18.12.2013 г. № 2-13-852 введено снижение розничных цен на целый ряд ЛС, что привело к увеличению доступности препаратов для населения.
3. Определено, что в 2016 г. страна импортировала ЛС на сумму около 540 тыс. дирхамов. Местное производство покрывает 65% спроса, а импорт – 35%. В настоящее время экспортируется в страны Африки около 10% производимых в Марокко ЛС. До 2023 г. планируется увеличить объем экспорта ЛС до 1 млрд. долл. США за счёт расширения поставок в страны Магриба, Персидского Залива и Европы.
4. Установлено, что фармацевтический рынок примерно поровну разделен в денежном выражении между иностранными (48%) и национальными компаниями-производителями (52%). Лидерами являются французская компания Sanofi-Aventis, занимающая 10,5% фармацевтического рынка Марокко) и марокканские компании Marhar (9,3%) и Laprophan (8,6%).
5. При сравнительном анализе уровня государственного регулирования и контроля цен на ЛС в 26 странах мира было установлено, что в США практически полностью отсутствует государственный контроль цен из-за высокой конкуренции на рынке, в результате цены на ЛС находятся ниже установленного государством верхнего предела. В Канаде

регулируются государством лишь цены на оригинальные препараты до истечения сроков их патентной защиты. На Кипре и в Венгрии не регулируются цены производителей ЛС, устанавливаются лишь предельные торговые наценки. В Бельгии, Греции и Словакии, а также Королевстве Марокко регулируются цены на все ЛС.

### Литература

1. Eurostat. Europe in figures. Eurostat yearbook 2007–2008. Luxembourg : *European Communities*, 2008. P. 23-48.
2. Morocco. Country Cooperation Strategy at a glance. /URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136949/ccsbrief\\_mar\\_en.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136949/ccsbrief_mar_en.pdf?sequence=1). (дата обращения: 01.02.2019). Название с экрана.
3. Щодо фармацевтичної промисловості Марокко МЗС України УЕС ... <https://mfa.gov.ua/mediafiles/sites/rei/files/.../61680194.docx>. (дата обращения: 01.02.2019). Название с экрана.
4. Morocco. Country Cooperation Strategy at a glance. /URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136949/ccsbrief\\_mar\\_en.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136949/ccsbrief_mar_en.pdf?sequence=1). (дата обращения: 08.01.2019). Название с экрана.
5. Жукова О. Аптеки страны Берберов. «Аптекарь. Объемный взгляд на профессию. 2010. <https://aptekarjournal.ru/archive/2015/196/6592.html?lang=bl>. (дата обращения: 07.01.2019). Название с экрана.
6. Информация о рынке медицины и здравоохранения Марокко. URL: <http://www.rustrade-maroc.org/novosti/2018-01-29-39>. (дата обращения: 08.01.2019). Название с экрана.
7. На сказочном Востоке Африканская сказка. URL: <http://www.remedium.ru/pharmacy/detail.php?ID=53200>. (дата обращения: 07.01.2019). Название с экрана.

8. Костюк О. Домохозяйка в Марокко – пережиток прошлого. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bigness.ru/articles/2012-03-21/morocco/133825/6> (дата обращения: 08.01.2018). Название с экрана.
9. Кугач В. В., Шабунин Е. С. Некоторые аспекты медицинской и лекарственной помощи населению Марокко. Вестник фармации №3 (65) 2014. С. 113-118. URL: [https://elib.vsmu.by/bitstream/123/5656/1/vf\\_2014\\_3\\_113-118.pdf](https://elib.vsmu.by/bitstream/123/5656/1/vf_2014_3_113-118.pdf). Дата доступа: 07.01.2019.

**UDC 615.1: 339.13.021: 338.5 (64)**

**STUDY OF MECHANISMS OF PRICING FOR MEDICINES IN THE KINGDOM OF MOROCCO**

Nemchenko A. S., Mishchenko V. I., Vinnik E. V., Lebedin A. N., Rimah Fatimaezazhra

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** In this paper, we analyzed the approaches to drug pricing in the Kingdom of Morocco. The analysis of the modern pharmaceutical market of the country is carried out and its main characteristics are considered. The main feature of the market is the control of the state over the turnover of pharmaceutical products on the basis of the Decree of the Government of Morocco № 2-13-852 of December 18, 2013 in pharmacies not sold at market prices, but at government-recommended prices. Such a regulatory approach stimulates a general decline in drug prices in the country. As a result, there was an increase in the availability of drugs for all layers of the Moroccan population. It has been established that in the Kingdom the methods of direct state regulation of prices for medicines prevail: a comparison of domestic and foreign prices of 6 markets (Saudi Arabia, Belgium, Spain, France, Portugal, Turkey), as well as a fixed amount of retail mark-up. A reduction in prices of 20–80% of more than 800 brand and generic drugs for the treatment of oncological, cardiovascular, infectious, etc. has been established. hepatitis B and C, drugs for the treatment of diabetes, bronchial asthma, diseases of the cardiovascular system, HIV. Analysis of data for 26 countries by the criterion of the extent of state regulation of prices for the pharmaceutical market has established that in the United

States there is no control over drug prices. In Morocco, there is a state regulation of prices for all drugs.

**Key words:** *pharmaceutical market, Kingdom of Morocco, pricing, medicines*

**УДК 615.1: 339.13.021: 338.5 (64)**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ У КОРОЛІВСТВІ МАРОККО**

Немченко А. С., Міщенко В. І., Винник О. В., Лебедин А. М., Рімах

Фатімаеззахра

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

**Резюме.** У даній роботі були проаналізовані підходи до ціноутворення на лікарські засоби (ЛЗ) у Королівстві Марокко. Проведено аналіз сучасного фармацевтичного ринку країни й розглянуті основні його характеристики. Головною особливістю ринку є контроль з боку держави за обігом фармацевтичної продукції на підставі Декрету уряду Марокко № 2-13-852 від 18.12.2013 р. в аптеках реалізуються не за ринковою, а за рекомендованою державою ціною. Такий регламентуючий підхід стимулює загальне зниження цін на ЛЗ в країні. Внаслідок цього відбулося збільшення доступності ЛЗ для всіх верств марокканського населення. Встановлено, що в Королівстві переважають методи прямого державного регулювання цін на лікарські засоби: зіставлення внутрішніх і зовнішніх цін 6-ти ринків (Саудівська Аравія, Бельгія, Іспанія, Франція, Португалія, Туреччина), а також фіксований розмір роздрібною націнки. Встановлено зниження цін на 20-80% більше ніж 800 брендівих і генерікових ЛЗ для лікування онкологічних, кардіоваскулярних, інфекційних та інш. В Марокко на фармацевтичну продукцію існує податок на додану вартість - 7%, від сплати якого звільнені ЛЗ для лікування онкологічних захворювань, вірусного гепатиту В і С, ЛС для лікування цукрового діабету, бронхіальної астми, захворювань серцево-судинної системи, ВІЛ. Аналіз даних по 26 країнах за критерієм ступеня охоплення державного регулювання цін фармацевтичного ринку встановив, що в США повністю відсутній контроль цін на ЛЗ. У Марокко діє державне регулювання цін на всі ЛЗ.

**Ключові слова:** *фармацевтичний ринок; Королівство Марокко; ціноутворення; лікарські засоби.*

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТОИМОСТИ  
ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НА СТЕНОКАРДИЮ В УКРАИНЕ И  
УЗБЕКИСТАНЕ**

Немченко А. С., Назаркина В. Н., Куриленко Ю. Е., Подколзина М.В.  
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме** В статье проанализированы подходы к оказанию фармацевтической помощи больным стенокардией в Украине и Узбекистане. Проведено сравнение стоимости фармакотерапии при выборе различных схем лечения. Установлено, что в Украине самый дорогой курс лечения на 30 дней был препаратом Рамиприл 5 мг №30 Actavis - 21,41 долл. США, а в Узбекистане Кораксан 5 мг №56 Les Laboratoires Servier - 55,25 долл. США.

**Ключевые слова:** *сердечно-сосудистые заболевания; сравнительный анализ стоимости фармакотерапии стенокардии в Украине и Узбекистане.*

**Вступление.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, которые, по прогнозам, станут основной причиной заболеваемости и смертности в большинстве развивающихся стран к 2020 году. В 2018 году более 375 тыс. граждан умерли от ишемической болезни сердца (ИБС). По оценкам ВОЗ около 635 тыс. больных ежегодно имеют новую коронарную атаку и около 300 тыс. повторяющуюся атаку, то есть повторные приступы ССЗ. Примерно каждые 30 секунды у 1 человека происходит коронарное событие, и примерно каждую 1 минуту 24 секунды 2 человека умирает от ССЗ [1,2]. Таким образом, профилактика ССЗ, особенно ИБС и стенокардии является важной проблемой общественного здравоохранения. В последние десятилетия возникла проблема преждевременной смертности и заболеваемости, связанных с ССЗ, в связи с растущими показателями заболеваемости и распространённости, а также высокой стоимостью терапии. В Украине ССЗ занимают первое место по

количеству случаев смерти трудоспособного населения, а в Узбекистане ССЗ входят в топ- 3 самых распространенных заболеваний [3]. Таким образом, имеет особую актуальность сравнительный анализ стоимости фармакотерапии больных на стенокардию в Украине и Узбекистане.

**Материалы и методы.** В статье были использованы материалы официальных сайтов Министерств здравоохранения Украины и Узбекистана, Государственных реестров лекарств, онлайн-прайсы средних розничных цен на исследуемые препараты [4,5]. Методами были выбраны аналитический, иллюстративный, статистический.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что так как быстро развивающихся ССЗ фармакотерапия ограничена, поэтому необходима не только эффективная их терапия с учетом экономической составляющей, но и постоянная профилактика заболеваний. Так, лечение стенокардии является затратным не только из-за количества ЛС в схеме, но и из-за высокой их стоимости.

Согласно данным с официальных сайтов Министерств здравоохранения Республики Узбекистан и Украины, установлено, что лечение стенокардии включает обязательные критерии: повышение продолжительности жизни и снижение распространенности и частоты приступов от стенокардии; усовершенствование методов лечения согласно клинической картине больного и первоначальной терапии [6,7].

Соответственно с протоколами лечения Европейской ассоциации кардиологов по стенокардии и рекомендаций приема ЛС были составлены схемы фармакотерапии, которые представлены в таблице 1.

Лечение стенокардии требует комплексности. Из-за низкой платежеспособности населения сбалансированная и доступная фармакотерапия приобретает все большей актуальности. Так, нами была рассчитана стоимость лечения для больных со стабильной стенокардией, которые перебивают на амбулаторном лечении.

**Распространенные схемы лечения стабильной стенокардии**

Схема 1	Нитраты + Ацетилсалициловая кислота + Статины + Ингибиторы АПФ + Антагонисты кальция
Схема 2	Нитраты + Клопидогрель + Статины + Ингибиторы АПФ + Антагонисты кальция
Схема 3	Нитраты + Ацетилсалициловая кислота + Статины + Ингибиторы АПФ + В-блокатор + Антагонисты кальция
Схема 4	Нитраты + Клопидогрель + Статины + Ингибиторы АПФ + В-блокатор + Антагонисты кальция

Так, на первом этапе для расчета общей стоимости заболевания необходимо было определить цену диагностического обследования, которое включало: биохимический анализ крови (определение креатинина и клиренса); электрокардиограмму (ЭКГ) в покое; гликированный гемоглобин; иммуноферментный анализ гормонов щитовидной железы; определение кратининкиназы; суточное мониторирование ЭКГ по холтеру при аритмии; сцинтиграфия миокарда; компьютерная томография коронарных артерий; УЗИ щитовидной железы; консультацию специалиста (лечащего врача; рентгенолога/узиста) [8].

В среднем стоимость диагностики в Узбекистане и в Украине составила 300 долл. США при переводе с национальных валют в долларовой эквивалент [8,9]. На втором этапе нами была рассчитана стоимость терапии согласно схемам лечения на 30 дней (таблица 2).

## Расчет стоимости лечения для больных с диагнозом стенокардия в Украине и Узбекистане

Название ЛС	Доза	Производитель Украина/ Узбекистан	Рекомендуе мая доза (сутки)	Украина			Узбекистан		
				Стоимость долл. США	Стоимос ть 1 таблетки долл. США	Стоимост ь на 30 дней долл. США	Стоимость 1 таблетки долл. США	Стоимость долл. США	Стоимость на 30 дней долл. США
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>10</i>
Аторвастатин	10 мг №30	Flamingo / Белмедпрепарат	20 м	2,29	0,076	4,58	0,046	1,37	2,74
Аторвастатин	10 мг №90	Пфайзер / Реплек фарм	20 мг	13,08	0,145	8,72	0,069	2,08	4,16
Ацетилсалицило вая кислота	500мг №10	Дарница / Дальхимфарм	75 мг	0,23	0,023	0,12	0,004	0,12	0,010
Ацетилсалицило вая кислота	500мг №10	Артериум / Медисорб Россия	75 мг	0,24	0,024	0,12	0,002	0,072	0,09
Клопидогрел	75мг №30	Тева / ЧНПП «РАДИКС»	75 мг	2,62	0,087	2,62	0,155	4,65	4,65
Клопидогрел	75мг №30	ГНЦЛС / Лахисам	75 мг	2,29	0,076	2,29	0,153	4,58	4,58
Нитроглицерин	0,0005 г №40	Микрохим / Соглом юрак	0,5 мг	0,30	0,008	0,23	0,017	0,52	0,52
Нитроглицерин	0,0005 г №40	Технолог	0,5 мг	0,27	0,007	0,20	0,015	0,44	0,44
Нитросорбид	10 мг №40	Борщаговский / Фармстандарт	30 мг	0,54	0,014	1,13	0,026	0,77	2,16
Нифедипин	10 мг №50	Технолог / KRKA	30 мг	0,39	0,008	0,66	0,059	1,76	4,93



1	2	3	4	5	7	9	8	6	10
Бисопролол	10мг №30	KPKA / Борисовский змп	10 мг	0,72	0,024	0,72	0,030	0,91	0,91
Бисопролол	10мг №30	KB3 / Radiks	10 мг	0,82	0,027	0,82	0,052	1,57	1,57
Дилтиазем ланнахер	180мг №30	Ланнахер / Lannacher Heilmittel GmbH	225 мг	12,54	0,418	15,68	0,235	7,06	8,83
Верапамил	40мг №20	ГНЦЛС / Алкалоид	120 мг	0,30	0,015	1,25	0,040	1,21	3,35
Кораксан	5мг №56	Сервье / Les Laboratoires Servier	10 мг	10,39	0,186	10,39	0,987	29,60	55,25
Бравадин	5мг №28	KPKA	10 мг	2,66	0,095	5,32	0,401	12,02	22,44
Метопролол	50мг №30	Артериум / Ирбитский ХФЗ	200 мг	0,39	0,013	1,56	0,014	0,43	1,72
Рамиприл	5 мг №30	Actavis / Польшфарма фармацевтический завод	10 мг	11,47	0,382	21,41	0,031	0,92	1,72
Изосорбид динитрат (Диокор)	80 мг №30	Фарма старт / KPKA	80 мг	3,69	0,123	3,69	0,032	0,97	0,97

Так, было установлено, что наибольшая стоимость упаковки препарата на 30 дней в Украине отмечалась для ЛС Рамиприл 5 мг №30 Actavis – 21,41 долл. США, а наименьшая на ЛП Ацетилсалициловая кислота 500 мг №10 Артериум – 0,12 долл. США [10].

В Узбекистане наиболее затратным на 30 дней терапия лечения была ЛС Кораксан 5мг №56 Les Laboratoires Servier – 55,25 долл. США, а наименьшим препаратом Ацетилсалициловая кислота 500мг №10 Медисорб Россия – 0,09 долл. США.

На заключительном этапе нами был произведен расчет общей стоимости лечения стенокардии, который представлен в таблице 3.

*Таблица 3*

**Анализ общей стоимости лечения больных с диагнозом стенокардия**

Схемы	Стоимость диагностики, долл. США в Узбекистане и Украине	Украина		Узбекистан	
		Стоимость медицинских затрат, долл. США	Общая стоимость заболевания, долл. США	Стоимость медицинских затрат, долл. США	Общая стоимость заболевания, долл. США
Схема 1	300	27,55	327,55	8,42	308,42
Схема 2	300	29,73	329,73	12,91	312,91
Схема 3	300	28,27	328,27	9,33	309,33
Схема 4	300	30,45	330,45	13,82	313,82

Так, было установлено, что схема 4, как для Узбекистана, так и для Украины является наиболее дорогостоящей и составляет 313,82 долл. США и 330,45 долл. США соответственно. Наименьшая стоимость лечения была по схеме 1 – 308,42 долл. США для Украины и 327,55 долл. США для Узбекистана.

При проведении фармакоэкономического анализа стоимости терапии рекомендуемой для лечения стенокардии, так же была выявлена вариация по

одним и тем же схемам в Узбекистане и Украине. Поэтому нами была рассчитана разница в стоимости схем лечения (таблица 4).

Таблица 4

**Сравнительный анализ стоимости схем лечения стенокардии в Узбекистане и Украине**

Схемы	Общая стоимость заболевания, долл. США (Узбекистан)	Общая стоимость заболевания, долл. США (Украина)	Разница, долл. США	Разница, %
Схема 1	308,42	327,55	19,13	5,84
Схема 2	312,91	329,73	16,82	5,10
Схема 3	309,33	328,27	18,94	5,77
Схема 4	313,82	330,45	16,63	5,03

Таким образом, при сравнении схем лечения было установлено, что все схемы по стоимости дороже были в Украине по сравнению с Узбекистаном. Выявлено, что схема 1 дороже на 19,13 долл. США, схема 2 на 16,82 долл. США, схема 3 на 18,94 и схема 4 на 16,63 долл. США.

Разница в процентном выражении составила от 5,03% (по схеме 4) до 5,84% (по схеме 1).

**Выводы**

Стенокардия является одним из распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы по количеству больных трудоспособного населения. Лечение стенокардии включает в себя комплексный подход который предусматривает не только лечение, а и профилактику, прежде всего рекомендации по корректировке образа жизни. Из-за недоступности большинства препаратов для лечения стенокардии актуальность приобретает анализ альтернативных схем фармакотерапии и расчетов стоимости.

Для проведения фармакоэкономического анализа нами были отобраны схемы терапии, которые обозначены в клинических протоколах.

Проведенный нами анализ методом общей стоимости лечения стенокардии позволил установить, что в Узбекистане наиболее затратным в расчете на 30 дней лечения был препарат Кораксан 5мг №56 – 55,25 долл. США, а наименее - Ацетилсалициловая кислота 500мг №10 – 0,09 долл. США.

При сравнении схем лечения установлено, что схема 4, как для Узбекистана, так и для Украины является наиболее дорогостоящей и составляет 313,82 долл. США и 330,45 долл. США соответственно. Наименьшая стоимость лечения была со схемой 1 – 308,42 долл. США для Украины и 327,55 долл. США для Узбекистана.

### Литература

1. Официальный сайт ВОЗ [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.who.int/ru>
2. Unstable angina [Electronic resource] - Access Mode: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/angina-chest-pain/unstable-angina>
3. Аптеки Узбекистана [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://arzonaetEka.uz/ru/ericE?eEriod=60&soato=1726&sEarch=15737>
4. Информационная служба МЗ Узбекистана [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.minzdrav.uz/news/detail.php?ID=55467&version=contrast>
5. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.minzdrav.uz/>
6. Министерство здравоохранения Украины [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://moz.gov.ua/>
7. Национальный банк Узбекистана [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://nbu.uz/>
8. Национальный банк Украины [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.bank.gov.ua/control/uk/indEx>

9. Цена на препараты в Украине [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://onE-aetEka.com.ua>

10. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al: 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. JACC 64 (24):e139–e228, 2014.

#### **UDC 615.1.614.2.616.1**

### **COMPARATIVE ANALYSIS OF THE COST OF PHARMACOTHERAPY FOR PATIENTS WITH STENOCARDIA IN UKRAINE AND UZBEKISTAN**

Nemchenko A. S., Nazarkina V. N., Kurilenko Yu. E., Podkolzina M. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Summary.** The article analyzes the approaches to the provision of pharmaceutical care for patients with angina in Ukraine and Uzbekistan. A comparison of the cost of pharmacotherapy when choosing different treatment regimens. It was found that in Ukraine the most expensive treatment for 30 days was Ramavil 5 mg № 30 Actavis - 21.41\$, and in Uzbekistan Coraxan 5 mg No. 56 Les Laboratoires Servier - 55.25\$.

**Key words:** *cardiovascular diseases; comparative analysis of the cost of pharmacotherapy of angina in Ukraine and Uzbekistan.*

#### **УДК 615.1.614.2.616.1**

### **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВАРТОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ В УКРАЇНІ ТА УЗБЕКІСТАНІ**

Немченко А. С., Назаркіна В. Н., Куриленко Ю. Є., Подколзіна М. В.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

**Резюме.** У статті проаналізовані підходи до надання фармацевтичної допомоги хворим на стенокардію в Україні та Узбекистані. Проведено порівняння вартості фармакотерапії при виборі різних схем лікування. Встановлено, що в Україні найдорожчий курс лікування на 30 днів був препаратом Рамиприл 5 мг №30 Actavis – 21,41 дол. США, а в Узбекистані Кораксан 5мг №56 Les Laboratoires Servier – 55,25 дол. США.

**Ключові слова:** *серцево-судинні захворювання; порівняльний аналіз вартості фармакотерапії стенокардії в Україні та Узбекистані.*

## ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАН

Панфилова А. Л. \*, Корж Ю. В., Сокуренок И. А.\*\*

\*Национальный фармацевтический университет г. Харьков, Украина

\*\*Институт повышения квалификации специалистов фармации НФаУ,

г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

**Резюме.** В статье представлены результаты исследований основных этапов развития онкологической службы в Республике Азербайджан. Определено, что с 40-х годов прошлого столетия азербайджанская онкологическая служба прошла сложный путь развития, который напрямую связан с особенностями функционирования отечественной системы здравоохранения. Учеными определены четыре основных этапа развития указанной службы, среди которых наиболее значимым по качественным и количественным параметрам является четвертый этап. Следует отметить, что на данный момент в Азербайджане функционирует онкологическая служба, которая является высокотехнологической и мобильной структурой, динамически развивающейся и отвечающей мировым требованиям. Кроме этого, указанная структура характеризуется, высоким уровнем эффективного сотрудничества с соответствующими институтами бывших республик СССР и других стран мира. Нерешенной на данный момент задачей в организации доступной медицинской и фармацевтической помощи больным онкологическими патологиями в Азербайджане является низкий уровень насыщения отечественного фармацевтического рынка доступными противоопухолевыми препаратами в условиях отсутствия эффективных механизмов реимбурсации стоимости потребления лекарств в республике. Кроме этого, обращает на себя внимание недостаточный уровень привлечения дополнительных источников финансирования онкологической службы.

**Ключевые слова:** *онкологическая служба; фармацевтический рынок; механизмы реимбурсации; Республика Азербайджан.*

**Вступление.** Организация эффективной и доступной медицинской и фармацевтической помощи онкологическим больным является важнейшим направлением развития современной медицины. Особое внимание проблемам повышения уровня эффективности организации онкологической службы в Республике Азербайджан (РАз) стало уделять после подписания Президентом Гейдаром Алиевым в 2012 году Указа об утверждении Концепции развития «Азербайджан 2020: взгляд в будущее» [2]. Следует отметить, что за последние десятилетия, РАз достигла значительных успехов в реализации гуманистических принципов развития общества, которые задекларированы правительством республики. Так, в классификации Всемирного банка по общему национальному доходу на душу населения Азербайджан к концу 2017 года вошел в категорию стран с *«высокими средними доходами»*. Причем АзР был отнесен к данной категории стран раньше, чем многие страны СНГ. Наряду с этим, согласно отчету Программы развития Организации Объединенных Наций (ООН) по человеческому развитию за 2010 год, Азербайджан покинул группу стран со *«средним человеческим развитием»* и вошел в группу стран с *«высоким человеческим развитием»*. С ростом экономического потенциала республики появились благоприятные условия для развития здравоохранения, стали последовательно решаться проблемы охраны здоровья населения. Выделяемые на здравоохранение бюджетные средства с 2010 года увеличились более чем в 10 раз и в настоящее время превысили 650 миллионов манатов [1,3]. Эффективность использования данных ресурсов напрямую зависит от действия комплекса факторов, среди которых внедрение рациональных моделей организации оказания медицинской и фармацевтической помощи занимает далеко не последнюю позицию. Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным анализ основных этапов становления и развития онкологической службы в РАз.

**Цель.** Проанализировать и выделить основные этапы развития онкологической службы в РАз, с целью разработки практических рекомендаций

по совершенствованию организации медицинской и фармацевтической помощи больных раком в республике.

**Методы и материалы** Для анализа нами был проведен информационный поиск данных законодательной и нормативно-правовой базы, регулирующей организацию оказания медицинской и фармацевтической помощи онкологическим больным в РАз. Кроме этого, использовались данные специальной литературы, отражающие проблематику построения доступных моделей оказания медицинских и фармацевтических услуг населению РАз на современном этапе развития общества и государства. Информационный запрос в поисковые системы был сделан по таким ключевым словам, как: «здравоохранения Республики Азербайджан»; «онкологическая служба в Азербайджане»; «врачи-онкологи в Азербайджане»; «заболеваемость населения на рак в Азербайджане»; «оказание медицинской помощи онкологическим больным в Азербайджане»; «фармацевтической обеспечение онкологических больных в Азербайджане» и т.д..

В исследованиях использовались исторический, сравнительный, логический, графический и другие методы научного познания и поиска.

**Результаты исследований.** В результате проведенных исследований нами установлено следующее. Уже на протяжении нескольких лет в РАз успешно решается проблема расширения сети специализированных медицинских учреждений, основной задачей которых является организация доступной диагностики рака и помощи онкологическим больным. При этом следует отметить, что проблематика функционирования республиканской онкологической службы связана, в первую очередь, с отсутствием системного подхода в реализации современных подходов в лечении больных онкологическим патологиями. Систематизация данных соответствующей нормативно-правовой базы, а также данных специальной литературы позволила нам выделить четыре основных этапа развития онкологической службы в РАз.



Несколько подробнее остановимся на основных характеристиках выделенных этапов развития вышеупомянутой структуры.

**Первый этап** развития онкологической службы в РАз начался в середине XX века. К началу 40-х годов прошлого столетия стало очевидным, что одной из наиболее важных факторов, препятствующих развитию специализированной службы онкологии в Азербайджане, является отсутствие научно-медицинского учреждения, занимающегося проблемами злокачественных опухолей в стране. Уже в январе 1941 г. в соответствии с Постановлением Совнаркома и Наркомздрава Азербайджанской Республики №2928 от 10.12.1940 г. в г. Баку был организован Азербайджанский Государственный Научно-исследовательский институт рентгено-радиологии (НИИ РР). Возглавил НИИ РР выдающийся организатор онкологической службы в Азербайджане профессор И. С. Гинзбург. Безусловным является тот факт, что создание НИИ РР имело очень важное значение в развитии рентген-радиологической службы в РАз. Это событие сыграло основную и решающую роль в становлении онкологии как науки в Азербайджане и, фактически, ознаменовало ее реальное появление в республике. Основными направлениями научных исследований НИИ РР стало решение вопросов онкоэпидемиологии злокачественных опухолей в республике, а также разработка эффективных методов комбинированного и комплексного лечения рака. В 1955 г НИИ РР возглавил известный в Азербайджане хирург профессор М. М. Аликишибеков, который был инициатором создания и развития новых научно-клинических и экспериментальных подразделений в НИИ РР. В связи с существенным увеличением объема научно-исследовательских работ в области клинической и экспериментальной онкологии уже в июле 1963 г приказом Министерства здравоохранения (МЗ) Азербайджанской ССР НИИ РР был переименован в Научно-исследовательский институт рентгенологии, радиологии и онкологии (НИИРР и О). С этого года начался **второй этап** развития онкологической службы в РАз. Так, уже в следующем 1964 г в связи с завершением строительства двух новых корпусов, в которых были размещены

все подразделения НИИРР и О, были сформированы благоприятные условия для существенного повышения эффективности оказания больным специализированной помощи, а также для проведения фундаментальных и прикладных научных исследований в области клинической онкологии. Уже к концу 60-х годов прошлого столетия НИИРР и О стал ведущим научно-исследовательским медицинским учреждением, которое занималось клинической практикой. Во второй половине 60-х годов прошлого столетия в Азербайджане начали проводиться первые кооперированные исследования с научно-исследовательскими учреждениями гг. Москвы, Ленинграда, Киева и других городов бывшего СССР. Существенно расширился спектр консультаций, которые проводили ведущие специалисты НИИРР и О с врачами-онкологами, работающими в областных центрах республики. В 1974 г. Институт возглавил известный рентгенолог, действительный член Академии наук Азербайджана Р. Н. Рагимов. С этого времени начался *третий*, наиболее продуктивный период развития онкологической службы в РАЗ. Так, всего за несколько лет клиническая база НИИРР и О увеличивается более чем в два раза, а к 1980 году койко-фонд института увеличился до 300 коек. Именно в данный период большое внимание стало уделяться внедрению современных методик ранней диагностики и эффективного лечения рака в межрайонных онкологических диспансерах. В связи с возросшей ролью НИИРР и О руководство научной и практической онкологией МЗ Азербайджана возложило на данный институт выполнение основных функций, как главного научно-исследовательского учреждения республики в области изучения онкологических патологий. Уже в феврале 1988 г. Институт был реорганизован и переименован в Республиканский онкологический научный центр (РОНЦ), а в марте 1990 г. директором Центра был назначен академик Академии медицинских наук Российской Федерации Д. А. Алиев, который возглавляет его до сих пор. Конец 80-х – начало 90-х гг. прошлого столетия характеризуется быстрым ростом авторитета Центра в международном научном мире и расширением научных связей как с

республиками бывшего СССР, так и со странами Европы и Северной Америки. В октябре 1995 г. РОНЦ был переименован в Национальный центр онкологии (НЦО) МЗ РАз. За последнее десятилетие прошлого века сотрудниками НЦО был выполнен большой объем научных исследований в области совершенствования организационной структуры онкологической службы республики, ранней диагностики злокачественных опухолей, разработки и совершенствования химиотерапии рака. Особо следует отметить значительные успехи ученых и врачей-клиницистов в вопросах разработки и внедрения эффективных методов реабилитации и лечения опухолей целого ряда локализаций, включающих также органосохранные операции. Концентрируя огромный научный и клинический потенциал и современное материально-техническое оснащение, НЦО обеспечивал проведение многопрофильных научных исследований не только в области онкологии, но и по ряду смежных, связанных с ней, проблем. К концу прошлого столетия, именно НЦО выполнял функции головного центра, координирующего всю научно-методическую и профилактическую работу по оказанию специализированной онкологической помощи населению Азербайджана.

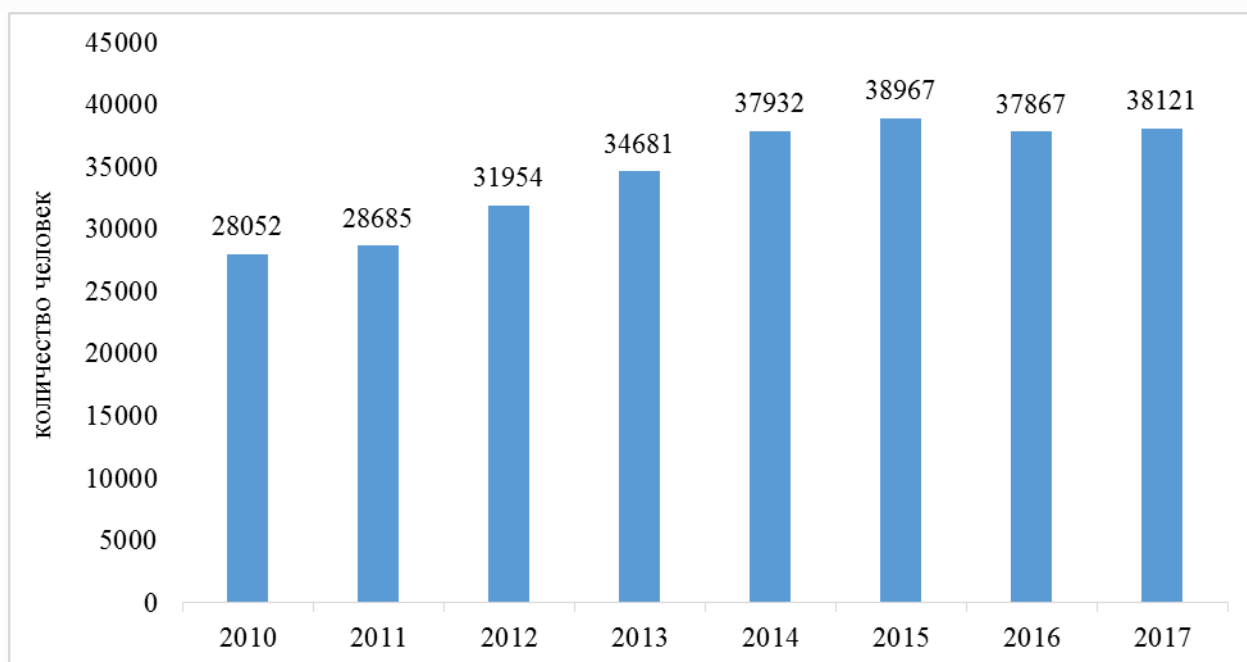
*Четвертый этап* развития онкологической службы в РАз был ознаменован получением независимости страны. Так, 18.10.1991 г. Верховный Совет Азербайджанской Республики, основываясь на Декларации о независимости, принятой Национальным Советом Азербайджана от 28.05.1918 года, и руководствуясь Декларацией Верховного Совета Азербайджана от 30.08.1991 г. «О восстановлении независимости Азербайджанской Республики» принял Конституционный акт о государственной независимости АзР и учредил основы государственного, политического и экономического устройства независимой РАз. На данный момент, по Конституции страны, которая была принята в 12.12.1995 г. РАз представляет собой демократическую, правовую, светскую, унитарную республику.

В РАЗ с 2000-х годов начала существенно укрепляться региональное звено онкологической службы. Стали разрабатываться и эффективно внедряться в масштабах республики скрининговые программы по ранней диагностике рака молочной железы и легкого, которые занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости населения. Как показали исследования ученых, внедрение данных программ существенно повысило эффективность лечения указанных групп больных. На данный момент, в НЦО постоянно поступает и обрабатывается вся информация по заболеваемости, распространенности и смертности населения республики от онкологических патологий. НЦО руководит научно-исследовательской работой, которая проводится в Бакинском городском онкологическом диспансере им. профессора А. Т. Аббасова, 7-ю межрайонными онкологическими диспансерами, которые расположены в гг. Нахичевань, Ханкенди, Сумгаит, Шеки, Мингечаур, Ширван, Ленкорань, а также координирует деятельность около сотни онкологических кабинетов по всей Республике. В 2006 г. в составе НЦО для проведения бесплатного комплексного медицинского обследования населения различных регионов АЗР году был создан Мобильно-диагностический комплекс. В состав данного мобильного комплекса входит новейшее медицинское оборудование, а именно аппараты УЗИ, рентгенографии, эндоскопии, клинико-биохимическая и морфологическая лаборатория. В штат данного комплекса входят высокоспециализированные врачи-онкологи (маммолог, гинеколог, рентгенолог и т.д.), успешно прошедшие стажировку за рубежом. Основной целью функционирования современного Мобильно-диагностического комплекса в РАЗ является организация и эффективное проведение скрининга, раннего обнаружения пред-опухолевых и опухолевых заболеваний населения отдалённых регионов страны с последующим направлением их в больницу соответствующего профиля. Силами сотрудников НЦО ежегодно проводятся выездные сессии, посвященные вопросам совершенствования онкологической помощи населению в стране. В НЦО сосредоточено большинство ведущих специалистов республики в области

клинической и экспериментальной онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии. В НЦО через постоянно функционирующую клиническую ординатуру постоянно ведется подготовка и переподготовка квалифицированных кадров для практического здравоохранения республики. Кроме этого, в НЦО постоянно проходят интернатуру врачи-онкологи, рентгенологи, а также специалисты, которые занимаются лучевой диагностикой онкологических патологий и лучевой терапией. НЦО поддерживает тесные связи с Онкологическим научным центром им. Н. Н. Блохина Российской Академии медицинских наук, где проходили и продолжают проходить подготовку и переподготовку многие азербайджанские специалисты в области клинической онкологии. Традиционные и долговременные связи НЦО поддерживает с ведущими онкологическими центрами и научно-исследовательскими учреждениями стран Закавказья, Украины, Узбекистана и других стран СНГ. Особое место в современной работе НЦО занимает активное сотрудничество и проведение кооперированных исследований совместно со своими коллегами из Турции, Англии, Германии, Швейцарии, США и ряда других стран. С каждым годом укрепляются связи с ВОЗ и другими международными и гуманитарными организациями, занимающимися проблемами профилактики и лечения рака, а также ранней диагностике онкологических патологий среди населения стран. По инициативе генерального директора НЦО Д. А. Алиева в работу центра были привлечены высококвалифицированные хирурги-онкологи. Важнейшим событием в развитии республиканской онкологической службы стало открытие 7.03.2012 г. на базе НЦО единственной во всём регионе Детской онкологической клиники. Деятельность этого центра находится под непосредственным патронатом первой леди АзР, президента Фонда Гейдара Алиева, Посола доброй воли ЮНЕСКО и ИСЕСКО Мехрибан ханум Алиевой и генерального директора НЦО Д. А. Алиева. По оценке специалистов, Детский онкологический центр является профилирующим медицинским учреждением во всём регионе. В данной клинике функционируют отделения детской хирургии, детской химиотерапии, детской

лучевой терапии и детской анестезиологии и реанимации. В 2014 г. состоялось открытие нового лечебного корпуса НЦО, состоящего из отделений эндоскопии, инвазивной диагностики, химиотерапии, амбулаторной химиотерапии, онкогематологии, радионуклидной диагностики и терапии. Кроме этого, в этом же году в НЦО МЗ АР была создана лаборатория молекулярной онкологии злокачественных опухолей. В конце 2014 г. между НЦО МЗ АР и фирмой «Varian Medical Systems» (США) было подписано соглашение о сотрудничестве. Как известно, компания «Varian Medical Systems» (США) занимается проектированием и производством новейших технологий, необходимых для проведения эффективной лучевой терапии при онкологических заболеваниях. Выполнение данного соглашения позволит существенно расширить сотрудничество между иностранными компаниями, занимающимися внедрением новейших медицинских технологий в Азербайджане. Уже в январе 2015 г. было подписано соглашение о сотрудничестве между НЦО и компанией «Orfit Industries». Компания «Orfit Industries» является мировым поставщиком ведущих систем и оборудования, обеспечивающих иммобилизацию и размещение больных во время проведения лучевой терапии [1,4]. В конце 2014 г. в НЦО был открыт новейшая универсальная аппаратная система «TrueBeam™STx» (США), используемая для лучевой терапии онкологических опухолей различной локализации. Указанная система позволяет проводить фармакотерапию злокачественных опухолей всеми современными методами, среди которых – дистанционная лучевая терапия 2D, 3D, ИМРТ (интенсивно модулированная радиотерапия), рапидарк, стереотаксическая радиохирургия и радиотерапия [4]. Посредством этого оборудования, управляемого цифровой системой управления, можно лечить даже опухоли размером 3 мм.

На данный момент, НЦО является крупнейшим и ведущим в Азербайджане специализированным научно-исследовательским учреждением с клинической базой, которая насчитывает около 650 коек. Интересным является анализ динамики больных онкологическими патологиями в РАЗ (рис.1).



**Рис. 1. Анализ динамики количества зарегистрированных случаев обнаружения рака среди населения РАз в течении 2010-2017 гг.**

Как видим по данным рисунка 1, за счет повышения уровня обследования и раннего выявления случаев рака у населения количество больных раком в РАз планомерно увеличивалось с 2010 г.. По состоянию на 01.01.2017 года в республике было зарегистрировано 38121 больной онкологическими патологиями.

### **Выводы**

В целом следует отметить, что развитие онкологической службы в РАз связано с основными этапами развития государства и общества в целом. На данный момент наблюдаются процессы интеграции онкологической службы РАз с международными организациями и структурами с целью повышения эффективности оказания больным раком медицинской и фармацевтической помощи.

Организация эффективной медицинской и фармацевтической помощи онкологическим больным является актуальной проблемой для национальных систем здравоохранения независимо от типа их финансирования и организационной формы функционирования. Решение указанной проблемы должно находиться не только в плоскости перманентного повышения уровня финансирования со стороны государства или других общественных институтов. Особое место в организации эффективной службы в РАз должны занимать вопросы широкого привлечения дополнительных источников финансирования онкологической службы, например фондов добровольного медицинского страхования. Немаловажную роль также играет повышение инновационного потенциала отечественной фармацевтической промышленности, реализация которого должна осуществляться в направлении увеличения объемов выпуска препаратов противоопухолевого действия азербайджанского производства.

#### Литература

1. Здравоохранения Азербайджана. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://azerbaijan.az/portal/Society/Health/publicHealth\\_r.html](http://azerbaijan.az/portal/Society/Health/publicHealth_r.html) (дата обращения 06.01.2019).
2. Концепция развития «Азербайджан – 2020: взгляд в будущее» – [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://president.az/files/future\\_ru.pdf](https://president.az/files/future_ru.pdf) (дата обращения 26.01.2019).
3. Министерству здравоохранения выделено 1,8 манатов. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://zerkalo.az/ministerstvu-zdravoohraneniya-vydeleno-1-8-mln-manatov/> (дата обращения 16.01.2019).
4. Чехун В. Ф. О новой стратегии лечения онкологических больных. / В. Ф. // Doctor. Журнал для практических врачей. 2003. –№4 – С. 7–10.

**УДК: 615.1:167/168:351.84**

**ІСТОРІОГРАФІЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В РЕСПУБЛІЦІ АЗЕРБАЙДЖАН**



Панфілова Г. Л. \*, Корж Ю. В., Сокурєнко І. А. \*\*

\*Національний фармацевтичний університет

\*\*Інститут підвищення кваліфікації фахівців фармації НФаУ, м. Харків, Україна

**Резюме.** У статті представлені результати досліджень основних етапів розвитку онкологічної служби у Республіці Азербайджан. Визначено, що з 40-х років минулого століття азербайджанська онкологічна служба пройшла складний шлях розвитку, який напряду пов'язаний з особливостями функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я. Науковцями визначені чотири етапи розвитку зазначеної служби, серед яких найбільш вагомим за якісними та кількісними параметрами розвитку є четвертий етап. Слід зазначити, що на даний час в Азербайджані функціонує онкологічна служба, що є високотехнологічною та мобільною структурою, яка динамічно розвивається та відповідає світовим вимогам. Крім цього, зазначена структура характеризується високим рівнем ефективної співпраці з відповідними інституціями колишніх республік СРСР та інших країнах світу. Невирішеною на даний час проблемою в організації надання доступної медичної та фармацевтичної допомоги хворим на онкологічні патології в Азербайджані є низький рівень насиченості вітчизняного фармацевтичного ринку доступними протипухлинними препаратами за умов відсутності ефективних механізмів реімбурсації вартості споживання ліків у республіці. Крім цього, звертає на себе увагу низький рівень залучення додаткових джерел фінансування онкологічної служби.

**Ключові слова:** *онкологічна служба; фармацевтичний ринок; механізми реімбурсації; Республіка Азербайджан.*

**UDK: 615.1:167/168:351.84**

## **HISTORIOGRAPHIC ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF ONCOLOGICAL SERVICE IN THE REPUBLIC OF AZERBAIJAN**

**Panfilova H. L.\*, Korzh Yu. V., Sokurenko I. A. \*\***

\* National University of Pharmacy

\*\* Institute of Pharmacy Professionals Qualification Improvement, NUPh, Kharkiv,  
Ukraine

**Summary.** The article presents the results of research on the main stages of development of the oncological service in the Republic of Azerbaijan. It has been determined that since the 40s of the last century, the Azerbaijani oncological service has undergone a difficult path of development, which is directly related to the peculiarities of the functioning of the national health care system. Scientists have identified four main stages in the development of this service, among which the fourth stage is the most significant in terms of qualitative and quantitative parameters. It should be noted that at present an oncological service is functioning in Azerbaijan, which is a high-tech and mobile structure that is dynamically developing and meets international requirements. In addition, this structure is characterized by a high level of effective cooperation with the relevant institutions of the former Soviet republics and other countries of the world. The currently unresolved task in organizing affordable medical and pharmaceutical care for oncological pathologies in Azerbaijan is the low level of saturation of the domestic pharmaceutical market with available anticancer drugs in the absence of effective mechanisms for reimbursement of the cost of drug consumption in the country. In addition, attention is drawn to the low level of attracting additional sources of financing of the oncological service.

