



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

IV Всеукраїнської науково-освітньої *internet* конференції

(Харків, 15 березня 2017 року)



Харків

2017

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

IV Всеукраїнської науково-освітньої internet конференції
(Харків, 15 березня 2017 року)

Харків

2017

1

УДК: 615.12

Редакційна колегія:

Головний редактор: А.С. Немченко

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

Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2017 р.: Розділ науково-практичні конференції №6

Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 15 березня 2017 р. / ред. кол.: А.С. Немченко та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2017. – 270 с.

Збірник містить матеріали міжнародної науково-практичної 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 - НТА); тенденцій розвитку фармацевтичного ринку; розробки сучасних механізмів ціноутворення на лікарські засоби; дослідження механізмів компенсації (реїмбурсації) вартості ліків та методів їх впровадження в практику медичного страхування; проведення сучасних фармакоекономічних досліджень.

Матеріали відредаговані членами редакційної ради.

РОЗДІЛ I. Статті

УДК 615.1: 378 (091)

НАЦІОНАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПОЛІТИКА ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМОК РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВИ ТА СУСПІЛЬСТВА

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

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

З моменту проведення першої Всеукраїнської науково-освітньої інтернет-конференції «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» (2008 р.), яка проходила у Національному фармацевтичному університеті (НФаУ) на кафедрі організації та економіки фармації (ОЕФ) минуло майже десять років. Озираючись назад, можна з повною відповідальністю стверджувати, що за вказаний період вітчизняна фармація пододала складний шлях, наповнений значними суттєвими перетвореннями, які відповідали особливостям розвитку охорони здоров'я (ОЗ), держави та українського суспільства в цілому. Без зайвого пафосу треба підкреслити, що це десятиліття було, з одного боку, найяскравішим, а з іншого, найважчим періодом розвитку вітчизняної фармації за всіма її складовими.

Політичний та соціально-економічний злам, що відбувся у 2014 р. в Україні, вплинув на всі, без винятків, сфери суспільного життя. Без перебільшення можна стверджувати, що зараз країна стала на шлях кардинальної розбудови та трансформації, ефективність реалізації якої сьогодні об'єктивно оцінити досить важко. Першочергово, зважаючи на реальну обмеженість світогляду більшості населення, яке виховувалось та жило в умовах тоталітарної держави, насамперед колишнього СРСР, мало місце домінування протягом тривалого часу патерналізму у суспільстві. Наслідки масштабної розбудови держави можуть бути оцінені лише в

історичній перспективі за умов демократичного розвитку всіх суспільних інституцій у країні. Особливо гостро кризові явища, що притаманні перехідному етапу розвитку української держави, спостерігаються у соціально орієнтованих галузях економіки. Саме фармація знаходиться на перехресті фінансових, соціальних та професійних інтересів у суспільстві, тому поряд з медициною повною мірою відчула негативний вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, що зумовлюють виникнення та розвиток системної соціально-економічної кризи в Україні.

Незважаючи на значні політичні та суспільні перетворення, що відбуваються в Україні, а також зміну політичних еліт, основним напрямком розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення залишається впровадження Національної лікарської політики (НЛП). До основних цілей НЛП відносять:

- забезпечення доступності (фізичної та соціально-економічної доступності) безпечних й ефективних, економічно доцільних лікарських засобів (ЛЗ), що відповідають реальним потребам ОЗ, а також достатньої та достовірної інформації як для медичних й фармацевтичних працівників, так і для населення;
- впровадження ефективного і дієвого управління забезпеченням лікарських засобів (ЛЗ) у державному та приватному секторах системи фармацевтичного забезпечення населення;
- сприяння раціональному використанню ЛЗ фахівцями та пацієнтами ЛЗ;
- підтримка урядом та органами влади всіх рівнів досягнення цілей та завдань НЛП;
- розгляд НЛП в якості невід'ємної частини національної політики в системі ОЗ та фармацевтичного забезпечення населення.

Зазначені цілі НЛП представлені у «Проекті Національної політики щодо забезпечення ЛЗ», який опублікований у відкритому друці з метою подальшого громадського обговорення. Аналізуючи зміст зазначеного Проекту, а також дані деяких нормативно-правових актів (НПА), що стосуються управління та

функціонування фармацевтичної галузі як у науковців, так і практиків, викликає багато запитань стосовно **термінології**, яка використовується законотворцями. Так, наприклад, у зазначеному Проекті використовуються терміни *«Національна політика щодо забезпечення ліків»*, *«Національна політика лікарських засобів»*, *«Національна лікарська політика»*, тощо. На жаль, слід зазначити, у багатьох випадках на громадське обговорення виносяться проекти документів, у яких використовується термінологія, що не відповідає сучасним вимогам, а у законотворчій діяльності досить неефективно застосовуються багаторічні досягнення вітчизняних організаційно-економічних наукових шкіл у фармації саме у напрямку формування єдиної термінологічної бази. Зупинимось на характеристиці основних теоретико-прикладних досягнень науковців кафедри ОЕФ НФаУ у напрямку розробки та впровадження сучасних термінів, які відображають сучасний стан розвитку вітчизняної фармації та відповідають міжнародним вимогам стосовно реалізації основних цілей НЛП [6, 8].

Практично до початку нового століття питання розробки нової термінологічної бази з організаційно-економічних досліджень у фармації розглядалися фрагментарно. Зміна управлінських відносин між державними органами влади, ОЗ й фармацією як соціально орієнтованою складовою макроекономічного комплексу країни у принципово нову площину обумовила необхідність перегляду цілого термінів та понять. Вже з 2000-х років на кафедрі ОЕФ НФаУ під керівництвом проф. Немченко А.С. почала формуватися нова когорта науковців, плідна праця яких за різними напрямками дозволила створити систему новітніх наукових понять та термінів. Крім цього, значна увага стала приділятися гармонізації наукової термінології до міжнародних норм фармацевтичного законодавства та сучасних вимог розвитку фармації як найпотужнішої складової макроекономічного комплексу будь-якої країни. Так, термін *«Національна лікарська політика»* був запропонований уперше в Україні науковцями на кафедрі ОЕФ (Немченко А.С., Хоменко В.М.) у 2008 р.

У сучасному визначенні *«Національна лікарська політика»* – це стратегія державної політики в системі фармацевтичного забезпечення населення, що формує загальні правила і координує діяльність структур, залучених до фармацевтичної галузі» [7]. Важливого значення стали набувати терміни, що пов'язані з проблемами державного регулювання фармацевтичної діяльності. Насамперед, була обґрунтована необхідність введення у науковий обіг та розроблений зміст таких термінів, як *«механізм державного управління фармацією»*, *«суб'єкт»* та *«об'єкт системи державного управління фармацією»*, *«державно-управлінські відносини у фармації»* [7, 8].

Внаслідок дії цілого комплексу факторів наприкінці ХХ століття відбулися значні зміни у ставленні держави та суспільства до здоров'я людини як найвищої суспільної категорії. Хаотичний розвиток вітчизняного фармацевтичного ринку та відсутність ефективних механізмів компенсації вартості спожитих ліків, а також недосконала нормативно-правова база, що регулювала обіг ЛЗ ще більше посилили соціально-економічну необхідність розробки науково-практичних підходів до організації фармацевтичного забезпечення населення, які б відповідали сучасним вимогам розвитку суспільства. Однією з важливих складових у розробці зазначених підходів є визначення базових термінів та понять, що формують теоретичну основу організаційно-економічних досліджень у фармації та відповідають сучасному баченню ролі та змісту професійної діяльності фармацевтичних працівників у відповідності до міжнародних норм й вимог. За цих умов виникла необхідність у перегляді змісту та форми організації діяльності фармацевтичних працівників. Важливим каталізатором формування зазначених тенденцій стало активне просування маркетингових технологій у практичну ОЗ та фармацевтичне забезпечення населення, які спрямовані, у першу чергу, на отримання максимального прибутку від реалізації ЛЗ. Тому перед науковцями кафедри стало питання про перегляд задач та основних функцій аптеки як ключової організації у системі фармацевтичного забезпечення населення. Так, у

2009 р. вперше в Україні науковцями (Немченко А.С., Панфіловою Г.Л.) були визначені найважливіші терміни – «*Фармацевтична допомога*» («*Pharmaceutical care*») та «*Фармацевтична послуга*», а основне завдання аптечних закладів стало розглядатись як «надання ефективної фармацевтичної допомоги» [4,5]. Систематизація результатів теоретико-прикладних досліджень, що проводилися в НФаУ на кафедрах ОЕФ, клінічної фармації (проф. Зупанець І.А.), менеджменту та маркетингу у фармації (проф. Мнушко З.М.), а також у Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького (проф. Парновський Б.Л.) дозволило стверджувати, що фармацевтична допомога є комплексним поняттям [3]. Дане поняття поєднує не лише реалізацію населенню ЛЗ та товарів аптечного асортименту, а й фармацевтичну етику й деонтологію, а також фармацевтичну опіку з її складовими – фармацевтичною діагностикою та фармацевтичною профілактикою. Науковцями також були визначені рівні надання фармацевтичної допомоги («*життєвозабезпечувальний, здоров'язбережувальний та сервісний рівні надання фармацевтичної допомоги*») та введено у науковий обіг поняття «*страховий рецепт*», «*фармацевтична економіка*» та «*фармацевтичні механізми*» як найважливіші важелі впливу на ефективність надання фармацевтичної допомоги у відповідності на основних цілей НЛП (доступність, раціональність та якість ЛЗ).