**Key words:** *oncological service; pharmaceutical market; reimbursement mechanisms; Republic of Azerbaijan.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СИСТЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В МАРОККО

Хажжами Мохаммед Амин, Юрченко Г. Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

economica@nuph.edu.ua

**Резюме.** В последние годы в Марокко был проведен ряд исследований с привлечением национальных и международных экспертов в области фармацевтического обеспечения. Эти исследования были сосредоточены на различных аспектах, включая систему регулирования и контроля над лекарственными средствами, цены на лекарства, надлежащее управление лекарственными средствами и фармацевтический профиль страны в целом.

Система фармацевтического обеспечения Марокко характеризуется: сильной национальной фармацевтической промышленностью; лабораторией контроля качества, признанной ВОЗ; политическим интересом к всеобщему доступу через систему медицинского страхования; значительными инвестициями в медицинское обслуживание; государственными закупками лекарственных средств и в управлении межбольничных аптек.

На основе результатов анализа зарубежных исследований в области развития здравоохранения и систем фармацевтического обеспечения населения в Марокко были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного управления деятельностью фармацевтическими учреждениями.

**Ключевые слова:** *фармацевтическое обеспечение населения; развитие здравоохранения; Марокко.*

**Вступление.** Анализ литературных данных показал, что в последние годы в Марокко был проведен ряд исследований с привлечением национальных и международных экспертов в области фармацевтического обеспечения [2, 5]. Эти исследования были сосредоточены на различных аспектах, включая систему регулирования и контроля над лекарственными средствами, цены на лекарства,

надлежащее управление лекарственными средствами и фармацевтический профиль страны в целом.

**Цель.** Исследование проблем развития здравоохранения и систем фармацевтического обеспечения населения в Марокко

**Методы и материалы.** На основе результатов анализа зарубежных исследований в области развития здравоохранения и систем фармацевтического обеспечения населения в Марокко были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного управления деятельностью фармацевтическими учреждениями. Были использованы логический, системно-аналитический, математико-статистический и сравнительный методы анализа

**Результаты исследований.** С июля 2012 года была создана «Консультативная комиссия по лекарственным средствам и продуктам медицинского назначения», в обязанности которой входило содействие в разработке «Национальной фармацевтической политики» (НФП) и внесение предложений необходимых инструментов для ее реализации. Эта комиссия, которая объединила все заинтересованные стороны в этом секторе, сосредоточила внимание на основных целях Национальной фармацевтической политики, направленных на обеспечение справедливости и жизнеспособности системы фармацевтического обеспечения. Анализы и рекомендации этой комиссии являются основой настоящей Фармацевтической политики [3-5]. На наш взгляд, система фармацевтического обеспечения Марокко характеризуется:

- сильной национальной фармацевтической промышленностью;
- лабораторией контроля качества, признанной ВОЗ;
- политическим интересом к всеобщему доступу через систему медицинского страхования;
- значительными инвестициями в медицинское обслуживание;
- государственными закупками лекарственных средств и в управлении межбольничных аптек.

Тем не менее, цена на препарат в Марокко, как правило, выше по сравнению с некоторыми соседними странами с аналогичной экономикой. Доля лекарственных средств в общих расходах на здравоохранение составляет около 32% по данным национальной статистики здравоохранения за 2017 г. Система регулирования и контроля над лекарственными средствами страдает от нехватки самой структуры и ресурсов. Роль частных аптек в обеспечении населения лекарственными средствами плохо определена, а частые конфликты интересов в этом секторе недостаточно признаны и управляются.

На наш взгляд, министерству здравоохранения необходимо перед собой поставить задачу – разработки и реализации политики здравоохранения, охватывающей национальную фармацевтическую политику, обеспечивающей восстановление и укрепление его основных функций регулирования рынка и контроля, защита граждан.

Анализ литературных и статистических данных показал, что Марокканский фармацевтический рынок оценивался в 2017 году в более чем 12 миллиардов дирхамов (около 1 миллиарда долларов). В последние годы наблюдается замедление, главным образом из-за стагнации покупательской способности населения. На наш взгляд, эта стагнация может быть объяснена несколькими факторами, особенно насыщенностью рынка и трудностями доступа к медицинской помощи. Для улучшения сложившейся ситуации необходимы значительные инвестиции для удовлетворения как марокканского фармацевтического рынка, так и требований к качеству.

Анализ фармацевтической промышленности показал, что играет важную социально-экономическую роль. Он отвечает за более 40 000 прямых и косвенных рабочих мест. Эта отрасль генерирует от 1% до 2% национального ВВП. В настоящее время Марокко является одним из лидеров среди стран африканского континента по объему производства лекарственных препаратов. На территории Королевства находится около 40 фармацевтических фабрик.

Фармацевтическая промышленность в Марокко представляет собой важную часть национальной экономики:

- согласно планам марокканских властей, объем экспорта лекарственных препаратов к 2023 году должен составить более 800 млн. евро;
- 65% потребления производится на отечественном фармацевтическом рынке;
- 8% продукции идет на экспорт в европейские, арабские, азиатские или африканские страны со средним оборотом в 360 миллионов дирхамов [1, 5].

Анализ фармацевтических дистрибьюторов показал, что их количество увеличивается. Так, например, в 1977 году их было 4, а в 2018 году на территории Королевства зарегистрировано около 250 дистрибьюторов фармацевтической продукции, при этом на рынке доминируют порядка 40 фирм дистрибьюторов. Они расположены в 16 разных городах. Рост числа этих фармацевтических учреждений и их создание напрямую связаны с географическим расположением аптек. Фармацевтические дистрибьюторы сталкиваются со многими проблемами, которые приводят к снижению их прибыльности. На наш взгляд к ним относятся:

- конкуренция становится все более неуправляемой и подталкивает дистрибьюторские предприятия к проведению агрессивной коммерческой политики, основанной на скидках, что уменьшает их прибыльность;
- размещение аптечных учреждений за пределами основных автомагистралей приводит к гораздо более высоким издержкам обращения для дистрибьюторов;
- финансовые трудности, с которыми сталкиваются аптеки, которые отражаются на уровне дистрибьюторских учреждений увеличением количества неоплаченных счетов и судебных разбирательств.

Анализ работы аптечных учреждений показал, что их количество также растёт: с 375 в 1975 году до более 11 000 в 2018 году. Резкий скачок открытия аптечных учреждений, произошёл в 2000 году, это было связано с указом об эквивалентности для иностранных дипломов. Но это увеличение не было сделано с целью лучшего охвата национальной территории сетью аптек и поэтому они продолжали концентрироваться в больших городах.

Анализ литературных данных так же показал, что по целому ряду показателей в области здравоохранения Марокко можно отнести к числу наименее развитых стран мира. Это касается, в первую очередь, доступности и качества медицинского и фармацевтического обеспечения.

Несмотря на то, что сумма бюджета, выделяемого на здравоохранение, с каждым годом растёт (в 2008 году было выделено 8 млрд. дирхамов, в 2015 году – 13 млрд. дирхамов, в 2017 году - 14,3 млрд. дирхамов), ее доля в государственном бюджете практически не меняется и равна 5,6% (6% ВВП). Утвержденный на 2018 год бюджет страны составил 264 млрд. дирхамов (около 29 млрд. долларов США). При этом на здравоохранение выделено 14,8 млрд. дирхамов (1,6 млрд. долларов США). Этот показатель остается значительно ниже среднемирового. Для сравнения, доля расходов в бюджетах стран ОЭСР составляет порядка 18% (в среднем около 14% ВВП).

В связи с постепенным старением населения Марокко ожидаются изменения демографической ситуации в стране. По экспертным прогнозам, доля граждан старше 60 лет увеличится к 2025 году до 12%, по сравнению с 8% в 2015 году. Однако, как отмечается, это связано не с улучшением качества жизни марокканцев, а с уменьшением рождаемости в стране (в среднем на одну женщину сегодня приходится 2,2 ребенка).

Здоровью марокканцев по-прежнему угрожают 7 групп болезней, в борьбе с которыми, по данным ВОЗ, за последние годы значительного прогресса не наблюдается. Это - туберкулез, гепатит, лейшманиоз, менингит, массовые пищевые отравления, некоторые виды зоонозов и ВИЧ. По информации

Министерства здравоохранения Марокко, в 2015 году число выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией составило 0,1%. Согласно ВОЗ, официальные данные о количестве больных СПИДом, в виду ограниченности информации, не отражают реальной картины. В этой связи отмечается необходимость принятия решительных мер по выявлению и профилактике заболевания. В таблице 1 приведены 10 категорий заболеваний лечение которых лидирует по объему рынка на 2015 год, составляя 92,8% объема годового потребления частного фармацевтического рынка.

*Таблица 1*

**10 категорий заболеваний лечение которых лидирует по объему рынка на 2015 год, составляя 92,8% объема годового потребления частного фармацевтического рынка**  
(источник: IMS Health (международная компания, предоставляющая консалтинговые услуги для фармацевтической промышленности))

№ п/п	Наименование	Оборот, включая НДС, в стоимостном выражении (2015 г.), ДН	% частного фармацевтического рынка в стоимостном выражении
	Всего	324 776 436	100%
1	Пищеварительная система и метаболизм	62 080 764	19,1%
2	Нервная система	57 614 225	17,7%
3	Дыхательная система	35 023 529	10,8%
4	Общие против инфекционные средства	28 060 160	8,6%
5	Мочеполовой аппарат и половые гормоны	27 261 181	8,4%
6	Опорно-двигательный аппарат	24 971 105	7,7%
7	Дерматология	20 143 537	6,2%
8	Сердечно-сосудистая система	18 036 527	5,6%
9	Органы чувств	17 242 249	5,3%
10	Гормоны (исключая инсулин и половые гормоны)	11 031 943	3,4%
11	Прочие	23 311 216	7,2%



40% основных причин преждевременной смертности населения страны связаны с онкологическими и метаболическими заболеваниями, включая диабет, болезни сердца и сосудов. Рост хронических и онкологических заболеваний наблюдается вследствие ожирения, злоупотребления табачной и алкогольной продукцией и других факторов. В Марокко числится около 1,5 млн. больных сахарным диабетом. Однако реальное число больных может составлять до 10% от населения страны, т.к. многие из них могут жить с этим заболеванием долгое время, не догадываясь о его присутствии. Рак является второй из причин смертности в Марокко. Ежегодно выявляется более 30 000 новых случаев этого заболевания. Согласно данным ВОЗ, наиболее распространенными недугами среди марокканцев, помимо диабета и рака, являются сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания.

### **Выводы**

1. Здоровью марокканцев по-прежнему угрожают 7 групп болезней, в борьбе с которыми, по данным ВОЗ, за последние годы значительного прогресса не наблюдается. Это - туберкулез, гепатит, лейшманиоз, менингит, массовые пищевые отравления, некоторые виды зоонозов и ВИЧ.

2. 40% основных причин преждевременной смертности населения страны связаны с онкологическими и метаболическими заболеваниями, включая диабет, болезни сердца и сосудов.

3. Сохраняется проблема материнской смертности. В сельских районах она составляет 148 смертей на 100 000 родов, что вдвое выше, чем в городах – 73 на 100 000 родов. Высоким остается показатель младенческой смертности: в сельских районах - 33,5 на 1000 человек, в городах – 23,6 на 1000 человек.

4. 20% населения проживает на расстоянии более 10 км от ближайшего медицинского пункта. При этом в Марокко насчитывается 2600 медицинских центров, 144 государственные больницы (22 000 коек) и 373 частные клиники (10 300 коек).

5. Показатель госпитализации в государственных больницах равен 5%. ВОЗ использует термин «недоиспользование», что означает нехватку человеческих ресурсов на всех уровнях системы здравоохранения, а также низкое качество предлагаемых услуг. В среднем по стране на 1000 жителей приходится 1,1 больничная койка.

6. По статистике на 10 000 жителей приходится 6,2 врачей (государственных и частных) и 9,7 медсестер.

7. Стоимость медикаментов на 50-60% выше, чем в соседних странах, даже с учетом национальной политики в отношении лекарственных препаратов, согласно которой цены на них регламентированы и даже снижены на более чем 2000 препаратов. ВОЗ отмечает, что, несмотря на хорошо зарекомендовавшую себя фармацевтическую отрасль, сектор фармацевтики имеет множество недостатков в регулировании, осуществлении контроля и продвижении высококачественных дженериков, доля которых на марокканском рынке не превышает 30%.

8. Товарооборот частного фармацевтического рынка (данные IMS Health): 9 миллиардов дирхамов (978 млн. долларов США), или 65,7% от общего объема фармацевтического рынка Марокко.

9. В Министерстве здравоохранения зарегистрировано 6000 оригинальных лекарственных препаратов.

10. Потребление на душу населения в 2016 году составило 413 дирхамов (44,8 долларов США)

### Литература

1. Аптеки Марокко – оставь словарь дома. [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://apteka.ru/info/articles/puteshestviya-apteka-ru/apteki-marokko-ostav-slovar-doma/>
2. Здоров'я-2020 : Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012

3. Немченко А. С. Науково-методичні підходи до вдосконалення системи цін на лікарські засоби усучасних умовах економічної кризи / А. С. Немченко, І. В. Кубарева, К. Л. Косяченко // Запорожский медицинский журнал. – 2009. – № 5. – С. 122-125.
4. Немченко, О. А. Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з традиційною організацією аптечних мереж / О. А. Немченко // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 38-42.
5. World Health Organization. [Электронный ресурс] – Режим доступа : [https://apps.who.int/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/44579/9789244564226\\_RUS.PDF;JSESSIONID=107AC09F1D39A8CC6C62DC7B00A1F9CE?SEQUENCE=6](https://apps.who.int/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/44579/9789244564226_RUS.PDF;JSESSIONID=107AC09F1D39A8CC6C62DC7B00A1F9CE?SEQUENCE=6)

**UDK 615.1: 364.692]: 339.13.021: 615.2**

**RESEARCH OF THE PROBLEMS OF HEALTH CARE DEVELOPMENT AND PHARMACEUTICAL SECURITY SYSTEMS OF THE POPULATION IN MOROCCO**

Khazhzhami Mohammed Amin, Yurchenko G. N.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

**Resume.** In recent years, Morocco has conducted a series of studies involving national and international experts in the field of pharmaceutical supply. These studies focused on various aspects, including the system of regulation and control over drugs, drug prices, proper drug management and the pharmaceutical profile of the country as a whole.

Morocco's pharmaceutical supply system is characterized by: a strong national pharmaceutical industry; a quality control laboratory recognized by WHO; political interest in universal access through health insurance; significant investment in medical care; government procurement of medicines and in the management of hospital hospital pharmacies.

Based on the results of an analysis of foreign studies on the development of health care and pharmaceutical supply systems in Morocco, recommendations were made that are necessary for the effective management of pharmaceutical institutions

**Key words:** *pharmaceutical supply of the population; health development; Morocco.*

**УДК 615.1: 364.692]: 339.13.021: 615.2**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І СИСТЕМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В МАРОККО**

Хажжамі Мохаммед Амін, Юрченко Г. Н.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

**Резюме.** В останні роки в Марокко було проведено ряд досліджень із залученням національних і міжнародних експертів в області фармацевтичного забезпечення. Ці дослідження були зосереджені на різних аспектах, включаючи систему регулювання і контролю над лікарськими засобами, ціни на ліки, належне врядування лікарськими засобами та фармацевтичний профіль країни в цілому.

Система фармацевтичного забезпечення Марокко характеризується: сильною національною фармацевтичною промисловістю; лабораторією контролю якості, визнану ВООЗ; політичним інтересом до загального доступу через систему медичного страхування; значними інвестиціями в медичне обслуговування; державними закупівлями лікарських засобів і в управлінні міжлікарняні аптек.

На основі результатів аналізу зарубіжних досліджень в області розвитку охорони здоров'я і систем фармацевтичного забезпечення населення в Марокко були сформульовані рекомендації, необхідні для ефективного управління діяльністю фармацевтичними установами.

**Ключові слова:** *фармацевтичне забезпечення населення; розвиток охорони здоров'я; Марокко.*

УДК: 615.15:615.12:37.018.46

**НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРЕСМОТРА УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В РЕСПУБЛИКИ  
БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
В РОЗНИЧНЫХ АПТЕКАХ**

Янушевская А. В., Годовальников Г. В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,  
Республика Беларусь

[alinsi21@mail.ru](mailto:alinsi21@mail.ru)

**Резюме.** Статья посвящена вопросам оценки уровня знаний фармацевтических работников розничных аптек в условиях осуществления фармацевтического консультирования в розничных аптеках Республики Беларусь и вносятся предложения по формам совершенствования системы повышения квалификации фармацевтических специалистов с высшим образованием.

**Ключевые слова:** *фармацевтические работники, профессиональный уровень специалистов, повышение квалификации, аптека.*

**Вступление.** Одним из важнейших факторов конкурентоспособности аптечной организации и аптеки является профессиональный уровень специалистов, которые *умеют и хотят работать*. Потому получать высокие экономические результаты можно только опираясь на мотивированный и обученный персонал.

Это также касается конкурентоспособности на рынке труда фармацевтического специалиста, который должен постоянно углублять свои теоретические знания, приобретать и шлифовать уже полученные умения и навыки. Только в этом случае он претендует на продвижение по карьерной лестнице [1, 2, 6].

Таким образом, руководитель аптечной организаций, аптеки и фармацевтические работники (ФР) должны быть заинтересованы в повышении образовательного уровня, поскольку наличие фундаментальных знаний и практических умений обеспечивает эффективную деятельность аптеки.

Жизнь доказала, что знаний, полученных в рамках базового фармацевтического образования явно недостаточно специалисту в силу их высокой теоретической составляющей и оторванности от современного уровня развития аптечной системы и фармации в целом.

Поэтому в фармации имеет место конкретное требование к руководителям и специалистам относительно повышения квалификации - должно осуществляться по мере необходимости, но не реже одного раза в 5 лет. При этом повышение квалификации относится к дополнительному образованию и обеспечивает углубление профессиональных знаний и навыков работников на основе полученного ранее основного образования. Длительность обучения составляет 40-80 часов, по темам, которые определяют преподаватели учебных заведений, а не заказывают практические работники под свои потребности [3, 4].

По оценкам ФР такое обучение носит формальный информационный характер и мало что дает в профессиональном плане.

В Республике Беларусь повышение квалификации для специалистов с высшим фармацевтическим образованием осуществляют учреждения образования: Витебский государственный медицинский университет (14 циклов обучения по клинической фармакологии, 9 по вопросам фармакогнозии и 23 по прочим вопросам фармации), Белорусский государственный медицинский университет (9 циклов обучения с включением вопросов клинической фармакологии и 2 цикла по вопросам фармакогнозии) и Белорусская медицинская академия последипломного образования (2 цикла обучения по клинической фармакологии) [3, 5].

**Цель работы.** В связи с широким распространением самолечения в Республике Беларусь и появлением новой функции розничной аптеки –

фармацевтического консультирования, провести оценку уровня знаний фармацевтических работников этих аптек и сформулировать предложения по формам совершенствования системы повышения квалификации фармацевтических специалистов с высшим образованием.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось методом анкетирования и интервьюирования ФР методом «тайного покупателя» (легенда: боль в брюшной области), результаты обработаны с помощью Microsoft Excel, проанализированы и представлены в виде таблиц и диаграмм. В исследовании приняло участие 187 ФР. Анкетирование ФР проводилось с помощью анкет разработанных и валидированных в «Белорусском государственном медицинском университете».

**Результаты исследования.** Было проведена самооценка провизорами уровня своих профессиональных знаний, которые в первую очередь нужны в их практической работе. Ответы на вопрос, «Каких знаний Вам действительно не хватает в работе» представлены в табл. 1. При этом можно было указать несколько вариантов ответов.

*Таблица 1*

### Недостаточность профессиональных знаний

Вид профессиональных знаний	Количество специалистов			
	Зав. аптекой	Зам. зав. аптекой	Провизор-рецептар	Прочие
Клиническая фармакология	30	10	29	11
Фармакогнозия	-	-	1	-
Фармацевтическая химия	-	-	-	-
Технология ЛС в аптеке	-	1	-	-
Заводская технология ЛС	1	-	-	1
Организация фармации	10	2	7	4
Экономика	7	1	4	2

Учет и отчетность	9	-	3	1
ФМТВ	-	-	2	-
Психология	16	7	18	7
Менеджмент	16	4	8	7
Передовой опыт работы	20	4	18	12
Современная организация фармации в других странах	13	4	10	8
<b>Всего специалистов</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>23</b>

Из полученных данных видно, что современная фармация требует от всех провизоров, независимо от места работы и должности знаний в первую очередь в области клинической фармакологии. Как это не парадоксально, но этот предмет не является главным и профильным при обучении провизоров в нашей стране, у нас по-прежнему главенствует химико-технологическое образование 19 века, так как этот предмет даже не включен в перечень государственных экзаменов.

Кроме того, отсюда следует ясный вывод чему в первую очередь должно быть посвящено повышение квалификации, как без отрыва от работы (в организации), так и с отрывом от работы (в учебной организации) – *изучению клинической фармакологии!*

Также было предложено оценить современное состояние профессиональной информационной среды (её организация, степень доступности и полезности), под которой понимается наличие печатных материалов (журналы, книги) и интернет источники, в которых можно найти нужную специалисту информацию (табл. 2).

Более половины опрошенных (59,8%) отметили, что она отсутствует, а если есть, то в ней нет нужной информации. Это свидетельствует об отсутствии доверительного источника профессиональной информации, в том числе от учреждений образования и курсов повышения квалификации.



### Оценка состояния профессиональной информационной среды

Оценка состояния	Количество специалистов
Таковой нет вообще	34
Она есть, но в ней нет нужной мне информации	30
Хорошо, я могу найти нужную мне информацию	43

Также было проведено анкетирование фармацевтических работников слушателей курсов повышения квалификации (исследование продолжается).

При анализе было установлено соотношение товарных/проблемных вопросов от пациентов как 60%/40%, что говорит о спросе на фармацевтическое консультирование у посетителей аптек.

При анализе ответов на вопрос о наличии знаний у ФР для оказания фармацевтического консультирования 17% ответили, что имеют необходимые знания, 47% - имеют необходимые знания для постановки диагноза, 40 % - отметили недостаточность знаний. При этом 93% ФР отметили необходимость в разработке специальных курсов повышения квалификации по вопросам фармацевтического консультирования.

Оценка уровня знаний ФР методом «тайного покупателя» осуществлялась по следующему алгоритму:

1. Обращение «тайного покупателя» к ФР розничной аптеки г. Минска с жалобами на боль в брюшной области;
2. При этом ФР задавались дополнительные вопросы:
  - 2.1. Какой состав имеет предлагаемое ЛС?
  - 2.2. Каковы противопоказания к его применению?
  - 2.3. Уточните способ применения и дозирования?

Нами были получены следующие результаты.

При обращении пациента с жалобами на боли в брюшной области, характер и локализацию боли ФР уточнили в 60% случаях, а наличие изжоги лишь в 20% случаях. При опросе ФР не задавали вопросы о наличии симптомов, угрожающих жизни пациента, в 20% случаев обращений было рекомендовано сразу обратиться к врачу без какой-либо консультации.

Общей особенностью было практически полное отсутствие проведения диагностического опроса пациента ФР розничной аптеки.

Это свидетельствует об отсутствии разработанных стандартов симптоматического лечения пациентов в розничной аптеке, алгоритмов опроса пациента, а также практических умений применять на практике знания по клинической фармакологии.

В случае отсутствия консультирования, пациент задавал ФР дополнительные вопросы. На вопрос о противопоказаниях к ЛС в 60,4% случаях ФР отдали пациенту инструкцию для самостоятельного изучения, а в остальных с помощью инструкции доступно предоставили информацию пациенту.

При этом следует отметить, что лишь в 45% случаях ФР рассказал о способе применения и режиме дозирования ЛС.

Из этого можно сделать вывод, что ФР слабо владеют вопросами клинической фармакологии и не готовы к проведению качественной фармацевтической консультации.

### **Выводы**

1. Фармацевтическая помощь, как новое направление деятельности розничной аптеки Республики Беларусь, не может развиваться без надлежащей информационной базы, включающей учебные пособия и специализированные курсы повышения квалификации.

2. В ходе анкетирования выявлена актуальность и заинтересованность ФР в проведении фармацевтического консультирования, но оценка уровня их знаний оказалась невысокой.

3. Необходимо создать фармацевтический информационно-образовательный сайт для ФР.

4. Необходимо внести изменения в учебные программы повышения квалификации для специалистов с высшим фармацевтическим образованием в части обучения фармацевтическому консультированию в розничной аптеке.

### Литература

1. Годовальников Г.В. Информационное пособие для провизора при реализации лекарственных средств, отпускаемых без рецепта, как основа качественной фармацевтической помощи / Г.В. Годовальников // Рецепт. - 2014. - № 4. с. 24-33.

2. Годовальников, Г.В. Самолечение и фармацевтическая помощь / Г.В. Годовальников // Рецепт. - 2014. - № 3. с. 18-28.

3. Об утверждении Инструкции о порядке организации повышения квалификации и переподготовки работников системы здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление Министерства Здравоохранения Респ. Беларусь, 7 августа 2007 г., № 71 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2007.

4. О здравоохранении. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> – Дата доступа: 28.01.2019.

5. Переподготовка и повышение квалификации врачей БЕЛМАПО // Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://belmapo.by/perepodgotovka-i-povyishenie-kvalifikaczii.htm> 1– Дата доступа: 14.01.2019.

6. Фармацевтическая опека / Фармопека // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://pharmopeka.net/o\\_farm\\_opeke](http://pharmopeka.net/o_farm_opeke). - Дата доступа: 30.09.2019.

**UDK: 615.15:615.12:37.018.46**

**THE NEED TO REVIEW EDUCATIONAL PROGRAMS OF IMPROVEMENT OF QUALIFICATION FOR EXPERTS WITH THE HIGHER PHARMACEUTICAL EDUCATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS IN THE CONDITIONS OF IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL COLLECTIONS IN THE REPUBLIC OF BELARUS IN THE CONDITIONS OF IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL COLLECTIONS IN THE REPUBLIC OF BELARUS UNDER CONDITIONS**

Yanushevskaya A. V., Godovalnikov G. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

**Resume.** The article is devoted to the assessment of the level of knowledge of pharmaceutical workers in retail pharmacies in the context of pharmaceutical counseling in retail pharmacies of the Republic of Belarus, and proposals are made on how to improve the advanced training system of pharmaceutical specialists with higher education.

**Keywords:** *pharmaceutical workers, professional level of specialists, advanced training, pharmacy.*

**УДК: 615.15:615.12:37.018.46**

**НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРЕГЛЯДУ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ДЛЯ ФАХІВЦІВ З ВИЩОЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЮ ОСВІТОЮ В РЕСПУБЛІЦІ БІЛОРУСЬ В УМОВАХ ЗДІЙСНЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У РОЗДРІБНИХ АПТЕКАХ**

Янушевская А. В., Годовальников Г. В.

Білоруський державний медичний університет, м Мінськ, Республіка Білорусь

**Резюме.** Статтю присвячено питанням оцінки рівня знань фармацевтичних працівників роздрібних аптек в умовах здійснення фармацевтичного консультування в роздрібних аптеках Республіці Білорусь і вносяться пропозиції щодо форм вдосконалення системи підвищення кваліфікації фармацевтичних фахівців з вищою освітою.

**Ключові слова:** *фармацевтичні працівники, професійний рівень фахівців, підвищення кваліфікації, аптека.*

## **РОЗДІЛ II ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Бабічева Г.С., Мосейчук Ю.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[fmm@nuph.edu.ua](mailto:fmm@nuph.edu.ua)

На сьогоднішній день вітчизняний ринок лікарських засобів (ЛЗ) стрімко та динамічно розвивається, постійно відбувається впровадження у фармацевтичну практику нових ЛЗ, збільшується кількість препаратів-аналогів, це обумовлює зростання ролі та цінності фармацевтичної інформації. Слід зазначити, що достовірні та якісні фармацевтичні інформації, а також її раціональне використання дозволяють уникнути ризику для здоров'я споживачів та попередження негативних наслідків самолікування.

Мета даної роботи – дослідження доступності фармацевтичної інформації для споживачів ЛЗ, аналіз популярності основних Інтернет-ресурсів з пошуку інформації про ліки. Відповідно до поставленої мети нами виявлено, що на сьогодні основними джерелами фармацевтичної інформації для споживачів є такі інформаційні ресурси, як інструкції по застосуванню ЛЗ, консультації лікарів і фахівців аптек, рекламні матеріали та різноманітні Інтернет-ресурси. Зважаючи на активний розвиток інформаційних технологій у сучасному житті, провідним середовищем з пошуку інформації про ЛЗ для споживачів є Інтернет. Найбільш доступними для населення за результатами запитів у мережі є наступні сайти: [tabletki.ua](http://tabletki.ua), [medbrowse.com.ua](http://medbrowse.com.ua), [apteka911.com.ua](http://apteka911.com.ua), [www.apteka24.ua](http://www.apteka24.ua), [www.medcentre.com.ua](http://www.medcentre.com.ua). Нами було проаналізовано рейтинг цих сайтів, складений на основі статистичних даних інтернет-порталу [Alexa.com](http://Alexa.com). Лідером рейтингу є сайт [tabletki.ua](http://tabletki.ua), кількість переглядів протягом місяця становить 1 268 460. Друге місце займає сайт [www.medcentre.com.ua](http://www.medcentre.com.ua) (місячна кількість переглядів складає 367 230). На третьому місці – [apteka911.com.ua](http://apteka911.com.ua) (333 330 переглядів), на четвертому – [medbrowse.com.ua](http://medbrowse.com.ua) (326 790 переглядів), і на п'ятому – [www.apteka24.ua](http://www.apteka24.ua) (227 430 переглядів). До рейтингу увійшли

найбільш відвідувані сайти, що інформують користувачів про ЛЗ. За даними попередніх досліджень встановлено, що найбільш інформативною у користуванні виявилася пошукова система [tabletki.ua](http://tabletki.ua), тому що на ній представлений більш повний текст інструкції по застосуванню, запропоновані препарати-аналоги і ліки вітчизняного виробництва. На інформаційному ресурсі [www.medcentre.com.ua](http://www.medcentre.com.ua) додатково вказані середні ціни в аптеках України, препарати-аналоги та наявність їх у аптеках, також зручною є структура сайту. На Інтернет-ресурсі [apteka911.com.ua](http://apteka911.com.ua) представлена детальна пошукова система, вказаний опис та інструкції на всі фармакологічні групи препаратів, а також на виробни медичного призначення, лікувальну косметику та товари дитячого харчування. Але зазначена інформація стосується тільки товарів, які знаходяться у наявності в аптечній мережі «911». Також на сайті є онлайн-консультації, де споживач може поставити питання спеціалісту стосовно ЛЗ, що дозволяє отримати додаткову інформацію, наприклад, про одночасне приймання препаратів різних фармакологічних груп. На такому Інтернет-ресурсі як [medbrowse.com.ua](http://medbrowse.com.ua) також зручна система пошуку, яка дозволяє відстежити наявність ЛЗ в усіх існуючих аптеках України, порівняти ціни, знайти аналоги. Пошукова система інтернет-ресурсу [www.apteka24.ua](http://www.apteka24.ua) дозволяє забронювати потрібний препарат у аптечній мережі та купити його за собівартістю, також вказані діючі системи акцій та знижок в умовах аптеки.

Таким чином, однією з особливостей сучасного фармацевтичного ринку України можна вважати активне поширення фармацевтичної інформації у мережі Інтернет, яка стає доступною для широкого кола споживачів і сприяє розповсюдженню самолікування. За таких умов підвищується роль спеціалістів сфери охорони здоров'я, як носіїв фармацевтичної інформації, достатньо актуальним постає питання дослідження ефективності інформаційних потоків в аптеках. Відкритим залишається питання достовірності цієї інформації, що обумовлює перспективні напрямки подальших досліджень.

**АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ  
СОРБЕНТІВ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ  
ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ**

Бердник О.Г.<sup>1</sup>, Горілий І.В.<sup>1</sup>, Березняков А.В.<sup>2</sup>

Кафедра фармакоекономіки<sup>1</sup>

Кафедра клінічної фармакології ІПКСФ<sup>2</sup>

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[feknfau@ukr.net](mailto:feknfau@ukr.net)

Адсорбуючі лікарські засоби (адсорбенти, сорбенти) – це препарати з високою поверхневою активністю, що поглинають (адсорбують) різні хімічні сполуки, запобігаючи подразненню нервових закінчень. Адсорбенти – це досить подрібнені речовини, що набувають корпускулярної будови. Ефект адсорбції зумовлений фіксацією молекул різних речовин на поверхні сорбенту. До адсорбуючих засобів належать дві групи: нейтральні сорбенти (вугілля активоване, ентеросгель, силікс, сорбекс, смекта) і спеціальні – іонообмінні смоли (іоніти різного походження). Адсорбуючі властивості мають також сферичне азотовмісне вугілля – сферичний карбоніт, коксове активоване вугілля, сферичний вуглецевий сорбент, активовані вуглецеві волокна. Спеціальні сорбенти використовують для видалення токсичних речовин із крові (гемосорбція), лімфи (лімфосорбція), плазми крові (плазмосорбція) та інших рідин організму. Поряд з гемосорбцією використовують адсорбенти для ентеросорбції, тобто введення сорбенту у травний канал забезпечує дезінтоксикацію ксенобіотиків та ендогенних токсинів. При аналізі фармацевтичного ринку України за період з 2014 по 2017 рік було встановлено 4 міжнародні непатентовані назви (МНН) сорбентів, які представлені близько 40 торговими найменуваннями (ТН). Отримані в попередній нашій роботі дані свідчать про те, що ринок сорбентів різноманітний. Сорбенти на фармацевтичному ринку України представлені як іноземними, так і

вітчизняними виробниками але більшість ринку все ж таки займають вітчизняні лікарські засоби (ЛЗ). Дані ЛЗ мають широкий діапазон цін, що дозволяє оптимізувати витрати на лікування хворих.

Метою даної роботи є оцінка показників соціально-економічної доступності сорбентних лікарських засобів на українському фармацевтичному ринку протягом 2014-2017 років.

Для аналізу соціально-економічної доступності сорбентів розраховали показник адекватності платоспроможності ( $C_{a.s.}$ ), який показує частку заробітної плати, що витрачається на придбання ЛЗ на місячний курс лікування і розраховується за формулою:

$$C_{a.s.} = P/W_{a.w.} \times 100\%,$$

де  $P$  – вартість курсу лікування на 1 місяць,

$W_{a.w.}$  – середня заробітна плата за досліджуваний рік.

Значення величини середньої заробітної плати в Україні за досліджувані роки знаходили на сайті Державної служби статистики України. Усі ТН були розділені на три категорії: високодоступні, значення показника адекватності платоспроможності яких було менше 5% ( $C_{a.s.} < 5\%$ ), середньодоступні ( $5\% < C_{a.s.} < 15\%$ ) та малодоступні ( $C_{a.s.} > 15\%$ ).

Результати оцінки соціально-економічної доступності сорбційних ЛЗ наведені в таблиці.

*Таблиця*

**Показники доступності сорбентів в Україні протягом 2014-2017 рр.**

АТС-код, МНН ЛЗ	% кількості ТН різного ступеня доступності за показником $C_{a.s.}$				
	Категорія доступності	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
А07В С05 Діосмектит	Високодоступні	100% (5ТН)	80% (4ТН)	100% (7ТН)	100% (3ТН)
	Середньодоступні	-	20%	-	-



			(1ТН)		
	Малодоступні	Не виявлені			
<b>А07В А01</b> <b>Вугілля</b> <b>активоване</b>	Високодоступні	100% (13ТН)	100% (14ТН)	100% (11ТН)	100% (10ТН)
	Середньодоступні	Не виявлені			
	Малодоступні	Не виявлені			
<b>А07С А</b> <b>Регідрон</b>	Високодоступні	100% (5ТН)	80% (4ТН)	80% (4ТН)	100% (6ТН)
	Середньодоступні	-	20% (1ТН)	20% (1ТН)	-
	Малодоступні	Не виявлені			
<b>А07В С10</b> <b>Інші</b> <b>сорбенти</b>	Високодоступні	100% (16ТН)	100% (12ТН)	100% (16ТН)	100% (15ТН)
	Середньодоступні	Не виявлені			
	Малодоступні	Не виявлені			

Отримані результати показали, що протягом всього досліджуваного періоду найбільш доступним виявилось вугілля активоване (А07В А01), 100% його ТН (13 ТН у 2014 році, 14 ТН – 2015 р., 11 ТН – 2016 р, 10 ТН – 2017 р.) були високодоступними, а також ЛЗ групи Інші сорбенти (А07В С10): 16 ТН у 2014 році, 12 ТН – 2015 р, 16 ТН – 2016 р., 15 ТН – 2017 р. Всі препарати з МНН Регідрон (А07С А) та Діосмектит (А07В С05) у 2015 році (по 5 ТН відповідно) були віднесені до середньодоступних. У 2016 році доступність препаратів підвищилась, оскільки всі МНН були віднесені до високодоступних, окрім Регідрона, серед ТН якого до середньодоступних були віднесені 20% (1 ТН) у 2015 та 2016 роках відповідно.

Отже, сорбентні лікарські засоби на фармацевтичному ринку України у 2014-2017 рр. представлені переважно високодоступними препаратами і тільки ЛЗ Регідрону у 2015-2016 рр. та ЛЗ Діосмектиту у 2015 р. частково були віднесені до середньодоступних.

Таким чином, за досліджуваній період сорбенти були переважно високодоступними ЛЗ для населення України.

# ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ДОРСАЛГІЇ В УКРАЇНІ

Беляєва О.І., Унгурян Л.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

[boioef@ukr.net](mailto:boioef@ukr.net)

За даними експертів ВООЗ, біль у спині у розвинених країнах досяг розмірів неінфекційної епідемії, що у більшості випадків пов'язано зі збільшенням навантаження на людину та є одним з пріоритетних напрямків його поглибленого вивчення. Дорсалгія (первинний синдром болю в нижній частині спини, БНС) - є однією з найчастіших причин звернення по медичну допомогу. Дослідження сучасного стану лікарського забезпечення хворих на дорсалгії є актуальним також через велике соціально-економічне значення, адже найчастіше зустрічається в осіб молодого та середнього працездатного віку.

Метою роботи стало проаналізувати сучасні вітчизняні та міжнародні документи з питань лікування БНС. Так, медикаментозна програма БНС регламентується загальним протоколом лікування для всіх видів дорсалгій за шифром М54 (наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів Надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія»»).

Відомо, що 28 квітня 2017 року набув чинності наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи, які містяться в одному із затверджених джерел клінічних настанов (додаток № 4 до зазначеного наказу). Згідно електронного джерела доказової медицини сайту МОЗ України «The Finnish Medical Society Duodecim» (режим доступу: <https://www.duodecim.fi/>) нами було визначено, що існує окреме Керівництво з лікування больового синдрому в нижній частині спини (Low back pain EBM Guidelines), яке представлено одночасно у 3 розділах: Orthopaedics\Ортопедія; Physical medicine\Фізична медицина; та Surgery\Хірургія.

Нами проведено порівняння вітчизняного та міжнародного документів, були встановлені наступні відмінності. По-перше, міжнародне керівництво визначає особливості фармакотерапії в залежності від часового перебігу БНС (гострий, підгострий або хронічний) та наголошує, що препаратом першої лінії є Парацетамол. Вітчизняний протокол рекомендує лише загальний перелік класів препаратів у наступній послідовності: нестероїдні протизапальні засоби; анальгетики; міорелаксанти; антипароксизмальні; транквілізатори; антидепресанти; препарати з хондропротекторною дією; препарати, що покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин; препарати з метаболічною дією; медикаментозні блокади з глюкокортикостероїдними препаратами пролонгованої дії та місцевим анестетиком.

По-друге, загальні медикаментозні рекомендації у міжнародному Керівництві вказані з відповідним рівнем доказовості. Наприклад, Парацетамол, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) або комбінація НПЗП та слабого опіюду можуть бути використані як анальгетики (ступінь доказовості А); Опіюди полегшують хронічний біль у спині, але вони мають лише незначний вплив на функціональну здатність (ступінь доказовості В); інші антидепресанти (крім Дулоксетину), ймовірно, не полегшують біль чи підвищують функціональну здатність (ступінь доказовості С).

Таким чином, за результатами порівняльного аналізу виявляється необхідним оновлення вітчизняного протоколу лікування, у зв'язку з появою нових підходів до лікування. Актуальним є включення до медикаментозної програми лише препаратів з доведеною клінічною ефективністю, адже кінцевий очікуваний результат лікування полягає у зменшенні або зникненні больового синдрому, збільшення обсягу рухів в ураженому відділі хребта; покращення самопочуття; клінічне одужання або поліпшення; якомога швидше відновлення працездатності.

# ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ

Богдан Н.С. \*, Панфілова Г.Л.\*\*,

\*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

\*\*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[nataliabogdan1602@gmail.com](mailto:nataliabogdan1602@gmail.com)

Наприкінці минулого століття у Всесвітній декларації прав людини (1997 р.) та Програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» (1999 р.) були закладені пріоритетні напрямки реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності у функціонуванні галузі охорони здоров'я й фармацевтичного забезпечення населення. При цьому, було зазначено, що особливе значення має мобільність, динамічність і гранична функціональність систем охорони здоров'я. Аналіз різних моделей функціонування систем охорони здоров'я, проблем та перспектив їх розвитку набувають в останній час особливої актуальності для України. Це обумовлено необхідністю впровадження нових, ефективних підходів в організації функціонування системи охорони здоров'я за умов системної кризи у суспільстві. Вищезазначене й обумовило основну мету наших досліджень. Для реалізації мети досліджень нами була проведена систематизація даних спеціальної літератури. У дослідженнях використовувався історичний, системний, порівняльний, логічний методи досліджень.

За результатами аналізу та систематизації матеріалу нами встановлено наступне. Більшість конституцій країн ЄС містять положення, які запроваджують один із найважливіших постулатів розвитку сучасного суспільства, а саме «кожен має право на охорону здоров'я». У спеціальній літературі існують безліч прикладів типологій систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення за різними критеріями й підходами. Зупинимося на характеристиці найбільш вживаний типологій. Так, у відповідності до **соціально-політичної структури суспільства M.G.Field**

умовно виділяє п'ять типів систем охорони здоров'я: класична (неупорядкована); плюралістична; страхова; національна; соціалістична. Відповідно до **рівня соціального розвитку країн М.Фотакі** визначає дев'ять типів моделей охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення, а саме: універсалістська (модель Беверіджа) – державна система, фінансування якої здійснюється за рахунок оподаткування доходів громадян та суб'єктів господарювання, а її функціонування спрямоване на здійснення повноцінної та якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню кожному громадянину країни незалежно від його матеріального та соціального статусу в суспільстві; соціального страхування або бюджетно-страхова (модель Бісмарка) – ґрунтується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я громадян за принципом соціальної солідарності «багатий платить за бідного, а здоровий за хворого», спирається на реалізацію переважно страхових засобів для захисту працюючого та непрацюючого населення; «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія); інституціональна чи соціал-демократична «скандинавська модель»; ліберальна або модель залишкового соціального забезпечення; консервативна корпоративна (Японія); латиноамериканська; системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії; системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою. Російськими вченими О. П. Щепиним, В. Б.Філатовим, Я. Д.Погорєловим, Г.Жаркович та ін. запропонована типологія моделей за характером організаційно-економічних та правових відносин між основними суб'єктами відносин (держава, лікар, пацієнт, провізор/фармацевт) у відповідності до вимог соціально орієнтованого суспільства. Пропонується виділення трьох основних типів систем охорони здоров'я: утилітарної; комунітарної; ліберальної. У відповідності до рівня лібералізації відношень та можливості вільного розвитку різних форм й методів взаємодії суб'єктів системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення у спеціальній літературі пропонується наступна їх концептуальна типологія: натуральні так звані («примітивні») моделі (характеризуються незначним державним впливом

на розвиток медичної та фармацевтичної галузі та відсутністю, або вкрай низьким ступенем нормативно-правової упорядкованості відношень між лікарем, пацієнтом, провізором/фармацевтом); ринкові (маркетингові) моделі (в основу побудови, функціонування та еволюції зазначених систем покладені об'єктивно діючі економічні і інші суспільні закони розвитку, що визначають зміст та характер цільових взаємовідносин між виробниками ЛЗ та надавачами медичних, фармацевтичних послуг з одного боку та з їх споживачами з іншого); неринкові або соціалістичні моделі (так звані «системи невиробничого економічного принципу розвитку» характер функціонування яких обумовлений жорстоким державним впливом у різних галузях суспільного життя, в т.ч. в організації медичного, фармацевтичного забезпечення населення та соціального забезпечення громадян); змішані моделі (представлені системами, у яких у відповідному нормативно-правовому полі співіснують як патерналістичні, так й ліберально (маркетингові) відносини між лікарем, пацієнтом, провізором/фармацевтом).