На даний момент, незважаючи на політичні та соціально-економічні потрясіння, що відбулись у житті нашої країни, аптечні заклади продовжують виконувати своє основне завдання – надання фармацевтичної допомоги. За даними 2000-2016 рр., аптечна мережа країни продемонструвала позитивну динаміку зростання. Так, наприклад, у 2000 р. в Україні нараховувалося приблизно 11063 аптечних закладів, а станом на 01.12.2016 р. – вже 20107 (100%), серед яких 15757 (78,37%) складала саме аптеки, 4350 (21,63%) – аптечні пункти. Однією з негативних рис в організації надання ефективної фармацевтичної допомоги в Україні є низький рівень її доступності у сільській

місцевості, що є наслідком нераціонального розміщення аптечної мережі за умов відсутності дієвих механізмів регулювання фармацевтичної діяльності, катастрофічне зниження кількості виробничих аптек та аптек державної (комунальної) форми власності, що здійснюють забезпечення пацієнтів наркотичними та психотропними ЛЗ.

З 1.04.2017 р. в Україні стартує два важливих проекти щодо підвищення доступності фармацевтичної допомоги, яка надається хворим на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму. Постановою КМУ № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» запроваджується державне регулювання граничних цін на ЛЗ шляхом встановлення МОЗ України референтних цін на ліки, а у відповідності до постанови КМУ від 09.11.2016 р. № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» повинен запрацювати державний механізм компенсації вартості споживання ЛЗ, що використовуються у лікуванні зазначених патологій. У зазначених НПА використовуються терміни, які були також розроблені на кафедрі ОЕФ. Посилення соціальної ролі аптечних закладів на фоні різкого розшарування населення за розміром матеріальних статків стало підґрунтям для розробки та впровадження у науковий обіг та у практичну фармацію таких термінів, як *«реімбурсація»*, *«референтне ціноутворення»*, *«референтна ціна»* *«об'єкт та суб'єкт реімбурсації»*, *«механізм реімбурсації»*, *«фармацевтичне забезпечення як інтегрована система»*, *«сімейне страхування»*, *«страхова функція рецепта»*, *«обсяг необхідної фармацевтичної допомоги (ОНФД)»* (Немченко А.С., Котвіцька А. А.) [1]. Вперше був запропонований теоретичний підхід до визначення організаційних засад та принципів, правового й соціально-економічного характеру систем реімбурсації вартості ЛЗ як складової фармацевтичного забезпечення населення. Науковцями була розкрита сутність, конкретизовано зміст поняття *«реімбурсації»* як соціально-економічної системи з виділенням суб'єкта (уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні

виплати з певних джерел фінансування), об'єкта (певні групи населення та категорії захворювань), а також механізму відшкодування вартості ЛЗ та фармацевтичної допомоги. Крім цього, запропоновано перспективні моделі реімбурсації вартості споживання ЛЗ за умов обов'язкового медичного страхування, основні організаційно-економічні підходи, функціонування яких використані у розробці вищезгаданих НПА. Дослідження у зазначеному напрямку знайшли своє гідне продовження у роботах Кубаревої І. В., яка у співавторстві з проф. Немченко А.С. запропонувала у науковий обіг терміни *«референтна ціна ОЛЗ»*, *«система референтних цін ОЛЗ»*, *«референтна група»*, *«референтний рівень»* з обґрунтуванням їх застосування відповідно до змістовних характеристик [3].