Наприкінці даних аналізу треба зазначити, що класифікації систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення, які використовуються на практиці відрізняє різноманіття підходів та критеріїв. Крім цього, існує багато обмежень у використанні зазначених класифікацій, які обумовлені різним рівням фахової підготовки користувачів інформації. При цьому слід зазначити, що незалежно від особливостей організації функціонування, історичних та економічних характеристик для всіх моделей охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення притаманна одна спільна проблема – перманентний дефіцит ресурсів за умов підвищення потреби населення у наданні якісної медичної та фармацевтичної допомоги та послуги. Для вирішення зазначеної проблеми ВООЗ розробило широкий спектр інструментаріїв, ефективна реалізація яких дозволяє забезпечувати рівній доступ населення країни до доступних лікарських препаратів. Зазначене й обумовлює перспективний етап наших досліджень.

# **АНАЛИЗ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АПТЕКИ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Бондарева И.В., Малый В.В., Машарипова М.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

fmm@nuph.edu.ua

Проблемы контрацепции и планирования семьи актуальны для большинства людей. Предотвращение нежелательной беременности является одной из основных проблем здравоохранения. В настоящее время гормональная контрацепция рассматривается как золотой стандарт контрацепции.

Целью данной работы является анализ маркетинговой деятельности специализированной аптеки гормональных препаратов.

Нами проведен SWOT-анализ аптеки гормональных препаратов. Аптека имеет большое количество сильных сторон, в том числе ее специализацию – гормональные лекарственные средства (ЛС), которые представлены в широком ассортименте. Эта специализированная аптека – единственная в городе Харькове. Перспективными являются возможности аптеки: увеличение доли рынка, снижение стоимости оборачиваемости гормональных ЛС и др. Выделены угрозы, среди которых: появление новых конкурентов, постоянное повышение уровня инфляции и другие, которые могут существенно повлиять на расстановку сил в будущем. Аптека должна обратить внимание и на слабые стороны, наибольшее значение имеют постоянные колебания курса иностранных валют, ведь 60% гормональных ЛС являются импортными, поэтому аптека должна это учитывать для своей эффективной работы. Осуществлен расчет годовой доходности от реализации аптеки гормональных препаратов. По результатам анализа было установлено, что наибольшую прибыль аптеке гормональных ЛС обеспечивают: Мерсилон, табл. №21; Жанин, др. №21; Марвелон, табл. №21; Диане-35, драже №21.

Таким образом, проведен анализ маркетинговой деятельности специализированной аптеки гормональных препаратов.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ХАРАКТЕРИСТИК СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ

Бреусова С.В., Міщенко В.І., Дорохтей Н.І.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

[breusova@ukr.net](mailto:breusova@ukr.net)

Спортивне харчування - це особлива група харчових продуктів, що випускається переважно, для людей, які ведуть активний спосіб життя і займаються спортом. Сьогодні воно активно використовується професійними спортсменами і звичайними любителями спорту. Даний вид продукції в Україні відноситься до спеціальних харчових продуктів.

Метою наших досліджень є аналіз сучасного асортименту, призначення, споживчих властивостей спортивного харчування на вітчизняному ринку.

Методи, які будуть використовуватись: інформаційні, засновані на дослідженні наукової літератури, матеріалів Інтернет - ресурсів і власних висновків.

За останні роки вітчизняний ринок України дуже насичений товарами для спортсменів, а саме спеціальним харчуванням імпортного та вітчизняного виробництва. Українські споживачі звертають увагу на якість і ефективність даного продукту, тому що ми хочемо бути здоровими, красивими і стрункими.

До особистих вимог для спеціальних харчових продуктів відносять: відсутність у їх складі сильнодіючих, наркотичних і отруйних речовин; відсутність у складі рослинної сировини, що не застосовується в медичній практиці; регламентованість вмісту діючих речовин; включення до спеціального дієтичного харчування, призначеного для дітей, тільки тих біологічно активних речовин, які дозволені для використання дітьми відповідного віку.

Спортивне харчування повинне: у повному обсязі забезпечити витрати енергії та поживних речовин; постійно підтримувати та підвищувати спортивну працездатність; стимулювати процеси відновлення після змагань і тренувань.



Щоб досягти цього, треба збільшити у добовому раціоні спортсмена вміст вуглеводів та білків та дещо обмежити кількість жирів. Співвідношення білки : жири : вуглеводи потрібно прирівняти до 1 : 0,8 : 4 (або 5). (Для людей, що не займаються спортом воно становить 1 : 1 : 4). Збільшена потреба білків обумовлюється інтенсивнішим розвитком мускулатури людини, що займається спортом та підвищеним розпадом білків під час фізичних навантажень м'язів.

Розробляється і виготовляється спортивне харчування на основі наукових досліджень у різних галузях, наприклад в таких, як дієтологія і фізіологія, і найчастіше являє собою ретельно підібрані за складом концентровані суміші основних харчових елементів, спеціально оброблених для найкращого засвоєння організмом людини. У порівнянні зі звичайною їжею, на перетравлення якої можуть йти години, спортивні добавки вимагають мінімальних витрат часу і зусиль травлення на розщеплення і всмоктування, при цьому багато видів спортивного харчування мають високу енергетичну цінність.

Приймання спортивного харчування спрямований на поліпшення спортивних результатів, підвищення сили і витривалості, зміцнення здоров'я, збільшення обсягу м'язів, нормалізацію обміну речовин, досягнення оптимальної маси тіла і в цілому на збільшення якості та тривалості життя.

Спортивне харчування зараховується до категорії добавок, так як його правильне використання являє собою додаток до основного раціону, що складається зі звичайних продуктів, а не повну їх заміну. Спеціальні продукти харчування для спортсменів характеризуються високими біологічними властивостями і зазвичай є концентратами.

Спортивне харчування підрозділяють на такі класи: високобілкові продукти; вуглеводно-білкові суміші; амінокислоти; донатори оксиду азоту (NO-формули); жироспалювачі (Левокарнітін); спеціальні препарати (Креатин, Антикатаболіки, Фосфатидилсерин); препарати, що підвищують рівень тестостерону; засоби для зміцнення суглобів і зв'язок; вітаміни, мінерали та вітамінно-мінеральні комплекси; енергетики (Кофеїн); ізотоніки.

На сучасному ринку спортивного харчування з'явилося безліч фірм, що випускають даний вид продукції. Нами були проаналізовані та виявлено найпопулярніші і затребувані виробники харчування для спортсменів на Українському ринку. Рейтинг виробників спортивного харчування становить: Multipower (Німеччина) - 21%, Twinlab (США) - 13%, Prolab (США) - 10%, Optimum Nutrition (США) - 10%, Weider (США) - 6%, Ironman (Росія) - 4%, інші виробники - 36%. Вітчизняна компанія ДелМас, існуюча 24 роки на Україні, в даний час випускає більше 50-ти найменувань продуктів спортивного харчування під торговою маркою «Ванситон».

До умов зберігання спортивного харчування можна віднести зберігання у цілісному пакуванні підприємства - виробника на стелажах, шафах, полицях, на яких прикріплюється стелажна карта з вказівкою найменування продукції, номера партії (серії), терміну придатності, кількості одиниць зберігання. Слід зберігати з урахуванням їх фізико-хімічних властивостей, а також за умов, вказаних підприємством-виробником, дотримуючись температурного режиму, вологості і освітленості.

Транспортування здійснюється будь-яким видом закритого транспорту відповідно до вимог нормативної документації на конкретний продукт, у пакуванні підприємства – виробника та в умовах, що забезпечують збереження спортивного харчування та пакування.

Дослідження, які були проведені нами, показали, що наявність вітчизняних виробників спортивного харчування дуже малий і в основному це продукція США та Європи. Отримані результати свідчать про потенційну можливість подальшого розширення в області виробництва даного виду продукції.

Таким чином, якісні харчові добавки - прекрасний засіб для підтримки свого здоров'я, спортивної форми, здорового тону, досягнення спортивних цілей.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ОПІКІВ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Вонс Б. В., Стечишин І. П., Грошовий Т. А.

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,

м. Тернопіль, Україна

vons@tdmu.edu.ua

Вступ: Травми через опіки впливають на мільйони людей у всьому світі, приблизно 6 мільйонів осіб звертаються за медичною допомогою щорічно, але більшість з них лікуються в амбулаторіях. В Україні щорічно реєструється 80 тисяч опечених, із яких 10% складають діти. Впровадження сучасних методів хірургічного лікування дозволяє успішно лікувати хворих з поширеними глибокими опіками, істотно поліпшує функціональні й косметичні результати, зменшує летальність, інвалідизацію, поліпшує якість життя після перенесеної травми. Слід відмітити, що виконання таких операцій сприяє скороченню термінів лікування, доопераційного ліжка дня, попереджує розвиток септичних ускладнень і економічно виправдано.

Мета: Дослідити рівень надання медичної допомоги, розрахувати вартість захворювання та провести аналіз «вартість/ефективність».

Методика дослідження: Ретроспективний огляд індивідуальних карт усіх пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу у відділенні комбустіології Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги (ТМКЛШД).

Результати дослідження: Загальна кількість зареєстрованих хворих із опіками різної етіології у 2015 році в Тернопільській області склала 610 осіб, із яких 478 дорослих та 132 дітей. Кількість госпіталізованих хворих з опіками в області 490 людей (дорослих - 294; дітей – 196). 388 пацієнтів отримали спеціалізовану медичну допомогу у відділенні комбустіології ТМКЛШД, із яких дорослих – 270 (69,6 %); дітей – 118 (30,4 %)

Серед усіх пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу у відділенні комбустіології ТМКЛШД, 53,36 % склали хворі із опіками I-II А ступення, 22,42 % - дефекти шкіри після травм, 10,56 % - опіки ІІВ-ІІІ ступення та 13,66 % - інші патології. Кількість прооперованих хворих у відділенні комбустіології складала 73,19 - % від загальної кількості усіх пацієнтів відділення.

Середня тривалість лікування складає 19,2 діб. Середній лішко-день серед дорослих хворих пролікованих в стаціонарі 24,2 діб, а серед дітей – 14,5 діб.

Частота ранніх хірургічних втручань у хворих з поверхневими опіками 1-3 доба – 68,2%, серед дорослих – 68,5 %; серед дітей – 82,1%. Частота ранніх хірургічних втручань у хворих з глибокими опіками 2-7 доба – 76,8%; серед дорослих – 79,6 %; серед дітей – 90,4 %.

Згідно медичних карт хворих, лікарі призначають нестероїдні протизапальні засоби – препарати диклофенак натрію, парацетамол, кислоту ацетилсаліцилову та метамізол натрію (моно- або у комбінації із пітофеном та фенпіверином), симптоматичну терапію, профілактику і лікування ранової інфекції, антибіотикотерапію, яку починають одразу після госпіталізації хворого. Із антибіотиків призначають пеніциліни (напівсинтетичні захищені); цефалоспорины I-III покоління; фторхінолони II-III покоління, а при надходженні пацієнта пізніше третьої доби, призначають: цефалоспорины III покоління, або фторхінолони III покоління. Курс лікування антибіотиками складає в середньому 7-10 днів, при важких станах – підтримують життєво-важливі функції, корегують водно-електролітний баланс, вводять парентеральне харчування, проводять детоксикаційну терапію.

Висновки: Актуальність даного захворювання, методи лікування, різноманітність використання фармакологічних засобів спонукає до проведення обширних фармакоекономічних досліджень для впровадження на цій основі у лікувальну практику оптимальних за своєю ефективністю та економічністю програм їхньої діагностики та лікування.

# СТАН І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ У КРАЇНАХ ЄС

Винник О.В., Карпенко Л.А.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

[karpenko\\_2015@ukr.net](mailto:karpenko_2015@ukr.net)

Медичне страхування (МС) в сучасному світі є однією з соціально орієнтованих форм страхової діяльності, яке має глибокі історичні корені існування в суспільстві. В Україні введення страхових відносин в практичну охорону здоров'я і фармацію є одним з найактуальніших питань реформування самої галузі в напрямку розширення доступності населення до медичних та фармацевтичних послуг. У свою чергу, впровадження нових, з організаційно-економічної точки зору, страхових відносин можуть мати непередбачувані для аптечних закладів наслідки. Тому аналіз досвіду функціонування МС в різних країнах має важливе значення і соціальну актуальність для охорони здоров'я і практичної фармації.

Метою нашого дослідження є аналіз стану і тенденцій розвитку МС в умовах соціально-економічних реформ у країнах ЄС.

Об'єктами досліджень було обрано: стан організації на надання медичної і фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах ЄС; макроекономічні показники розвитку країн; офіційно опубліковані дані фінансування ВООЗ з бюджетів різних рівнів.

Згідно з проведеними дослідженнями в країнах ЄС функціонують різноманітні системи медичного страхування. Умовно, відповідно до доповіді «Private medical insurance in the European Union» страхової компанії «СЕА», їх можна поділити на 4 категорії: додаткові, заміщуючі, дублікатні, обов'язкові, причому перші 3 з них – добровільні. Крім того, виділяють приватне і державне (соціальне) МС. Державне страхування в більшості випадків є обов'язковим. При

цьому механізми його фінансового забезпечення та надання медичної допомоги значно відрізняються в різних країнах. Приватне МС є обов'язковим лише в одній країні - члені ЄС – в Нідерландах, де кожен житель у віці старше 18 років повинен придбати страховий поліс, що включає мінімальне страхове покриття, а додаткові послуги купуються добровільно. Загальні витрати на охорону здоров'я в країнах-членах ЄС в абсолютних величинах значно варіюють, при цьому їх частка у ВВП кожної з країн знаходиться в діапазоні 6-12%. Це свідчить про велике навантаження для економіки цих країн, яку створюють витрати на охорону здоров'я. Німеччина, Франція і Великобританія вже кілька років входять в топ-3 країн-членів ЄС з найбільшими витратами на охорону здоров'я, що, ймовірно, обумовлено системою організації МС. Так, в цих країнах основну відповідальність за надання медичної допомоги несе уряд, а державне МС є обов'язковим для всього населення. Слід зазначити, що охоплення приватного медичного страхування в більшості країн світу залишається на досить низькому рівні, а державний сектор цих країн як і раніше залишається основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я. Аналіз показників державних витрат на охорону здоров'я на душу населення (% від ВВП) встановив, що країнами лідерами є США (17,2%), Нідерланди (12,5%), Франція (11,8%), Австрія (11,6%) і Швейцарія (11,4%). Країни ЄС мають високі коефіцієнти аналізованого показника в порівнянні з іншими країнами світу та країнами СНД. Дані показники можуть бути обумовлені різноманітністю схем медичного страхування, впливом різноспрямованих економічних, історичних, культурних і політичних чинників, які в значній мірі визначаються моделлю системи охорони здоров'я в кожній державі.

Таким чином, проаналізовано стан і тенденції розвитку МС в умовах соціально-економічних реформ у країнах ЄС. Різноманітність схем МС у світі є результатом впливу різноспрямованих економічних, історичних, культурних і політичних чинників, які в значній мірі визначаються моделлю системи охорони здоров'я в кожній державі.

# АНАЛІЗ ВИМОГ ДО ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕК ЯК СУБ'ЄКТІВ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гала Л.О.

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

[hala.liliia@gmail.com](mailto:hala.liliia@gmail.com)

У системі страхових відносин аптечні заклади, зважаючи на їх соціально-орієнтовану форму діяльності в суспільстві, займають важливе місце. За умов існування в Україні ринку добровільного медичного страхування та перспектив упровадження обов'язкового, страховики висувають та в подальшому будуть посилювати вимоги до належного функціонування аптек, які мають намір обрати для співпраці, враховуючи велику кількість аптечних закладів на вітчизняному фармацевтичному ринку та конкуренцію між ними.

Метою роботи є дослідження вимог до організації робочого процесу у випадку співробітництва аптечного закладу зі страховою компанією. Використано методи аналітичний та узагальнення інформаційного матеріалу.

Аптека як суб'єкт страхових відносин поряд зі звичними для неї функціями має забезпечити виконання низки завдань для надання фармацевтичної допомоги та послуги населенню на високому рівні, зокрема:

- укладання договору між аптекою й страховиком, дотримання його умов;
- створення спільних інформаційних баз даних зі страховою компанією;
- забезпечення страхової рецептури;
- контроль правильності оформлення страхових рецептів;
- контроль ціноутворення на лікарські засоби (ЛЗ), які підлягають повній або частковій компенсації;
- ведення документації щодо компенсації вартості відпущених препаратів;
- взаємодія зі страховою компанією для вирішення питань відшкодування фінансових ресурсів аптеки;
- забезпечення можливості доставки ЛЗ за електронними страховими рецептами певним категоріям хворих тощо.

Враховуючи проблеми фінансування системи охорони здоров'я однією з основних умов реалізації обов'язкового державного медичного страхування є створення «позитивного переліку» ЛЗ (препарати з доведеною терапевтичною ефективністю), встановлення референтних цін, оплата пацієнтом фіксованої вартості рецепта чи певного відсотку вартості ліків. Можливими варіантами розрахунків є оплата частки вартості ЛЗ при зверненні в аптеку з рецептом або ж повна оплата з подальшою компенсацією вартості страховою компанією. Медичне страхування як соціально орієнтований механізм поряд з основними функціями, що пов'язані з формуванням спеціалізованих фондів для компенсації збитків у разі страхових випадків, передбачає забезпечення превентивної функції – фінансування заходів, направлених на попередження страхових подій. Зазначена функція може бути реалізована страховою компанією у співпраці з аптечними закладами, які відповідно до вимог Належної аптечної практики зобов'язані сприяти підвищенню ефективності системи охорони громадського здоров'я завдяки здійсненню фармацевтичної опіки відвідувачів, поширенню навчальних матеріалів з питань зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, участі фахівців у профілактичних заходах і послугах, взаємодії з іншими медичними працівниками в їх зусиллях з метою поліпшення результатів охорони здоров'я населення. За належних умов функціонування медичного страхування кожен громадянин прикріплюється до певної, обраної ним, аптеки для забезпечення ЛЗ. Фактично фахівці цього закладу виступають сполучною ланкою між пацієнтом, закладом охорони здоров'я та страховою компанією, забезпечуючи професійними консультаціями з питань, пов'язаних, в першу чергу, з хронічними захворюваннями споживача та профілактичними заходами.

Отже, аптека як суб'єкт страхових відносин має забезпечити у процесі функціонування виконання додаткових завдань, що викликані співпрацею зі страховими компаніями. Важливим критерієм відбору страховиком таких суб'єктів може стати саме їх відповідність вимогам Належної аптечної практики як стандарту якості надання фармацевтичних послуг населенню.



## **ОЦІНКА ОБСЯГІВ РЕАЛІЗАЦІЇ АНТИДІАРЕЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ**

Герасимова О.О., Таран В.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
ph-econom@nuph.edu.ua

Діарея є важливою медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу через поширеність серед населення та високий ризик летальності хворих. Діарейний синдром супроводжує розвиток багатьох гострих та хронічних захворювань. У зв'язку з цим лікарські засоби (ЛЗ) для його лікування є затребуваними серед населення.

Мета даної роботи – визначити обсяги реалізації антидіарейних лікарських засобів в Україні в 2015-2017 роках.

У роботі використані методи маркетингового дослідження фармацевтичного ринку. Визначення міжнародних непатентованих назв і торгових найменувань представників групи А07 «Антидіарейні засоби» (протимікробних засобів, що застосовуються при кишкових інфекціях; ентеросорбентів; препаратів електролітів з вуглеводами; засобів, що пригнічують перистальтику; протизапальних засобів, що застосовуються при захворюваннях кишечника; антидіарейних мікробних препаратів; інших антидіарейних засобів) на фармацевтичному ринку України та обсягів їх реалізації в натуральних одиницях в країні в 2015-2017 рр. проводили за даними системи дослідження ринку «Pharmexplorer» компанії «Моріон» (за станом на грудень 2015, 2016, 2017 рр.)

Згідно з даними щодо обсягів споживання лікарських засобів в 2015 р. на українському фармацевтичному ринку було реалізовано 44839558 упаковок антидіарейних препаратів, в 2016 році – 38308063 упаковок, в 2017 р. – 39898322 упаковок. У 2016 р. обсяги реалізації досліджуваних ЛЗ зменшились на 14,56 % в порівнянні з 2015 р., у 2017 р. – зменшились на 11,02 % у порівнянні з 2015 р. і збільшились на 4,15 % у порівнянні з 2016 р. Серед антидіарейних ЛЗ найбільші

обсяги реалізації в натуральних одиницях в Україні в досліджуваний період встановлені для ентеросорбентів, найменші – для групи «Інші антидіарейні засоби». Лідерами за кількістю реалізованих упаковок в досліджуваний період були торгові найменування ентеросорбенту – вугілля медичного активованого, засобу, що пригнічує перистальтику – лопераміду, протимікробних засобів, що застосовуються при кишкових інфекціях – фталілсульфатіазолу та ніфуроксазиду, а також деякі представники антидіарейних мікробних препаратів (переважно ті, що містять лактобактерії). Слід зазначити, що протягом 2015-2017 рр. одні і ті ж їх торгові найменування займали провідні позиції в рейтингу за кількістю реалізованих упаковок: Вугілля активоване, (ПАТ «Борщагівський ХФЗ», табл. 250 мг контурн. безкомірк. уп., №10), Вугілля активоване, («Червона зірка» ВАТ, табл. 0,25 г блістер, №10), Вугілля активоване, ТОВ «Валартін Фарма», табл. 0,25 г блістер, №10), Сорбекс® (ТОВ «Валартін Фарма», капс. 0,25 г блістер, №20), Лоперамід (ВАТ «Корпорація Артеріум», табл. 2 мг блістер в пачці, №20), Лінекс® («Sandoz», капс. тверд. блістер, №16), Йогурт («Pharmascience», капс. 2 млрд. CFU фл. п/е, №30). Значна кількість серед них – препарати вітчизняного виробництва з низькою ціною за упаковку (до 10 грн.). Безумовними лідерами за кількістю реалізованих упаковок у 2015-2017 рр. були торгові найменування ентеросорбенту – вугілля медичного активованого: 2015-2016 рр. – Вугілля активоване, ПАТ «Борщагівський ХФЗ», табл. 250 мг контурн. безкомірк. уп., №10 (кількість реалізованих упаковок, відповідно, 11419917 та 9567712); 2017 рік – Вугілля активоване, ТОВ «Валартін Фарма», табл. 0,25 г блістер, №10 (кількість реалізованих упаковок – 8512154).

Обсяги реалізації антидіарейних лікарських засобів в натуральних одиницях варіювали в Україні в 2015-2017 рр. Провідні позиції за обсягами реалізації займали представники ентеросорбентів, засобів, що пригнічують перистальтику, протимікробних засобів, що застосовуються при кишкових інфекціях, та антидіарейних мікробних препаратів.

## РЕЗУЛЬТАТИ VEN-АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Герасимова О.О., Шершньова С.С., Крикун В.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

ph-econom@nuph.edu.ua

Хронічний панкреатит є одним з найпоширеніших захворювань підшлункової залози. Захворювання має хронічний перебіг, часто супроводжується виникненням ускладнень, призводить до зниження якості життя пацієнтів, необхідності їх постійного звернення за медичною допомогою, а також супроводжується значними фінансовими витратами на лікування та профілактику рецидивів. Вищезазначене вказує на необхідність застосування клініко-економічних підходів для оцінки фармакотерапії хронічного панкреатиту в реальній клінічній практиці.

Мета даної роботи – оцінка необхідності призначень лікарських засобів пацієнтам з хронічним панкреатитом в терапевтичному відділенні одного із закладів охорони здоров'я м. Дружківка.

Для досягнення мети дослідження було використано допоміжний клініко-економічний метод – VEN-аналіз, який передбачає розподіл лікарських засобів за ступенем їх важливості для лікування захворювання. У даній роботі VEN-аналіз проводили за «формальною» ознакою: визначали наявність лікарських засобів (ЛЗ) в українських клінічних протоколах надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним панкреатитом і супутніми захворюваннями (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, хронічний холецистит, гіпертонічна хвороба, хронічний гепатит, хронічний гастрит, цукровий діабет II типу, жовчокам'яна хвороба, виразковий коліт, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, езофагіт), які були зареєстровані у досліджуваних пацієнтів. При наявності лікарських засобів в даних документах їм присвоювали індекс V, при відсутності

- індекс N. Період дослідження – 2015-2017 роки. Середня тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі – 15 днів.

За результатами аналізу 94 історій хвороби пацієнтів віком від 25 до 65 років з хронічним панкреатитом було визначено 81 торгове найменування ЛЗ (56 міжнародних непатентованих назв (МНН)) з 35 фармакологічних груп, що були використані для комплексної фармакотерапії.

За результатами VEN-аналізу більшість (80,25 %) призначених ЛЗ була рекомендована клінічними протоколами для фармакотерапії основного (хронічний панкреатит) та супутніх захворювань, що були зареєстровані у досліджуваних пацієнтів, і входила в групу V (життєво необхідних препаратів). В клінічних протоколах були відсутні допоміжний ЛЗ для парентерального введення інших препаратів – натрію хлорид, а також препарати для лікування основного та супутніх захворювань: інгібітор протеолізу аprotинін, МНН засобу, що впливає на травну систему та метаболічні процеси – «Солкосерил», препарати з групи «Засоби, що застосовуються у разі функціональних розладів з боку шлунково-кишкового тракту» — платифілін та симетикон, протигрибковий засіб для системного застосування – флуконазол, представники групи «Кровозамінники та перфузійні розчини» – натрію гідрокарбонат, кальцію хлорид, магнію сульфат, МНН препаратів «Реамберин», «Трисоль» та «ГІК», лікарський засіб для системного застосування лідокаїн, МНН антидіарейного мікробного засобу — «Хілак форте», засобу для пероральної регідратації — «Регідрон», засобу, що сприяє розчиненню сечових конкрементів — «Фітоліт».

Основні напрямки проведення фармакотерапії пацієнтів з хронічним панкреатитом в терапевтичному відділенні даного закладу охорони здоров'я м. Дружківка відповідали клінічним протоколам надання медичної допомоги при хронічному панкреатиті і супутніх захворюваннях, зареєстрованих у досліджуваних пацієнтів. Але призначення 19,75 % лікарських засобів з індексом N вказує на необхідність подальшої корекції призначень лікарських засобів в даному відділенні відповідно до клінічних протоколів.

# ЕФЕКТИВНА РЕКЛАМА З ТОЧКИ ЗОРУ НЕЙРОМАРКЕТИНГУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Губар М.А., Алекперова Н.В.

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

[aliekperova18@gmail.com](mailto:aliekperova18@gmail.com)

В умовах обмеженого часу для створення рекламного продукту і неабиякій вибагливості суспільства до реклами лікарських засобів гостро постає питання її «якості». Нейромаркетинг – симбіоз маркетингу і нейро наук дає відповідь на питання: «Як створити таку рекламу, яку запам`ятає споживач?». Нейромаркетинг, як правило, використовується для об'єктивної ідентифікації вподобань індивідуумів. Хоча компанії неохоче розкривають свої дослідження про те, як поліпшити маркетингові стратегії, кілька практичних досліджень з нейромаркетингу були процитовані в опублікованих текстах.

Метою роботи стало дослідження основних підходів до розробки реклами лікарських засобів, базуючись на здобутках нейромаркетингу. Методи дослідження – аналіз наукової літератури, контент-аналіз.

Нині нейромаркетингові дослідження доступні тільки великим компаніям, а поки у всьому світі ведуться суперечки з приводу етичності використання в рекламі знань про людський мозок, можна відзначити для себе основні відкриття, які зробив нейромаркетинг (Бородин М.А. & Серая В.В., 2017). Те, що бачать наші очі, передається безпосередньо в підсвідомі частини нашого мозку. Тому фотографії, картинки і відео – кращі способи продати швидким і приємним для мозку чином (Бородин М.А. & Серая В.В., 2017).

Інше дослідження показало, що присутність знаменитостей або людей, які вважаються фізично красивими в рекламі, активізує область мозку, залучену до процесу розпізнавання і створення довіри. Таким чином, можна зробити висновок, що відомі або привабливі люди впливають на вибір споживачів, що призводить до прийняття рішення про покупку (Hubert & Kenning, 2008). Образи

привабливих жінок активізували область нагороди і благополуччя в мозку чоловіків. Ця область так само активізується, коли людям демонструють зображення дітей і цуценят (Hubert & Kenning, 2008).

Perrachione і Perrachione (2008) відмітили, що нерелевантні повідомлення зменшують позитивні відгуки споживачів на продукт і що ті елементи реклами, які змушують споживачів звернутися до себе, викликають позитивні відповіді.

Інше дослідження також показало, що вирази страху і небезпеки активують область мозку, що відповідає за різку зміну поведінки (Hubert & Kenning, 2008). Ці відкриття допомагають компаніям змінювати та вибирати свої реклами ліків, щоб включити елементи, які допомагають бренду легше запам'ятовуватися або допомагати утримувати увагу споживачів (Lee et al., 2007; Perrachione & Perrachione, 2008; Eser et al., 2011). Цікаве серед ранніх результатів нейро-досліджень: зображення спортивних автомобілів впливають на центр задоволення чоловічого мозку так само, як пристрасть, кокаїн і шоколад (Kumar & Singh, 2015).

І, нарешті, найголовніше, що було доведено нейромаркетологами і що потрібно пам'ятати кожному розробнику реклами: емоції змушують купувати сильніше, ніж найбільш ефективно сформульовані аргументи. Тобто рекламодавцю варто менше часу витратити на розмови про якості його лікарського засобу, а більше і точніше вказувати на те, як саме він може допомогти людині (Бородин М.А. & Серая В.В., 2017, Orzan G. et al., 2012).

Хоча дослідження свідомого і підсвідомого у комерційних цілях викликає масу критики, нейромаркетинг дає змогу створювати «зрозумілу» та привабливу рекламу. Використання тих чи інших образів здатне спровокувати появу емоцій – справжній ключ до успіху. Однак при виборі такого специфічного товару, як лікарський засіб, необхідно перш за все керуватися правилами відповідального самолікування і порадами фахівців, а не симпатичними картинками з екрану.

# **АНАЛІЗ РІВНЯ НАПРУЖЕНОСТІ МІЖ ВИРОБНИКАМИ, ЯКІ ПРЕДСТАВЛЯЮТЬ ПЕРОРАЛЬНІ ПРОТИДІАБЕТИЧНІ ПРЕПАРАТИ НА РИНКУ УКРАЇНИ**

Демчук М.Б., Довгалюк В.О.

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

[pavljukm@tdmu.edu.ua](mailto:pavljukm@tdmu.edu.ua)

Згідно даних IDF diabetes Atlas у світі на цукровий діабет (ЦД) страждає близько 425 млн. людей. До 2045 р. їх кількість збільшиться до 629 млн. хворих. В Україні число хворих на ЦД у віці від 20 до 79 р. складає 2836,3 на 100 тис. населення (2017 р.). Основна частка близько 85 - 90 % усіх випадків припадає на ЦД 2-го типу. Гостроту проблеми визначає не лише значне поширення, але й швидкий розвиток ускладнень, які спричиняють інвалідність і смерть хворих. Згідно рекомендацій Міжнародної Федерації діабету, пацієнтам необхідно забезпечити медичне лікування, метою якого є досягнення компенсації захворювання та лікування ускладнень.

Протягом останніх десятиріч арсенал гіпоглікемічних препаратів значно розширився за рахунок створення та впровадження на ринок нових фармакотерапевтичних груп лікарських засобів.

Конкурентоспроможність будь-якого препарату на ринку визначається сукупністю багатьох факторів і зазвичай розглядається як перевага даного препарату в порівнянні з іншим (аналогічним за призначенням або його замінником).

Метою нашої роботи є аналіз ступеня напруженості між виробниками, які представляють пероральні протидіабетичні препарати на ринку України, що відображає один з аспектів конкурентоспроможності препаратів.

Як матеріал дослідження використовували офіційні дані Державного реєстру лікарських засобів України з деталізацією до форми випуску препарату,

дозування, виробника, країни. Розрахунок коефіцієнта напруженості проводили згідно формули. Також використовували логічний, графічний і статистичний методи дослідження.

Так, вибірку пероральних гіпоглікемічних препаратів, за виключенням інсулінів та рослинних препаратів, сформували 59 ЛП з урахуванням різних торгових назв. Як діючі речовини широко застосовуються: метформін (23,7 %), глімепірид (16,9 %), гліклазид (10,2 %), глібенкламід (5,1 %), піоглітазон (3,4 %). Серед комбінованих лікарських засобів, найпоширенішою є комбінація метформіну з глібенкламідом – 3 найменування (5,1 %), метформіну з глімепіридом – 2 найменування (3,4 % від загальної кількості).

Проаналізувавши коефіцієнт напруженості серед пероральних протидіабетичних препаратів, можна зробити висновок, що найбільша конкуренція спостерігається серед виробників, які випускають аналоги метформіну ( $K_n=0,93$ ) та глімепіриду ( $K_n=0,9$ ). Також висока конкуренція встановлена між виробниками препаратів гліклазиду ( $K_n=0,83$ ), глібенкламіду ( $K_n=0,67$ ) та піоглітазону ( $K_n=0,5$ ). Серед комбінованих препаратів найбільший рівень конкуренції спостерігається серед виробників ЛП, що містили метформін з глібенкламідом ( $K_n=0,67$ ), метформін з глімепіридом ( $K_n=0,50$ ). Усі інші пероральні протидіабетичні препарати представлені одним найменуванням лікарського засобу, тому для них даний коефіцієнт не розраховувався. Тобто, практично відсутня конкуренція серед виробників лікарських засобів на основі гліквідону (Глюренорм, Boehringer Ingelheim), воглібоза (Воксид®, Кусум Фарм), ситагліптину (Янувія, Merck & Co), вілдагліптину (Гальвус, Novartis Pharma), саксагліптину (Онліза, AstraZeneca), лінагліптину (Тражента, Boehringer Ingelheim), репаглініду (Новонорм, Novo Nordisk), ексенатиду (Баета, Eli Lilly), ліраглутиду (Віктоза, Novo Nordisk), дапагліфлозину (Форксига, AstraZeneca), канагліфлозину (Інвокана, Janssen), емпагліфлозину (Джардінс, Boehringer Ingelheim), ізодибуту (Ізодибут, ПАТ "Фармак") та їх комбінацій з метформіном.



## **НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛОВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ**

Ищенко И.Д., Янушевская А.В.

Белорусский государственный медицинский университет,  
г. Минск, Республика Беларусь  
ireneishenko@mail.ru

В Республике Беларусь активно изучается и развивается направление, связанное с оказанием фармацевтической помощи. Особо актуальным этот вопрос становится на фоне большого количества безрецептурных лекарственных средств, представленных в аптеках. Это ведёт к необходимости создания единой регламентации и протоколов для фармацевтического консультирования.

Цель исследования – определить уровень оказания фармацевтической помощи работниками аптека в Республике Беларусь.

Для исследования была взята методика «Тайного покупателя», а в качестве вопроса, необходимого для консультации, - аллергическая крапивница у взрослого человека, возникшая впервые. При обращении к работникам аптек вначале задавался лишь открытый тип вопроса: «Добрый день, подскажите что-нибудь от крапивницы?». Остальная информация предоставлялась по единому алгоритму, но с учётом вопросов фармработников, которые фиксировались вместе с наименованиями предложенных лекарственных средств (ЛС). Было опрошено 33 работника аптек г. Минска. Полученные материалы были зафиксированы, сгруппированы в таблицы и проанализированы. В результате установлено:

- Лишь в 58% случаев (19 аптек) был задан вопрос о возрасте.
- В 21% – задали вопрос о возможной причине возникновения высыпаний.
- В 1 аптеке сразу же заинтересовались о ценовой категории приобретаемого ЛС. В 1 аптеке - о необходимости применения гормонального ЛС.
- В 2 аптеках уточнили, впервые ли появилось высыпание.
- В 15% (5 аптек) – задали вопрос о масштабе высыпаний.

- В 64% - сразу же задавали вопрос о желаемой лекарственной форме.

Анализ предложенных лекарственных средств имеет следующие особенности:

- Среди всех 33-х опрошенных фармработников четверо (12%) посоветовали лучше начать с наружного ЛС; четверо (12%) – необходимо применять одновременно наружное и внутренне средство; 25 (76%) – достаточно ЛС для внутреннего применения, при этом в большинстве случаев указывая, что при сильном зуде дополнительно необходимо наружное средство.
- В 3 аптеках (9%) предложи также применение сорбента.
- В общей сложности было предложено 21 торговое наименование антигистаминных ЛС (5 – наружных, 16 - внутренних), 1 парафармацевтическое наружное средство и уголь активированный.
- Чаще всего предлагались ЛС на основе цетиризина (Цетрин, Парлазин, Цетиризин) – предложены в 19 аптеках. На основе лоратадина (Лоратадин, Кларитин) – в 13 аптеках. На основе хлоропирамина (Аллергозан, Хлоропирамин – наружные ЛС; Супрастин, Аллергозан – внутренние ЛС) – в 10 аптеках.

Исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы: не во всех случаях работниками аптек была выяснена полная информация, необходимая для консультирования. В частности, не уточнялся возраст пациента, сопутствующие заболевания и наличие симптомов, угрожающих жизни. В большинстве случаев отдавалось предпочтение антигистаминным ЛС внутреннего применения 2-го поколения. В ходе исследования установлена необходимость разработки протоколов для оказания фармацевтической помощи. При участии фармработников, практикующих врачей и фармакологов может быть разработан перечень рекомендаций и предложений по улучшению консультирования, что поможет систематизировать знания и не позволит упустить важных моментов при сборе информации у посетителя. Но не стоит забывать, что каждый случай индивидуален и требует такого же индивидуального и внимательного подхода со стороны фармработника.

## **АНАЛІЗ РИНКУ ПРОТИГРИБКОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Квачан Н.І., Корнієнко О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[oef1784@gmail.com](mailto: oef1784@gmail.com)

За даними ВООЗ, кожний п'ятий житель Землі інфікований грибами, а кожний десятий має виражені клінічні прояви. Значне розповсюдження грибкової патології на фоні низького рівня обізнаності населення та відсутності системного підходу в лікуванні грибкових інфекцій зумовлює актуальність цієї проблеми в Україні.

Метою проведеного нами дослідження було встановлення змін у структурі сегменту зареєстрованих в Україні протигрибкових лікарських засобів в динаміці протягом 2008-2018 рр. Об'єктом дослідження був арсенал протигрибкових препаратів у Державному реєстрі лікарських засобів України.

Використовувались методи інформаційного пошуку, узагальнення та аналізу даних вторинної маркетингової інформації.

Встановлено, що станом на 31 грудня 2018 року 63,7 % сегменту зареєстрованих в Україні протигрибкових лікарських засобів складають препарати закордонного виробництва. Майже третину імпорту досліджуваної групи постачаються з Індії, найширше представлені два виробники: Kusum Healthcare і Glenmark Pharmaceuticals (10 і 8 протигрибкових лікарських засобів відповідно). Значну кількість арсеналу досліджуваної групи складають препарати виробництва Угорщини Франції, і Туреччини (9,1%, 7,0% і 5,1% відповідно).

Окремим фрагментом нашого дослідження був та аналіз змін названого сегменту ринку в Україні протягом останніх десяти років. Порівняно з 2008 роком кількість протигрибкових лікарських засобів закордонного виробництва зменшилась з 273-х до 185-ти асортиментних позицій. Варто зауважити, що

кількість країн – імпортерів досліджуваної групи препаратів зростає з 16-ти до 25-ти. Відбулися зміни також у структурі лікарських форм, позаяк з'явилася протигрибкові препарати у формі лаків для нігтів.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що вітчизняні виробники досліджуваної групи лікарських засобів зміцнили свої позиції, адже їх частка зростає з 29,1% у 2008 р. до 36,3% у 2018 р. Протягом останніх десяти років збільшилась також кількість українських фірм-виробників названих препаратів (з 12-ти до 20-ти). На даний час лідируючі позиції у структурі сегменту протигрибкових лікарських засобів займають ТзОВ «Здоров'я», ПАТ «Фармак» і ПрАТ «Дарниця» (12, 9 і 6 торгових найменувань відповідно). Також значну кількість препаратів досліджуваної групи налічує продуктова лінійка ПрАТ «Фітофарм», ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ "ХФЗ "Червона зірка" (по 5 найменувань). Більшість зареєстрованих в Україні протигрибкових лікарських засобів вітчизняного виробництва випускається у вигляді засобів для перорального вживання, а саме: капсули (29,3 %), порошки, таблетки (12,3%). Значна частина досліджуваної групи препаратів є м'якими лікарськими формами (мазі, гелі, креми, лініменти) - 26,1%, а також розчинами для зовнішнього застосування (суспензії, емульсії, лосьйони, шампуні) - 20,0%. Варто зауважити, що у Державному реєстрі лікарських засобів України немає лаків для нігтів вітчизняного виробництва.

Отже, за останні десять років у структурі сегменту зареєстрованих в Україні протигрибкових лікарських засобів протягом 2008-2018 рр. відбулися певні зміни. Зокрема, спостерігається тенденція до збільшення кількості вітчизняних фірм-виробників на фоні зменшення питомої ваги досліджуваної групи препаратів закордонного виробництва, а також появи на ринку нових протигрибкових лікарських форм для місцевого застосування – лаків для нігтів.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.

Національний фармацевтичний університет

Бакуменко М.Г., Кніженко І.Б.

Комунальне некомерційне підприємство

«Міська студентська лікарня» Харківської міської Ради

м. Харків, Україна

[farmacoter@nuph.edu.ua](mailto:farmacoter@nuph.edu.ua)

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики, в Україні поширеність артеріальної гіпертензії серед хвороб системи кровообігу у дорослих становила 46,8%. На початку 2018 року були опубліковані Рекомендації Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства з лікування АГ. Згідно цих рекомендацій для більш жорсткого контролю за рівнем артеріального тиску стартову фармакотерапію АГ одразу потрібно починати з комбінованого застосування препаратів (КЗП) двох препаратів різних класів (рівень доказовості І В). При цьому перевагу слід надавати фіксованим комбінаціям препаратів в одній таблетці (ФКП) (рівень доказовості І В), що дозволить покращити дотримання пацієнтами режиму фармакотерапії. Більшість комбінацій повинні складатись з інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину ІІ (БРА) та антагоністів кальцію або діуретиків (рівень доказовості І А).

Метою нашої роботи є проведення фармакоеконічного аналізу фармакотерапії АГ за допомогою КЗП та ФКП.

Для проведення аналізу нами було обрано препарати, рекомендованих груп, а саме інгібіторів АПФ, БРА, антагоністів кальцію та діуретиків. Ми вибрали препарати найнижчої цінової категорії (станом на 8.02.2019 р.), які

найчастіше рекомендують лікарі. Нами була розрахована вартість одного дня фармакотерапії КЗП і ФКП та проведено порівняльний аналіз цього показника.

Таблиця 1

**Вартість одного дня фармакотерапії КЗП і ФКП**

КЗП	Вартість, грн	ФКП	Вартість, грн
Раміприл 5 мг (Хартіл, Егіс) + гідрохлортіазид 12,5 мг (Гіпотіазид, Санофі)	5,6	Раміприл 5мг + гідрохлортіазид 12,5 мг (Хартіл-Н, Егіс)	6,25
Лозартан 50 мг (Лориста, КРКА) + гідрохлортіазид 12,5 мг (Гіпотіазид, Санофі)	4,85	Лозартан 50 мг + гідрохлортіазид 12,5 мг (Лориста-Н, КРКА)	5,76
Раміприл 5 мг (Хартіл, Егіс) + амлодипін 5 мг (Емлодил, Егіс)	4,83	Раміприл 5 мг + амлодипін 5 мг (Хартіл-АМ, Егіс)	4,42
Периндоприлу аргінін 10 мг + амлодипін 5 мг + індапамід 2,5 мг (Трипліксам, Серв'є)	10,21	Периндоприлу аргінін 10 мг + амлодипін 5 мг + індапамід 2,5 мг (Трипліксам, Серв'є)	7,8

Нами було визначено, що вартість одного дня фармакотерапії ФКП із застосуванням інгібіторів АПФ або БРА та діуретиків або із застосуванням трьох рекомендованих груп препаратів інгібіторів АПФ, антагоністів кальцію та діуретиків виявилась більш соціально доступною для більшості хворих на АГ, ніж вартість одного дня фармакотерапії КЗП із застосуванням інгібіторів АПФ та антагоністів кальцію.

Таким чином, можна визначити, що з метою збільшення комплаєнсу пацієнтів та більш жорсткого контролю АГ фармакоеконічно обґрунтованим є вибір фармакотерапії ФКП з двох препаратів із груп інгібіторів АПФ та антагоністів кальцію або ФКП з трьох препаратів із груп інгібіторів АПФ антагоністів кальцію та діуретиків. Проте, такі висновки потребують подальшого поглибленого фармакоеконічного аналізу із застосуванням методу «витрати-ефективність» на більшій кількості препаратів різних виробників.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ У ДЕРЖАВНОМУ ФОРМУЛЯРІ ПЕРШОГО-ДЕСЯТОГО ВИПУСКІВ

Костюк І.А., Косяченко К.Л.

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

[iryna.kostuk@ukr.net](mailto:iryna.kostuk@ukr.net)

На сьогодні, в умовах економічної нестабільності, важливим елементом розвитку системи охорони здоров'я в Україні є оптимізація використання лікарських засобів (ЛЗ) для підвищення якості лікування та економії ресурсів. Ефективним засобом для вирішення даного питання є Державний формуляр ЛЗ, що сприяє забезпеченню раціональної фармакотерапії шляхом регламентації призначення та застосування ЛЗ, а також дозволяє вилучати з фармацевтичного ринку неефективні ЛЗ.

Метою роботи є дослідження динаміки асортименту ЛЗ для лікування бронхіальної астми у дітей у Державному формулярі ЛЗ першого-десятого випусків.

Вибірку ЛЗ для дослідження було сформовано після контент-аналізу Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей», Державного реєстру ЛЗ та першого-десятого випуску Державного формуляру ЛЗ.

Обсяг вибірки становив 103 торгові назви 13 міжнародних непатентованих назв.

Проведений аналіз кількості торгових назв у всіх випусках Державного формуляру ЛЗ дозволяє встановити, що перелік групи ЛЗ для лікування бронхіальної астми в дітей у десятому випуску порівняно з першим збільшився

на 22%. Виявлено, що 31,1% ЛЗ були наявні не менше ніж у дев'яти з десяти випусків Державного формуляру ЛЗ.

Проведене дослідження за країнами-виробниками свідчить, що 87% ЛЗ проаналізованої групи виготовляються іноземними фармацевтичними компаніями, а лише 13% – вітчизняними. При цьому закордонне виробництво представлене 20 країнами, а вітчизняне – 10 компаніями. Найбільший сегмент досліджуваної вибірки ЛЗ формує Індія – 24,3%, Великобританія і Україна – по 12,6%.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що перелік ЛЗ для лікування бронхіальної астми у дітей у першому-десятому випуску Державного формуляру ЛЗ є доволі значним.

Проте розвиток вітчизняного виготовлення даної групи ЛЗ з доведеною ефективністю та безпечністю за даними доказової медицини є актуальним та дозволить знижувати загальну вартість лікування бронхіальної астми у дітей, шляхом збільшення частки ЛЗ українського виробництва.



## **ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО У ПРАВОВІЙ СИСТЕМІ УКРАЇНИ**

Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Болдарь Г.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.u

Правове регулювання фармацевтичної діяльності є важливим напрямом розвитку юридичної науки. Без успішного вирішення цього завдання неможливо створити в нашій державі необхідні соціально-економічні умови для оптимального розвитку фармації, а отже й реалізувати становлення України як соціальної правової держави. Це пояснюється тим, що, фармацевтична допомога є складовою системи охорони здоров'я, а людина, її життя та здоров'я у всіх демократичних країнах визнаються найвищою соціальною цінністю.

Саме тому метою цієї роботи є дослідження стану наукової розробки проблеми предмета, методу та місця фармацевтичного права у правовій системі України.

Авторами у процесі дослідження залежно від необхідності вирішення конкретних завдань були використані загальнонаукові та спеціальні методи дослідження: аналізу, синтезу, системний, узагальнення, формально-логічний.

Питання визначення предмету фармацевтичного права є дискусійним. За результатами попередніх досліджень нами окреслено фармацевтичне право як сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я. Крім того, звернено увагу на комплексний характер цієї галузі.

Цієї думки дотримуються й І.В. Понкін та О.О. Понкіна. Проте на їх переконання це комплексна галузь права, яка регулює відносини з приводу розробки, експертизи, державної реєстрації, стандартизації, контролю якості та безпеки, виробництва (виготовлення), зберігання, перевозки, маркетингу та реклами, обігу, розподілу, призначення, відпуску, вживання та утилізації фармацевтичних продуктів – лікарських засобів, а також яка регулює правове

становище об'єктів інтелектуальної власності у сфері фармацевтики й права на них.

Достатньо прихильників має наукова позиція, згідно з якою фармацевтичне право розглядається у контексті медичного права. Так, О.О. Мельнікова вказує, що зараз фармацевтичне право знаходиться тільки на початку свого розвитку, тому на період свого становлення може вважатись підсистемою медичного права. І.Я. Сенюта вважає, що до предмету медичного права, окрім інших, належать і правовідносини щодо виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів). О.А. Мохов та Ю.В. Олефир підкреслюють, що фармацевтичне право має генетичну спільність з правом медичним. Проте вони вважають, що фармацевтичне право є невід'ємною складовою частиною економічного права.

На підставі вищевикладеного можна зробити наступні висновки.

Серед науковців відсутній єдиний підхід до розуміння місця фармацевтичного права у національній правовій системі. Одні вчені вважають його складовою частиною (підгалуззю) медичного або економічного (господарського) права, а інші визначають як комплексну галузь права або законодавства.

На наш погляд, розбіжності наукових поглядів щодо цього питання пояснюються об'єктивною складністю (комплексністю) предмета та методу регулювання фармацевтичного права. Адже у галузі фармації виникає дуже багато різних правовідносин: 1) управлінських; 2) майнових; 3) немайнових.

У зв'язку з цим ґрунтовної наукової розробки потребують питання предмета, методу, принципів та системи фармацевтичного права, його місця у правовій системі України, а також правового статусу фармацевтичних працівників. Крім того, окремого системного дослідження потребують функціональні зв'язки фармацевтичного права із суміжними галузями, зокрема медичним, господарським, трудовим, адміністративним, кримінальним тощо.

# ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РИНКУ УКРАЇНИ

Кубарєва І.В., Пузак Н.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[nadegda.puzak@gmail.com](mailto:nadegda.puzak@gmail.com)

Вступ. Алергічні захворювання (АЗ) є однією з важливих проблем сьогодення. Як в Україні, так і в усьому світі в цілому, спостерігається зростання чисельності хворих на бронхіальну астму, поліноз, алергічний ринокон'юктивіт, кропивницю та ін. АЗ. Забруднення повітря вихлопними газами та відходами нафтопереробної і хімічної промисловості, зміна раціону харчування та поява нових продуктів, що мають синтетичну основу, урбанізація населення, легкий доступ до самолікування, збільшення психологічного напруження та перевантаження, підвищення захворюваності населення – все це, на думку фахівців, обумовлює зростання АЗ.

Ситуація, що склалася, зумовлює активний розвиток фармацевтичної індустрії та поповнення асортименту протиалергійних препаратів в аптеках нашої країни, найбільшу частку серед яких становлять антигістамінні лікарські засоби (АГЛЗ). Щорічно розробляються та впроваджуються у медичну практику нові лікарські препарати зазначеної групи, удосконалюються їх форми, оптимізується асортимент. Актуальність проблеми забезпечення антигістамінними лікарськими препаратами населення України і зумовила вибір напрямку нашого дослідження.

Мета дослідження: вивчення українського ринку антигістамінних лікарських засобів з використанням маркетингового підходу.

Методи дослідження. Для досягнення визначеної мети у роботі використано методи наукового аналізу та композиції.

У ході дослідження було встановлено, що на кінець 2018 року АГЛЗ на вітчизняному ринку були представлені виробниками з 17 країн у кількості 161

торгового найменування. Частка вітчизняних становила біля 40% (39,13%) – 63 торгові назви.

Серед імпортерів лідирує Індія – 13,66% (22 найменування), на другому місці – Іспанія – 6,21% (10 найменувань), на третьому Угорщина – 4,97% (8 найменувань). Також поставляють на фармацевтичний ринок України АГЛЗ Італія (8 найменувань - 4,97%); Польща, Греція та Франція (по 7 найменувань кожна – 4,35%), Бельгія (6 найменувань – 3,73%), Туреччина (5 найменувань – 3,11%), Латвія та Словенія (по 4 найменування – 2,48%), Хорватія та Чеська республіка (по 3 найменування – 1,86%), та інші.

Українських виробників антигістамінних препаратів налічується 26; по 6 виробників з Польщі та Греції поставляють АГЛЗ на український ринок; 5 виробників з Іспанії; по 4 – з Туреччини та Італії; 3 – з Франції. Решта представлена двома (Хорватія, Болгарія, Швейцарія, Словенія) чи одним (Великобританія, Латвія, Бельгія, Чеська республіка, Австрія) виробником. Серед зареєстрованих лікарських форм АГЛЗ значну частку займають таблетки (67%) та сиропи (12%); на решту лікарських форм припадає не значна кількість: краплі – 6,2%; розчини для ін'єкцій – 5,6%; драже – 4,4%; розчини оральні – 3,1%; гранули для суспензії, суспензії та капсули разом – 2,5%.

Оскільки лікарський засіб є товаром особливого вибору і споживач не завжди може зробити вибір самостійно. Саме тому подальшим кроком наших досліджень було проведення анкетного опитування з питань частоти призначення різних АГЛЗ серед лікарів.

В опитуванні прийняли участь 25 лікарів-терапевтів поліклінічних відділень м. Харкова, віком старше 28 років, досвідом роботи – більше 5 років.

За результатами опитування на першому місці за призначенням визначились препарати 1-го та 2-го покоління. Це Лоратадін №10 – 69,1% (середня ціна за упаковку становить 6,50 грн.); Супрастин №20 – 53,1% (25,60 грн.); Цетрин №20 – 42,8% (63,75 грн.); Тавегіл №20 – 35,6% (81,75 грн.).

Серед препаратів 3-го покоління найбільш призначуваними було названо Еріус №10 – 9,8% (218,73 грн.) та Фексофаст №10 – 5,1% (147,65 грн.). Такий підхід до призначення АГЛЗ лікарі пояснюють невисокою вартістю лікарських препаратів 1-го та 2-го покоління та недостатньою економічною доступністю для більшості споживачів засобів 3-го покоління.

Таким чином, на фармацевтичному ринку України АГ ЛЗ представлені трьома поколіннями, що поставляються як вітчизняними, так і зарубіжними фірмами-виробниками, серед яких лідирує Індія, Іспанія та Угорщина. Широта асортименту насичена таблетками, сиропами (найчастіше застосовують у педіатрії), розчинами для ін'єкцій, суспензіями та іншими лікарськими формами, що дає можливість оптимального вибору для кожного пацієнта у залежності від клінічного прояву алергічної реакції, стадії захворювання, способу життя та супутніх захворювань; домінуючими у виборі спеціалістів є АГ ЛЗ першого та другого покоління. Перспективами подальшого дослідження є вивчення змін якісної структури ринку АГ ЛЗ в Україні та за її межами.

# ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кулай Н.С.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

[natashakul@inbox.ru](mailto:natashakul@inbox.ru)

Всё чаще посетители аптек обращаются к фармацевтическому работнику с вопросами, связанными с постановкой диагноза и подбором лекарственного средства. Таким образом актуальным становится вопрос о введении стандартов оказания фармацевтической помощи.

Целью работы является обоснование введения единых стандартов по реализации лекарственных средств без рецепта врача при симптоматическом лечении заболеваний и введения фармацевтического консультирования в должностные обязанности провизора-рецептара (фармацевта-рецептара) в Республике Беларусь.

В качестве методики исследования было проведено анкетирование сотрудников аптек государственной и частной формы собственности.

В ходе анкетирования были получены следующие результаты:

- основные типы вопросов, которые задают посетители аптек: способ применения и дозы лекарственного средства, наличие аналогичных лекарственных средств (белорусского или импортного производства), подбор лекарственного средства по симптомам заболевания;

- в среднем 70 % посетителей просят порекомендовать лекарственное средство;

- в 77 % случаев имеется спрос со стороны посетителей на возможность конфиденциальной беседы с провизором-рецептаром (фармацевтом-рецептаром);

- 67 % работников аптек считают необходимым введение фармацевтического консультирования при отпуске безрецептурных лекарственных средств в должностные обязанности провизора-рецептара (фармацевта-рецептара);

- 67 % работников аптеки готовы приступить к обязательному фармацевтическому консультированию;

- основной причиной отказа работников аптеки от обязательного фармацевтического консультирования является недостаточный опыт работы, большой поток посетителей, в связи с чем нет возможности уделить посетителю необходимое количество времени.

Выводы: в связи с тем, что порядка 70 % посетителей обращаются в аптеку с просьбой подобрать лекарственное средство по симптомам заболевания, необходимо разработать единые стандарты по реализации лекарственных средств без рецепта врача, в которых будет описан алгоритм беседы фармацевтического работника с посетителем (указаны вопросы, которые необходимо задать для уточнения симптомов, «угрожающие симптомы», при наличии которых необходимо обратиться к врачу, группы лекарственных средств, которые могут быть использованы для симптоматического лечения).

Перспективами дальнейших исследований являются создание и утверждение единых стандартов по реализации лекарственных средств без рецепта врача для фармакотерапии конкретного пациента.

# **РОЛЬ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ І ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ. ПІДГОТОВКА МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ: РОЗРОБКА НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ**

Кухар О.О, Новикова Л.Г., Білан О.А.

Київський медичний університет, м. Київ, Україна

[pharmacology@kmu.edu.ua](mailto:pharmacology@kmu.edu.ua).

Реформування системи охорони здоров'я в Україні і сучасної медичної/фармацевтичної освіти потребує створення механізмів безперервного професійного розвитку фармацевта/провізора. Спілкування у професійній діяльності фармацевтичних фахівців є процесом установалення і розвитку контактів між людьми, такий процес вміщує обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії, сприйняття іншої людини. Взаємовідносини фармацевтичного працівника з пацієнтами/колегами/лікарями будуються на морально-етичних принципах поваги, розуміння, терпіння, доброзичливості, розуміння інших людей; поваги до наставників, старших колег; корпоративної солідарності тощо. Студент і випускник фармацевтичного факультету будуючи власну кар'єру потребує навичок професійного розвитку, а саме: ефективне спілкування, адаптивність, вміння вирішувати конфлікти, управління організацією, керування власним життям і кар'єрою, користування професійною інформацією тощо. Тому створення нових учбових програм для студентів і випускників університету для надання таких навичок є важливим завданням викладачів університету.

На кафедрі Фармакології, патофізіології, клінічної фармакології і фармації, технології ліків НПВЗ «Київський медичний університет» (КМУ) розроблено дисципліни за вибором «Теорія і практика професійної комунікації» для студентів 2 курсу спеціальності 226 «Фармація. Промислова фармація» (Магістр) і «Тренінг спілкування» для студентів 4 курсу спеціальності 7.120201013 «Фармація» (Спеціаліст) фармацевтичного факультету.



Для створення програм були використані системний підхід, порівняльний аналіз.

У робочий навчальний план для провізорів зі спеціальності «Фармація» впроваджені програми дисциплін за вибором «Теорія і практика професійних комунікацій», «Тренінг спілкування», авторами яких є викладачі кафедри Кухар О.О., Новикова Л.Г., Білан О.А. Навчальні програми — частина системи Розвитку кар'єри фармацевтів/провізорів (CD, Career Development), програми інтегруються у концепції LLL і CPD у фармації. Основою дисципліни «Теорія і практика професійної комунікації» є теорія обробки бази пізнавальної інформації з докладними практичними прикладами застосування теорії в типових умовах фармацевтичного ринку. Увага приділяється розвитку навичок професійної комунікації у фармації; вербального та невербального спілкування; активного слухання; виявлення потреб споживача/пацієнта; отриманню навичок побудови систем організаційної і корпоративної культур. Метою вивчення дисципліни «Тренінг спілкування» є отримання знань і навичок у діяльності фармацевта/провізора в ролі медичного представника, а саме — навички аптечних і госпітальних продаж; взаємовідносини з лікарем/пацієнтом/колегами; ділові переговори та ділова етика. Навчальні програми побудовані на трьох областях знань: а) етичні та деонтологічні основи медичної/фармацевтичної діяльності; б) професійний світ і поведінкові аспекти праці; в) організація професійної діяльності і прийняття управлінських рішень.

На кафедрі Фармакології, патофізіології, клінічної фармакології і фармації, технології ліків КМУ викладачами створюється сучасна система з Розвитку кар'єри фармацевта/провізора, яка є частиною концепцій LLL, CPD у фармації, впроваджено в навчальний процес дисципліни за вибором «Тренінг спілкування» і «Теорія і практика професійної комунікації». Наступними розробками можуть бути: програми з розвитку навичок пошуку роботи на ринку праці і навичок працевлаштування студентів, опрацювання сучасних активних методів навчання.

# **ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕО-КЕЙСІВ ДЛЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ТА НАВИЧОК КОНСУЛЬТУВАННЯ У СТУДЕНТІВ**

Кухар О.О., Білан О.А., Новикова Л.Г.

Київський медичний університет, м. Київ, Україна

[pharmacology@kmu.edu.ua](mailto:pharmacology@kmu.edu.ua)

Останні два десятиріччя викладачі медичних та фармацевтичних учбових закладів все більше уваги приділяють пацієнт-орієнтованому підходу. Цим підходом передбачено розвиток у майбутніх фармацевтів та провізорів компетенцій, важливих для ефективного професійного спілкування. Тому формування комунікативних вмінь і навичок має виділятися як окремий напрямок навчання. В той же час для формування відповідних моделей поведінки недостатньо лише викласти теоретичний матеріал, необхідно кожному з студентів надати можливість відпрацювати необхідні навички. Але сучасні навчальні програми вже досить насичені, тому знайти додатковий час для індивідуальних занять дуже складно. Вирішити цю проблему допомагають сучасні технології, а саме, використання комунікативних відео-кейсів, які є важливим елементом практично-орієнтованої системи навчання.

Мета дослідження — обґрунтувати доцільність впровадження в навчальних процесів нового методу розвитку комунікативних компетенцій, а також описати технологію розробки комунікативних відео-кейсів для навчання фармацевтів і провізорів.

«Комунікативний кейс» — це ситуаційна задача, що відповідає особливостям професійної діяльності фармацевтів, реалістично моделює один з типових сценаріїв взаємодії фармацевта з відвідувачем аптеки/пацієнтом, та містить певне завдання (зібрати інформацію, дати пораду і т. ін.) або проблему (відсутність необхідних ліків, конфлікт з відвідувачем аптеки і т. ін.).

Відповідно, «відео-кейс» — це короткий, тривалістю 1–5 хвилин, відео-ролік, що презентує ситуаційну вправу.

Використання комунікативних кейсів передбачає такі види робіт, як: перегляд студентами типових ситуацій спілкування з відвідувачами аптеки (в аудиторії, або дистанційно); обговорення та вирішення ситуаційних задач в групі; аналіз прийомів вербальної та невербальної комунікації (підтримка зорового контакту, гучність голосу, поза і т. ін.); розігрування в парах ситуацій, що є аналогічними представлений у відео (peer role-playing); відповіді на запитання (при необхідності перевірки). Навчання відбувається через демонстрацію ситуацій, що максимально наближені до реальних умов (в даному випадку це робота в аптеці). Успішному засвоєнню правильних моделей поведінки сприяє глибоке емоційне занурення в ситуацію та ідентифікація з позитивним героєм ситуації, що уособлює одну з професійних ролей фармацевта.

Комунікативні кейси розробляють викладачі університету за запропонованим авторами планом, який включає опитування практиків (завідувачів та працівників аптечних закладів), розробку переліку типових/важливих ситуацій та конфліктів, сценарію та діалогів для кожної ситуації, підбор та інструктування виконавців, зйомку та підготовку відео-кейсів. Підготовані відео-матеріали, запитання та тести для перевірки розміщуються на веб-порталі університету.

Автори вважають, що запропонований метод має великий потенціал [1, 2], тому що використання у навчальному процесі комунікативних відео-кейсів сприяє формуванню у фармацевтів та провізорів навичок консультування, здібностей до вирішення проблем, а головне, опануванню сучасних ролей. Вкрай важливим є й те, що можливість ознайомитись з типовими та складними ситуаціями з реальної роботи співробітника аптеки дозволяє студентам оцінити важливість норм медичної/фармацевтичної етики та заздалегідь оволодіти прийомами запобігання конфліктів і розв'язання суперечливих ситуацій.

## АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФІНАНСОВОГО І ПОДАТКОВОГО ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Литвиненко О.В., Сінча Н.І., Дондик Н.Я.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

lytvynenko.ov@ukr.net.

Питання визначення доходів та витрат набули особливого значення в контексті прийняття в 2011 році Податкового кодексу України, але не змогло виключити існуючі розбіжності. Сьогодні існують деякі нерегульовані питання взаємозв'язку фінансового та податкового обліку. Результатом процесу гармонізації бухгалтерського обліку з податковим законодавством стала нова методика визначення об'єкта оподаткування податком на прибуток, що закріплена у III розділі Податкового кодексу України.

Мета дослідження – це визначення нерегульованості взаємозв'язку між бухгалтерським і податковим обліками. Визначення проведено відповідно порядку об'єкта оподаткування, що ґрунтується на відповідності доходів і витрат звітного періоду. Нами було встановлено, що формування в бухгалтерському обліку аптечного закладу інформації про витрати, доходи, активи і зобов'язання з податку на прибуток, податкові різниці та їх розкриття у фінансовій звітності регулюються П(С)БО 17 «Податок на прибуток». На виконання норм Податкового кодексу України, МФУ наказом від 25.01.2011р. № 27 затверджено П(С)БО 35 «Податкові різниці», яке вказує на порядок визначення в бухгалтерському обліку інформації про податкові різниці та їх розкриття у фінансовій звітності.

Податкова різниця – різниця, яка виникає між оцінкою і критеріями визнання доходів, витрат, активів, зобов'язань за НП(С)БО за даними фінансової звітності та доходами і витратами, визначеними згідно з III розділом Податкового кодексу України. Податкові різниці поділяються на тимчасові та постійні. Тимчасова податкова різниця – різниця, яка виникає у звітному періоді

та анулюється в наступних звітних податкових періодах. Тимчасові різниці є наслідком застосування різних методів оцінювання балансової вартості активів за фінансовим та податковим обліком. Постійна податкова різниця – різниця, яка виникає в звітному періоді і не анулюється в наступних звітних періодах. При цьому вона поділяється на таку, що підлягає вирахуванню і таку, що призводить до зменшення податкового прибутку. До постійних податкових різниць можна віднести такі, які виникають у результаті списання витрат на соціальний розвиток; на благодійні потреби; на паливно-мастильні матеріали для легкового автотранспорту; витрати на проведення прийомів, презентацій, свят тощо; фінансові санкції, штрафи, неустойки; понаднормативні витрати на відрядження не включаються до витрат для цілей визначення об'єкта оподаткування податком на прибуток тощо, тобто всі витрати, які за податковим законодавством не входять або входять лише частково до складу витрат платника, а згідно з обліковими стандартами є елементами операційних витрат чи інших витрат звичайної діяльності.

В результаті дослідження нами було встановлено, що певних коригувань потребує податкове законодавство України, яке стосується, наприклад, таких витрат, як благодійні внески чи представницькі витрати. Вони не пов'язані з прибутком, одержаним у минулому періоді. Порядок включення таких витрат до витрат платника податку слід максимально спростити.

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють стверджувати, що існують відмінності між Положеннями(Стандартами)бухгалтерського обліку, затвердженими МФУ та діючим податковим законодавством України. В сучасному стані розвиток аптечного бізнесу потребує подальшого удосконалення чинного податкового законодавства України та адаптування його до сучасних умов ведення комерційної діяльності.

# **ЗМІСТ ТА ФУНКЦІЇ АУДИТУ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ**

Литвиненко О.В., Сінча Н.І., Дондик Н.Я.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

lytvynenko.ov@ukr.net.

Розуміння аудиту визначає його як вид незалежного зовнішнього контролю, метою якого є підвищення ступеня довіри користувачів фінансової звітності аптечних закладів до інформації, яка міститься у такій звітності. Але практика реалізації завдань аудиту аптечного закладу свідчить про те, що формування незалежної аудиторської думки направлено на зменшення інформаційних ризиків, які виникають у процесі прийняття управлінських рішень аптечним закладом.

Метою дослідження є розгляд сучасних систем управління як складних систем, в яких, окрім систем контролю, визначається ще й інформаційна система.

Функціонування таких систем є взаємозалежним та взаємообумовленим. Головний зміст аудиту у сучасному управлінні економікою ми розглядали з позиції того, що аудит підвищує довіру до фінансових звітів аптечного закладу користувачів.

Аналіз змісту процесу аудиту аптечного закладу в системі економічного управління свідчить про наявність усіх основних етапів його діяльності. Разом з тим аудиту притаманні специфічні функції, які визначаються його місцем у системі управління аптечним закладом в цілому та системі інформаційного забезпечення зокрема. Система економічного управління в аптечних закладах, де реалізується головна функція аудиту, являє собою складну ієрархічну структуру. Отже, розкриття змісту функцій аудиту підпорядковано головній функції, яка

реалізується через систему взаємообумовлених та взаємодоповнюючих функцій нижчого порядку.

Окрім інформаційної функції, необхідно визначити ще одну комунікативну - відносини «користувач-відповідальна сторона», у яких користувач історично мав домінуючий статус у системі відносин і фактично виступав ініціатором для проведення аудиту аптечного закладу.

В результаті дослідження встановлено, що в сучасному стані відповідальна сторона може відігравати активну роль в ініціації залучення аудиту з метою встановлення нових зв'язків у зовнішньому економічному середовищі внаслідок розширення кола користувачів, які не мають відносин власності та відносин контролю з такою відповідальною стороною.

В цьому контексті інформаційна функція аудиту аптечного закладу доповнюється комунікативною, а саме: аудитор стає зв'язуючою ланкою між відповідальною стороною та майбутнім користувачем фінансової інформації аптечного закладу.

Таким чином можна зробити висновок, що аудит треба розглядати як незалежний аналіз фінансової інформації в загальній системі економічного управління аптечним закладом з метою надання відповідного рівня впевненості визначеним користувачам такої інформації, який дозволяє зменшити інформаційні ризики в контрольному середовищі та в процесі прийняття управлінських рішень в аптечному закладі.

# АНАЛІЗ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ ЩОДО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Малініна Н.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

malinina\_nata@ukr.net

Вступ. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я встановлено, що майже 80,0% населення віддають перевагу лікарським засобам рослинного походження (ЛЗРП). Це обумовлено тим, що при раціональному використанні ЛЗРП практично нетоксичні, нешкідливі, доступні та ефективні.

Мета роботи. Вивчити аналіз споживчих переваг щодо вибору лікарських засобів рослинного походження на фармацевтичному ринку.

Для проведення дослідження були використані наступні матеріали та методи дослідження: нормативно-правові документи, сайти мережі Інтернет, товарний асортимент ЛЗРП аптечного закладу ППОЗ «К.» (м. Харків) зі використанням фармако-економічного, документального, нормативно-правового та графічного аналізу.

Результати дослідження. Для аналізу споживчих переваг було проведено анкетування 50 респондентів (13,0% чоловіків та 87,0% жінок), які постійно відвідують аптеку ППОЗ «К.» м. Харків (далі – аптека).

За результатами дослідження встановлено частоту відвідування аптеки: ♦ кілька разів на місяць ходять до аптеки – 23,7%; ♦ один раз на місяць – 55,6%; ♦ один раз у квартал – 20,7%. З'ясовано, що при виборі ЛЗРП клієнти аптеки найбільше звертають увагу на: ♦ торгову марку – 36,5%; ♦ ціну – 32,0%; ♦ форму випуску – 19,0%; ♦ склад – 12,5%. На запитання стосовно фармакологічної дії ЛЗРП визначено, що 80,6% – задоволені, 14,4% – не задоволені та 5,0% утрималися від відповіді. Встановлено, що ЛЗРП клієнти аптеки лікують такі захворювання: ♦ кардіологічні (40,5%); ♦ грипу та застуди (31,0%); ♦ урологічні



(15,3%); ♦ хвороби шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 10,6%; ♦ гінекологічні (2,6%).

Наступним етапом дослідження стало визначення аналізу цінової кон'юнктури ЛЗРП групи А05 «Засоби, що застосовуються для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів» відповідно до АТС- класифікації (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Аналіз цінової кон'юнктури ЛЗРП групи А05 «Засоби, що застосовуються для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів»**

№ п\п	Назва ЛЗ	Форма випуску	Ціна (грн.)	Виробник
1.	Аллохол	Табл. № 50	51.00	Борщаговський ХФЗ, Україна
2.	Артибель	Табл. 200 мг № 60	129.00	Брюфармекспорт, Бельгія
3.	Артихол	Табл. 0,2 г № 30	56.00	ПАТ «Київський вітамінний завод»
4.	Артишок	Табл. 250 мг № 40	61.06	Салютас Фарма ГмбХ, Німеччина
5.	Галстена	Табл. № 48	319.00	Ріхард Бітгнер АГ, Австрія
6.	Гепабене	Капсули, № 30	207.00	Меркле ГмбХ для «Ратіофарм ГмбХ», Німеччина
7.	Гепарсіл	Капсули по 70 мг № 120	177.00	Стіролбіофарм, Україна
8.	Дарсіл	Табл. 22 мг № 50	59.97	Дарниця Україна
9.	Карсіл	Табл. 22,5 мг № 80	170.00	Софарма, Болгарія
10.	Левасіл	Капсули 140 г № 30	181.00	Мікро Лабс Лімітед, Індія
11.	Хофітол	Табл. 200 мг № 60	125.50	Лабораторії Роза-Фітофарма, Франція

Як показали результати дослідження (табл. 1.) більш дешевшими є ЛЗ вітчизняного виробництва (Аллохол, Дарсіл, Артіхол та Гепарсіл), а найбільш коштовним (Галстена, Гепабене, Левасіл, Карсіл, Артібель, Хофітол та Артішок) іноземного виробника.

Висновки. Результати дослідження показали, що 50 респондентів (87,0% жінок), відвідують аптеку ППОЗ «К.» (м. Харків) один раз на місяць (55,6%).

При виборі ЛЗРП клієнти аптеки найбільше звертають увагу на торгову марку (36,5%) і ціну (32,0%) та (80,6%) респондентів задоволені щодо фармакологічної дії ЛЗРП.

Також визначено, які захворювання лікують клієнти аптеки ЛЗРП: ♦ кардіологічні (40,5%); ♦ грипу та застуди (31,0%); ♦ урологічні (15,3%); ♦ хвороби ШКТ (10,6%); ♦ гінекологічні (2,6%).

З приводу цінової кон'юнктуру ЛЗРП групи А05 «Засоби, що застосовуються для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів» визначено, що найбільш дешевим (51.00 грн.) є Аллохол (Борщаговський ХФЗ, Україна), а найбільш коштовним Галстена (Ріхард Біттнер АГ, Австрія) - 319.00 грн.

## **АНАЛИЗ ОЦЕНОК ЭКСПЕРТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Малой Малула Крист\*, Кобец М.Н.\*, Кобец Ю.Н.,

\*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

may4ok777@yahoo.com

Согласно данным ВОЗ, более 7 млн человек ежегодно погибает от никотиновой зависимости. Более 6 млн человек погибают вследствие прямого употребления табака. Среди некурящих людей около 890 тыс. смертей происходит от воздействия вторичного табачного дыма. От никотиновой зависимости страдает 1,3 млрд населения планеты, среди которых 12% – женщины. К 2030 г. вследствие курения количество смертей может вырасти до 8 млн человек. Большинство курильщиков в мире живут в странах с низким и средним уровнем доходов.

Одними из самых широко используемых методик лечения никотиновой зависимости является монотерапия и комбинированная никотинзаместительная фармакотерапия. Для лечения никотиновой зависимости используют следующие фармакотерапевтические группы: препараты для лечения никотиновой зависимости N07BA01 (никотин), N07BA (цитизин), N07B A03 (варениклин); C02AC01 (агонисты имидазолиновых рецепторов, в частности клонидин); N06AX12 (антидепрессанты, в частности бупропион).

Цель работы – анализ оценок экспертов лекарственных средств для лечения никотиновой зависимости.

С помощью опроса экспертов проанализировано, каким характеристикам должен соответствовать препарат, чтобы называться «идеальным» по отношению к потребителю.

За основу берется воображаемый «идеальное» лекарственное средство для лечения никотиновой зависимости. Для определения идеального средства было предложено высказать свое мнение по этому поводу специалистам аптек.

Результаты обработки полученных данных показали, что в критерии оценки входили следующие характеристики: безопасность, эффективность и цена препарата. Специалисты считают, что для идеального лекарственного средства безопасность и эффективность должна быть максимальной (10 баллов), а цена должна быть низкой, что тоже соответствует 10 баллам. Потребитель для каждого признака лекарственного средства представляет свою идеальную оценку. Пользуясь данной моделью можно предположить, что потребитель откажется от приобретения Чемпикса и вероятнее всего приобретет Табакум-плюс или Никоретте резинка жев. с мятным вкусом.

В результате опроса было установлено, что среди лекарственных средств для лечения никотиновой зависимости идеальным можно назвать Табакум-плюс. Несмотря на оптимальные характеристики этого препарата, спрос на него остается низким по сравнению с аналогами. В условиях безразличного отношения потребителей к препарату Табакум-плюс целесообразно проводить стимулирующий маркетинг. Необходимо проводить просветительскую работу среди врачей и провизоров аптек по поводу рекомендаций данного лекарственного средства. Предприятие-производитель должно направить свои усилия на повышение имиджа торговой марки и выведение препарата Табакум-плюс на лидирующие позиции.

Таким образом, анализ оценок потребителей того или иного лекарственного средства в соответствии с моделями, которые рассматривались, позволяет разработать варианты маркетинговой стратегии фармацевтических предприятий.

В одном случае необходимо будет качественно улучшить препарат в отношении большинства характеристик, чтобы новый образец наиболее соответствовал идеальному представлению потребителя.

Во втором случае – попытаться изменить отношение потребителя к продукту фирмы, убеждая в его преимуществах по сравнению с аналогами.

# **АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ, РЕГУЛИРУЮЩЕЙ ОБРАЩЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ В УКРАИНЕ**

Малый В.В., Муса Истанис М.М.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[malyi.vladimir@gmail.com](mailto:malyi.vladimir@gmail.com)

Гепатопротекторы (ГП) – группа лекарственных средств (ЛС) для патогенетического лечения заболеваний печени. Несмотря на отсутствие согласованности в научной литературе по определению ГП как фармакотерапевтической группы, границ и важности этой группы в арсенале ЛС и ограниченность сведений о доказательной базе, они являются востребованной группой ЛС среди украинских врачей и населения. Емкость рынка гепатопротекторов в Украине составляет более 7,9 млн. упаковок на сумму более 1,1 млрд грн, а зарубежные бренды Эссенциале® (Sanofi, Франция) и Карсил® (Sopharma, Болгария) входят в двадцатку лидеров по объемам продаж ЛС в Украине.

Целью работы является анализ нормативно-правовой базы, регулирующей обращение ГП в Украине и их использование в медицинской практике. Проведен анализ нормативно-правовой базы, регулирующей условия отпуска ГП из аптек и возможность их рекламирования, Национального перечня основных ЛС и 20-го издания Базового перечня Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Государственного формуляра ЛС, стандартов медицинской помощи.

Анализ показал, что среди ГП присутствуют как рецептурные, так и безрецептурные ЛС. Большинство ГП для орального применения (в форме таблеток, капсул, гранул и порошка для приготовления раствора, капель, сиропа, а также плоды расторопши) отпускаются без рецепта врача. Исключение составляет Бициклोल в форме таблеток, отпускаемый рецепту. ГП для парентерального применения (в форме раствора для инъекций, раствора для инфузий, концентрата для приготовления раствора для инфузий, порошка для

приготовления раствора для инфузий, лиофилизата для эмульсий для инъекций), а также суппозитории отпускаются по рецепту врача. Часть ГП, которые относились к безрецептурным ЛС (Гепарсил, Ливенциале форте и др.), в 2017-2018 гг. перерегистрированы как специальные пищевые продукты. Среди всех ГП, которые отпускаются без рецепта врача, только Фосфоглив® запрещен к рекламированию в средствах массовой информации. Проведен ретроспективный анализ представленности ГП в Национальном перечне основных ЛС. В первый Национальный перечень основных (жизненно необходимых) ЛС (2001 г.), были внесены препараты, применяемые при заболеваниях печени, липотропные вещества, в том числе на основе эссенциальных фосфолипидов: силимарин, антраль, тиотриазолин и препараты, не имеющие международного непатентованного названия (МНН) (отечественного производства). Перечень распространялся на все готовые лекарственные формы и формы выпуска ЛС, зарегистрированные в Украине, согласно указанным МНН.

Наиболее полно ГП были представлены во втором Национальном перечне основных ЛС (2006 г.), который включал: L-орнитин аспарат, антраль, аргинин, гепарсуис, эссенциальные фосфолипиды, силимарин (монопрепарат и его комбинации), тиотриазолин, фосфатидилхолин. ГП не вошли в третий Национальный перечень основных ЛС (2009 г.), базирующийся на 19-м издании Базового перечня основных ЛС, рекомендованный ВОЗ. Также ГП не представлены в 20-м издании Базового перечня ВОЗ (2018 г.). С 01.09.2017 г. гепатопротекторы не подлежали закупке учреждениями здравоохранения, которые полностью или частично финансируются из государственного и местных бюджетов. С 01.01.2018 г. они могли подлежать закупке при условии удовлетворения в полном объеме потребности в ЛС, зарегистрированных в Украине и включенных в Национальный перечень.

В Государственном формуляре ЛС (десятый выпуск), содержащем рекомендации по рациональному назначению и использованию ЛС, присутствуют такие ГП (21 торговое наименование): ЛС, содержащие силимарин: Дарсил®,

Силибор 35, Гепар, Гепар форте, Карсил®, Силимарол (таблетки); Силибор Макс, Силибор форте, Карсил® форте, Легалон® 140, Легалон® 70 (капсулы); препараты аминокислот: Гепатокс, Гептор-Фармекс, Ларнамин Геп-Мерц, Орнилив (концентрат для приготовления раствора для инфузий), Орнитокс (раствор для инъекций), Ларнамин, Геп-Мерц, Орнитокс (гранулы для орального раствора); комбинированные ЛС: Гепабене (капсулы). В соответствии со стандартами медицинской помощи в Украине ГП используются по 17-м направлениям и лекарственными специальностям для различных категорий больных: амбулаторных и стационарных больных; взрослых и детей; беременных инвалидов. ГП используются в медицинской практике: в составе базисной и симптоматической терапии для устранения токсического гепатита вследствие побочного действия и осложнения терапии основного заболевания пациента при использовании антибактериальных, противогрибковых, антиретровирусных ЛС, цитостатиков, далагила, ингибиторов АПФ, гиполипидемических ЛС и др.; для профилактики цирроза печени при муковисцидозе; в случае невозможности проведения противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта-антигена; в составе общеукрепляющей терапии при пневмонии, в составе послеоперационного лечения и/или реабилитационных мероприятий; в составе лечебных и реабилитационных мероприятий (лучевая болезнь, реабилитация инвалидов); при легкой, средней и тяжелой степени тяжести отравлений для удаления яда, всосавшейся в кровяное русло, для устранения синдрома токсической гепатопатии.

Таким образом, несмотря на отсутствие ГП в действующем Национальном перечне основных ЛС и базовом перечне ВОЗ, они являются важной группой ЛС, присутствующей в десятом выпуске Государственного формуляра ЛС и достаточно широко используемой в медицинской практике в соответствии со стандартами медицинской помощи в Украине.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО КОЛЕКТИВУ

Мличко В.М., Корнієнко О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[oef1784@gmail.com](mailto: oef1784@gmail.com)

Значна частина гендерних стереотипів сформувалася дуже давно, в цілком інших історичних умовах, тому більшість з них впливають на мотиваційну сферу і поведінку особистостей на підсвідомому рівні. Вивчення гендерних особливостей свідомих і підсвідомих мотивів, спрямованих на професійну реалізацію осіб різної статі у фармацевтичному колективі є актуальним.

Метою нашого дослідження був аналіз гендерних особливостей фармацевтичного колективу, встановлення пріоритетних компетенцій фахівців різної статі, а також свідомих і підсвідомих мотивів їх ситуативної поведінки під час професійних комунікацій.

Об'єктом дослідження була особистість провізора і студента-випускника фармацевтичного факультету. За допомогою опрацьованих нами анкет зібрано первинну інформацію про гендерні особливості мотивації навчання та поведінки фармацевтичних працівників.

Дослідження гендерних особливостей фармацевтичного колективу проводили шляхом особистого спілкування, провівши сегментування респондентів на дві групи: студенти випускних курсів фармацевтичного факультету (54 анкети) і працівники практичної фармації (45 анкет).

Встановлено, що серед студентської молоді основними мотивами, що стимулюють навчання у дівчат, є можливість здобуття необхідного обсягу знань і отримання престижної професії (62,2% і 46,7% респондентів відповідно). Для хлопців престиж професії має значно менше значення (лише 22,2% опитаних), більшість з них бажають здобути фахові знання і просто отримати диплом про вищу освіту (по 55,6%). Плани на майбутнє у студентів майже однакові: на



першому місці стоїть робота і кар'єрний ріст (по 66,7% респондентів), на другому – створення сім'ї (42,2% і 44,4% у дівчат і хлопців відповідно).

Більшість опитаних нами працівників практичної фармації працюють у колективах, у яких переважають жінки (96,4%). Водночас варто зауважити, що керівниками у 60,0% респондентів є чоловіки.

У рейтингу компетенцій, якими краще володіють чоловіки, на першому місці знаходяться стратегічне мислення і прийняття рішень, так вважають 60,0% опитаних нами жінок і 53,1% чоловіків. На думку респондентів, чоловікам притаманні організаторські здібності та аналітичне мислення, а також самоконтроль і уникнення конфліктних ситуацій (по 46,7%). Серед професійних характеристик чоловіків опитані нами провізори відзначили амбітність, цілеспрямованість, орієнтацію на результат, а також емоційну стабільність (60,0%, 55,6%, 53,3% і 46,7% відповідно).

Більшість респондентів вважають, що основними компетенціями жінок-провізорів є турбота про порядок і акуратність, а також допомога і обслуговування пацієнта (75,6% і 73,3% відповідно). На думку опитаних, жінкам притаманні насамперед такі професійні характеристики, як старанність, фахові знання, комунікабельність і відповідальність (84,4%, 57,8%, 55,6% і 46,7% відповідно).

Окремим фрагментом дослідження був аналіз ситуативної поведінки осіб різної статі під час професійних комунікацій. Понад половину респондентів вважають, що чоловіки проявляють домінування, самоствердження, водночас демонструючи спокій і виваженість (по 51,1%), для жінок притаманні насамперед партнерство, також їм властива емоційність і жестикуляція (55,5% і 53,3% опитаних відповідно).

Отже, гендерне різноманіття фармацевтичного колективу розширює палітру професійних компетенцій, створюючи можливості реалізації кожного співробітника у різних ситуаціях. Тож успіх на боці тих, хто намагається утримувати баланс.

## **АНАЛІЗ ОПОДАТКУВАННЯ ПДВ ОПЕРАЦІЙ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ**

Мороз С.Г., Нгуєн Т.Ч.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[m.sg@ukr.net](mailto:m.sg@ukr.net)

ПДВ залишається одним з найпоширеніших податків у світі, що обумовлено його потужним фіскальним та регуляторним потенціалом. В Україні у 2018 р. за рахунок ПДВ було забезпечено 38% податкових надходжень до бюджету. Цей податок забезпечує стабільні надходження до навіть у періоди кризи та за умов нестабільності економіки, оскільки споживачі навіть за зниження попиту все одно купують мінімально необхідний обсяг товарів, робіт, послуг. Це стосується і лікарських засобів (ЛЗ), оскільки вони відносяться до життєво-необхідних товарів, а тому потреба у їх придбанні присутня постійно через необхідність лікування та профілактики захворювань.

Метою дослідження є аналіз рівня оподаткування ПДВ в Україні та за кордоном.

В Україні досить довгий час операції з реалізації ЛЗ перебували на пільговому режимі оподаткування ПДВ та були звільнені від нього. Дискусії відносно введення ПДВ на ЛЗ в Україні велися постійно, з боку уряду наводилися вагомні аргументи щодо ефективності його введення, але фармацевтична громадськість, виробники фармацевтичної продукції, науковці, спеціалісти аптечної мережі надавали фахове обґрунтування негативних наслідків такого введення. З березня 2014 р. було запроваджено 7% обкладання ПДВ на операції з ЛЗ. З точки зору соціального захисту громадян, як частини державної політики, ЛЗ мають бути економічно доступними для всіх верств населення. Тобто, під час реалізації цієї групи товарів повинні включатись не тільки фіскальні, а й регуляторні чинники, які б захищали їх доступність для населення. У законодавстві ЄС зазначено, що фармацевтична продукція, яка застосовується в охороні здоров'я для профілактики і лікування захворювань,

може оподатковуватися за зниженою ставкою ПДВ. Таким чином, у країнах ЄС ЛЗ обкладаються ПДВ за зниженою ставкою (рис. 1).

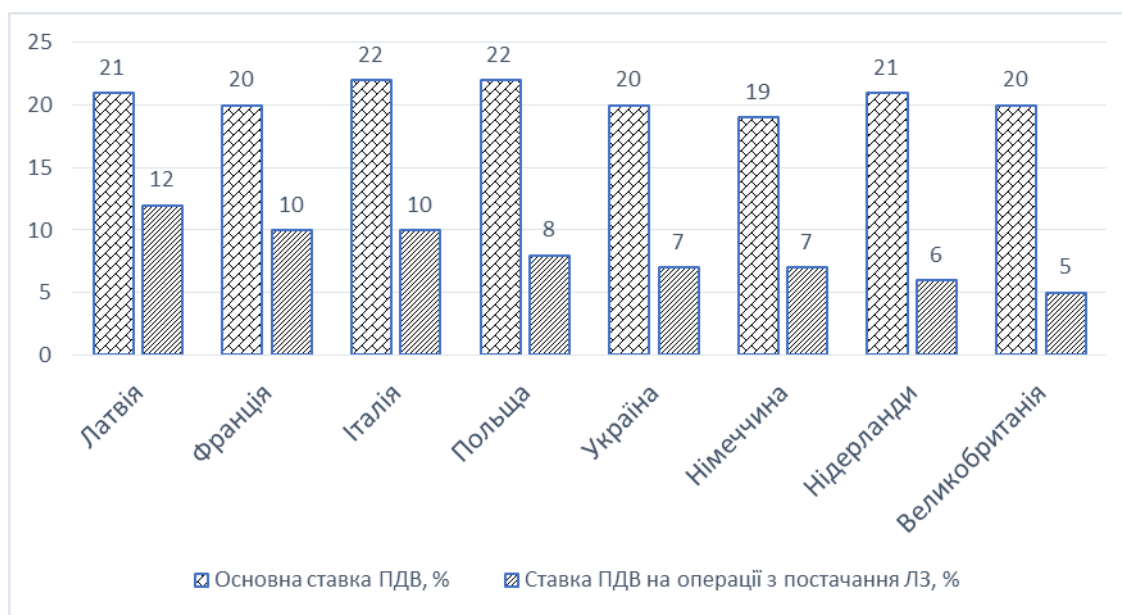


Рис. 1. Рівні ПДВ в Україні та деяких країнах світу

Як свідчать дані, в країнах ЄС рівень ПДВ на лікарські засоби істотно варіює. В деяких країнах з урахуванням стану економіки, наявності соціальних стандартів використовується диференційованість ставок. Так, у Франції реімбурсовані ЛЗ обкладаються ПДВ на рівні 2,1%, нереімбурсовані – 7%. У ряді країн використовується диференційована ставка ПДВ на рецептурні і безрецептурні ЛЗ. Можна припустити, що коли країна не має потреби у максимальній реалізації фіскального потенціалу ПДВ, це характеризує високий рівень життя громадян, оскільки ПДВ є податком споживання.

Варто відмітити, що в розвинутих країнах чимала частка витрат на ЛЗ покладається на державу, а також приватні страхові компанії. В Україні ситуація кардинально відрізняється – майже всі ЛЗ громадяни придбавають за власні кошти, і це в умовах, коли витрати на ліки в нашій країні становлять лише 22% від середньоєвропейського показника. Проте навіть в країнах ЄС до впровадження ПДВ підходили поступово, адже зростання цін на ЛЗ впливає на функціонування всієї системи охорони здоров'я.

# АНАЛІЗ ЦІН НА ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

Немченко А.С., Куриленко Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є одними з найбільш поширених хвороб сучасності поміж працездатного населення. За прогнозами ВООЗ до 2030 р. близько 23,6 млн. осіб помре від ССЗ. Найбільш розповсюдженими серед ССЗ є ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ). Наприклад, в Україні кількість хворих на ССЗ збільшилась майже на 30% у 2018р., в порівнянні з 2013 р. а у Великобританії - на 13,9% відповідно. Тому актуальності набуває своєчасна діагностика, профілактика та лікування даної нозології, яке є тривалим та витратним.

Метою дослідження став аналіз цін на лікарські засоби (ЛЗ), які рекомендовані для лікування ССЗ у Великобританії.

У дослідженні були використані матеріали ВООЗ, Британський національний формуляр ЛЗ (BNF), Public Health England, Державний формуляр лікарських засобів України. Методами були обрані аналітичний, статистичний та графічний.

У зв'язку з постійним ростом захворюваності на хвороби серця, обов'язковим є оновлення та доповнення вже існуючої інформації у протоколах лікування хворих за даним напрямком. Так, нами для дослідження ринку ЛЗ для лікування ССЗ у світі був використаний BNF, який є зразковим для національних та міжнародних організацій у площині інформування профільних працівників щодо проведення фармакотерапії. Лікування ІХС та ГХ у Великобританії відбувається відповідно до протоколів CG127 – «Hypertension in adults: diagnosis and management» та CG126 «Stable angina: management», а в Україні відповідно до уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Артеріальна гіпертензія», що затверджений наказом МОЗ України №384 від 24.05.2012р. та «Стабільна ішемічна хвороба серця» наказ МОЗ №152 від 02.09.2016р. (стабільна стенокардія). Виявлено, що в Україні відсутня реєстрація на 42 міжнародні непатентовані назви ЛЗ, які використовуються у Великобританії для лікування ССЗ. Ціновий діапазон на окреслені ЛЗ представлений у таблиці.

*Таблиця*

**Аналіз цін на ЛЗ рекомендовані для лікування ССЗ у Великобританії  
(які не мають реєстрацію в Україні)**

<b>МНН</b>	<b>Ціна, долл. США</b>	<b>МНН</b>	<b>Ціна, долл. США</b>	<b>МНН</b>	<b>Ціна, долл. США</b>
Тирофібан	382,37 – 764,75	Ацебуталол	6,51 – 25,12	Колесевелам гідрохлорид	11,92 – 19,64
Амбрісентан	83,63 – 96,67	Колестіпол	19,71 – 39,29	Дронедарон	88,39- 112,21
Бендамустін гідрохлорид	113,17– 189,19	Ціклопентіазід	12,11 – 35,64	Еноксімон	–
Бендрофлумет іазид	19,64 – 45,78	Данапароїдий Натрій	113,32– 142,00	Езетіміб	34,45 – 55,11
Бівалірудин	304,46 – 512,02	Дантролен натрій	134,05 –155,01	Фракція сухих факторів VIII октоког альфа	–
Целіпролол гідрохлорид	17,69 – 21,67	Дизопірамід	22,09 – 43,31	Флектанід ацетат	12,54 – 19,65
Гуанетидин моносультат	74,64 – 124,76	Допексамін	32,74 – 43,04	Геморіброзіл	23,11 – 29,00
Імідапріл гідрохлорид	8,38 – 13,12	Тінзапарін	23,76 – 68,09	Гидралазин гідрохлорид	13,25 – 37,32
Ісрадіпін	145,35– 178,12	Тріамтерен	36,29 – 52,35	Інозітолнікоті над	11,21 – 33,45
Надолол	0,50 –	Аципимокс	60,67 –	Лепірудін	12,00 –

	0,89		120,11		38,74
Левобунолол гідрохлорид	140,12–178,11	Амілорид гідрохлорид	5,68 – 12,34	Метарамінолом	51,12 – 67,44
Нікардипін гідрохлорид	64,17 – 78,57	Безафібрат	11,31 – 39,29	Нікардипін	7,86 – 13,10
Окспренолол	7,03 – 20,06	Бозентан	9,00-23,11	Піндолол	7,66 – 19,64
Фенотоламін	14,33 – 51,59	Буметанід	113,27 –167,72	Ціпрофібрат	137,50-153,21

Було встановлено, що найбільш дешевшим є ЛЗ Надолол його ціна варіювалась від 0,50 до 0,89 долл. США за упаковку, а найбільш коштовним є Тирофібан з ціною від 382,37 до 764,75 долл. США відповідно. Також нами був розрахований показник коефіцієнту варіації ціни (рис.).

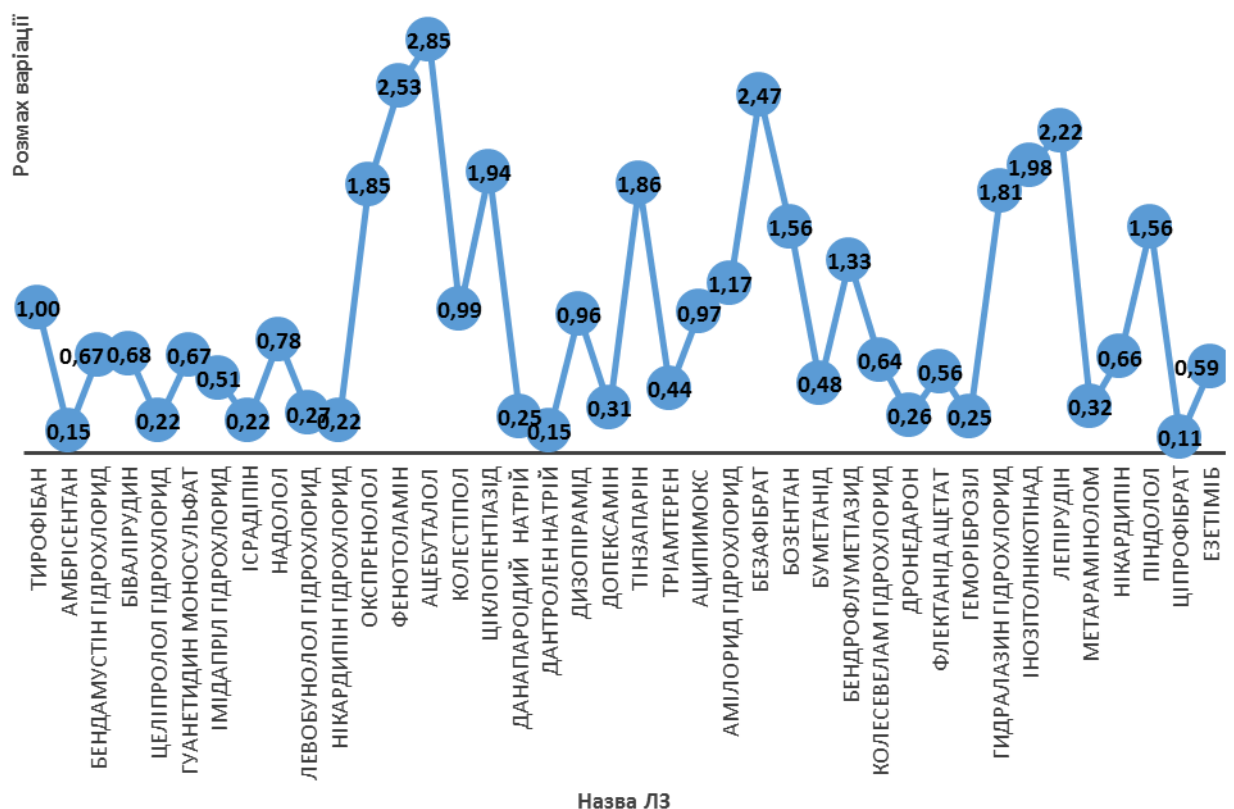


Рис. Показники варіації ціни на ЛЗ, які рекомендовані для лікування ССЗ у Великобританії

Згідно проведеного розрахунку, встановлено, що найбільший показник розмаху варіації був для ЛЗ Ацебуталол – 2,85, а найменший для препарату Ціпрофібрат – 0,11 відповідно.

Підсумовуючи проведені дослідження слід наголосити, що в Україні потрібен систематичний моніторинг лікарських призначень та оновлення інформації, наявної у протоколах лікування ССЗ відповідно до сучасних тенденцій терапії, зокрема зазначених у BNF. Реалізація даного моніторингу можлива за допомогою інструментів оцінки технологій охорони здоров'я (Health Technology Assessment — HTA).

## **РОЛЬ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ФОРМУВАННІ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ НА ЛІКИ В ПОЛЬЩІ ТА СВІТІ**

Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О., Жиро Д.

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Технологічні інновації в галузі охорони здоров'я (ОЗ) протягом останніх п'яти десятиліть набувають все більшої популяризації та актуальності. В останні роки прориви в самих різних областях допомогли поліпшити надання медичних послуг та показали позитивні результати у лікуванні пацієнтів, включаючи: протівірусні препарати, протигрибкові, антидіабетичні, антигіпертензивні, протиревматичні, вакцини, терапію раку, управління серцевим ритмом, інвазійну хірургію, заміну суглобів, управління болем, контроль інфекцій і розвиток інформаційних технологій в області ОЗ.

Метою дослідження є визначення ролі оцінки технологій ОЗ у формуванні цінової політики на ліки в Польщі та світі. У роботі були використані методи: збору та обробки наукової інформації; аналітичний, ілюстраційний, тощо.

Економічна криза, які призвела до зниження доступності ліків та виробів медичного призначення, негативно відобразилась на демографічних показниках країни та зниження відсотку працездатного населення. У зв'язку з цим постає питання антикризових заходів, зокрема, використання напрямів оцінки технологій ОЗ. Прийняте визначення інноваційності, засноване на доданій корисності конкретної технології по відношенню до стандартної терапії, може бути оцінене лише за допомогою порівняльного аналізу ефективності та безпеки на основі наявних найкращих фактичних даних: досягнення Кокранівської співпраці, численних агентств оцінки технологій ОЗ дозволяють зробити висновок про те, що можна оцінити інноваційність нових технологій ОЗ і користь втручання виключно на основі систематичного огляду відповідних рандомізованих клінічних досліджень. Оцінка технологій ОЗ дозволяє вказати варіанти лікування, ефективність яких не доведена або які



просто шкідливі. Такі варіанти не повинні прийматися до уваги в ході наступних етапів прийняття рішень. Розглядатися повинні лише дійсно ефективні види терапії (табл.).

Таблиця

Аналіз основних напрямків оцінки технологій ОЗ в країнах світу та Польщі

Напрямки оцінки	Австрія	Австралія	Бельгія	Канада	Швейцарія	Німеччина	Фінляндія	Франція	Голландія	Норвегія	Польща	Швеція	Велика Британія
Терапевтична корисність	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Користь для пацієнта	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Рентабельність	+	+	+	+			+		+	+	+	+	+
Вплив на бюджет		+	+	+			+	+	+	+	+		+
Інноваційність	+		+	+				+	+				+
Присутність альтернативних методів лікування	+	+							+			+	+
Наявність нових технологій				+						+		+	+
Вплив на громадське здоров'я				+				+					
R&D (Research & Development)	+	+					+						

Так, було встановлено, що всі зазначені країни використовують оцінку терапевтичної корисності та оцінку користі для пацієнтів. Показник рентабельності не використовує Швейцарія, Німеччина та Франція, а вплив на бюджет не бере до уваги при прийнятті рішень - Австрія, Швеція, Швейцарія та Німеччина. Альтернативні методи лікування використовує Австрія, Австралія, Голландія, Швеція, Велика Британія, а наявність нових технологій – Канада, Норвегія, Швеція, Велика Британія. Вплив на громадське здоров'я використовує Канада та Франція, а R&D (Research & Development) або дослідження та технологічні розробки тільки Австрія, Австралія та Фінляндія.

У зв'язку зі збільшенням витрат на ОЗ та постійно зростаючим числом різних технологій ОЗ, що з'являються на ринку, фінансування всіх нових технологій не є завжди можливим. А отже, оцінка ефекту конкретної технології доцільна тільки в порівнянні з діючими стандартами лікування або в обґрунтованих випадках.

## АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПОЛЬЩІ

Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О.,  
Слабушевська А.  
[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Розвиток, прийняття та поширення технологій все більшою мірою залежить від політики в секторі охорони здоров'я (ОЗ). Виробники медичних продуктів, регулятори, клініцисти, пацієнти, лікарі, платники, політичні та урядові лідери все частіше потребують обґрунтованої інформації для прийняття рішень про те, чи слід розробляти та впроваджувати ту чи іншу медичну технологію.

Зростання та розвиток технологій ОЗ в розвинених країнах світу, зокрема у Польщі допомагає встановленню обґрунтованих та соціально орієнтованих цін на ліки, витрати на які складають значну частину з бюджету пацієнта.

Метою дослідження став аналіз досвіду впровадження систем оцінки технологій здоров'я в Польщі. У дослідженні були використані матеріали наукових керівництв та звітів міжнародних організацій з оцінки технологій охорони здоров'я. Методами було обрано: аналітичний та узагальнення інформації.

До розвитку систем оцінки технологій ОЗ мають відношення чотири основних напрямки дослідницької методології: політика, економічна оцінка або аналіз, доказова медицина, соціальні та гуманітарні науки.

Так, державна політика щодо розвитку системи технологій ОЗ у Польщі регламентує засади, що закріплені у нормативно-правових документах. Наприклад, створення мережі закладів охорони здоров'я, здійснення громадського та державного контролю за суб'єктами господарювання у секторі ОЗ, орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, організація фармацевтичної та медичної допомоги, поєднання досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я, тощо.

Економічний аналіз спрямований на соціально-економічні наслідки впровадження та реалізації технологій ОЗ, такі як профілактика соціально небезпечних хвороб, які пов'язані з поверненням хворих на ринок праці.

Доказова медицина у системі оцінки технологій охорони здоров'я тісно пов'язана з клінічними дослідженнями. Клінічні дослідження складається з наступних етапів та питань: визначення клінічної проблеми, пошук джерел медичної інформації (наявних досліджень), відбір отриманих публікацій та кваліфікації для аналізу, оцінка надійності обраних досліджень та аналіз неоднорідності, якісні і кількісні накопичення результатів наукових досліджень, висновки та обговорення.

Соціальні та гуманітарні науки є невід'ємною частиною у системі оцінки технологій охорони здоров'я, зокрема у процесі прийняття рішень та складання керівництв. Це характерно широким колам політики та громадськості, соціальних інститутів, сфер життя суспільства.

У Польщі оцінка технологій ОЗ є основою для прийняття різних рішень в сфері ОЗ, у тому числі: при розподілі ресурсів, змісту страхового пакету відшкодування, інвестицій в ОЗ, акредитації медичних та аптечних закладів, змін у законодавстві, ціноутворення в області технологій ОЗ та процесів реімбурсації, розробки головних принципів клінічної практики, виявлення проблем і напрямків досліджень і розробок, профілактика та зміцнення здоров'я населення.

Методи системи оцінки технологій ОЗ динамічно розвиваються, а сфера їх застосування стає все більш різноманітною. Підвищений попит на технологію ОЗ, зокрема, з некомерційних та приватних секторів, а також з державних установ, підштовхує до розробки більш систематичних і прозорих процесів оцінки та звітності для різних користувачів. Фахівці з оцінки технологій ОЗ повинні не тільки стежити за змінами на місцях, а й мати значні можливості для сприяння їх модифікацій та розвитку, у тому числі, вдосконалення доказової бази у ході прийняття адміністративних та управлінських рішень.

## **АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ РЕФЕРЕНТНИХ ЦІН НА ЛІКИ В ПОЛЬЩІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ**

Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О., Чубак П.

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Сучасна фінансово-економічна та епідеміологічна ситуація в країнах світу викликала загострення проблем забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню, як найважливішої складової соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я (ОЗ). Останні законодавчо-правові зміни свідчать, що в якості антикризових заходів, є намір прийняти механізми більш впливового цінового регулювання та контролю за цінами на лікарські засоби (ЛЗ) і виробни медичного призначення (ВМП). Проте, як свідчить практика, такі заходи призводять до дисбалансу всієї системи фармацевтичного забезпечення, погіршення показників не лише економічної, а й фізичної доступності ліків, в наслідок чого відбувається суттєве зниження ефективності медичної допомоги в країні.

Таким чином, метою нашого дослідження було вивчити та проаналізувати сучасні підходи до встановлення референтних цін на ЛЗ у країнах ЄС та Польщі. У ході аналізу були використані матеріали відкритих інформаційних баз та звітів країн світу, що зазначені у збірниках ВООЗ та ЮНІСЕФ. Спираючись на вищезгадане методами дослідження були обрані аналітичний та узагальнення інформації. Референтне ціноутворення у свою чергу є дієвим інструментом у процесі встановлення цін на соціально важливі ЛЗ. Для забезпечення доступності ЛЗ урядові органи країн Європи провадять контроль за цінами на ЛЗ на різних рівнях, зокрема: на рівні виробника, оптової торгівлі та на рівні аптеки.

За результатами проведеного аналізу ступеню контролю за цінами на рівні виробника встановлено, що 8 країн-членів ЄС (менше 30 %) не мають прямого контролю за цінами, це - Німеччина, Латвія, Данія, Фінляндія, Голландія, Польща, Швеція та Велика Британія. Кіпр та Мальта використовують обмежений контроль за цінами на рівні виробника. На Мальті ціни на ЛЗ контролюються лише у державному секторі, а на Кіпрі – тільки для вітчизняних

препаратів. У країнах, які здійснюють прямий контроль за цінами на ЛЗ, найбільш поширена політика державного регулювання цін – Франція, Японія, Фінляндія. У країнах Європи має місце державне регулювання цін не тільки на рівні виробника. Таке регулювання здійснюється також на рівні дистриб'юторів та аптек. У більшості європейських країн контроль за цінами на рівні виробника застосовується для ЛЗ, вартість яких відшкодовується. Так, у 10 з 19 (53%) країн-членів ЄС, що мають контроль за цінами на ЛЗ на рівні виробника є політика відшкодування вартості ЛЗ, які входять до певного переліку (частіш за все до переліку основних ЛЗ). У 5 країнах (26 %), що досліджуються, ця політика застосовується для усіх ЛЗ (наприклад, у Греції). Регулювання оптової націнки на рівні дистриб'ютора не застосовують такі країни, як: Данія, Фінляндія, Голландія, Швеція та Велика Британія. Кіпр та Мальта мають оптові націнки лише у приватному секторі. Також, на Кіпрі націнки на оптову реалізацію застосовуються лише для ЛЗ вітчизняного виробництва. Якщо націнка на оптову реалізацію не застосовується, можливо встановлення націнки за домовленістю між виробником та оптовою компанією як, наприклад, у Фінляндії та Швеції та інколи у Японії.

Роздрібні націнки аптек регулюються в усіх країнах ЄС, однак різною мірою. У більшості європейських країн схеми роздрібних націнок охоплюють усі ЛЗ, у той час як у деяких країнах, наприклад Румунії та Німеччині, вони застосовуються лише для окремих груп ЛЗ (рецептурних). У деяких країнах (наприклад, Латвії) є різні націнки для різних видів ЛЗ. Регресивні націнки більш поширені, ніж лінійні. На рівні аптек шість країн використовують фіксовані внески або оплату за послугу - Голландія, Словенія, Ірландія, Швеція та Велика Британія. Швеція використовує фіксовані внески лише для препаратів генериків.

Проведений аналіз встановив, що менше 30 % країн-членів ЄС не мають прямого контролю за цінами на рівні виробника, а у більшості країн контроль за цінами на рівні виробника застосовується для ЛЗ, вартість яких відшкодовується.

## СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ ВОЗМЕЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В СТРАНАХ МИРА И МАРОККО

Немченко А.С<sup>1.</sup>, Немченко О.А<sup>2.</sup>, Зарук Хамза

<sup>1</sup>Кафедра организации и экономики фармации

<sup>2</sup>Кафедра социальной фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

По данным ВОЗ более 70 млн. человек живут за чертой бедности (расходуют менее 2,15 доллара США на человека в день) и более 170 млн принадлежат к малообеспеченным (2,15-4,3 доллара США на человека в день). Многие страны Центральной и Восточной Европы, Северной Африки со средними и низкими доходами, а также страны СНГ находятся в кризисной ситуации. Постоянный рост заболеваний и недоступность лекарственных средств (ЛС) напрямую влияет на социально-экономические показатели в стране. Поэтому государственное регулирование цен на ЛС и наличие системы возмещения их стоимости приобретает все большей актуальности.

Цель исследования – анализ существующих систем государственного возмещения средств в странах мира и Марокко.

В работе были использованы материалы ВОЗ, Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Методами были выбраны аналитический и обобщения информации.

Таким образом, наличие в стране системы возмещения оказывает существенное влияние на цену и доступность ЛС для малообеспеченных слоев населения. Анализ выборки из 21 страны показал, что существуют различные системы разделения оплаты между пациентом и государством или страховой компанией.

Например, в странах Европейского союза в частности в Германии возмещается более 90% стоимости ЛС (при этом если лекарство стоит более 100

евро возмещение осуществляется на 100%, а если менее 5 евро – то возмещение не проводится). В Болгарии более 75% стоимости за ЛС возмещается, а в Литве частичное возмещение осуществляется индивидуально для каждого отдельного пациента в зависимости от нозологии и страхового случая. В Нидерландах происходит 100% возмещение стоимости ЛС, если они относятся к базовому перечню страхования, а в Дании 100% возмещения возможно если выбран самый дешевый аналог препарата. В Польше, Финляндии, Франции, Испании, Австрии – возмещение осуществляется возможно от 35 до 100% в зависимости от группы ЛС и заболевания. В Великобритании - 100% возмещение рецептурных лекарств, доплата пациентом за остальные лекарства фиксированная и составляет 6,1 фунтов стерлингов, при этом 80 % населения освобождено от доплат. В Венгрии возмещение составляет 10% от стоимости препарата, а в Швеции возмещается треть стоимости на рецептурные препараты и возможно применение скидок и бонусов. В Китае возмещение расходов на ЛС строго фиксировано по определенному перечню страховых препаратов. В Марокко возмещение стоимости варьируется от 70% до 90% в зависимости от страхового случая и покрывается с помощью Национального фонда социального страхования.

В странах СНГ, например, в России льготные слои населения получают лекарства бесплатно, при участии в определенных государственных программах. В Армении на большую часть лекарств действуют льготы или 100% возмещение, в Туркменистане на отечественные препараты из специального перечня происходит возмещение до 90% стоимости, а в Кыргызстане возмещение до 50% стоимости только по 70 препаратам. Казахстан и Молдова используют частичное возмещение для определенных заболеваний. В Украине возмещение происходит согласно Государственной программе «Доступные лекарства», часть ЛС из программы – бесплатна, а часть с небольшой доплатой.

В целом следует отметить, что во всех исследуемых странах существует политика возмещения стоимости за ЛС, при этом в большинстве стран действует система обязательного медицинского страхования.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІТЕРАТУРНОГО ОГЛЯДУ ПЕРЕВАГ ТА МОЖЛИВИХ РИЗИКІВ ВАКЦИНАЦІЇ

Немченко А.С., Подгайна М.В., Проценко О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Імунізація населення — це основа збереження суспільного здоров'я. Імунізація шляхом вакцинації має на меті значне зниження частоти захворювань, що викликаються різними збудниками. На даний час не існує вакцин від всіх видів інфекцій, але до багатьох з них створені і успішно застосовуються дані методи захисту, наприклад, вакцини проти туберкульозу, гепатиту, коклюшу, дифтерії, правця, сказу, поліомієліту, краснухи, вітряної віспи, епідемічного паротиту, кору і інші. Вся історія людства невіддільна від чисельних епідемій, що постійно виникали на нашій планеті.

Основні стратегічні цілі та напрямки діяльності галузі охорони здоров'я щодо планової вакцинопрофілактики населення країн світу визначено в Глобальному плані дій по відношенню до вакцин, який було затверджено 26 травня 2012 р. на 65 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Цим документом період 2011-2020 рр. проголошується Десятиріччям вакцин.

Задача Глобального плану дій - це покращення здоров'я, завдяки поширенню до 2020 року і наступного періоду всебічних переваг від імунізації населення. Проаналізувавши статті і дані щодо вакцинації, нами встановлено, що науковці по всьому світу працюють над створенням нових вакцин, максимально безпечних і ефективних, як приклад можна назвати: ДНК-вакцини; “мозаїчна” вакцина; вакцина проти вірусу імунодефіциту; вакцина у формі пластира з мікроголками від грипу; “їстівні” вакцини; вакцина по принципу “льодяникової технології”; універсальна вакцина. Крім того йде постійне вивчення і покращення вже існуючих препаратів.

Одночасно, можна виділити деякі загальні твердження противників



вакцинації, а саме: зменшення чи збільшення тієї чи іншої епідемії практично не залежить від загальної вакцинації населення чи відмови від неї; щеплення руйнує природний імунітет; вакцини містять токсичні речовини, так як сучасні технології не дозволяють зробити їх чистими у повному обсязі; деякі вакцини і їх вплив на організм до цих пір ще достатньо не вивчені.

Разом з тим, що ефективність сучасних вакцин наближається до 100%; щеплення від деяких захворювань дають імунітет на все життя; наслідки від вірусної хвороби можуть більш економічно обтяжливі та мати більш тяжкий перебіг; щеплення дають імунній системі додаткову інформацію щодо вірусних агентів.

Підсумовуючи, варто зазначити, доцільність та необхідність вакцинації населення на глобальному рівні підтверджується багатьма міжнародними дослідженнями, результати яких визнані науковою спільнотою та фахівцями системи охорони здоров'я. як достовірні. У міжнародній практиці забезпечення повного охоплення населення вакцинацією здійснюється шляхом провадження та забезпечення функціонування наступних засад:

- активна просвітницька діяльність міжнародних та урядових комісій, що пропагують вакцинацію;
- безоплатне та безперебійне забезпечення вакцинами;
- потужна державна підтримка біотехнологічної галузі, винайдення нових вакцин та удосконалення наявних, наукові розробки з отримання комбінованих вакцин.

Подальші дослідження за даною тематикою включатимуть розширення та оновлення аналітичних даних, опублікованих вітчизняними науковцями, щодо рівня охоплення населення вакцинацією в Україні та аналіз сучасного вітчизняного ринку вакцин.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ СОЦІАЛЬНОЇ БАЖАНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Немченко А.С., Тетерич Н.В., Куриленко Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Сучасний процес трансформації вітчизняної економіки й формування нового якісного стану зайнятості висуває все більш зростаючі вимоги до особистості фахівців. При цьому відвертість людей є одним з ключових показників, вельми необхідних для професій за типом «людина-людина», до яких належить і фармацевтична діяльність, адже час від часу люди підносять себе не такими, якими вони є насправді, що може мати негативний ефект у міжособистісній взаємодії. Найчастіше це обумовлено тим, що вони бажають отримати схвалення з боку оточуючих.

Отже, дослідження показників соціальної бажаності фармацевтичних працівників є вельми актуальним та повинно базуватись на пошуку дієвих мотивів і стимулів до підвищення ефективності праці. Крім цього аналіз рівня задоволеністю працею фармацевтичних фахівців висвітлює їх самовідчуття у робочому середовищі та безпосередньо визначає місце у групі.

Задля вирішення поставленої мети нами було вибірково опитано провізорів 5 аптек різних районів м. Харків за психологічною методикою Д. Кроуна- Д. Марлоу, що визначає рівень самооцінки соціальної бажаності, тобто міру потреби людини у схваленні іншими. До опрацювання було прийнято 30 заповнених опитувальних тест-листів за вказаною методикою.

Показник соціальної бажаності відіграє провідну роль у питанні трудової мотивації фахівців. Достатній (оптимальний) рівень потреби спеціаліста у схваленні свідчить про готовність людини відповідати соціально очікуваним нормам. Такі працівники сумлінно ставляться до своєї роботи та вміють контролювати можливі агресивні реакції з боку опонентів. Навпаки, низькі або

завищені показники соціальної бажаності можуть свідчити як про неприйняття традиційних норм, так і про зайву вимогливість до себе.

Отже, результати тестування фармацевтичних фахівців за вказаною методикою показали наступне: переважна більшість респондентів – 19 фахівців (63,33%) мають середній рівень мотивації до схвалення. Ці фахівці прагнуть виглядати в очах оточуючих такими, якими є насправді, що властиво більшості людей (рис.).

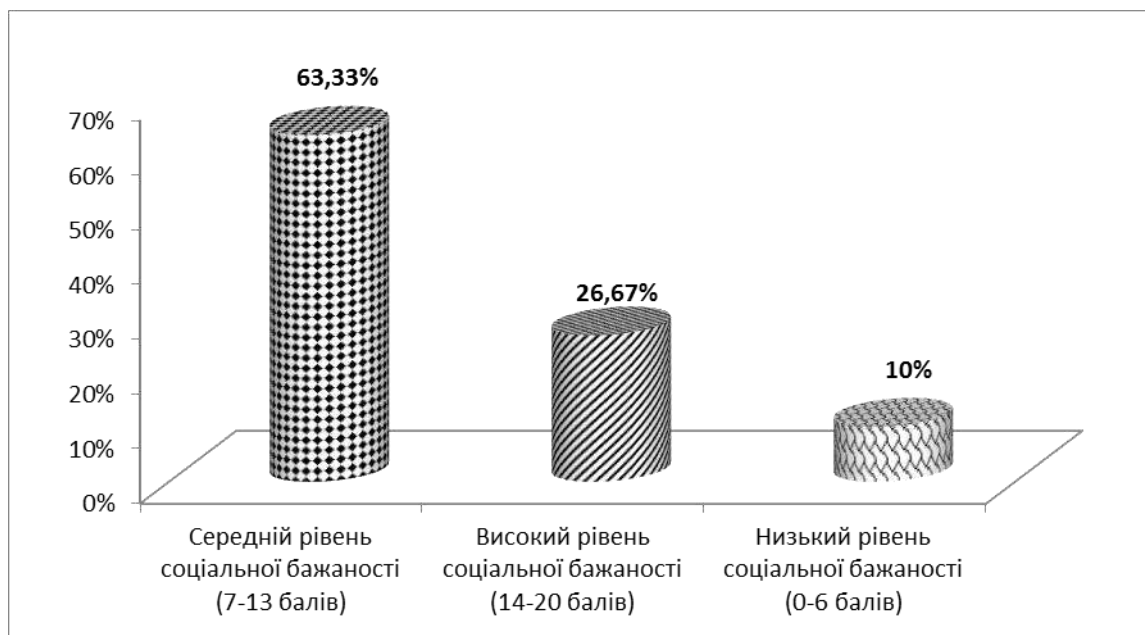


Рис. Характеристика рівня соціальної бажаності (мотивація до схвалення) за методикою Д. Кроуна-Д. Марлоу

При цьому 8 опитаних респондентів (26,67%) мають високий рівень соціальної бажаності, що свідчить про категоричність думок фахівців до самих себе. Даним працівникам необхідно рекомендувати більше особистої розкритості та довіри до оточуючих. Нарешті, 3 опитаних фахівців (10%) мають низький рівень соціальної бажаності. Їм не властива категоричність думок на свою адресу, що інколи може ставити їх поза соціальними зв'язками і соціальним схваленням. Таким чином, прагнення до схвалення є одним з найсильніших елементів мотиваційного напрямлення в житті кожної людини, характер якого буде висвітлювати мотиви його дій та відобразатись на їх результатах.

## **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ МІЖСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Немченко А.С., Тетерич Н.В., Куриленко Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Наразі здатність налагоджувати й підтримувати належний рівень міжособистісних комунікацій постає однією з головних складових високого професійного рівня фахівця у будь-якій галузі. Особливо гострим це питання постає для професій, діяльність яких пов'язана із взаємодією з людьми, до яких відноситься й фармацевтичний фах, адже здатність до налагодження ефективної взаємодії з оточуючими є професійно необхідною якістю сучасного провізора і однією з основних складових його професійної компетентності. Слід відмітити, що невміння фахівців вірно трактувати повідомлення опонентів, їх особиста звичка до опору у міжособистісній взаємодії часто призводить до суперечок, виправдань і сперечання з оточуючими, знижує рівень командної ефективності та є основними атрибутами неефективних комунікацій. Зазвичай, це призводить до втрати постійних клієнтів та псування іміджу аптечного закладу. Саме тому дослідження показників, що характеризують здатність фармацевтичних працівників до побудови ефективних міжособистісних стосунків є вельми актуальним.

З метою визначення факторів, що впливають на ефективність зазначених показників, нами було опитано 30 фахівців 10 аптек міста Харкова за психологічною методикою В. Шутца, що дозволяє визначити типи їх міжособистісної поведінки. Зазначена методика дозволяє вимірювати декілька параметрів. Насамперед, нас цікавив параметр «включення» даної методики, результати якого висвітлюють здатність респондентів до створення і підтримки належних відносин з іншими людьми, що сприяє виникненню взаємодії і співпраці у подальшому і є запорукою ефективних взаємних стосунків. Параметр «включення» висвітлює бажання подобатися, привертати увагу та викликати

інтерес. На емоційному рівні «включення» є потребою створювати і підтримувати почуття взаємного інтересу у спілкуванні. Результати тестування за параметром «включення» становили наступне: 5 респондентів (16,67%) схильні до уникнення взаємодії, тобто мають труднощі міжособистісного спілкування. При цьому більшість опитаних – 16 (53,33%) не мають труднощів у міжособистісному спілкуванні. Інші фахівці (30%) – 9 респондентів мають граничні показники міжособистісної взаємодії в залежності від конкретної ситуації.

Таким чином, отримані результати за шкалою «включення» дозволили виділити фахівців з наступними типами міжособистісної взаємодії: соціально вирівняний тип – 25 опитаних (83,33%). Ці фахівці впевнено почуваються як на самоті, так і з людьми, здатні на ризик і входження в різні групи, але можуть уникати взаємодії, якщо вважають це недоречним. У цілому дані фахівці відчують власну значущість та, як правило, щиро цікавляться іншими. Налагодження контактів з оточуючими для них, як правило, не становить труднощів. Інші респонденти – 5 (16,67%) відносяться до спеціалістів із соціально-дефіцитним типом. Зазвичай ці фахівці намагаються зберегти певну дистанцію з оточуючими, що свідчить про їх внутрішній страх бути неприйнятими, тобто страх бути ізольованими. Як правило, при цьому люди почувають себе непотрібними, не здатними викликати інтерес і увагу оточуючих. Слід зауважити, що зазначений стан може супроводжуватися недоліком мотивації до життя, зниженням ентузіазму у досягненні цілей, що потребує відповідної корекції.

Таким чином, результати опитування фармацевтів щодо міжособистісних відносин можуть допомогти підвищити задоволеність працею та покращити її результативність, адже лише розуміння власної потреби в спілкуванні з іншими людьми, усвідомлення своєї поведінки і поведінки інших людей допоможе використовувати більш ефективні засоби міжособистісних комунікацій та знайти альтернативні методи досягнення цілей.

## АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ РИНКУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ

Немченко А.С., Царьова К.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Практично всі аптеки провідних країн світу з високо розвинутою фармацевтичною промисловістю готують екстемпоральні лікарські засоби (ЕЛЗ). Нині у світі простежується тенденція до зростання екстемпорального виготовлення лікарських засобів. Так, в аптеках США, Німеччини та інших країн поряд з розвитком промислового виробництва ліків розвивається їх аптечне виготовлення з урахуванням індивідуального ставлення до кожного пацієнта-відвідувача. За даними Міжнародної фармацевтичної асоціації, обсяг виготовлення ліків в умовах аптек за останні роки має тенденцію до збільшення, оскільки з погляду біофармації такі ліки є ефективнішими від промислових аналогів внаслідок багатьох факторів, одним з яких є зменшення побічних явищ. Це особливо важливо для лікарського забезпечення дітей, зокрема в перший рік життя, хворих неврологічного профілю, а також людей, які страждають на алергію. В екстемпоральній рецептурі ефективніше реалізуються логістичні 5R-правила оптимальної фармакотерапії, які вимагають, щоб необхідний препарат у необхідній дозі належної якості був доступний пацієнту в необхідний час.

За повідомленням Міжнародної Фармацевтичної Федерації, практика виготовлення ліків в умовах аптеки поширена в Європі та Америці. Винятком є аптеки Португалії, де така послуга відсутня. У той же час в ряді країн: Австрії, Фінляндії, Франції, Німеччині, Великобританії, Угорщині, Японії, Австралії – всі аптеки надають повний спектр послуг, у тому числі і виготовлення ліків в умовах аптеки. В Ісландії, Італії, Норвегії – більшість аптек виготовляють індивідуальні ліки, а в Данії, Греції, Швеції – окремі аптеки. Висока якість екстемпоральних ліків забезпечується суворим дотриманням умов їх

виготовлення і чітким виконанням технологічного процесу, всі стадії контролюються згідно з вимогами, які в більшості країн встановлюються стандартами Належної аптечної практики (НАП) і Державними фармакопеями.

Відзначимо, що в Європейській Фармакопеї відсутні вимоги до ЕЛЗ за винятком уточнення технології приготування капсул “*ex tempore*”. Однак, статті і матеріали, що стосуються виготовлення лікарських засобів “*ex tempore*”, включені в національні фармакопеї багатьох європейських країн.

У Британську Фармакопею включено близько 120 приватних монографій на ЕЛЗ, представлених у розділі «*Formulated Preparations: Specific Monographs*». Чеська Фармакопея включає таблиці вищих разових і добових доз ЛЗ для дітей і дорослих, а також списку отрутних, наркотичних, психотропних і сильнодіючих лікарських речовин. Французька Фармакопея містить інформаційні дані по фармакологічній сумісності лікарських препаратів (Розділ VII.A. *Interactions medicamenyeuses*).

Крім національних фармакопей європейських країн, Фармакопея США також містить статті, у яких освітлений комплекс питань, що стосуються ЕЛЗ, наприклад, статті , <1161> *Pharmacy compound practices*, <1191> *Stability considirations in dispensions practice*, <1206> *Sterile drug products for home use* і ін. Вимоги до ЛЗ нерідко виділяють в окремі формуляри, наприклад, Нідерландський Аптечний Формуляр. Це свідчить про важливість фармакопейних стандартів якості для екстемпоральних ліків.

Перший документ по НАП «Стандарти качества аптечных услуг» був розроблений в 1991р. і прийнятий Міжнародною фармацевтичною федерацією (ММФ) в 1993р. На основі цього документу в 1996р. Фармацевтичною групою ЄС (ФГЄС) був розроблений документ по НАП (*Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy setting*) для Європи, в якому особлива увага приділялась країнам ЄС. В 1998р. він був виданий під назвою «Належна аптечна практика в комунальних і лікарняних аптеках» (*Good pharmacy practice in Europe. Pharmaceutical Group of the European Uniting PGEU, Community pharmacist*).

Деякі європейські країни вже використали ці документи при розробці та перегляді власних стандартів виготовлення лікарських засобів в умовах аптеках і успішно впровадили їх. Наразі представники 14 європейських країн, в рамках роботи Конвенції по фармацевтичним інспекціям, відповідно до положень Системи Співробітництва по Фармацевтичним Інспекціям (PIC/S) розглянули два документи, які регламентують виготовлення лікарських засобів в умовах аптек. Ці вимоги важко виконати навіть в аптеках ЄС, тому розгляду і вдосконаленню даних питань приділяється важлива увага.

Збереження номенклатури й асортименту ЕЛЗ аптечного виготовлення набуває особливої соціальної значимості і обумовлюється:

- необхідністю надання населенню повного спектру фармацевтичних послуг;
- відсутністю промислового виробництва деяких препаратів у зв'язку з обмеженим терміном придатності через нестабільність лікарських форм;
- можливістю вибору індивідуальної форми і дозування ЕЛЗ із урахуванням особливостей стану хворого і супутніх захворювань;
- необхідністю виготовлення лікарських форм для немовлят, дітей, геріатричних хворих за індивідуальними прописами;
- більш низькою вартістю (в країнах бувшого Союзу, зокрема Україні) порівняно із препаратами промислового виробництва, що робить доступними ЕЛЗ малозабезпеченим верствам населення;
- здатністю аптек швидко реагувати на зміну потреб закладів охорони здоров'я при екстремальних ситуаціях.



# ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАКОВАННЯ ТА МАРКОВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ

Ольховська В. М., \*Бреусова С. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

\* Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

breusova@ukr.net

В останні роки значно зросла актуальність проблеми якості медичних виробів, що реалізуються лікувальним установам та населенню.

Медичні інструменти - вироби, які призначені для проведення хірургічних маніпуляцій на органах і тканинах людського організму, з метою механічного впливу на них, а також певних дій з матеріалами, що вживаються при таких маніпуляціях.

Метою дослідження є аналіз сучасного асортименту тари та маркування для пакування медичних інструментів.

Сучасне пакування повинне відповідати не тільки підвищеним вимогам, гарантувати збереження якості продукції під час зберігання та транспортування, експлуатації, а й відповідному дизайну та зручності при користуванні споживачем.

Серед багатьох економічних і соціальних проблем, які вирішуються в суспільстві, проблема якості набуває особливого значення, в ній знаходить відображення ефективність виробництва, ступінь задоволення потреб населення, розвиток зовнішньоекономічних зв'язків. Якісний аналіз передбачає оцінку якісних характеристик товару для встановлення відповідності їх вимогам нормативних документів.

Для збереження якості особливе значення має пакування. Вибір необхідної тари для пакування залежить від матеріалу медичного інструмента, терміну зберігання, зручності при експлуатації та користуванні споживачем. Тому ми розглянемо асортимент споживчої тари для медичних інструментів.

Великі нестерильні медичні інструменти у більшості випадків пакують у картонні пачки, коробки або стандартні коробки з гладкого чи гофрованого картону. Якщо медичні інструменти невеликих розмірів, їх пакують по декілька одиниць (найчастіше від 5 до 10) у картонні коробки з комірками для кожного інструменту. Також пакування здійснюється у футляри, пенали, пакети, пробірки та інші прогресивні види тари з різних видів матеріалів (найчастіше полімерних, картонних).

Металеві медичні інструменти пакують згідно наступних вимог: інструменти повинні бути очищені від забруднень, знежирені, висушені і покриті консервуючим мастилом відповідно з вимогами стандартів; пакування інструментів слід здійснювати таким чином, щоб при транспортуванні і зберіганні виключити можливість їх пошкодження; гострі кромки ріжучих інструментів повинні бути захищені від затуплення; інструменти повинні бути упаковані в споживчу тару: коробки, пакети, пачки, пробірки та інші види тари (ГОСТ 19126 - 2007).

Стерильні неметалеві медичні інструменти пакують у контурну коміркову або безкоміркову тару з комбінованих матеріалів (наприклад, поліетилен і папір), фольгу.

Матеріали, що застосовуються для виготовлення тари, і конструкція тари повинні забезпечувати збереження інструментів при транспортуванні і зберіганні.

У процесі проведення товарознавчого аналізу перевіряється інформація маркування на пакуванні (відповідно до Наказів МОЗ України та нормативних документів) і товаросупровідних документів, які повинні бути ідентичними, відсутність збігу яких є наслідком фальсифікації товарів.

Вимоги до маркування медичних інструментів містяться в стандартах законах, постановах КМУ. Маркування споживчого пакування проводиться відповідно до ГОСТ 20790, ГОСТ 19126, ДСТУ EN 980:2007 та ін., воно повинне містити: товарний знак та найменування підприємства-виробника і його адреса;

умовне позначення і (або) найменування інструменту при відсутності умовного позначення; номер інструменту у разі пакування окремими номерами; умовний знак «Н» або «Нержавіюча сталь» (для інструментів з корозійностійкої сталі), «Ті» або «Титан» (для інструментів з титанових сплавів); позначення стандарту або технічних умов, за якими виготовляється інструмент; відомості про приймання інструменту відділом технічного контролю; число інструментів в одному пакуванні; номер свідоцтва про державну реєстрацію; дата випуску.

Інструменти повинні мати чітке маркування, що містить: номер інструменту або його позначення (в разі виготовлення декількох номерів); товарний знак підприємства-виробника; рік випуску (дві останні цифри); умовні знаки "Н" (для інструментів з корозійностійкої сталі), "Ті" (для інструментів з титанових сплавів). Інструменти, призначені для експорту, повинні мати чітке маркування, що містить написи "Stainless steel" або "Stainless" на інструментах, виготовлених з нержавіючої сталі. Маркування слід наносити на неробочу частину інструменту механічним, електроерозійним або іншим засобом, що забезпечує чіткість зображення.

Маркування повинно залишатися міцним і розбірливим при експлуатації, зберіганні і транспортуванні інструментів в умовах, встановлених в стандартах або технічних умовах на інструменти конкретних видів.

Допускається наносити маркування на споживчу тару або (при її відсутності) на групову тару в разі, якщо: неможливо розмістити маркування на поверхні інструменту шрифтом висотою не менше 1 мм; інструменти призначені для тривалого (понад 6 год.) перебування в організмі людини; нанесення маркування викликає зміни функціональних властивостей інструментів.

Правильний вибір споживчої тари для пакування медичних інструментів грає дуже важливу роль щодо збереження якості продукції і зручності для споживача.

## **АНАЛИЗ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЗЕРБАЙДЖАН**

Панфилова А.Л.\*, Хименко С.В. \*, Nestor Becker \*\*

\*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

\*\*Maastricht University, Netherlands.

panf-al@ukr.net

Организация эффективной медицинской и фармацевтической помощи онкологическим больным зависит от действия множества факторов, среди которых анализ тенденций развития онкоэпидемиологической ситуации в стране имеет определенное значение. Поэтому целью наших исследований стал анализ онкоэпидемиологического профиля населения Республики Азербайджан (РАз). Объектом исследований стали данные ВОЗ, представленные на официальном сайте по разделу «Страны. Азербайджан» (<https://www.who.int/countries/aze/ru/>). Так, были отобраны данные по заболеваемости и смертности мужского и женского населения от онкопатологий (2017 г.). Как известно, показатель заболеваемости это важнейший медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории или стране. Данный показатель является одним из основных индикаторов по оценке уровня здоровья населения. В исследованиях использовался исторический, логический, а также логический и математико-статистические методы анализа.

В результате проведенных исследований нами установлено следующее. Первые пять позиций в структуре заболеваемости мужского населения страны занимают опухоли такой локализации, как рак легкого, желудка, мозга и органов центральной нервной системы, толстой и прямой кишки и простаты. Среди женского населения, основные позиции по количеству обнаружений рака занимали рак молочной железы, шейки матки, желудка, толстой и прямой кишки и легких. По количеству вновь обнаруженных среди мужской популяции видов

рака лидирующие позиции занимают онкологические изменения в легких (885 случаев), а среди женского населения – это рак молочной железы (1413 случаев). На второй позиции по заболеваемости у мужчин представлены онкологические патологии желудка (774 случаев), а на третьей – рак мозга и центральной нервной системы (377 случаев). Среди женской популяции вторую позицию в структуре заболеваемости занимают случаи обнаружения рака шейки матки (546 случаев), а на третьей – желудка (476 случаев). Особо следует отметить факт существенного снижения показателя коэффициента смертности от рака (на 100 тыс. населения), стандартизированного по возрасту с 2000 г. в Азербайджане. Так, например, по мужской популяции данный показатель по раку желудка снизился с 42 (2000 г.) до 20 (2014 г.), а по раку трахеи, бронхов и легких с 33 (2000 г.) до 22 случаев (2014 г.). В женской популяции, коэффициент смертности по раку желудка снизился с 21 случая (2000 г.) до 10 случаев (2014 г.), а по раку молочной железы с 17 (2000 г.) до 11 (2014 г.). Таким образом, за 14 лет по онкопатологиям, которые занимают лидирующие позиции в структуре смертности мужского и женского населения уровень смертности снизился в 2 и более раз. Безусловно, это является важнейшим индикатором эффективности функционирования государственной онкологической службы в Азербайджане. При этом следует отметить отсутствие в республике Канцер-реестр учета онкопатологий. Недоступен на уровне первичной медико-санитарной помощи цитологический мазок (ПАП-тест) и маммография, а доступными являются такие важные скрининговые мероприятия, как первичный осмотр с применением уксуса и пальпация молочной железы. В РАз работают всего 2 центра лучевой терапии и 14 врачей-радиологов.

Таким образом, по результатам проведенных исследований можно сделать вывод, что онкоэпидемиологический профиль населения РАз совпадает с общемировыми показателям. Это дает возможность более активно использовать в организации онкологической службы республики мировой опыт по внедрению программ активной профилактики рака среди населения страны.

# АНАЛІЗ КЛАСИФІКАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА НАПРЯМКОМ РЕФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПРИНЦИПІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Панфілова Г. Л.\*, Матушак М. Р. \*\*,

\*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

\*\*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна  
matushakmarta@gmail.com

Проблема реформування систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення, зміни організаційно-адміністративних принципів їх побудови та функціонування, притаманна не лише Україні, а й багатьом країнам ЄС. За роки існування бюджетної моделі охорони здоров'я в Україні обсяги державного фінансування галузі планомірно збільшувались, але це не вирішувало системні проблеми охорони здоров'я, в т. ч. забезпечення населення доступною та якісною фармацевтичною допомогою. Тому метою наших досліджень став аналіз існуючих класифікацій національних систем охорони здоров'я за організаційно-економічними принципами функціонування з метою обґрунтування основних принципів реформування української охорони здоров'я у відповідності до міжнародних вимог.

Дослідження проводились на базі даних спеціальної літератури, що висвітлюють питання за означеним напрямком. Використовувався традиційний набір методів щодо проведення теоретичних досліджень з обраної тематики (історичний, порівняльний, семантичний, логічний тощо). За стратегічним напрямком реформування національних систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення ВООЗ в європейському регіоні виділяє декілька країн з перехідним типом фінансування. Так, до *першого типу* відносять країни, в яких функціонувала переважно приватна або приватно-бюджетна модель фінансування охорони здоров'я й фармацевтичного забезпечення населення та основним напрямком реформування є перехід до

Бісмарківської бюджетно-страхової моделі. *Другий тип* формують країни, що перебудовують модель фінансування охорони здоров'я й фармацевтичного забезпечення населення зі страхового у переважно бюджетному напрямку. До *третього типу* належить найбільша кількість країн, які рухаються в напрямку змін централізованого бюджетного фінансування моделі охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення до страхового принципу, насамперед впровадження соціальної моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС). Україна належить до *третього* перехідного типу країн. Враховуючи той факт, що протягом декількох десятиріч в Україні функціонувала бюджетна модель державної медицини (так звана модель М. О. Семашко), сучасні *організаційно-економічні принципи* функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я повинні відповідати ознакам перехідного з економічної точки зору періоду та існуючої інертності суспільства по відношенню до функціонування страхових відносин у практичній медицині й фармацевтичному забезпеченні населення. Після 2014 року, коли в Україні відбулись масштабні зміни в політичному житті та соціально-економічній сфері діяльності суспільства система охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення стала на шляхи кардинального перетворення. До складу принципів, на яких повинна, на нашу думку, базуватися сучасна система охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення слід віднести:

- рівний доступ населення до медичного та фармацевтичного обслуговування населення за базовими програмами ОМС незалежно від соціального та матеріального статусу громадян в суспільстві;
- соціальна солідарність при розподілі ресурсів системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення, тобто гарантія необхідного рівня надання медичної та фармацевтичної допомоги у певно визначених межах їх реалізації, незалежно від розміру страхового внеску, власних доходів, соціального статусу у суспільстві та інших чинників;

- раціональність використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення та розробка механізмів контролю за розподілом фінансових ресурсів;
- моніторинг та оцінка соціально-економічної ефективності надання медичної й фармацевтичної допомоги населенню, в т.ч. й суспільними фондами та організаціями;
- формування базових державних гарантій надання кваліфікованої та своєчасної першої медичної допомоги на території України хворим незалежно від їх громадянства, а також функціонування інституту суспільного та позавідомчого контролю за раціональним використанням фінансових ресурсів системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення;
- фінансова, інформаційна та науково-технічна відкритість системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення і можливість періодичного перегляду існуючих медичних стандартів, а також протоколів надання фармацевтичної допомоги й опіки, відповідно до сучасних вимог;
- некомерційний характер діяльності страховика, яким повинен виступати єдиний централізований фонд обов'язкового медичного страхування (ОМС) як незалежний фінансовий посередник між страхувальником, закладами охорони здоров'я та аптечними установами;
- активна участь держави у соціальній підтримці окремих груп хворих (онкологічні хворі, хворі на туберкульоз; СНІД/ВІЛ, хворі на орфанні захворювання та ін.) шляхом розробки та упровадження і державних програм та механізмів цільового фінансування за рахунок бюджетів різних рівнів.

Констатуючи результати систематизації матеріалу можна стверджувати, що ефективна реалізація зазначених принципів повинна здійснюватися у рамках розбудові української системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення, яка відповідає основним завданням Національної лікарської політики, що розроблена ВООЗ.



## АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ ТА МОЖЛИВИХ РИЗИКІВ ВАКЦИНАЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Подгайна М.В., Проценко О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Імунізація населення — це основа збереження суспільного здоров'я. Імунізація шляхом вакцинації має на меті значне зниження частоти захворювань, що викликаються різними збудниками. На даний час не існує вакцин від всіх видів інфекцій, але до багатьох з них створені і успішно застосовуються дані методи захисту, наприклад, вакцини проти туберкульозу, гепатиту, коклюшу, дифтерії, правця, сказу, поліомієліту, краснухи, вітряної віспи, епідемічного паротиту, кору і інші. Вся історія людства невіддільна від чисельних епідемій, що постійно виникали на нашій планеті.

Основні стратегічні цілі та напрямки діяльності галузі охорони здоров'я щодо планової вакцинопрофілактики населення країн світу визначено в Глобальному плані дій по відношенню до вакцин, який було затверджено 26 травня 2012 р. на 65 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Цим документом період 2011-2020 рр. проголошується Десятиріччям вакцин.

До найважливіших завдань Глобального плану дій відноситься покращення здоров'я, завдяки поширенню до 2020 року і наступного періоду всебічних переваг від імунізації населення. Проаналізувавши наукові статті та дані щодо вакцинації, нами встановлено, що науковці з усього світу працюють над створенням нових вакцин, максимально безпечних і ефективних, як приклад можна назвати: ДНК-вакцини; “мозаїчна” вакцина; вакцина проти вірусу імунодефіциту; вакцина у формі пластира з мікроголками від грипу; “їстівні” вакцини; вакцина по принципу “льодяникової технології”; універсальна вакцина. Крім того, йде постійне вивчення і покращення вже існуючих препаратів - вакцин.

Одночасно, можна виділити деякі загальні твердження противників вакцинації, а саме: зменшення чи збільшення тієї чи іншої епідемії практично незалежить від загальної вакцинації населення чи відмови від неї; щеплення руйнує природний імунітет; вакцини містять токсичні речовини, так як сучасні технології не дозволяють зробити їх чистими у повному обсязі; деякі вакцини і їх вплив на організм до цих пір ще достатньо вивчені.

Разом з тим встановлено, що ефективність сучасних вакцин наближається досить висока; щеплення від деяких захворювань дають імунітет на все життя; наслідки від вірусної хвороби можуть бути економічно обтяжливі та мати тяжкий перебіг; щеплення дають імунній системі додаткову інформацію щодо вірусних агентів.

Підсумовуючи, варто зазначити, доцільність та необхідність вакцинації населення на глобальному рівні підтверджується багатьма міжнародними дослідженнями, результати яких визнані науковою спільнотою та фахівцями системи охорони здоров'я, як достовірні. У світовій практиці забезпечення повного охоплення населення вакцинацією здійснюється шляхом провадження та функціонування наступних засад:

- активна просвітницька діяльність міжнародних та урядових комісій, що пропагують вакцинацію;
- безоплатне та безперебійне забезпечення вакцинами;
- потужна державна підтримка біотехнологічної галузі, винайдення нових вакцин та удосконалення наявних, наукові розробки з отримання комбінованих вакцин.

Подальші дослідження за даною тематикою включатимуть розширення та оновлення аналітичних даних, опублікованих вітчизняними науковцями, щодо рівня охоплення населення вакцинацією в Україні та аналіз сучасного вітчизняного ринку вакцин.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

Романько Т.А., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[socpharm@nuph.edu.ua](mailto:socpharm@nuph.edu.ua)

На сьогодні туберкульоз є однією із найактуальніших соціально-економічною, медико-фармацевтичною проблемою не тільки в Україні, а й усьому світі. Ситуація із захворюваністю на туберкульоз та підхід до вирішення цієї проблеми з боку влади будь-якої держави завжди є індикатором її соціального благополуччя. У 2014 р. вперше Україна ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищими показниками захворюваності на мультирезистентний туберкульоз. Враховуючи реалії соціально-економічного розвитку країни проблеми доступності протитуберкульозними лікарськими засобами (ПТЛЗ) хворих на туберкульоз слід віднести до питань національної безпеки. Слід зазначити, хворі на туберкульоз потребують обов'язкового, безперервного та правильно підібраного режиму лікування ПТЛЗ.

Провести аналіз показників фізичної доступності ПТЛЗ в Україні на підставі Державного реєстру лікарських засобів України станом на 1 січня 2019 р. Для проведення дослідження нами були використані такі методи аналізу: статистичний, аналітичний. На першому етапі нами було проаналізовані дані уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз (ТБ). Встановлено, що для лікування ТБ в Україні застосовується 25 ПТЛЗ за міжнародною непатентованою назвою (INN). Необхідно відмітити, що на сьогодні фахівці виділяють 2 класифікації ПТЛЗ, а саме: за показаннями до їх призначення (I і II ряду ПТЛЗ) та за антимікобактеріальною активністю. Далі нами був проведений аналіз Державного реєстру лікарських засобів України. Встановлено, що станом на 1 січня 2019 р. загальна кількість зареєстрованих ПТЛЗ за торговими найменуваннями складає 329 ПТЛЗ з урахуванням форм

випуску. Найбільшу кількість зареєстрованих ПТЛЗ мають ЛЗ другого ряду (75,08%). Аналіз ПТЛЗ другого ряду показав, що найбільша частка спостерігається за такими ЛЗ відповідно до МНН як: левофлоксацин (46,59%), лінезолід (13,76%), моксифлоксацин (11,73%). Одночасно, частка ПТЛЗ першого ряду склала (24,92%). Лідерами за кількістю зареєстрованих ЛЗ першого ряду стали ізоніазид (35,36%), рифампіцин (14,63%), етамбутол (13,71%). Необхідно відзначити, що до складу ПТЛЗ першого ряду входить п'ять комбінованих ЛЗ, питома вага яких у структурі ЛЗ першого ряду складає (18,28%). Слід зазначити, що ВООЗ рекомендує та погоджує використання фіксованих комбінацій, а також розробку нових належних фіксованих комбінацій достовірної фармацевтичної якості. Однак, на сьогодні в Україні фіксовані комбінації ПТЛЗ представлені досить в обмеженій кількості. Наступним етапом було проаналізовано співвідношення ПТЛЗ щодо вітчизняного та іноземного виробництва. Доведено, що частка ПТЛЗ вітчизняного виробництва України складає 29,1%, а іноземних ПТЛЗ – 70,9%. Розподіл зареєстрованих торгових назв ПТЛЗ за країнами-виробниками показав, що загальна кількість країн – виробників ПТЛЗ, які представлені складає – 18 країн. Лідерами серед країн є Індія (41,8%), Україна (29,1%) та Китай (8,59%). ПТЛЗ, які вироблені в Китаї представлені переважно у вигляді субстанції. Слід зауважити, що Україна займає друге місце у розподілі зареєстрованих торгових назв ПТЛЗ за країнами-виробниками і спектр ПТЛЗ вітчизняного виробництва дуже широкий. Дослідження ПТЛЗ за формами випуску засвідчило, що найбільш представленою формою випуску ПТЛЗ є форма випуску в таблетках (51,5%), а також широко представлено форму розчинів для ін'єкцій (18,26%) та субстанції (порошок, або гранули) питома вага яких склала 13,77%.

Доведено, що спостерігається тенденція до домінування зареєстрованих ПТЛЗ другого ряду (75,08%) Встановлено, що серед зареєстрованих ПТЛЗ переважають саме ЛЗ іноземного виробництва, що має вкрай негативні соціально-економічні наслідки для суспільства.

# АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В МИРЕ

Рошді Айман, Юрченко Г.Н.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@nuph.edu.ua](mailto:economica@nuph.edu.ua)

Анализ литературных данных показал, что неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущими причинами смертности во всем мире, ежегодно унося больше жизней, чем все остальные причины, взятые вместе. Вопреки распространенному мнению, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что почти 80% случаев смерти от НИЗ происходят в странах с низким и средним уровнями дохода. Несмотря на их быстрое распространение и неравномерное распределение, большую часть последствий для людей и общества, связанных с ежегодной смертностью от НИЗ, можно было бы предотвратить с помощью хорошо известных, экономически целесообразных и реально осуществимых мер.

Анализ факторов, влияющих на фармацевтическую помощь при

На основе результатов анализа зарубежных исследований в области факторов, влияющих на фармацевтическую помощь при неинфекционных заболеваниях в мире были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного управления деятельностью фармацевтическими учреждениями. Были использованы логический, системно-аналитический, математико-

Из 57 миллионов случаев смерти, имевших место во всем мире в 2018 году, 36 миллионов — почти две трети — были вызваны НИЗ, в число которых входят, в основном, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, диабет и хронические болезни легких.

Общее бремя этих болезней быстрее всего возрастает в странах, группах населения и общинах с низким уровнем дохода, где они наносят большой урон здоровью людей, обществу и экономике. Примерно четверть случаев смерти от НИЗ во всем мире происходят в возрасте до 60 лет.

НИЗ вызываются, в основном, четырьмя поведенческими факторами риска, которые сопутствуют экономическим преобразованиям, быстрой урбанизации и образу жизни в 21-м веке: употреблением табака, нездоровым режимом питания, недостаточной физической активностью и вредным употреблением алкоголя. Наибольшее воздействие эти факторы риска все чаще оказывают на страны с низким и средним уровнями дохода, а также на беднейшие слои населения во всех странах, что отражает лежащие в их основе социально-экономические детерминанты. В этих группах населения может образоваться замкнутый круг: бедность подвергает людей воздействию поведенческих факторов риска НИЗ, и, в свою очередь, развивающиеся в результате этого НИЗ могут становиться важной движущей силой, ведущей семьи вниз по нисходящей спирали обнищания. Таким образом, если не вести решительную борьбу с эпидемией НИЗ в наиболее страдающих от нее странах и сообществах, последствия НИЗ будут продолжать возрастать и цель сокращения масштабов нищеты во всем мире не будет достигнута.

Совершенствование медицинской помощи, раннее выявление и своевременное лечение являются другим эффективным подходом к сокращению последствий НИЗ. Однако возможности оказания надлежащей помощи лицам, страдающим НИЗ, во многих местах отсутствуют, а доступ к основным технологиям и лекарственным средствам ограничен, особенно в странах и группах населения с низким и средним уровнями дохода. Многие меры медицинской помощи в отношении НИЗ являются эффективными с точки зрения затрат, особенно по сравнению с дорогостоящими процедурами, которые могут стать необходимыми, если выявление заболевания и его лечение проводится на позднем этапе, и у пациента развивается тяжелая стадия болезни. Следует еще более укреплять системы здравоохранения, чтобы они были способны обеспечивать предоставление эффективного, практического и доступного по стоимости комплекса мер и услуг для лиц, страдающих НИЗ.

Поскольку масштабы эпидемии НИЗ продолжают расширяться быстрыми темпами, все больше признается настоятельная необходимость усиления ответных мер на международном и страновом уровнях и придания им большей целенаправленности. За последние тридцать лет человечество узнало много нового о причинах, профилактике и лечении НИЗ, и во многих странах с высоким уровнем дохода были достигнуты значительные успехи в снижении показателей смертности. Объем фактических данных, необходимых для действий, постоянно возрастает, и проблема эпидемии НИЗ привлекает все большее внимание во всем мире.

1. Анализ литературных данных показал, что Неинфекционные заболевания сегодня являются самой крупной причиной смерти в мире.

2. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что шестьдесят три процента всех случаев смерти в 2018 г. (36 миллионов человек) вызваны НИЗ.

3. Анализ литературных данных показал, что почти 80% этих случаев смерти произошли в странах с низким и средним уровнем дохода, где отмечается самая высокая доля смертности от НИЗ в возрасте до 70 лет.

4. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что в будущем ожидается значительный рост распространенности и смертности от НИЗ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, в связи с ростом численности и старения населения наряду с экономическим переходом и происходящими в результате этого изменениями в поведенческих, профессиональных и экологических факторах риска.

5. Анализ литературных данных показал, что уже сейчас НИЗ диспропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода. Согласно текущим прогнозам, к 2020 году самый высокий рост смертности от НИЗ произойдет в Африке и других странах с низким и средним уровнем дохода.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІЙНОЇ ЄМКОСТІ - ВАЖЛИВА СКЛАДОВА МАРКЕТИНГОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РИНКУ**

Самборський О.С., Слободянюк М.М., Євтушенко О.М., Пестун І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[evtyshenkolenal@gmail.com](mailto:evtyshenkolenal@gmail.com)

Найбільш часто виникаючою проблемою у процесі діяльності практично всіх фармацевтичних підприємств України є визначення можливого обсягу реалізації власної продукції та препаратів-конкурентів з метою розрахунку своєї частки ринку та розробки подальших напрямків розвитку. З цією метою проводяться маркетингові дослідження лікарських засобів (ЛЗ), які спрямовані на виявлення специфічних ринкових показників – маркетингового потенціалу ринку та його складової – потенційної ємкості ринку лікарських препаратів (ЛП). Практика маркетингових досліджень показує, що ці показники на сьогоднішній день представляють великий інтерес як для виробників, так і для посередницьких фірм. Вони необхідні для розширення впливу тих компаній, які вже займають стійкі позиції на ринку, а також для проникнення на ринок нових фірм або торгівельних марок. Окрім того, інформація про потенційну ємкість ЛЗ може бути корисною і для аптечних закладів. Відомості про рівень потенційного споживання певних ЛЗ допомагають керівництву аптечного закладу більш обґрунтовано формувати кількісний та якісний склад асортименту препаратів як у поточному, так і в майбутніх періодах.

Ефективність проведення оцінки потенційної ємкості ринку ЛЗ в першу чергу залежить від правильності вибору підходів до її визначення та від характеру проблеми, з якою зіштовхнулось підприємство, а також наявності певних даних стосовно кон'юнктури ринку в цілому та окремих її складових, які впливають на розрахунок цього показника. Ємкість ринку ЛП формується під впливом багатьох факторів, кожний з яких в певних ситуаціях може як стимулювати ринок, так і стримувати його розвиток, обмежуючи його ємкість: ступінь монополізації та ступінь насиченості фармацевтичного ринку; якість



самого товару, кількість аналогів зі схожими характеристиками; рівень та співвідношення цін на ЛЗ; еластичність попиту; державне регулювання цін та обігу ЛЗ; розміри та структура імпорту та експорту ЛЗ; структура захворюваності населення; наявність певних препаратів та виробів медичного призначення, державному, регіональних та локальних формулярах ЛЗ; інтенсивність та витрати на просування ЛП; рівень життя, доходи та купівельна спроможність населення; рівень інфляції; зміни макроекономічних показників в країні; інші фактори.

Існують різні підходи і методи з розрахунку ємкості ринку, наприклад: експертний підхід, економіко-математичне моделювання ємкості ринку, методика розрахунку ємкості ринку, заснована на статистичних даних, а так само ряд інших методик. Кожна з методик має свої переваги і недоліки. Однак, на наш погляд, не існує універсальної методики, методологія розрахунку потенційного попиту (ємкості) повинна бути підібрана як з урахуванням особливостей товару, так і поставлених завдань.

Нами розроблено алгоритм визначення потенційної ємкості ринку. Для прикладу було обрано групу антианемічних ЛП (ААЛП), які використовують для лікування поширеного захворювання, яке має тенденцію до зростання. На першому етапі проведено сегментацію потенційних споживачів ААЛП, на підставі етіологічних факторів, що спричиняють розвиток анемії, та подальше визначення чисельності споживачів у сформованих сегментах згідно з офіційними статистичними даними щодо захворюваності населення. Відповідно до АТС-класифікації, ААЛП розподіляються на 4 основні групи: препарати заліза, фолієвої кислоти, ціанокобаламіну та стимулятори еритропоезу. Дані ЛЗ призначені для лікування різних видів анемії – залізодефіцитної, фолієводефіцитної, вітамін В<sub>12</sub>-дефіцитної, а також анемії хронічних захворювань. Тому, на підставі аналізу літератури про поширеність анемії, в процесі сегментації було сформовано 5 основних груп етіологічних факторів, які призводять до розвитку всіх вище зазначених анемії – деякі хронічні

захворювання, порушення всмоктування у ШКТ, крововтрати, фізіологічні стани підвищеної потреби організму у залізі або фолієвій кислоті, а також стани, що потребують профілактики анемії. З метою визначення загальної чисельності окремих груп населення, в яких анемії виникають з найбільшою частотою, були проаналізовані звіти Державного комітету статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України. На підставі вище означеної статистичної інформації була розрахована численність потенційних споживачів в кожному окремому сегменті, потім визначалась частка кожного сегменту у відповідній групі сегментів. За результатами проведеної сегментації було визначено, що найбільшим за чисельністю є сегмент потенційних споживачів препаратів заліза (73,69% від загальної сукупності потенційних споживачів), основну цільову аудиторію в якому складають діти до 14 років, особи, які зазнали крововтрати під час операційних та акушерських маніпуляцій, онкологічні хворі та вагітні жінки. У сегменті потенційних споживачів ціанокобаламіну (5,32% від загальної сукупності потенційних споживачів) найбільшу частку займають хворі на хронічний гепатит та хронічний атрофічний гастрит. Сегмент споживачів фолієвої кислоти (12,06% від загальної сукупності потенційних споживачів) в основному сформований за рахунок вагітних жінок, а сегмент споживачів стимуляторів еритропоезу (8,93% від загальної сукупності потенційних споживачів) – хворих на рак та ХХН. Наступним етапом після сегментації та визначення чисельності потенційних споживачів є дослідження особливостей прийому ЛП представниками окремих сегментів та подальший розрахунок на підставі отриманих даних потенційної ємності ринку ЛП у натуральному вираженні. З цією метою було досліджено особливості лікування та профілактики анемії, яка виникає на фоні вище означених патологічних і фізіологічних станів. З урахування вище наведених особливостей застосування ААЛП, були розраховані значення потенційної ємності ринку окремих груп ААЛП – залізовмісних ЛЗ, ціанокобаламіну, фолієвої кислоти та стимуляторів еритропоезу (еритропоетину та дарбепоетину) – у натуральному вираженні за

наступною формулою (1):  $PC = \sum_{i=1}^n (DD_i \times L_i \times S_i)$  де:  $PC$  – потенційна ємкість ринку ЛЗ (potential capacity);  $DD_i$  – середньозважена добова доза на одну людину  $i$ -го сегменту (daily dose);  $L_i$  – середньозважена тривалість лікувального або профілактичного курсу у представників  $i$ -го сегмента (length);  $S_i$  – чисельність потенційних споживачів  $i$ -го сегменту (strength);  $n$  – кількість  $i$ -х сегментів потенційних споживачів (number).

Отримані значення потенційної ємкості були порівняні з офіційними статистичними даними щодо обсягів роздрібної реалізації ААЛП у 2017 році. Проте в цілому значення потенційної ємкості та споживання ААЛП на 1000 жителів на добу значно перевищують відповідні показники, засновані на даних про роздрібну реалізацію, що підтверджує гіпотезу про те, що попит на ринку даних ЛЗ не задовольняється у повній мірі, та, відповідно, ринок ААЛП є доволі привабливим з точки зору розширення його меж. Однією з головних причин цього може бути той факт, що у пацієнтів анемічні стани зазвичай діагностуються несвоєчасно, або не виявляються взагалі через те, що пацієнт, ігноруючи симптоми анемії, не звертається до лікаря з цього приводу. Також цілком ймовірною може бути ситуація, коли хворий, не маючи змоги оплатити лікування анемії як супутнього захворювання через фінансові труднощі, приділяє увагу лікуванню тільки основної хвороби. Треба відзначити, що ААЛП переважно відносяться до рецептурної групи препаратів, та відповідальність щодо корекції анемічних станів у населення в повній мірі лежить саме на лікарях. Тому головним шляхом збільшення обсягів реалізації у відповідності з розрахованими значеннями потенційної ємкості ринку ААЛП є підвищення ступеня інформованості лікарів про особливості діагностики, лікування та профілактики анемії, розробка рекомендацій щодо внесення окремих ААЛП у регіональні, локальні формуляри ЛЗ та стандарти (клінічні протоколи) медичної допомоги, а також проведення контролю з дотримання лікарями положень даних нормативних документів при призначенні ААЛП.

# ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛЕКСОВ ZN(II) И FE(II) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ

Султонов Р.А, Наврузова Г.Ф.

(научный руководитель – д.х.н., профессор Раджабов У.Р.)

ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

г. Душанбе, Таджикистан

[raufsultonov@mail.ru](mailto:raufsultonov@mail.ru)

Целью исследования является изучение физиологических и биологических свойств синтезированного координационного соединения цинка (II) и железа (II) с ацетилцистеином, изыскание новых более эффективных муколитических средств, проведение лабораторных испытаний.

Синтезированы координационные соединения цинка (II) и железа (II) с ацетилцистеином. При этом, для нахождения состава и оптимальных условий выделения комплексов с заранее заданными физико-химическими и биологическими свойствами, были использованы результаты оксредметрических исследований комплексообразования металлов в водных растворах аминокислот. Для подтверждения состава и строения синтезированных координационных соединений были использованы методы элементного анализа, спектры ЭПР, ИК-спектроскопии, криоскопии и рентгенофазового анализа. Безвредность комплексов изучена и показана в соответствии с «Методическими указаниями по определению токсических свойств препаратов». Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии и ЦНИЛ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Фактический материал для исследования собрали из внутренних органов кроликов. Объектом исследования явились внутренние органы кроликов (массой 1.5-2.0 кг, п=42), павших животных после проведенного эксперимента. От-

препарированные органы вырезали поперектолщиной 3-5 мм для их последующего гистологического изучения. Железы вместе с бирками от данных больных помещали в марлевые мешочки и опускали в 10% раствор нейтрального формалина. После проводки зафиксированный материал заливали в парафиновые блоки. Вырезали срезы толщиной 5-7 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином. Для оценки результатов патоморфологических исследований использовали, систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа микропрепараты изучали под микроскопом model Olympus CX 21 FS 1. Камерой Digital MicroScope Camera Specification MC-DO 48U (E), при различных увеличениях. При изучении микропрепаратов нами были выявлены следующие изменения; слизистая оболочка желудка гиперемирована и отечна, местами определяются некротические и дистрофические изменения.

В тканях легкого при исследовании в микропрепаратах выявили, следующие изменения; истончение межальвеолярной перегородки, альвеолы расширены, на отдельных участках определяется отторжение межальвеолярной перегородки эпителии, их слущенные и дистрофические изменения с пикнозом ядер, застойные полнокровные сосуды, мелкоточечные кровоизлияния, нагруженные гемосидерином. В тканях печени, при микроскопическом исследовании определяются некротические и дистрофические изменения с пикнозом ядер гепатоцитов и апоптоз. Застойные полнокровные сосуды. В тканях почки некротические и дистрофические изменения, в канальцах кариопикноз и кариолизис.

**СИНТЕЗ, ИССЛЕДОВАНИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА  
КОМПЛЕКСОВ ZN(II) И FE(II) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ И ЕГО  
ИССЛЕДОВАНИЕ  
МЕТОДОМ СПИНОВЫХ МЕТОК**

Султонов Р.А., Наврузова Г.Ф., Азаматов А.К.

(Научный руководитель – д.х.н., профессор Раджабов У.Р.)

ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

г. Душанбе, Таджикистан

[raufsultonov@mail.ru](mailto:raufsultonov@mail.ru)

Целью работы является изучение физико-химических, биологических свойства синтезированного координационного соединения цинка (II) и железа (II) с ацетилцистеином, изыскание новых более эффективных антиоксидантных средств, проведение лабораторных испытаний.

Синтезированы координационные соединения цинка (II) и железа (II) с ацетилцистеином. При этом, для нахождения состава и оптимальных условий выделения комплексов с заранее заданными физико-химическими и биологическими свойствами были использованы результаты оксредметрических исследований комплексообразования металлов в водных растворах аминокислот. Для подтверждения состава и строения синтезированных координационных соединений были привлечены методы элементного анализа, ИК-спектроскопии, спектры ЭПР, криоскопии и рентгенофазового анализа. Безвредность комплексов изучена и показана в соответствии с «Методическими указаниями по определению токсических свойств препаратов». Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии и ЦНИЛ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Окредметрические исследования показали, что в изученной системе в области  $\text{pH} = 3.0 - 9.0$  в растворах доминируют моноядерные, координационные соединения. На основании анализа зависимостей окислительного потенциала от концентрационных переменных, предположено, что в изученной системе в равновесии находятся аква- гидроксо-ацетилцистеиновые комплексные частицы, а также протекают протеолитические процессы ацетилцистеина. Установление состава координационных соединений цинка (II) и железа (II) в водном растворе ацетилцистеина в широкой области  $\text{pH}$  методом окредметрии выполнено в области концентрации цинка (II) и железа (II)  $1 \cdot 10^{-3} - 1 \cdot 10^{-4}$  моль/л, ионной силы 0.1 моль/л и температуре 308 К. Результаты окредметрических исследований были использованы при синтезе координационных соединений цинка (II) и железа (II) в водном растворе ацетилцистеина.

Синтезированы цинка (II) и железа (II) соли ацетилцистеина высокой степени чистоты. Показано, что способ их получения отличается технологичностью и позволяет приготовить целевые продукты в количествах, необходимых для широкого исследования биологической активности.

Установлено, что в соединении цинка (II) и железа (II) при добавлении в раствор этанола с присутствием нитроксильного радикала полностью восстанавливается и влияет на химическую стабильность нитроксильного фрагмента, свидетельствующий о высоком свойстве антиоксиданта.

# **АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО**

Тетерич Н.В., Асуфи Амин

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Эффективность мотивации трудовой деятельности является одним из приоритетных вопросов современности, затрагивающий процесс трансформации экономики и формируя принципиально новый качественный поход к рынку занятости в современных рыночных условиях. Отрасль здравоохранения, отвечающая за подготовку и качество специалистов фармацевтического сектора при этом не является исключением, стараясь привлекать в свою сферу высококвалифицированные кадры.

Таким образом, мотивация профессиональной деятельности фармацевтических работников должна базироваться на эффективной системе стимулов и мотивов, способствующих повышению эффективности их труда и требует более пристального исследования. Вышеуказанное обусловило цель нашего исследования.

Для определения социально-психологических параметров, определяющих мотивационную направленность профессиональной деятельности фармацевтических работников, нами было проведено тестирование фармацевтических работников 6 аптек г. Заю (Марокко) по методике Д. Кроуна-Д. Марлоу, адаптированной Ю.Л. Ханиным, позволяющей определить уровень их социальной желательности (одобрения), поскольку оптимальные значения данного показателя свидетельствуют об успешном профессиональном становлении специалистов в большей мере, чем материальное стимулирование. При этом социальная желательность позволяет профессионалу в должной мере



оценить личностный вклад в общее дело и ощущать значимость его мнения и авторитета. В целом выборка составила 30 опросных тестовых бланков.

За результатами проведенного исследования нами было определено следующее: 6 специалистам – 20% респондентов присущ высокий уровень социальной желательности, что свидетельствует о дефиците доверия к окружающим с одной стороны, а также к собственной персоне с другой.

Стоит отметить, что практически две трети опрошенных – 19 (63,33%) характеризуются оптимальными значениями социального одобрения. Следует отметить, что данные показатели свидетельствуют об адекватном восприятии такими специалистами как себя, так и окружающих.

Остальным респондентам – 5 (16,67% выборки) присущ низкий показатель социального одобрения, что характеризует их как людей, не уделяющих значительного внимания мнению социального окружения. В некоторых случаях такое поведение может приводить к осуждению окружающими, так как часто противоречит общепринятым социальным нормам и стандартам.

Таким образом, следует отметить, что показатели как высокой, так и низкой мотивации социального одобрения являются нежелательными для практической работы фармацевтических работников и требуют определенной психологической корректировки. При этом социальная мотивация имеет огромное значение в организации профессиональной деятельности фармацевтических работников, поскольку базируется на моральных и этических принципах, определенных социумом и отображается в ценностях и нормах жизни, таких как: престиж фармацевтической профессии, возможность карьерного роста, регулирование межличностных отношений в аптечном коллективе, организация корпоративных мероприятий. В целом же социальная желательность способствует удовлетворению социальных потребностей специалистов. Вместе с тем не следует недооценивать и материальную сторону мотивации, играющую важную роль в процессе оценивания эффективности профессиональной деятельности.

# ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КОММУНИКАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ТУРЦИИ

Тетерич Н.В., Бироглу Рамазан

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Сегодня наличие высокопрофессиональных и социально-ориентированных фармацевтических кадров на рынке труда является залогом предоставления эффективной фармацевтической помощи в любой стране мира. При этом эффективность коммуникаций с клиентами аптек, на котором построена фармацевтическая опека, требует наличия у фармацевтических работников определенного уровня знаний и умений, что в свою очередь зависит от многих психологических факторов и требует более пристального изучения.

Вышесказанное обусловило цель нашего исследования, состоявшую в определении уровня общительности (коммуникабельности) фармацевтических работников. В ходе проведения исследования нами было применено психологическое тестирование фармацевтических работников г. Диярбакыр (Турция), позволяющее определить уровень общительности фармацевтических работников по методике В.Ф. Ряховского. Выборка составила 30 тестовых бланков. В результате анализа полученных данных тестирования респондентов по указанной методике нами были определены суммарные оценочные баллы, свидетельствующие об уровне их общительности. Анализ полученных результатов тестирования по данной методике показал следующее:

У 2 респондентов (6,67%) отмечается коммуникабельность, носящая болезненный характер, что существенно затрудняет процесс общения и зачастую ставит специалистов в неловком свете перед посетителями аптек. Такие специалисты зачастую кажутся неискренними окружающим, что негативно влияет на имидж аптеки.

- 5 респондентам (16,67% выборки) присуща чрезмерная коммуникабельность (4-8 баллов). При этом данные сотрудники отличаются дружелюбным отношением к субъектам коммуникаций, уделяя большое количество времени и сил при осуществлении фармацевтической помощи.
- Достаточная коммуникабельность (9-13 баллов) выявлена у 7 фармацевтических работников (23,33%). Этим специалистам присуща любопытность, разговорчивость, они любят высказываться по разным вопросам, а также охотно знакомятся с новыми людьми (9-13 баллов).
- Оптимальные показатели общительности (14-18 баллов) выявлены у более трети опрошенных – 12 респондентов (40%). Данные сотрудники демонстрируют толерантность при осуществлении коммуникаций, являются внимательными к проблемам окружающих и в некоторой мере любознательными. В целом они достаточно легко находят точки соприкосновения при общении не только с постоянными клиентами аптек, но и с малознакомыми и незнакомыми людьми, вызывая симпатию и доверие с их стороны.
- У 4 респондентов (13,33%) уровень общительности находится в диапазоне 19-24 баллов, что свидетельствует об их общительности в некоторой степени. Нередко этим людям присущ сарказм в общении.

Следует отметить, что такие показатели коммуникабельности респондентов, как очень низкая общительность, а также замкнутость и неразговорчивость, ведущие к неэффективному общению, в данной выборке отсутствуют.

Таким образом, проведенные исследования позволяют подытожить, что общительность является одним из основополагающих компонентов эффективной профессиональной деятельности фармацевтов и оказывает влияние на ряд его профессиональных умений.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО**

Тетерич Н.В., Кенусси Мариам

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

В наши дни способность к эмпатии (сопереживанию) является всеобщей этической нормой для сфер деятельности, связанных по роду общения с людьми. Эмпатия оказывает непосредственное влияние на эффективность деятельности профессий «помогающего» типа, к которым относится и фармацевтическая деятельность. Кроме этого, высокий уровень эмпатии членов аптечного коллектива в значительной мере помогает укрепить командный дух, повысить энтузиазм и преданность компании. Стоит отметить, что сотрудники, работающие в условиях подобной корпоративной культуры, как правило, ощущают личностное и профессиональное развитие, в связи с чем эффективность их деятельности повышается в разы.

Таким образом, исследование уровня эмпатии фармацевтических работников является чрезвычайно актуальным направлением относительно поиска управленческих решений, направленных на повышение эффективности фармацевтической деятельности и укрепление корпоративной культуры аптечных коллективов в целом. С этой целью нами было проведено тестирование 30 фармацевтических работников 5 аптечных коллективов г. Сеттат (Марокко) по психологической методике И.М. Юсупова, позволяющей определить уровень эмпатийных тенденций респондентов. В целом данная методика позволяет оценивать умение испытуемого поставить себя на место другого человека и оценить его способность к эмоциональной отзывчивости на переживания других людей.

За результатами проведенного тестирования нами было установлено следующее:

- Очень высокий уровень эмпатии (82-90 баллов) отмечается у 2 респондентов (6,67% выборки). Данные сотрудники обладают чрезмерно выраженным сопереживанием. Они часто испытывают комплекс вины по отношению к другим людям, опасаясь причинить им хлопоты, что в свою очередь провоцирует эмоциональное перенапряжение и грозит нервными срывами и депрессией.

- Высокий уровень эмпатии (63-81 балл) наблюдается практически у трети опрошенных – 9 респондентов (30%). Данные показатели характеризуют этих опрошенных как чувствительных и великодушных людей к нуждам и проблемам окружающих. Эти специалисты с большим интересом и искренностью относятся к людям. Также они являются эмоционально отзывчивыми и общительными людьми, которые адекватно относятся к конструктивной критике в свой адрес и предпочитают командную работу. При этом для них является весьма важным социальное одобрение.

- Оптимальный уровень эмпатии (37-62 балла) наблюдается у большей части опрошенных – 16 респондентов (53,33% опрошенных). Данные сотрудники в ходе межличностного общения являются внимательными собеседниками, которые способны сдерживать свои эмоциональные проявления под контролем.

- Низкий уровень эмпатии (12-36 баллов) наблюдается у 3 респондентов (10%). Эти специалисты, как правило, испытывают трудности в установлении контактов с окружающими, неуютно чувствуют себя в большой компании, являются сторонниками точных формулировок и рациональных решений.

- Очень низкий уровень эмпатии (11 баллов и ниже) в исследуемой группе специалистов отсутствует.

Таким образом, показатели уровня эмпатии фармацевтических работников имеют важное значение как для качества фармацевтической помощи, так и для повышения уровня корпоративной культуры аптечных коллективов.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНОГО АДАПТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Тетерич Н.В., Раки Иман

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Успешная профессионализация современного фармацевтического работника находится в прямой взаимосвязи с его профессиональной адаптацией в рабочей среде. Эффективная адаптация специалиста при этом значительно снижает такие профессиональные риски, как текучесть кадров и замедление профессионального роста специалистов.

Таким образом, современный подход к проблеме профессиональной адаптации позволяет рассматривать данное явление не только как основу социализации в современном обществе, но и как необходимое условие успешного овладения профессиональными навыками специалиста в профессиональной среде.

Целью нашего исследования стало изучение социально-психологических показателей профессиональной адаптации фармацевтических работников Марокко.

С целью определения показателей, влияющих на процесс адаптации фармацевтических специалистов, нами было проведено психологическое тестирование 30 работников 6 аптек г. Сеттат (Марокко) по методике А.Г. Маклакова / С.В.Чермянина, позволяющей определить адаптивные способности респондентов.

За результатами тестирования респондентов по данной методике нами были рассчитаны и проанализированы показатели личностного адаптивного потенциала (ЛАП) респондентов, выраженные в стандартных баллах.

Так, было установлено, что 4 фармацевтических работников (13,33%) имеют низкий уровень ЛАП – (1-2 стандартных балла). Данные специалисты склонны к асоциальным поступкам, так как подвержены нервно-психическим срывам и конфликтным ситуациям, потому их психическое состояние можно расценить как пограничное.

Более половины опрошенных – 11 специалистов (36,67%) имеют средние показатели ЛАП (3-4 стандартных балла), что свидетельствует о состоянии их удовлетворительной адаптации. Эффективность адаптации данных работников зависит от внешних условий среды. Эти специалисты, как правило, обладают средним уровнем эмоциональной устойчивости. При этом у них вполне возможны асоциальные срывы, проявление агрессии и конфликтности.

Таким образом, организация эффективной деятельности данных специалистов требуют индивидуального подхода, постоянного наблюдения, а также коррекционных мер со стороны руководителей аптечных учреждений и привлечения дополнительных специалистов в данной области – практических психологов.

Остальные опрошенные – 15 респондентов (50% выборки) имеют высокие показатели ЛАП (5-10 стандартных баллов), что свидетельствует о высоком уровне адаптивного потенциала. Эти специалисты достаточно легко адаптируются к новым условиям профессиональной деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в любой ситуации, а также быстро вырабатывают стратегию своего поведения. При этом, как правило, они не являются конфликтными и обладают высокой эмоциональной устойчивостью.

Таким образом, ЛАП включает в себя физиологические и психологические характеристики человека, обеспечивающие успешность его адаптации. При этом показатели ЛАП имеют определяющее значение в процессе трудовой деятельности и должны быть приняты во внимание при ее организации в аптечных учреждениях.

## **АНАЛИЗ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО В РАБОЧЕЙ ОБСТАНОВКЕ**

Тетерич Н.В., Харфи Мехди

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина  
[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Сегодня психологический стресс специалистов различных профессий приобретает все возрастающее научное и практическое значение в связи с непрерывным ростом социальной, экономической и личностной экстремальности жизни. При этом особенно актуальным данный вопрос является для профессий помогающего типа, к которым относится фармацевтическая деятельность, специфика которой подразумевает возможность возникновения стрессовых и конфликтных рабочих ситуаций. Поэтому стрессоустойчивость фармацевтических специалистов является показателем не только их стойкости к стрессам, но и необходимым компонентом эффективности управленческой деятельности, повышающей качество и производительность труда.

Для определения стрессоустойчивости фармацевтических специалистов нами было проведено тестирование среди 30 фармацевтов г. Уджда (Марокко) по психологической методике А.О. Прохорова. Данная методика позволяет определить степень самоконтроля и эмоциональной лабильности респондентов, характеризующейся импульсивностью и спонтанностью поступков при отсутствии самоконтроля в стрессовых условиях.

За результатами проведенного исследования нами было установлено, что практически треть испытуемых – 9 специалистов (30% выборки) имеют высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях. Данные работники обладают высокой продуктивностью в отношении экстремальных ситуаций, при возникновении которых раскрываются их эмоциональные, интеллектуальные и волевые качества, способствующие стрессоустойчивости.

Таким образом, фармацевтические работники с высоким уровнем регуляции в стрессовых ситуациях отличаются стабильностью эмоционально-



волевой сферы и интеллектуальным уровнем. Такие люди, как правило, являются реализованными в общественной жизни, имеют адекватную самооценку и активную жизненную позицию, поэтому они имеют положительный статус в социуме. При этом у данных сотрудников отсутствуют выраженные враждебные и агрессивные реакции, тревожность и депрессивные состояния.

Практически половина испытуемых – 14 (46,67%) имеет средний уровень регуляции в стрессовых и конфликтных ситуациях. Этим специалистам свойственна самостоятельность, возможны проявления самореализации и самоорганизации, за исключением проявления общественной позиции. Часто данные работники не прилагают усилий относительно выполнения групповых норм и требований и склонны к непостоянству. Помимо этого, этим сотрудникам нередко свойственна вялость, спокойствие, расслабленность, стремление к покровительству, а также низкая мотивация.

Остальные респонденты – 7 (23,33%) имеют заниженные показатели регулирования в стрессовых ситуациях. Данные сотрудники характеризуются эмоциональной нестабильностью, низкой самооценкой, высоким уровнем тревожности и враждебности, неудовлетворительным статусом в социальной группе, низкой активностью, отсутствием активной жизненной позиции, дезадаптацией, а также тенденцией к социальной изоляции.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили установить, что показатели стрессоустойчивости фармацевтических специалистов имеют непосредственное влияние на характер возникновения и протекания стрессов, предшествующих конфликтам в рабочей обстановке. Так, специалисты с высокими и средними показателями стрессоустойчивости в значительной степени способны предупреждать и сглаживать негативные рабочие ситуации, предшествующие конфликтным ситуациям в аптеках. Работники с заниженными показателями, наоборот, требуют соответствующей психологической коррекции.

# ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ТУРЦИИ КАК ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Тетерич Н.В., Эрел Эрхан

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Фармацевтическая помощь населению во всем мире базируется на основных морально-этических принципах, позволяющих найти индивидуальный подход к каждому посетителю аптеки. Зачастую отрасли здравоохранения развитых стран мира декларируют основные принципы этики и морали, что отображено в соответствующих этических кодексах. Эмпатия фармацевтического работника при этом, или же его способность к сопереживанию, выступает одним из наиболее значимых показателей моральности. При этом уровень эмпатии фармацевтических работников зависит от многочисленных личностных и психологических факторов.

Следует отметить, что современным специалистам в сфере фармации недостает соответствующих знаний и умений в области профессионального общения с окружающими, и они в достаточной степени многогранны. К ним относятся социальные, культурные, гендерные и другие показатели. Специалистам с низкими значениями эмпатии характерны такие негативные проявления, как: трудности в установлении контактов и эгоцентричность.

Таким образом, исследование эмпатийности фармацевтических работников, позволяющее выявить такие качества специалистов, как искренняя заинтересованность, доброжелательность и оптимистичность является весьма актуальным направлением в вопросах анализа их ценностных устремлений в профессиональной среде. С этой целью мы провели тестирование 30 фармацевтических работников г. Диярбакыр (Турция) по психологической

методике В. В. Бойко, позволяющей оценить возможности специалистов сопереживать окружающим и верно трактовать их чувства.

Нами были проанализированы полученные показатели уровня эмпатии, диапазон которой может находиться в пределах от 0 до 36 баллов.

При этом нормированные значения данного теста являются следующими:

- 30 баллов и выше – очень высокий уровень эмпатии;
- 29-22 – средний уровень;
- 21-15 – заниженный;
- меньше 14 баллов – очень низкий уровень эмпатии.

Таким образом, полученные результаты тестирования респондентов по данной методике были следующими: очень высокий уровень эмпатии у 6 респондентов (20%); средний показатель эмпатии отмечен у большинства опрошенных – 19 респондентов (63,33%); заниженные показатели эмпатии у 5 специалистов (16,67%). При этом чрезмерно низкие показатели эмпатии в данной выборке отсутствуют (рисунок).

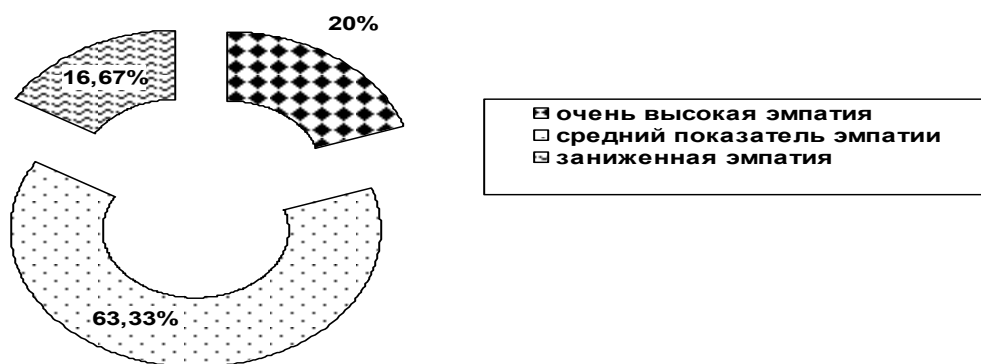


Рисунок. Показатели эмпатии фармацевтических работников

Таким образом, эмпатия является отличной возможностью расположить к себе окружающих и построить с ними гармоничные отношения. Поэтому наличие высокого уровня эмпатии фармацевтических работников является показателем ценностных ориентиров их профессиональной деятельности.

# ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ АПТЕЧНОГО СУПЕРМАРКЕТУ В УКРАЇНСЬКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК

Тимофєєва Д.Р., Петкова І.Б.

Одеський Національний медичний Університет, м. Одеса, Україна

[irinapetkovaa@ukr.net](mailto:irinapetkovaa@ukr.net)

Фармацевтичний ринок України дотримується класичної концепції реалізації лікарських засобів лише через аптечні заклади та їх структурні підрозділи, та все більш уживаною в різних країнах світу є практика реалізації деяких лікарських засобів безрецептурної групи поза межами аптеки, у так званих аптечних супермаркетах.

Згідно з європейським досвідом, ОТС-супермаркет дозволяє диверсифікувати прибуток на рівні з аптечними підприємствами та урізноманітнити перелік послуг, що можуть бути надані кінцевому споживачу.

Метою роботи стала розробка концепції ОТС- супермаркету та вивчення передумов для його створення в межах українського фармацевтичного ринку. Дана ніша фармацевтичної підприємницької діяльності є вільною у межах України, спонукає інтерес закордонних та вітчизняних інвесторів.

Одним із етапів маркетингового дослідження стало анкетування фармацевтичних спеціалістів та відвідувачів аптек.

В процесі дослідження проводилась порівняльна оцінка думок фармацевтичних спеціалістів та відвідувачів аптек щодо наявних реалій фармацевтичного ринку, ставлення до практики відповідального самолікування та ознайомлення із моделлю ОТС-супермаркету.

Було проведено анкетування 100 респондентів, 50 з яких є фармацевтичними спеціалістами, і 50 були відвідувачами аптек. За проведеним опитуванням отримані наступні результати: більшість обох груп респондентів (86% серед фармацевтичних спеціалістів та 54% серед споживачів) одностайні у думці, що фармацевтичний ринок України перенасичений аптечними

підприємствами і даний факт потребує законодавчого регулювання. Обидві когорти опитаних також погоджуються із думкою, що практика відповідального самолікування є все більш розповсюдженою із плином часу (90% співробітників аптек і 86% відвідувачів).

Наступним кроком дослідницької роботи стало з'ясування обізнаності спеціалістів та споживачів відносно наявності ОТС-супермаркету, як різновиду підприємницької діяльності у фармацевтичній сфері закордоном. Так, 70% фармацевтів та 64% відвідувачів зазначили, що їм відома подана концепція. Додатково 72% споживачів зазначили, що вважають комфортною для себе можливість придбання певних груп лікарських засобів, таких як, наприклад, знеболювальні, засоби симптоматичного лікування грипу та застуди, антисептики, дієтичні добавки поза межами аптеки. Даний відсоток ілюструє гарну передумову для відтворення європейської моделі фармацевтичного ринку. Щодо доцільності наявності додаткових послуг, наприклад, проведення первинної діагностики на кшталт вимірювання зросту/маси тіла/ артеріального тиску, тести на вагітність або тести на вірусні захворювання, опитування показало такі результати: 68% вважають це за потрібне, 10 % не можуть сказати напевно, 22% відреагували негативно.

Завершальною задачею анкетування стала потреба визначення ступеню зацікавленості громадян товарами, окрім ліків, що могли б бути реалізовані на базі ОТС-супермаркету. Далі представлений асортимент додаткових товарів і послуг, у поєднанні із відсотком респондентів, котрі зацікавлені відповідною групою товарів: декоративна косметика - 76%, засоби особистої гігієни - 64%, вітаміни та дієтичні добавки - 56%, товари для дому - 30%, спортивні аксесуари - 36%, спортивне харчування - 42%, бакалія - 84% та послуги первинної діагностики - 68%.

Результати проведеного опитування свідчать про наявність передумов для впровадження концепції ОТС-супермаркету в український фармацевтичний ринок.

## **ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОКРЕМИХ СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ В м. ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ**

Тимчук І.І., Корнієнко О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[oef1784@gmail.com](mailto: oef1784@gmail.com)

Протягом останніх двох років в Україні спостерігається значне збільшення тарифів за комунальні послуги і рівня мінімальної заробітної плати, що суттєво збільшує витрати суб'єктів підприємництва. Для підвищення конкурентоспроможності керівництву аптечних закладів необхідно постійно проводити економічний аналіз основних показників фінансово-господарської діяльності з метою вдосконалення внутрішніх бізнес-процесів і стратегічного планування подальших етапів розвитку.

Метою роботи було встановлення впливу чинників зовнішнього середовища на діяльність окремих суб'єктів роздрібно-фармацевтичного ринку та визначення стратегічних пріоритетів управління аптечними закладами. Об'єктом дослідження були первинні документи фінансово-господарської діяльності приватної аптеки у м. Хмельницький.

Використовувались методи інформаційного пошуку та економічного аналізу торгово-фінансової діяльності аптек. Станом на 01.01.2019 року на території Хмельницької області діяльність з оптової та роздрібно-торгівлі лікарськими засобами здійснюють 312 суб'єктів господарювання за 842 місцями провадження діяльності.

Об'єктом нашого дослідження була приватна аптека у м. Хмельницький, розміщена в спальному мікрорайоні у приміщенні загальною площею 157,4 м<sup>2</sup>, Поблизу аптеки знаходиться амбулаторія сімейної медицини, стоматологічні кабінети, неподалік також розміщене відділення швидкої допомоги. Конкурентне середовище аптеки складають одинадцять аптечних закладів,

розміщених у мікрорайоні. Встановлено, що товарний запас досліджуваної аптеки формують чотири оптові фармацевтичні фірми, проте основним постачальником є ТзОВ «БадМ» (83,86 %). Частка товару, що надійшов у досліджувану нами аптеку від інших дистриб'юторів («Фармако», «Юрія-фарм» і «Кормед»), є значно нижчою (10,32%, 3,63%, 1,19% відповідно). У 2018 р. дохід від реалізації товару в аптеці у порівнянні з минулим роком збільшився на 16,7%, значне збільшення об'ємів реалізації товару спостерігається з грудня по квітень, у травні та в літні місяці попит на лікарські засоби та інші товари аптечного асортименту різко знижується, а з вересня по грудень знову зростає. Протягом року рівень торгової націнки знаходився в межах 25-28 %. В середньому за 2018 рік зменшився період обороту товару в порівнянні з 2017 роком (20,11 днів у 2017 р. проти 22,5 днів у 2018 р.), що свідчить про оптимізацію товарних запасів аптеки. У структурі витрат досліджуваної аптеки протягом останніх трьох років стабільно найбільшу частку займає собівартість товару (75,4; 76,2 і 78,5% відповідно). У 2017 році удвічі в порівнянні з минулим роком збільшилася питома вага заробітної плати (від 4,7 до 9,4%), у 2018 р. витрати на оплату праці зросли ще більше - до 11,5% від усіх витрат аптеки. Суттєво збільшилися також комунальні послуги – від 3,8% до 4,7%. Питома вага податків у структурі витрат протягом аналізованого періоду майже однакова – 1,84; 1,82 і 1,86% у 2016, 17 і 18 рр. відповідно. Рентабельність продажу товару в досліджуваній аптеці стрімко знижується і в 2018 р. складає 3,9 %.

Отже, незважаючи на збільшення обсягу реалізації та зменшення періоду обороту товару протягом останніх двох років, суттєве зростання витрат спричинило зниження рентабельності аптеки до мінімального рівня. Стратегічна реакція аптечного закладу на зміни зовнішнього середовища може полягати у використанні внутрішнього потенціалу, зокрема, здача частини приміщень аптеки в оренду забезпечить надходження позареалізаційних доходів і сприятиме збільшенню кількості потенційних покупців, водночас зменшуючи витрати на утримання приміщень.

# АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Тімофеев С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economia@ukr.net](mailto:economia@ukr.net)

Дерматологічні захворювання до яких також відносять й дерматовенерологічні та шкірні хвороби є одними з розповсюджених захворювань працездатного населення. Особливістю даних захворювань є те, що органом ураження виступає – шкіра, яка постійно контактує з зовнішніми факторами навколишнього середовища. Причинами виникнення захворювань шкіри можуть бути: інфекції, віруси, внутрішні та зовнішні фактори (фізичні, метаболізм, тощо), порушення розвитку шкіри. Патологічні зміни шкіри, її придатків або слизових оболонок можуть негативно сказуватись та заважати нормальній роботі хворого. Отже, своєчасна діагностика та оптимально підібране лікування хворих є необхідним та актуальним.

Метою дослідження є аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення хворих на дерматологічні захворювання медичною та фармацевтичною допомогою. У дослідженні були використані матеріали з офіціальних сайтів Державної служби статистики, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Верховної Ради України. Методами були обрані аналітичний та узагальнення наукової інформації. За даними Державної служби статистики України встановлено, що у 2017 р. кількість вперше зареєстрованих випадків захворювання на хвороби шкіри та підшкірної клітковини становила 1564434 або 5,87% від загальної кількості всіх захворювань. При розподілі хворих за статтю, встановлено, що захворюваність жінок у 1,18 разів вища ніж у чоловіків та складає 848806 випадків. Одним з пояснень цього є різниця у генетиці та імунній системі чоловіків та жінок. Слід зазначити, що жінки та чоловіки у віці 18-59 років хворіють у 2,8 разів частіше ніж після 60 років. Зважаючи на те, що



хвороби шкіри можуть розвиватися не залежно від статі та віку, актуальним є аналіз нормативно-правового забезпечення, що регулює надання медико-фармацевтичної допомоги хворим цієї категорії. Так, проаналізувавши матеріали з офіційних сайтів МОЗ та Верховної Ради України було виявлено, що чинним є Наказ МОЗ від 8.05.2009 р. № 312 зі змінами та доповненнями від 8.10.2013 р. № 866; від 20.11. 2015 р. № 762; від 4.06.2016 р. № 670 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання». Згідно даного Наказу затверджені протоколи лікування 38 дерматовенерологічних захворювань. Нормативно-правова база всіх протоколів лікування складається з: Конституція України, ч. I, ст. 3; Наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги»; Наказ МОЗ України від 02.04.2002 р. № 127 «Про організаційні заходи по впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань»; Наказ МОЗ України від 19.11.2002 р. № 422 «Про подальший розвиток клінічної імунології в Україні»; Наказ МОЗ України від 07.06.2004 р. № 286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України»; Наказ МОЗ України від 09.03.2004 р. № 122 «Про подальший розвиток алергології в Україні»; Наказ МОЗ України від 28. 12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги»; Наказ МОЗ України від 25.05.2000р. № 120 «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»; Наказ МОЗ України від 01.08.2005 р. № 385 «Про інфекційний аспект донорської крові та її компонентів»; Основи законодавства України про охорону здоров'я.

Так, встановлено, що в Україні нормативно-правова база, яка регламентує надання медико-фармацевтичної допомоги хворим на дерматовенерологічні хвороби є наявною для широкого кола захворювань, але потребує постійного перегляду у зв'язку з оновленням методів лікування та зміною етіології захворювань.

# ОЦІНКА ЯКОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ, В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ЗА ДАНИМИ ФОРМАЛЬНОГО VEN-АНАЛІЗУ

Ткачова О. В., Ільєнко Ю.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[ph-econom@nuph.edu.ua](mailto:ph-econom@nuph.edu.ua)

Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) та грип, що є її різновидністю, найбільш поширені хвороби людства і щорічно вражають дорослих та дітей у всіх країнах. Найбільш часто на ГРВІ страждають діти (до 60-70 % від усіх хворих), що потребує проведення їх ефективної профілактики та лікування.

Метою дослідження стало проведення формального VEN-аналізу лікарських призначень у 60 дітей, хворих на ГРВІ, які протягом 2017 року проходили лікування в ЗОЗ м. Буринь Сумської області.

Формальний VEN-аналіз дозволив оцінити відповідність фармакотерапії дітей з ГРВІ чинним медико-нормативним документам з позиції наявності або відсутності їх в Державному формулярі лікарських засобів України (ДФЛЗУ) (9 випуск, 2017 р.) та в уніфікованих клінічних протоколах (УКП) лікування основного захворювання – УКП надання медичної допомоги дорослим та дітям хворим на ГРІ (2014 рік) та УКП супутніх захворювань.

Отримані результати показали, що серед 86 призначуваних ЛЗ до ДФЛЗУ увійшли 46 торгових назв (ТН) препаратів (53,49%), а 40 ТН ЛЗ (46,51%) не увійшли до даного медико-нормативного документу. Низький показник відповідності фармакотерапії ДФЛЗУ пов'язаний з частими призначеннями лікарями лікарських засобів, що мають низький рівень доказової ефективності (імуностимулятори, противірусні, антидіарейні та гомеопатичні засоби). До УКП надання медичної допомоги дорослим та дітям хворим на ГРІ увійшли 19 із 46 МНН (41,3%) від загальної номенклатури призначених засобів. Низький показник відповідності фармакотерапії УКППМД пов'язаний з невеликою кількістю МНН, включених до складу даного медичного нормативного

документу. Після ретельного аналізу 27 МНН ЛЗ, які не увійшли до УКП надання медичної допомоги дорослим та дітям, хворим на ГРІ, виявлено, що 16 МНН ЛЗ рекомендовані УКПМД хворим в УКП лікування супутніх захворювань: 5 МНН для хворих на гострі кишкові інфекції у дітей, 6 МНН для лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиційним нефритом, 1 МНН для дітей з бронхіальною астмою, 3 МНН для хворих на виразковий коліт та 1 МНН для дітей з гострим риносинуситом. 11 МНН ЛЗ (23,9%) були відсутні у всіх проаналізованих УКП і віднесені до групи N – другорядні засоби. Серед другорядних засобів, що не рекомендовані УКП були відібрані ЛЗ, що також не увійшли до ДФЛЗУ. До них належать 7 препаратів: 2 гомеопатичні засоби, 2 ЛЗ з групи імуностимулятори, 1 ЛЗ з групи полівітаміни та мінерали, 1 ЛЗ для лікування кислотозалежних захворювань, а також 1 дієтична добавка до їжі «Лактіале». Другорядні засоби, що не увійшли в жоден медико-нормативний документ, склали 9,38% лікарських призначень на суму 3555,10 грн. – 8,90 % від загальної суми витрат на фармакотерапію дітей з ГРВІ в дитячому відділенні ЗОЗ Сумської області.

Отже, результати формального VEN аналізу продемонстрували, що більшість призначуваних препаратів (53,49 %) були наявними у ДФЛЗУ (9 випуск), а також 35 МНН ЛЗ із 46 МНН (76,1%) призначались лікарями раціонально у зв'язку з наявністю основного та супутніх захворювань. Це свідчить про те, що лікарі в ЗОЗ Сумської області у більшості випадків дотримувалися сучасних стандартів фармакотерапії – ДФЛЗУ та уніфікованих клінічних протоколів, які постійно переглядаються та оновлюються. Але, також встановлено, що 23,9% призначених МНН ЛЗ не відповідали УКП надання медичної допомоги дорослим та дітям з ГРІ та УКП лікування хворих з супутніми захворюваннями, а 46,51% ЛЗ не входили до ДФЛЗУ (9 випуск). Вищенаведені результати свідчать, що в даному відділенні ЗОЗ недостатньо дотримуються медико-нормативних документів при фармакотерапії дітей на ГРВІ, і є необхідність подальшої корекції фармакотерапії ГРВІ у ЗОЗ м. Буринь.

## **КРЕДИТУВАННЯ, ЯК СТИМУЛЮЮЧА ЕКОНОМІЧНА СКЛАДОВА ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Толочко В.М., Музика Т.Ф., Адонкіна В.Ю., Зарічкова М.В., Артюх Т.О.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації,  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
[uef-ipksf@nuph.edu.ua](mailto:uef-ipksf@nuph.edu.ua)

За сучасних умов, ускладнюється економічна складова діяльності аптечних закладів (АЗ), насамперед через високу конкурентність. Виникає ряд чинників, які мають негативний вплив на господарську діяльність АЗ, знижується коефіцієнт ліквідності закладу, зокрема спостерігається зниження кількості власних обігових коштів. Без використання кредитних ресурсів практично неможливо здійснювати ефективну господарську діяльність АЗ. Наприклад, без закупівлі товарів з відстрочкою платежів наявність належного асортименту лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП) практично нездійснено.

Кредитування необхідне для поповнення потреби в обігових коштах та оновлення основного капіталу. Джерелом поповнення обігових коштів АЗ можуть бути короткострокові кредити. Натомість, для формування основного капіталу, що має тривалий термін обігу, АЗ потребують довгострокових форм кредитування.

Метою нашого дослідження стало визначення форм кредитування, які найбільше використовуються аптечними мережами і аптечними закладами.

В ході досліджень були використані аналітичний, порівняльний аналіз та кабінетні методи дослідження.

Дослідження показують, що на сьогодні поряд з гострою потребою у кредитуванні, існують ряд складнощів системи кредитування України. Необхідно відмітити, що існуючі високі відсоткові ставки банківського кредитування часто знижують попит на них, хоча необхідність АЗ в них є

важливою для економічної діяльності. До того ж спеціальних умов для кредитування АЗ, як закладів охорони здоров'я, в Україні не передбачено. Тому АЗ постійно шукають оптимальні їх форми, які б мали демократичні відсотки і терміни погашення.

Результати досліджень показують, що найпоширенішим видом кредитування серед АЗ є банківське кредитування, де однією з сторін кредитної угоди є банк. Зокрема одним із затребуваних є контокорентний кредит, насамперед через те, що така форма банківського кредиту є універсальною і дозволяє виконувати, як активні, так і пасивні операції, крім цього така форма дозволяє допускати овердрафт (перевитрата). Однією з умов для користування даною формою кредитування є досвід надійних партнерських відносин. Розмір кредитування використовується в різних обсягах, які не повинні перевищувати встановлений ліміт, що визначається згідно з умовами визначеними угодою. Він має застосовуватися тільки для фінансування обігових коштів або для підтримки поточного платіжного обігу, тобто короткострокового кредитування.

Проведений нами аналіз свідчить про те, що даною формою кредитування користуються як роздрібні, так і оптові фармацевтичні підприємства й навіть їх співробітники. Це є доцільним тому, що специфіка їх діяльності часто примушує здійснювати закупівлю ЛЗ і ВМП позапланово або й екстрено незалежно від наявності коштів, тому овердрафт дозволяє вирішувати цю проблему негайно.

Таким чином, проведені дослідження показують, що кредитування аптечних закладів є важливою складовою економічної діяльності, зокрема стимулом їх прибутковості та безперервного забезпечення населення ЛЗ і ВМП. Але відсутність пільг стримує їх участь в кредитуванні, тому є реальна необхідність на законодавчому рівні планувати вирішення таких проблем, що потребує подальших досліджень.

# **РОЗРОБКА ПРОЦЕСНОЇ МОДЕЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ТА ПІДХОДІВ ДО ЇЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ, ОЦІНКИ І ПОЛІПШЕННЯ**

Убогов С.Г., Трохимчук В.В., Годорова В.І., Пилипчук Л.Б.

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

E-mail: standpharm@nmaro.edu.ua, kaf-kontryak@ukr.net

Однією з інноваційних тенденцій сучасного розвитку фармацевтичного сектору є впровадження інтегрованих систем управління (ІСУ) на виробничих фармацевтичних підприємствах (ФП) та в аптечних закладах (АЗ). В рамках цього напрямку досліджень співробітниками НМАПО імені П. Л. Шупика було обґрунтовано науково-практичні підходи до формування ІСУ в АЗ. Наступним етапом йде розробка процесних моделей ІСУ для впровадження в АЗ різного типу, а також фармацевтичних службах лікувально-профілактичних закладів (ФС ЛПЗ), що й визначило актуальність та мету даної роботи.

Мета роботи – обґрунтування і розробка процесної моделі та підходів до регламентації і документування, оцінки дієвості та поліпшення процесів ІСУ АЗ та ФС ЛПЗ.

Як матеріали досліджень використано: наукові публікації, міжнародні і національні стандарти, нормативно-правові акти та настанови МОЗ України, інформація АЗ і ЛПЗ, розміщена на офіційних веб-сайтах та зібрана у процесі безпосереднього спостереження. Методами дослідження є: системно-оглядовий, узагальнення, спостереження, документальний, структурно-логічний, графічного моделювання. На основі вимог GxP (GDP/GSP/GPP/GVP) та міжнародних стандартів у сфері якості, екології, гігієни і безпеки праці та соціальної відповідальності (ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, SA 8000) нами обґрунтовано і розроблено типову процесну модель ІСУ АЗ та ФС ЛПЗ (далі – фармацевтична інтегрована система управління, ФІСУ). Ця модель розроблялася як уніфікована і тому вона може використовуватися для формування ФІСУ в АЗ

різного типу (аптечних складах, роздрібних та виробничих аптеках), а також ФС ЛПЗ (різних рівнів надання медичної допомоги), до складу якої входять фармацевтичні підрозділи (аптека, склад зберігання ЛЗ, відділення клінічних провізорів тощо). Метою побудованої моделі ФІСУ є задоволення інтересів споживачів ЛЗ (пацієнтів) та інших зацікавлених сторін (медичних і фармацевтичних працівників, регуляторних органів, суспільства). Реалізація даної мети досягається шляхом виконання трьох категорій процесів: процесів управління, основних процесів та процесів підтримки. При цьому, якщо представлені у типовій моделі основні процеси не є характерними для АЗ відповідного типу або ФС ЛПЗ, то вони не включаються в процесну структуру ФІСУ, яка впроваджується у конкретному закладі. У випадку ж, якщо виникає потреба додати до групи основних процесів ФІСУ новий процес (наприклад, процес аутсорсингу), то дана типова модель є відкритою для розширення. Ще одним важливим моментом є те, що у представленій моделі ФІСУ управління аспектами екології, гігієни, безпеки праці та соціальної відповідальності не виділено в окремі процеси. Це пов'язано з міжпроцесним характером цих аспектів в контексті особливостей фармацевтичної діяльності, зокрема щодо управління рухом ЛЗ на шляху від постачальника (виробника) до кінцевого споживача (пацієнта). Тому зазначені аспекти «пронизують» як основні процеси, так і процеси управління та підтримки ФІСУ. Далі нами було обґрунтовано підходи до регламентації і документування процесів ФІСУ в умовах функціонування чотирирівневої системи задокументованої інформації, що включає: основоположні, регламентуючі, інструктивно-методичні та робочі (первинні) документи. Описано та структуровано зміст кожного процесу типової моделі ФІСУ. Розроблено матрицю відповідальності і повноважень працівників АЗ і ЛПЗ в межах ФІСУ, а також визначено очікувані виходи процесів ФІСУ. Побудовано та описано структурно-ієрархічну модель оцінки дієвості і поліпшення ФІСУ. Отримані результати є основою для побудови, регламентації і документування ФІСУ та розробки системи її оцінки і постійного поліпшення.

# **ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЭФФЕКТИВНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ**

Цурикова О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[zurikova2008@gmail.com](mailto:zurikova2008@gmail.com)

Устойчивое и эффективное развитие сферы здравоохранения возможно при условии перехода к инновационно-инвестиционному типу развития, в первую очередь, на основе государственно-частного партнерства. Совершенствование системы финансирования сферы здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения населения позволяет, с одной стороны, обеспечить решение социальных, экономических и организационных проблем отрасли, с другой – способно оказывать положительное влияние на уровень здоровья населения, воспроизводство человеческого капитала в целом в государстве. Особую актуальность рассмотрение проблемы внедрения инновационно-инвестиционной модели имеет для украинского здравоохранения, которое на данный момент находится на стадии системных преобразований. Данное утверждение и определило основную цель наших теоретических исследований.

Объектом исследований стали данные специальной литературы по рассматриваемой тематике. Использовались исторический, сравнительный, логический и другие методы научного поиска и анализа. В результате систематизации данных специальной литературы нами определены основные задачи, эффективное решение которых позволит существенно повысить инновационный потенциал украинского здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения населения. Так, к таким задачам, требующих незамедлительного решения, следует отнести: разработку нормативно-правовых механизмов, обеспечивающих перспективное внедрение доступных для населения моделей обслуживания по программам обязательного медицинского



страхования; внедрение в практическое здравоохранение эффективных механизмов распределения средств государственного бюджета, направляемых для выравнивания условий оказания медицинской и фармацевтической помощи для населения страны независимо от социального и материального статуса их в обществе; формирование условий для равного доступа населения к базовому комплексу медицинских услуг и основных ЛС в соответствии с основными целями реализации Национальной лекарственной политики; совершенствование методики установления тарифов на медицинские услуги, а также фармацевтические услуги, реализуемые в рамках выполнения государственных гарантий по оказанию льготной и бесплатной фармацевтической помощи; активизация процесса внедрения в медицинскую и фармацевтическую практику мобильных приложений, позволяющих эффективно оказывать медицинскую помощь в рамках «концепции ответственного самолечения», а также фармацевтические услуги на качественном уровне; развитие программ электронной медицины в первичном медико-санитарном звене; дальнейшее внедрение программ «семейного врача» и «семейного провизора-фармацевта» в рамках реализации консолидированного подхода в организации оказания населению медицинской и фармацевтической помощи; экономическое стимулирование развития профилактической медицины и фармации, как важнейших направлений развития в современной системе здравоохранения; создание конкурентной среды на рынке медицинских и фармацевтических услуг с привлечением дополнительных ресурсных источников финансирования процесса оказания медицинской и фармацевтической помощи населению.

Разработка практических подходов для эффективного решения вышеуказанных задач станет одним из перспективных направлений наших исследований, направленных на выявление рациональных путей решения проблемы повышения инновационного потенциала украинского здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения населения.

# АВС-АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ У ПРИВАТНІЙ АПТЕЦІ

Черкашина А.В., Мухін М.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Хронічні захворювання суглобів, зокрема остеоартроз, як найбільш поширена форма артрозу, є однією з основних причин передчасної втрати працездатності, інвалідності, функціональних обмежень та значного зниження якості життя хворих.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України поширеність остеоартрозу становить 3140 на 10 тис. нас., захворюваність – 460 на 100 тис. нас. (*клінічна настанова «Остеоартроз», 2017 р.*). Дніпропетровська область посідає третє місце в Україні за кількістю фіксованих випадків остеоартрозу (після Черкаської та Вінницької областей), що свідчить про актуальність визначення сучасного стану фармацевтичного забезпечення хворих в регіоні.

Саме тому метою нашої роботи стало проведення АВС-аналізу хондропротекторних препаратів у приватній аптеці ТОВ «Мед–Сервіс Дніпро» м. Тернівки. За результатами проведеного нами аналізу визначено, що серед загальної кількості звернень за фармацевтичною допомогою до аптеки по пільгових рецептах 40% – це відвідувачі з патологією опорно-рухового апарату, а основною нозологічною формою є остеоартроз. Під час дослідження нами застосовувався АВС-аналіз, який базується на законі Парето і полягає у ранжуванні лікарських препаратів (ЛП), що знаходяться у реалізації за рівнем прибутковості для суб'єкта господарювання. АВС-аналіз групи хондропротекторних препаратів проводили з урахуванням обсягів продажів за 6 місяців 2018 р. Результати АВС-аналізу (фрагмент досліджень) наведені у табл. 1.

Нами визначено, що до кожної групи увійшли ЛП з різними діючими речовинами та різних форм випуску.

## Результати АВС-аналізу хондропротекторних препаратів

Група	Кількість найменувань, од.	Частка найменувань, %	Частка обсягів продажів, %
А	5	18,52	79,73
В	8	29,63	14,69
С	14	51,85	5,58

Група А, зокрема, містить ЛП, які у своєму складі мають хондроїтину сульфат, а саме: Артифлекс Хондро (р-н д/ін. 100 мг/мл, амп. 2 мл. №10, ТОВ «ФК «Здоров'я», Україна) складає 16,47% від загального товарообігу хондропротекторів, Мукосат NEO (р-н д/ін. 100 мг/мл, амп. 2 мл. №10, РУП «Белмедпрепарат», Республіка Білорусь) – 16,55%, Структум (капс. 500 мг. №60, П'єр Фабр Медикамент Продакшн, Франція) – 10,22%; ЛП, які мають комбінацію глюкозаміну сульфату + хондроїтину сульфату – Протекон (табл. № 30, Евертоджен Лайф Саєнсиз Лімітед, Індія) складає 28,31% від загальної кількості реалізації, а також комбінація глюкозаміну сульфату + хондроїтину сульфату + НПЗЗ – Протекон Фаст (табл. № 30, Евертоджен Лайф Саєнсиз Лімітед, Індія) – 8,18%. За результатами проведеного АВС-аналізу нами визначений перелік ЛП, які користуються найбільшим попитом серед споживачів, приносять 79,73% прибутку аптеці по досліджуваній групі препаратів і мають бути постійною складовою асортиментної матриці в аптеці № 7 ТОВ «Мед–Сервіс Дніпро» м. Тернівки, а саме: Артифлекс Хондро (ТОВ «ФК «Здоров'я», Україна), Мукосат NEO (РУП «Белмедпрепарати», Республіка Білорусь), Структум («П'єр Фабр Медикамент Продакшн», Франція), Протекон та Протекон Фаст («Евертоджен Лайф Саєнсиз Лімітед», Індія).

Проведене дослідження, як складова управління асортиментом в аптеці № 7 ТОВ «Мед–Сервіс Дніпро» м. Тернівки, є одним з актуальних питань практичної діяльності досліджуваної аптеки, важливою складовою якісної фармацевтичної допомоги та ефективної роботи аптеки в цілому.

# **АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВ**

Чернуха В.Н., Тулиев Закария

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@nuph.edu.ua](mailto:economica@nuph.edu.ua)

Правительства разных стран обеспечивают для своих граждан доступность качественной лекарственной помощи, через разработанную ВОЗ концепцию национальной лекарственной политики. Аналогичные документы разработаны и действуют в большинстве стран, в т.ч. и в Украине, и в Марокко.

Целью данного исследования стало изучение регулирующей роли государства в обеспечении доступности лекарственных средств для населения.

Нами использовались такие методы исследования, как анализ, синтез, а также социологические (анкетирование), статистические и графические методы.

Рыночный механизм не всегда дает обществу нужные результаты ибо вне его влияния остаются сферы образования, здравоохранения, социального обеспечения, фундаментальной науки, государственного управления, граждане, которые не принимают участия в изготовлении товаров (услуг), а выступают лишь как потребители (инвалиды, дети, пенсионеры) и др.

В основу государственного регулирования отношений, возникающих в сфере оборота лекарственных средств (ЛС) в постсоветских странах, заложена реализация принципов и выполнение следующих функций: регистрация ЛС; лицензирование деятельности в сфере обращения ЛС; аттестация и сертификация специалистов, занятых в сфере обращения ЛС; государственный контроль производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности ЛС; государственное регулирование цен на основные (жизненно необходимые) ЛС; государственное регулирование внешнеэкономической деятельности.

Для определения проблем и направлений совершенствования государственного регулирования доступности лекарственной помощи для

населения, в прошлом году нами было проведено социологическое исследование мнения работников аптек города Харькова по ряду вопросов, связанных с темой исследования.

Нами установлено, что большая часть опрашиваемых основной проблемой государственного управления фармацией считают несовершенство законодательной и нормативно правовой базы – 61,3%, а так же 52,6% опрашиваемых указали на недостаточность научных исследований по государственному управлению фармацией. 40,7% опрашиваемых отметили необоснованность изменений в структуре органов государственного управления фармацией. Более 75% анкетированных считают нынешние методы регулирования фармацевтической деятельности либо малоэффективными (39,1%), либо неэффективными (36,4%).

Так же нами установлено, что большинство опрошенных наиболее эффективным методом государственного регулирования в фармации считают лицензирование фармацевтической деятельности (71,2%). Немного меньше (69,4%) опрошенных считают одним из наиболее эффективных методов регулирования доступности лекарств контроль цен на основные лекарственные средства. Далее идут аттестация фармацевтических кадров – 29,6% и налоговые льготы – 25,1%. Данные исследования свидетельствуют, что 62,6% опрошенных высказались за усиление влияния общественных фармацевтических организаций на регулирование в фармации. 52,8% анкетированных высказались за совершенствование уже действующих механизмов государственного регулирования в фармации. Почти половина опрошенных (48,8%) высказались за обеспечение конкурентных отношений, базирующихся на фармацевтической этике в рыночном окружении.

В итоге исследования нами выявлено, что 52,2% опрошенных к наиболее целесообразным методам регулирования цен относят внедрение системы референтных цен на лекарственные средства, стоимость которых подлежит компенсации.

# ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ

Чернуха В.Н., Муфид Омайма

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[economica@nuph.edu.ua](mailto:economica@nuph.edu.ua)

В настоящее время все больше внимания уделяется персонализированной медицине, которая направлена на лечение конкретного больного с его индивидуальными особенностями, а не болезни. Это будет способствовать повышению безопасности здравоохранения, а также его профилактической и клинической эффективности. Поэтому экстенпоральные лекарственные средства никогда полностью не могут быть заменены лекарствами промышленного производства.

Целью нашего исследования является определение и анализ проблем изготовления лекарственных средств в условиях аптеки на основании анализа литературных источников по теме исследования с дальнейшей разработкой анкеты для опроса работников аптек по вопросам, связанным с темой исследования.

Методика данного исследования состоит из совокупности как общенаучных методов (сравнение, сводка и группировка, анализ и синтез), так и с конкретно-научных методов и приемов (статистический анализ динамики и структуры, анкетирование и т.д.).

Сегодня в Украине изготовлением лекарств, как правило, занимаются незначительное количество государственных и коммунальных аптек, а также межбольничные аптеки. В связи с этим большинство населения страны ограничено в возможности приобретения экстенпоральных лекарственных средств. Но потребность в таких лекарствах для определенных категорий амбулаторных и стационарных больных, например, детей и людей преклонного возраста, не исчезла и поэтому вопрос сохранения экстенпоральной рецептуры

становится все острее с каждым годом. В современных условиях одной из главных проблем как в фармации, так и в здравоохранении Украины является экономическая доступность лекарственных средств для населения. К сожалению, экстемпоральные лекарственные средства, более доступные населению по ценовому признаку, из-за резкого сокращения производственных аптек становятся недоступными населению физически. По данным Международной Фармацевтической Федерации, практика изготовления лекарств в условиях аптеки распространена в Европе и Америке. Исключением является аптеки Португалии, где такая услуга отсутствует. В то же время в ряде стран – Австрии, Финляндии, Франции, Германии, Японии, Австралии и других – все аптеки предоставляют полный спектр услуг, в том числе и изготовление лекарств в условиях аптеки. Проблема экономической доступности или адекватного формирования цен на лекарственные средства выходит за рамки чисто экономической или медицинской плоскости – это прежде всего социальная проблема. Попытки решить ее поспешно, без надлежащего обоснования политической стратегии, применение сбалансированного и взвешенного подхода к ее воплощению могут повредить как деятельности фармацевтического сектора в целом, так и пациентам в частности. Исходя из важности вопроса сохранения аптечного изготовления лекарств, в течение нескольких лет на кафедре ОЭФ НФаУ проводится выборочное обследование производственных аптек с целью углубленного изучения состояния и проблем изготовления лекарств в условиях аптеки. Исследование проводится путем корреспондентского опроса специалистов производственных аптек.

Нами разрабатывается анкета, состоящая из вопросов относительно проблем аптечного изготовления лекарств, которые нами условно разделены на две части: 1) по выявлению проблем изготовления экстемпоральных лекарственных средств и 2) по выявлению проблем уменьшения количества производственных аптек и экстемпоральной рецептуры.

# ВИВЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПЕРЕДЧАСНУ ЕЯКУЛЯЦІЮ

Чигіна Г.С., Ящук І.С., Вишницька І.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

[fenya-0800@ukr.net](mailto:fenya-0800@ukr.net)

З проблемою передчасної еякуляції стикаються один з трьох чоловіків у будь-якому віці (найчастіше – у 18-40 років). Передчасна еякуляція негативно впливає на якість життя обох сексуальних партнерів і саме це є основною причиною, що зумовлює необхідність лікування.

Метою нашого дослідження було дослідження сучасного стану фармацевтичної складової терапії хворих на передчасну еякуляцію в Україні.

В результаті дослідження виявлено, що в Україні з 28.04.2017 р. (згідно наказу МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 р.) лікарі можуть використовувати у своїй роботі міжнародний клінічний протокол «Керівництво з лікування передчасної еякуляції» (EBM Guidelines. Premature ejaculation), представлений в розділі Urology\Урологія на сайті МОЗ України. Було опрацьовано Державний реєстр лікарських засобів (ЛЗ) та Державний формуляр ЛЗ України на предмет асортименту ЛЗ, які використовуються для лікування передчасної еякуляції. Встановлено, що використовуються наступні групи ЛЗ (як вітчизняних, так і зарубіжних виробників): інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (у випадку, коли присутні порушення еректильної функції) інгібітори зворотного захоплення серотоніну – Сертралін (5 торговельних назв), Пароксетин (8 торговельних назв), Дапоксетин (4 торговельних назви), а також Магнію сульфат (13 торговельних назв). Таким чином, в Україні представлено достатньо широкий асортимент ЛЗ для лікування передчасної еякуляції, проте не всі препарати, що рекомендовані міжнародним Керівництвом, зареєстровані в Україні та включені до Державного формуляру ЛЗ, що потребує подальшого вивчення і оптимізації фармакотерапії для надання якісної фармацевтичної допомоги досліджуваним хворим.



# ПІДСИЛЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ В УМОВАХ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Яковлева Л.В., Баглай Т.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[ph-econom@nuph.edu.ua](mailto:ph-econom@nuph.edu.ua)

Розвиток стійкості до антибіотиків має всезростаючий темп, особливо в нерозвинених країнах, і набуває загрозового рівня. Прогнозується збільшення до 2025 року числа смертей від інфекційних хвороб до 10 млн осіб у розрахунку на рік у світі. Українське регулювання доступу населення до лікарських засобів, рівень відповідального самолікування додає підстав для прикладання нових зусиль у боротьбі з антибіотикорезистентністю не тільки шляхом створення ліків наступного покоління з новими механізмами дії, а й з використанням організаційних підходів, що є значно більш дешевими.

Метою даної роботи є вивчення відомостей наукових досліджень щодо зниження та усунення нераціонального використання протимікробних лікарських засобів (ЛЗ) у клінічних і амбулаторних умовах, зокрема, в частині самолікування (без призначення лікаря), що має місце як факт порушення рецептурного відпуску антимікробних ЛЗ.

Огляд літературних джерел показав, що в Україні та країнах СНД головними причинами збільшення стійкості до антибіотиків є низький рівень поінформованості про проблему та її наслідки серед населення, доступ до антибіотиків без рецепту, залишки ЛЗ після невикористання повного курсу лікування, фармацевтична реклама, відсутність швидких і достатніх діагностичних тестів на збудника інфекції, недостатня розповсюдженість інформації про прості профілактичні гігієнічні процедури.

Не зважаючи на те, що реклама рецептурних препаратів для населення (як і порівняльна) заборонена в розвинутих країнах (крім США), дозволена для

громадськості промоція ОТС-препаратів створює уявлення про доступність переважної більшості ліків.

Окремо звертається увага на пряму взаємодію населення з фармацевтами (понад рекламу та маркетингове просування), які, не зважаючи на рецептурне регулювання відпуску антимікробних ЛЗ, продовжують відігравати значну роль у консультуваннях і безрецептурному поширенні протимікробних ЛЗ.

Важливим також є й сприйняття проблеми антибіотикорезистентності в особистій практиці лікаря як проблеми більшого масштабу. Особливо важливим є розуміння лікарями поширеності тяжких наслідків антибіотикорезистентності у світі. Запит про набуття додаткових знань щодо раціонального застосування протимікробних препаратів залишається високим серед лікарів, які проходять підвищення кваліфікації, та студентів, які здобувають лікарський фах.

Зокрема, вітчизняні дослідження (Бережна А. В., Чумаченко Т. О., 2018) серед студентів-медиків зайвий раз засвідчують їхню потребу в додаткових знаннях щодо застосування антибіотиків ще в навчальному академічному середовищі. Студенти окремо відзначають, що наявність практичної підготовки не приділяє достатньої уваги вивченню раціонального використання цих препаратів.

Наостанок зауважимо, що засобами забезпечення раціонального використання антибіотиків є подальше оновлення й осучаснення (адаптація) міжнародних протоколів лікування в вітчизняній практиці з застосуванням провідного міжнародного досвіду, впровадження для лікаря та підвищення його кваліфікації щодо «розумного» (наприклад, SMART) призначення протимікробних ЛЗ, окремий системний збір достатніх даних про обіг антибіотиків, доступ до таких відомостей, просвітницька робота лікарів з пацієнтами та вплив на широкі верстви населення щодо свідомої відмови від неконтрольованого вживання антимікробних лікарських засобів і підвищення довіри до вакцин й охоплення щепленнями.

# АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ФТОРХІНОЛОНІВ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ

Яковлева Л.В., Бердник О.Г., Кривоzub І.О., Баглай Т.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[feknfau@ukr.net](mailto:feknfau@ukr.net)

Антибактеріальні препарати стали невід'ємною частиною життя людини. Сучасний ритм життя послаблює імунітет людини, а збудники інфекційних хвороб мутують і стають резистентними до основних антибактеріальних препаратів першого ряду при стрептококових інфекціях – класу пеніцилінів. Відбувається це через нераціональне безконтрольне вживання і неосвіченість населення в медичних питаннях.

Відкриті в середині минулого століття фторхінолони дозволяють успішно впоратися з багатьма небезпечними інфекційними захворюваннями з мінімальними негативними наслідками для організму. Чотири сучасних лікарських засобів цієї групи включені до Національного переліку життєвонеобхідних (Ципрофлоксацин, Офлоксацин, Левофлоксацин та Моксифлоксацин) [[http://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nacperelic\\_dodatok\\_web.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nacperelic_dodatok_web.pdf)].

Фторхінолони – група синтетичних хіміотерапевтичних засобів – є похідними 4-хінолону, які містять у положенні 7 хінолінового ядра незаміщений або заміщений піперазиновий цикл, а у положенні 6 – атом фтору. За кількістю атомів фтору в молекулі фторхінолони розподіляються на монофторхінолони, дифторхінолони та трифторхінолони.

Сьогодні отримано понад 30 препаратів фторхінолонів. Створення ліків з двома та трьома атомами фтору в молекулі вплинуло не тільки на антимікробну активність, але й на їх фармакокінетику. Найбільш вивчені та широко застосовуються в клініці монофторовані сполуки. За часом створення препарати цієї групи розподіляються на 4 покоління. До препаратів I покоління належать норфлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин,

пєфлєксацин, лємєфлєксацин. До препаратів II покоління – лєвофлєксацин, спарфлєксацин. Препарати III–IV поколінь: мєксифлєксацин, гємїфлєксацин, гатифлєксацин, ситафлєксацин, трєвафлєксацин. Крім того, фторхінолони нових поколінь, як правило, активні відносно бактерій, стійких до хїнолонів I покоління. Фторхінолони III і, особливо, IV покоління високоактивні відносно пневмококів, більше активні, ніж препарати II покоління, відносно внутрішньоклітинних збудників (*Chlamydia* spp., *Mycoplasma* spp.), *M.tuberculosis*, атипєвих мїкобактерій (*M.avium* та ін.), анаєробних бактерій (мєксифлєксацин). При цьому не зменшуєтьсє активність у відношенні грамнегативних бактерій. Важливою властивістю цих препаратів є активність відносно ряду бактерій, стійких до фторхінолонів II покоління. У зв'язку з високою активністю до збудників бактерїальних інфекцій верхніх і нижніх дихальних шляхів їх іноді називають «рєспїраторними» фторхінолонами. При аналізі фармацевтичного ринку України за перїод з 2014 по 2017 рік було встановлено 14 МНН, які представлені близько 200 ТН рїзних форм випуску та рїзних виробників.

Метою даної роботи є аналіз споживання фторхінолонів на українському фармацевтичному ринку протягом 2014-2017 років.

Аналіз споживання проводили за допомогою АТС/DDD-методології, що рекомендована ВООЗ. Аналіз проводили за вихідними даними інформаційно-пошукової системи «Морїон». Значення DDD препаратів як одиниці вимірювання об'ємів споживання знаходили на сайті ВООЗ за АТС-кодом. Для кожного препарату, представленого на фармацевтичному ринку України, була розрахована кількість визначених підтримуючих добєвих доз – DDDs. Для розрахунку споживання фторхінолонів був використаний показник DDDs на 1000 жителів на день (DDD<sub>s</sub>/1000/день або DID). Розрахунок DID проводили за формулою:

$$DID = DDD_s \times 1000 / \text{кількість жителів в Україні} \times 365 \text{ днів,}$$

де DDDs – кількість визначених добових доз, прийнятих хворими в Україні за відповідний рік.

Для 6-х МНН препаратів (J01R A05, J01R A09, J01R A11, J01R A12, J01R A13, J01R A18), які не мали значення DDD були розраховані PDD (prescribed daily dose) згідно з інструкціями для медичного застосування та використовуючи реалізовану кількість упаковок. Тобто, об'єми споживання деяких препаратів визначали в PDD.

Результати розрахунків наведені у таблиці.

Таблиця.

**Результати дослідження споживання фторхінолонів в Україні  
протягом 2014-2017 рр.**

АТС – код та МНН	DDDс/1000 жителів/день			
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017р.
J01M B04 Кислота піпемідинова	0,048	0,0345	0,03259	0,0365
J01M A01 Офлоксацин	0,207	0,211	0,196	0,186
J01M A02 Ципрофлоксацин	0,43	0,42	0,42	0,42
J01M A03 Пефлоксацин	0,0022	0,0019	0,0019	0,0017
J01M A06 Норфлоксацин	0,23	0,21	0,19	0,17
J01M A12 Левофлоксацин	0,3549	0,38	0,55	0,76
J01M A14 Моксифлоксацин	0,007	0,006	0,008	0,007
J01M A16 Гатифлоксацин	0,046	0,029	0,026	0,023
J01R A05 Левофлоксацин та орнідазол	0,157	0,015	0,017	0,016
J01R A09 Офлоксацин та орнідазол	0,48	0,099	0,1	0,12
J01R A11 Ципрофлоксацин та тінідазол	0,05	0,055	0,1	0,12

J01R A12 Ципрофлоксацин та орнідазол	0,02	0,022	0,026	0,036
J01R A13 Норфлоксацин та тінідазол	0,04	0,044	0,051	0,049
J01R A18 Фторхінолони в комбінації з іншими антибактеріальними засобами	0,0025	0,0027	0,0035	0,002
<b>Загальне споживання</b>	<b>2,08</b>	<b>1,53</b>	<b>1,72</b>	<b>1,95</b>

Аналіз динаміки споживання фторхінолонів в Україні показав, що протягом 2014-2017рр. загальне споживання всіх препаратів становило відповідно 2,08 DDDs(2014р.) 1,53 DDDs (2015 р.); 1,72 DDDs (2016 р.) та 1,95 DDDs у 2017 році. Отримані результати свідчать, що використання майже всіх фторхінолонів незначно зменшилось протягом досліджуваного періоду (від 2,08 DDDs/1000 жителів/день у 2014р. до 1,95 DDDs/1000 жителів/день у 2017 році). Стабільним залишилось споживання комбінацій фторхінолонів протягом всього досліджуваного періоду. Препарат Левофлоксацин був безперечним лідером зі зростаючим споживанням (від 0,35 DDDs у 2014р. до 0,76 DDDs у 2017 р.) при збільшенні кількості ТН з 70 до 73. Це зумовлено підвищеною антипневмококовою активністю, через яку він має назву «респіраторний». В останні роки для лікування ряду інфекцій стали використовувати короткі курси лікування левофлоксацином у високій дозі. Вони були запропоновані для підвищення бактерицидної активності антибіотика (яка залежить від його концентрації) і зниження ризику виникнення резистентності. У США такі курси (прийом левофлоксацину в дозі 750 мг 1 раз на добу протягом 5 днів) офіційно схвалені для лікування хворих з 18 років з позалікарняними пневмоніями, гострим бактеріальним синуситом, а також з ускладненими інфекціями сечових шляхів і гострим пієлонефритом у людей з нормальною функцією нирок.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ СУБ'ЄКТІВ ПІДПРИЄМНИЦТВА, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Яцишин Я.І., Корнієнко О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[oef1784@gmail.com](mailto: oef1784@gmail.com)

У Тернопільській області функціонують понад шістьсот п'ятдесят аптек та аптечних пунктів, причому значна частина усіх аптечних закладів розташовані в обласному центрі, що зумовлює жорстку конкуренцію між суб'єктами підприємництва. Дослідження особливостей структури і локалізації суб'єктів роздрібного фармацевтичного ринку Тернопільської області є актуальним.

Метою роботи було встановлення структури суб'єктів підприємництва, що здійснюють фармацевтичне забезпечення населення Тернопільської області. Об'єктом дослідження був реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Застосовано метод інформаційного пошуку.

На території Тернопільської області станом на 01.01.2019 р. здійснюють діяльність майже 300 суб'єктів господарювання, які мають ліцензію на оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами,. Загалом фармацевтичне забезпечення населення Тернопільської області здійснюють 5 аптечних складів, 542 аптеки та 109 аптечних пункти. Встановлено, що в обласному центрі зосереджено 224 аптечні заклади, а забезпеченість населення у м. Тернополі складає 975 осіб на 1 аптеку, що на 60,6% вище, ніж у середньому по області. Значна кількість аптечних закладів знаходиться у Чортківському, Гусятинському, Тербовлянському, Борщівському, Кременецькому, Бучацькому і Заліщицькому районах, позаяк у них зосереджено 44, 43, 41, 39, 38 і по 32 аптечні заклади

відповідно. Варто зауважити, що загалом по області у сільській місцевості функціонують 195 аптек.

Власниками понад половину аптечних закладів у м. Тернополі є фізичні особи – підприємці (ФОП), їм належать 111 аптек і 5 аптечних пунктів. Загалом по області цей показник ще вищий (57,3%), позаяк за межами м. Тернополя у власності ФОП є 222 аптеки і 35 аптечних пунктів. Товариства з обмеженою відповідальністю складають 34,8% роздрібного фармацевтичного ринку м. Тернополя, в області їх дещо менше – 18,5% від усіх суб'єктів господарювання. Аптечних закладів комунальної власності у Тернопільській області залишилося 14,1%, в обласному центрі їх ще менше – 6,7%. Питома вага аптечних закладів - приватних підприємств в м. Тернополі та області складає 6,7% і 7,3% відповідно.

Варто зауважити, що лише 9 аптек у області мають ліцензію на право виготовлення екстемпоральних лікарських засобів, причому п'ять з них розташовані у м. Тернополі, решта чотири - у м. Борщів, м. Чортків, м. Збараж і смт. Товсте Заліщицького району. За формою власності більшість з них є комунальними підприємствами (88,9%), лише одна аптека – ТЗОВ «Фірма «Рута-Фарм».

Отже, у результаті проведеного дослідження встановлено, що фармацевтичне забезпечення населення Тернопільської області здійснюють суб'єкти підприємництва різних організаційно-правових форм господарювання, причому близько третини з них функціонують в обласному центрі (34,4%). У сільській місцевості функціонують 195 аптек. Понад половину аптечних закладів належить ФОП (55,6%), дещо менше – ТЗОВ (25,4%), доволі низькою є питома вага суб'єктів роздрібного фармацевтичного ринку комунальної власності та приватних підприємств (11,9% і 7,1% відповідно).



# **THE ROLE OF PHARMACISTS IN ENSURING THE PROCESS OF RATIONAL USE OF MEDICINES IN THE EUROPEAN UNION COUNTRIES**

Ayaou A. (Switzerland), Zhadko S.V.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

[ayaou@bluewin.ch](mailto:ayaou@bluewin.ch)

Spending on drugs has risen sharply in Europe over the past decades. This is primarily due to higher volumes and the prescription of expensive new drugs. The drug market is evolving towards more and more highly specialized medicines, which are responsible for an increasing share of health expenditure. Rational use of medicines requires that "patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community".

The purpose of this work is to study the role of pharmacists in supporting the process of rational use of drugs in EU countries.

The public pharmacies are indispensable for the health care of the people in Germany, Switzerland, Great Britain and the other EU member states. Individual consultation, closeness to the patient, speed, efficiency and safety, ensured by innovative digital processes, characterize e.g. the German, Swiss and UK pharmacy system - and make it one of the best in the world. Pharmacies are the first point of contact for health issues. With 22 pharmacies per 100,000 inhabitants, in e.g. Switzerland, is below France (34), Germany (25), UK (25) and hence the European average. The Member States of the European Union have an average pharmacy density of 31 pharmacies per 100 000 inhabitants. The increasing demand of the population for easily accessible health services as well as the scarcity of resources in view of the shortage of family physicians require a new distribution of roles within primary care. The EU-Parliament has therefore decided to make better use of the expertise of pharmacists in the future. Here, the knowledge of pharmacists is urgently needed and of great benefit to the health of the population – and thus also for the cost containment in the health service. Customers therefore appreciate in the pharmacy that their

counterpart can make a thorough first clarification on many health problems. In the so-called triage, the pharmacist determines whether he can deliver a drug himself (symptom-oriented therapy) or whether the referral to a doctor or to the hospital is necessary. Family doctors and emergency facilities should not be burdened with simple and a clear case. At the same time, the pharmacy takes over important tasks in prevention, because it also has access to healthy people who do not go to the doctor.

More It is more important that the legal framework allows the good infrastructure of the pharmacies to be maintained and that the services be paid fairly. Hence, one of the most important tasks of a pharmacist is the drug check. At the polymedication a pharmacist checks all prescribed medication that a patient takes and provides optimized advice through targeted advice and fidelity sure. During the drug check in the pharmacy, the pharmacist pays attention, among other things, to whether inconsistencies or contradictions exist within the recipe. Is there contraindications? Indications with other medicines? Is the dosage correct? What size of pack does the patient need? Does he understand why, how and when to take the drug? Does the patient understand what the consequences are if he does not take the medicine? After that the pharmacist make a check-in (reference check), so he compares the prescribed drugs with the patient dossier, also the list of all medications that the patient has received recently. This gives the patients more safety and personal cut medication management, even if he is in treatment with different doctors.

In addition and according to the EU-Law for pharmacists, the pharmacist is obliged to practice his profession conscientiously and to comply with the confidence placed in him, in connection with the profession. He has to behave within and outside of his job so that he lives up to this trust. The important elements of the patient counselling in pharmacies in different EU-Countries include: free of charge obligatory general patient counselling; electronic transmission of personal information about patient (requires patient approval); electronic records of prescriptions; formulating a medication treatment plan for each patient, digital signature after patient counselling confidentiality of information and so on.

## **ANALYSIS OF THE PRIORITY DIAGNOSES AMONG THE ORPHAN DISEASES**

Nemchenko A.S., Podgaina M.V., Deineko K.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Pharmaceutical care of patients with rare diseases – is an actual problem of healthcare worldwide. Rare (orphan) disease - a disease that threatens human life or which is chronically progressive, leads to a reduction in the life expectancy of a citizen or his disability, which prevalence among the population is not more than 1: 2000. The prevalence of orphan diseases in the world varies, so the lists of orphan diseases vary from country to country. One rare disease may affect only a handful of patients in the EU (European Union), and another may touch as many as 245,000. In the EU, as many as 30 million people may be affected by one of over 6000 existing rare diseases. 80% of rare diseases have identified genetic origins whilst others are the result of infections (bacterial or viral), allergies and environmental causes, or are degenerative and proliferative. 50% of rare diseases affect children.

In Ukraine, the current normative legal act that establishes a list of orphan diseases is the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 30.12.15. No. 919 "On Amendments to the List of Rare (Orphan) Diseases that caused a shortening of life expectancy of patients or their disability and for which there are recognized methods of treatment ", in accordance with the Order No. 731 dated 29.06.17." On Amendments to the List of Rare (Orphan) Diseases, which lead to a shortening of life expectancy of patients or their disability and for which there are recognized methods of treatment» Thus, in Ukraine, the current list of orphan diseases contains 275 nosologies by the code of the International Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10.

According to the principle of "social solidarity", 12 nosologies were identified as priority orphan diseases in Ukraine: juvenile rheumatoid arthritis, bullous

epidermolysis, congenital hypothyroidism, hemophilia, pulmonary arterial hypertension, cystic fibrosis, mucopolysaccharidosis, orphan metabolic diseases, including phenylketonuria, primary (congenital) immunodeficiency, Villebrand's disease, Gauche disease.

Categories of patients with these nosologies are mainly children, exception - a pulmonary arterial hypertension (adults also are suffered). Unified clinical protocol of treatment for 11 priority nosologies has been developed, except primary (congenital) immunodeficiency. The basic therapies are composed of 10 nosologies. The exceptions are: primary (congenital) immunodeficiency and bullous epidermolysis.

In the study the presence of drugs for the treatment of 12 priority orphan diseases in the National Drug Formulary (10-th edition, 2018) (NDF) has been analyzed. It is established: medicines used for the treatment of 6 orphan diseases among priority states have been included in the National List of Essential Medicines, namely, for the treatment of juvenile rheumatoid arthritis, Willebrand disease, cystic fibrosis, pulmonary arterial hypertension, congenital hypothyroidism and hemophilia [7]. Medicines for treatment of two nosologies of the 12 priority orphan diseases (cystic fibrosis and pulmonary arterial hypertension) have been included in the NDF. It should be noted that this drugs are used for a symptomatic therapy mainly.

It has been established that the providing of patients with orphan diseases requires significant changes. The development of unified clinical protocols and basic therapies will increase the level of providing quality medical and pharmaceutical care. The introduction of necessary medicines in the National List of Essential Medicines and the State Formular is the important mechanism for ensuring the availability of therapy of orphan disease. Creation of criteria for assigning orphan diseases to the list of priority orphan diseases will make it possible to make adjustments in the mechanisms of securing the most socially important orphan diseases.

# **SEGMENTATION OF THE ANTIHYPERTENSIVE PHARMACEUTICALS THAT ARE INCLUDED IN THE NATIONAL REIMBURSEMENT PROGRAM**

Pokotylo O.

I.Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine  
pharmelena@ukr.net

Adequate provision of essential hypertension patients with appropriate medicines is one of the most important tasks on the national level. On April, 2017, the Ukrainian government launched the Affordable Medicines National Prescription Drugs Cost Reimbursement Program providing for full or partial reimbursement of essential medicines for treatment of cardiovascular diseases, asthma and diabetes mellitus type 2 (also known as type 2 diabetes).

This article aims to provide an overview of some aspects of Ukrainian reimbursement policies. It was necessary to analyze the features of providing patients with cardiovascular diseases with appropriate drugs according to the National Program "Affordable Medicines". The research was conducted by using the following methods: logical and systematic, analytical, marketing, structural and logical modeling, comparative analysis and mathematical-statistical methods.

It was conducted the marketing researches of antihypertensive pharmaceuticals, included in the "Affordable Medicines" Register. On April 2017, the program had 153 trade names of remedies, in general, 23 of which were for free. On August 3, 2018, the Ministry of Health of Ukraine approved a new List of "Affordable Medicines" – it's the fourth since the program is begun. Today, the assortment of medicines for those patients has increased more than 2 times. Nowadays, there are 261 trade names of medicines in the Program, 59 of which are completely free for the patient. The increasing of the number of drugs, even without increasing the number of diseases, is undoubtedly one of the most striking indicators that the Government Program is a very successful and popular policy.

We have investigated that the number of patients who came to a doctor and received a prescription according to "Affordable Medicines", on average in the regions of Ukraine, ranges from 100 to 300 thousand. For two years of the Program's realization, the number of patients-supporter of it has increased by 10 times. Analyzing the number of pharmacies, that participating in the National Program, every third chemist shop is participators of Program. At the present time there are 6 761 such pharmacies in Ukraine. The system of referential pricing is that the state compensates the cost of the cheapest medicine according to the reimbursement program. That is, a patient can receive such remedies as free of charge. Pricing of more expensive pharmaceuticals, when the price is higher than reference, is consisting of the difference between the minimum price and the retail price of a certain medicine. The medicines' List formation features, that are included in the national program, are that it is the manufacture's decision about the applications for inclusion in the List their remedies.

There is 203 trade names of antihypertensive medicines (about 23 INN), 45 of which are free of charge for patients with cardiovascular disease. The updated medicines' List includes 48 manufacturers, 18 of which are Ukrainian producers and 30 are imported. There are 35 trade names of medicines (79.5%) are offered by domestic pharmaceutical companies, and 9 trade names (20.5%) are of foreign production (such as India, Sweden, Finland, and France). It's determined 52.7% of trade names of antihypertensive medicines are offered by Ukrainian manufacturers and 47.3% - by foreign pharmaceutical companies. Consequently, it can be concluded that the segmentation of the "Affordable Medicines" market is divided evenly between domestic and imported drugs. The updated registry was also supplemented by another active substance for the treatment of cardiovascular diseases like Losartan (20 trade names of it). For the most part, it is represented in the List by foreign manufacturers (80%). Thus, the process of increasing the range of reimbursement pharmaceuticals confirms the positive tendency of adequate provision of population with available "molecules", but it is necessary to create a convenient and favorable platform for domestic producers of generic drugs of similar pharmacological effect.

# INDICATORS OF MEDICAL SUPPLY IN THE SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE OF FOREIGN COUNTRIES

Shopabaeva A.R., Aznabakiyeva F.

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,

Almaty, the Republic of Kazakhstan

[Aznabakieva\\_94@mail.ru](mailto:Aznabakieva_94@mail.ru)

Introduction. Medical supply of the population of the country is an important and integral part of the health care system as a whole. In the Republic of Kazakhstan, Ensuring the rights of citizens to protect health and obtaining a guaranteed amount of high quality medical and pharmaceutical care is a priority of state policy of the Republic of Kazakhstan. As part of the implementation of the State Healthcare Development Program of the Republic of Kazakhstan “Densaulyk” for 2016–2019, from July 2017, in order to improve the health system of the Republic of Kazakhstan, the compulsory social health insurance model is being introduced, within which it is planned to optimize the medical supply system. Indicators of medical supply are important pointers of the effective operation of the system of providing medicines to the population as a whole, as well as in its individual areas. The data were obtained from a study of the medical supply system in the framework of medical insurance in developed and developing countries of the world.

Aim. The study of indicators of the medical supply system of foreign countries in the framework of health insurance for further introduction into the domestic system of positive international experience in order to improve the system of medical supply in Kazakhstan.

Research methods. The objects of the study were the system of medical supply of the population of foreign countries in the health insurance system. System analysis,

comparative analysis of the data obtained during the study were used as research methods.

Research results. The indicators of the effective functioning of medical supply were highlighted in the course of the analysis of the existing medical supply systems of foreign countries in the framework of the compulsory medical insurance:

- selection of essential drugs;
- availability of prices for medicines;
- financing of medical supply;
- pharmaceutical supply system;
- regulation and quality assurance;
- rational use of medicaments;
- organization of research and development of new medicals;
- human resources;
- monitoring and evaluation of the work performed.

Conclusion. The study of health care systems, medical supply, and models of medical insurance in foreign countries allowed us to identify the main indicators of the effective functioning of the system of drug provision of the population. Drug pricing control strategies, co-payment mechanisms, regulation of quality control and quality assurance of drugs successfully operating in developed and developing countries of the world can serve as a good example of effective work of the population medical supply with high quality, safe and affordable medicines of the population of the Republic of Kazakhstan.



## **INVESTIGATION OF THE HEALTH CARE SYSTEMS AND MEDICAL INSURANCE APPROACHES IN THE INTERNATIONAL PRACTICE**

Zhirova I.V., Korj Yu.V., Kalaycheva S.G.

National university of pharmacy, Kharkiv, Ukraine

socpharm@nuph.edu.ua

Health is a fundamental human right. Access to health care, which includes access to essential drugs, is a prerequisite for realizing that right. There are about 200 countries on our planet, and each country develops its own set of measures to achieve the three main goals of the health system: three basic goals of a health care system: keeping people healthy, treating the sick, and protecting families against financial ruin from medical bills.

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. Global health spending is increasing every year due to the aging population and the corresponding increase in chronic diseases; high cost of innovative technology; the growth of patient inquiries in unison with their increased awareness and reluctance to adhere to a healthy lifestyle; outdated priorities and funding mechanisms, are inadequate to meet the requirements of today. But despite this, even today in the XXI century according to WHO data 1.3 billion people in the world do not have access to medical services precisely because they can not afford to pay at a time when they need it. Therefore, financial constraints are one of the main obstacles to accessing medical and pharmaceutical care in many countries. And the solution to this problem is currently being implemented in the world through the introduction of health insurance, which provides confidence in the ability to provide financial and medical assistance during unforeseen health conditions. The main idea of the health insurance is to provide protection against financial loss by unforeseen sickness and others shown on slide.

It has been studied the classification proposed by WHO experts, which distinguishes three primary types of health care systems, as well as a modern, more

detailed classification offering derivative models, of which 9. The financial structure of each of the national health systems has an appropriate level of development, has certain advantages and disadvantages. Our analyses of health insurance models in different countries such as the United Kingdom, France, Germany, Canada, the USA, Japan, Poland show that in a very small number of countries, the state can afford to assume responsibility for almost complete provision of medical care exclusively on a budget basis. Most countries are trying to combine different health financing systems. This is explained primarily by the fact that in today's environment the volume of threats to the health of citizens increases: globalization processes revived the migration of the population, spreading infectious diseases that are not specific to the whole regions; the development of information technology, in addition to positive changes in the economy, generate a number of stressful situations that negatively affect the health of the population; terrorist acts, emergency man-made accidents, etc. Access to countries with a system of government suppliers is almost 100%, while in most "mixed" countries, the difference of 100% consists of additional private insurance. There are no differences between state and mixed systems of providers in terms of quality of care. The private insurance / private provider model of the United States produces the highest costs, but is the lowest level of access and is close to the lowest quality.

Summarizing, we note that the solidarity-corporate model of health services, providing wide access to them to all citizens, most fully ensures the implementation of the basic principle of humanism - the continuity of medical care. And in today's world, health care cannot be even thought of without health insurance coming in the picture. 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.

<b>«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»</b>	стор
<b>ЗМІСТ</b>	3
<b>РОЗДІЛ I. Статті</b>	
Немченко А.С., Котвіцька А.А., Панфілова Г.Л. ОСНОВНІ ЦІЛІ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЯК СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ КАФЕДРИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ	3
Білик І.П., Федяк І.О. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЯМ, ХВОРИМ НА КАШЛЮК, В УКРАЇНІ ТА ВЕЛИКОБРИТАНІЇ	22
Мороз С.Г. УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ РОБОТИ АПТЕК	32
Немченко А.С., Назаркіна В.М., Лебедин А.М. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОГРАМНИХ КОМПЛЕКСІВ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ	39
Немченко А.С., Немченко О.А. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ В УКРАЇНІ ТА ТУРКМЕНІСТАНІ	48
Немченко А.С., Царьова К.О., Падецька Л.В. ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	60
Тетерич Н.В, Немченко А.С., Назаркіна В.М., Подгайна М.В. ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В СТРЕСОВИХ ТА КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ	71
Тімофеев С.В. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ КОСМЕТИЧНИХ ТА КОСМЕТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ У САЛОНАХ КРАСИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДОМАШНІМИ ТВАРИНАМИ	80
Ткачова О.В., Ірицяні С.А. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГЛАУКОМИ ЗА МЕТОДОМ «ВИТРАТИ-	85

ЕФЕКТИВНІСТЬ»	
Федяк І. О., Максименко О. В. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА ОЦІНКА ОБІГУ В УКРАЇНІ ДІУРЕТИКІВ ГРУП СПИРОНОЛАКТОНУ (C03DA01) ТА ФУРОСЕМІДУ (C03CA01)	96
Хоменко О.В., Яковлева Л.В. АМБУЛАТОРНЕ СПОЖИВАННЯ АНТИМІКРОБНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО РЕКОМЕНДОВАНІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ	109
Чайковська В.В., Вялих Т.І., Толстих В.А., Москалюк С.В., Жантурієв Б.М., Царенко А.В. НАВЧАННЯ КАДРОВОГО СКЛАДУ УСТАНОВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ	119
Ассим Абдельхак, Юрченко Г.Н. АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МАРОККО	127
Ахророва М.А., Раджабов Г.О., Юсуфи С.Дж. К ВОПРОСУ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ПРОДВИЖЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК	134
Курс И.Л., Радькова И.О. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	142
Немченко А.С., Мищенко В.И., Винник Е.В., Лебедин А.Н., Римах Фатимаеззахра. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО	153
Немченко А.С., Назаркина В.Н., Куриленко Ю.Е., Подколзина М.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НА СТЕНОКАРДИЮ В УКРАИНЕ И УЗБЕКИСТАНЕ	164
Панфилова А.Л., Корж Ю.В., Сокурченко И.А. ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ	173

ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАН	
Хажжами Мохаммед Амин, Юрченко Г.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СИСТЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В МАРОККО	186
Янушевская А. В., Годовальников Г. В. НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРЕСМОТРА УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РОЗНИЧНЫХ АПТЕКАХ	196
<b>РОЗДІЛ II. ТЕЗИ</b>	
Бабічева Г.С., Мосейчук Ю.О. ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	204
Бердник О.Г., Горілий І.В., Березняков А.В. АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ СОРБЕНТІВ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ	206
Беляєва О.І., Унгурян Л.М. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ДОРСАЛГІЇ В УКРАЇНІ	209
Богдан Н.С., Панфілова Г.Л. ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ	211
Бондарева И.В., Малый В.В., Машарипова М. АНАЛИЗ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АПТЕКИ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ	214
Бреусова С.В., Міщенко В.І., Дорохтей Н.І. ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ХАРАКТЕРИСТИК СПОРТИВНОГО	215

ХАРЧУВАННЯ	
Вонс Б.В., Стечишин І.П., Грошовий Т.А. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ОПІКІВ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ	218
Винник О.В., Карпенко Л.А. СТАН І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ У КРАЇНАХ ЄС	220
Гала Л.О. АНАЛІЗ ВИМОГ ДО ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕК ЯК СУБ'ЄКТІВ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	222
Герасимова О.О., Таран В.В. ОЦІНКА ОБСЯГІВ РЕАЛІЗАЦІЇ АНТИДІАРЕЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	224
Герасимова О.О., Шершньова С.С., Крикун В.В. РЕЗУЛЬТАТИ VEN-АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	226
Губар М.А., Алекперова Н.В. ЕФЕКТИВНА РЕКЛАМА З ТОЧКИ ЗОРУ НЕЙРОМАРКЕТИНГУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	228
Демчук М.Б., Довгалюк В.О. АНАЛІЗ РІВНЯ НАПРУЖЕНОСТІ МІЖ ВИРОБНИКАМИ, ЯКІ ПРЕДСТАВЛЯЮТЬ ПЕРОРАЛЬНІ ПРОТИДІАБЕТИЧНІ ПРЕПАРАТИ НА РИНКУ УКРАЇНИ	230
Ищенко И.Д., Янушевская А.В. НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛОВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ	232
Квачан Н.І., Корнієнко О.М. АНАЛІЗ РИНКУ ПРОТИГРИБКОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	234
Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В., Бакуменко М.Г., Кніженко І.Б. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	236
Костюк І.А., Косяченко К.Л. ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ У	238

ДЕРЖАВНОМУ ФОРМУЛЯРІ ПЕРШОГО-ДЕСЯТОГО ВИПУСКІВ	
Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Болдарь Г.Є. ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО У ПРАВОВІЙ СИСТЕМІ УКРАЇНИ	240
Кубарева І.В., Пузак Н.О. ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РИНКУ УКРАЇНИ	241
Кулай Н.С. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	244
Кухар О.О, Новикова Л.Г., Білан О.А. РОЛЬ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ І ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ. ПІДГОТОВКА МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ: РОЗРОБКА НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ	246
Кухар О.О., Білан О.А., Новикова Л.Г. ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕО-КЕЙСІВ ДЛЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ТА НАВИЧОК КОНСУЛЬТУВАННЯ У СТУДЕНТІВ	249
Литвиненко О.В., Сінча Н.І., Дондик Н.Я. АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФІНАНСОВОГО І ПОДАТКОВОГО ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ	251
Литвиненко О.В., Сінча Н.І., Дондик Н.Я. ЗМІСТ ТА ФУНКЦІЇ АУДИТУ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ	253
Малініна Н.Г. АНАЛІЗ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ ЩОДО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ	255
Малой Малула Крист, Кобец М.Н., Кобец Ю.Н. АНАЛИЗ ОЦЕНОК ЭКСПЕРТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ	258
Малый В.В., Муса Истанис М. М. АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ, РЕГУЛИРУЮЩЕЙ ОБРАЩЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ В УКРАИНЕ	260

Мличко В.М., Корнієнко О.М. ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО КОЛЕКТИВУ	263
Мороз С. Г., Нгуєн Т. Ч. АНАЛІЗ ОПОДАТКУВАННЯ ПДВ ОПЕРАЦІЙ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ	265
Немченко А.С., Куриленко Ю.Є. АНАЛІЗ ЦІН НА ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВЕЛИКОБРИТАНІЇ	267
Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О., Жиро Д. РОЛЬ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ФОРМУВАННІ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ НА ЛІКИ В ПОЛЬЩІ ТА СВІТІ	271
Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О., Слабушевська А АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПОЛЬЩІ	273
Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Царьова К.О., Чубак П. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ РЕФЕРЕНТНИХ ЦІН НА ЛІКИ В ПОЛЬЩІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ	275
Немченко А.С., Немченко О.А., Зарук Хамза. СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ ВОЗМЕЩЕНИЯ ЛЕКАРТВЕННЫХ СРЕДСТВ В СТРАНАХ МИРА И МАРОККО	277
Немченко А.С., Подгайна М.В., Проценко О.В. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІТЕРАТУРНОГО ОГЛЯДУ ПЕРЕВАГ ТА МОЖЛИВИХ РИЗИКІВ ВАКЦИНАЦІЇ	279
Немченко А.С., Тетерич Н.В., Куриленко Ю.Є. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ СОЦІАЛЬНОЇ БАЖАНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ	281
Немченко А.С., Тетерич Н.В., Куриленко Ю.Є. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	283
Немченко А.С., Царьова К.О. АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ РИНКУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ У СВІТОВІЙ	285



ПРАКТИЦІ	
Ольховська В. М., Бреусова С. В. ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАКОВАННЯ ТА МАРКОВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ	288
Панфилова А.Л., Хименко С.В., Nestor Becker АНАЛИЗ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЗЕРБАЙДЖАН	291
Панфілова Г.Л., Матушак М.Р., АНАЛІЗ КЛАСИФІКАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА НАПРЯМКОМ РЕФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПРИНЦИПІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ	293
Подгайна М.В., Проценко О.В. АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ ТА МОЖЛИВИХ РИЗИКІВ ВАКЦИНАЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	296
Романько Т.А., Корж Ю.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ	298
Рошді Айман, Юрченко Г.Н. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В МИРЕ	300
Самборський О.С., Слободянюк М.М., Євтушенко О.М., Пестун І.В. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІЙНОЇ ЄМКОСТІ - ВАЖЛИВА СКЛАДОВА МАРКЕТИНГОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РИНКУ	303
Султонов Р.А, Наврузова Г. (научный руководитель – д.х.н., профессор Раджабов У.Р.) ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛЕКСОВ ZN(II) И FE(II) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ	307
Султонов Р.А., Наврузова Г.Ф, Азаматов А.К. СИНТЕЗ, ИССЛЕДОВАНИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСОВ ZN(II) И FE(II) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ И ЕГО ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ СПИНОВЫХ МЕТОК (Научный руководитель – д.х.н., профессор Раджабов У.Р.)	309

Тетерич Н.В., Асуфи Амин АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО	311
Тетерич Н.В., Бироглу Рамазан ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КОММУНИКАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ТУРЦИИ	313
Тетерич Н.В., Кенусси Мариам ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО	315
Тетерич Н.В., Раки Иман ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНОГО АДАПТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	317
Тетерич Н.В., Харфи Мехди АНАЛИЗ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ МАРОККО В РАБОЧЕЙ ОБСТАНОВКЕ	319
Тетерич Н.В., Эрел Эрхан ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ТУРЦИИ КАК ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	321
Тимофеева Д.Р., Петкова І.Б. ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ АПТЕЧНОГО СУПЕРМАРКЕТУ В УКРАЇНСЬКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК	323
Тимчук І.І., Корнієнко О.М. ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОКРЕМИХ СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ В М. ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ	325
Тімофеев С.В. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	327
Ткачова О.В., Ільєнко Ю.О. ОЦІНКА ЯКОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ, В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ЗА ДАНИМИ ФОРМАЛЬНОГО VEN-АНАЛІЗУ	329

Толочко В.М., Музика Т.Ф., Адонкіна В.Ю., Зарічкова М.В., Артюх Т.О. КРЕДИТУВАННЯ, ЯК СТИМУЛЮЮЧА ЕКОНОМІЧНА СКЛАДОВА ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ	331
Убогов С.Г., Трохимчук В.В., Тодорова В.І., Пилипчук Л. Б. РОЗРОБКА ПРОЦЕСНОЇ МОДЕЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ТА ПІДХОДІВ ДО ЇЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ, ОЦІНКИ І ПОЛІПШЕННЯ	333
Цурикова О.В. ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЭФФЕКТИВНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ	335
Черкашина А.В., Мухін М.О. АВС-АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ У ПРИВАТНІЙ АПТЕЦІ	337
Чернуха В.Н., Тулиєб Закария. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВ	339
Чернуха В.Н., Муфид Омайма. ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ	341
Чигіна Г.С., Ящук І.С., Вишницька І.В. ВИВЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПЕРЕДЧАСНУ ЕЯКУЛЯЦІЮ	343
Яковлева Л.В., Баглай Т.О. ПІДСИЛЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ В УМОВАХ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	344
Яковлева Л.В., Бердник О.Г., Кривозуб І.О., Баглай Т.О. АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ФТОРХІНОЛОНІВ НА УКРАЇНСЬКОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ	346
Яцишин Я.І., Корнієнко О.М. ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ СУБ'ЄКТІВ ПІДПРИЄМНИЦТВА, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ	350

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Ayaou A., Zhadko S.V. THE ROLE OF PHARMACISTS IN ENSURING THE PROCESS OF RATIONAL USE OF MEDICINES IN THE EUROPEAN UNION COUNTRIES	352
Nemchenko A.S., Podgaina M.V., Deineko K. ANALYSIS OF THE PRIORITY DIAGNOSES AMONG THE ORPHAN DISEASES	354
Pokotylo O. SEGMENTATION OF THE ANTIHYPERTENSIVE PHARMACEUTICALS THAT ARE INCLUDED IN THE NATIONAL REIMBURSEMENT PROGRAM	356
Shopabaeva A.R., Aznabakiyeva F. INDICATORS OF MEDICAL SUPPLY IN THE SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE OF FOREIGN COUNTRIES	358
Zhirova I.V., Korj Yu.V., Kalaycheva S.G. INVESTIGATION OF THE HEALTH CARE SYSTEMS AND MEDICAL INSURANCE APPROACHES IN THE INTERNATIONAL PRACTICE	360

**ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА  
УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ПИТАННЯ  
ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

**МАТЕРІАЛИ**

**V Всеукраїнської науково-освітньої конференції  
(Харків, 12-13 березня 2019 року)**

Відповідальний за випуск:  
Панфілова Г.Л., Міщенко В.І.

Видавництво Національного фармацевтичного університету  
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

---

Підписано до друку 12.03.2015. Формат 60×84/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк різнографічний.  
Наклад 150 прим. Замов. № 18022013

---

Надруковано ФОП Петров В.В.  
Адреса: м. Харків, вул. Гв Широнінців, 79 В  
тел. (057) 778 - 60 - 34