Досягнення соціально-економічної доступності ЛЗ як однієї з цілей НЛП за умов обмеженого обсягу ресурсів ОЗ та підвищення вимог суспільства до якості наданої фармацевтичної допомоги, неможливе без впровадження сучасної методології НТА (*Health Technology Assessment*). НТА або *«оцінка технологій охорони здоров'я»* (ОТОЗ) передбачає комплексне застосування ефективних механізмів ціноутворення і реімбурсації, а також фармакоеконічного аналізу технологій охорони здоров'я. Завдяки роботам проф. Немченко А. С. та проф. Косяченка К. Л. питання впровадження НТА у практичну охорону здоров'я та систему фармацевтичного забезпечення України стали розглядатися на принципово новому рівні [2]. Вперше в Україні на сучасних засадах системи ОТОЗ, з урахуванням світового досвіду та національних особливостей, було здійснено теоретико-методологічне та наукове обґрунтування соціально-економічних механізмів та методів ціноутворення на готові й екстемпоральні ліки, впровадження яких спрямоване на підвищення їх доступності. Завдяки комплексним дослідженням впроваджено у науковий обіг такі поняття, як *«цінова політика доступності ЛЗ»*, що ґрунтується на поєднанні механізмів ціноутворення та реімбурсації, а також *«соціальний захист та соціальна безпека фармацевтичного забезпечення*

населення», «цінова та фармакоеконічна оцінка технологій охорони здоров'я». Враховуючи українські реалії та соціально-економічну необхідність прийняття важливих управлінських рішень стосовно регулювання обігу тих чи інших найменувань ЛЗ, науковцями було визначено, що на перехідному етапі впровадження ОТОЗ необхідно здійснювати так звану «фармакоеконічну оцінку». *Фармакоеконічна оцінка* – це складова загальної методології оцінки ОТОЗ, що постає як метод ідентифікації, дослідження та порівняння показників клінічної ефективності та прямих медичних витрат (вартості фармакотерапії) у застосуванні технологій з метою прогнозування їх переваг для окремого хворого та системи ОЗ в цілому. Специфіка проведення фармакоеконічної оцінки полягає у необхідності оперативного отримання результатів за умов об'єктивної обмеженості інформації.

Завдяки проведеним дослідженням та враховуючи особливу актуальність впровадження основних елементів методології НГА, в Україні за ініціативою проф. Косяченка К.Л. була створена громадська спілка **«Українське агентство з оцінки технологій охорони здоров'я»**, яка ефективно функціонує під його керівництвом й зараз. Так, у 2012-2016 рр. під егідою зазначеної громадської спілки було проведено ряд заходів, а саме спільно з кафедрою ОЕФ НФаУ низка міжнародних науково-практичних конференцій, цикл навчань для співробітників Державного експертного центра за участю європейських фахівців, а також круглий стіл у Комітеті охорони здоров'я Верховної Ради України [6].

Світовий досвід та результати власних досліджень науковців кафедри ОЕФ НФаУ свідчать, що сучасні проблеми фармацевтичного забезпечення населення з кожним роком набувають все більшого соціально-економічного значення, а їх ефективне вирішення потребує формування консолідованої думки фахівців з різних галузей знань. Тому розробка науково обґрунтованої термінологічної бази є одним з важливих стратегічних напрямків формування Національної лікарської політики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Котвіцька А.А. Методологія соціально ефективною організації фармацевтичного забезпечення населення. – Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / А. А. Котвіцька // Харків. – 2008. – 43 с.
2. Косяченко К. Л. Теоретичне обґрунтування та реалізація соціально-економічних принципів ціноутворення на лікарські засоби в Україні. – Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / А.А. Котвіцька // Харків. – 2012. – 44 с.
3. Кубарева І. В. Науково-методичні підходи до формування соціально-економічної системи цін на лікарські засоби. – Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / І. В. Кубарева // Харків. – 2009. – 24 с.
4. Немченко А. С. Діалектика та методологія організації фармацевтичної допомоги населенню за умов впровадження обов'язкового медичного страхування / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова, В. В. Пропіснова // Клінічна фармація. – 2009. – № 1. – С. 31–36.
5. Панфілова Г. Л. Теоретичне обґрунтування та реалізація організаційно-економічних принципів надання фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування в Україні – Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / Г. Л. Панфілова // Харків. – 2010. – 46 с.
6. Практичні аспекти впровадження оцінки технологій охорони здоров'я в Україні: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 5-6 березня 2013 р., м. Харків, Х.: НФАУ, 2013. – 282 с.

7. Хоменко В. М. Теоретичне обґрунтування та реалізація сучасних принципів державного управління фармацією в Україні – Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / В. М. Хоменко // Харків. – 2008. – 45 с.
8. Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики Всеукраїнської науково-освітньої інтернет-конференції: матеріали I, II, III науково-практичних конференцій, 2008 р., 2012 р., 2015 р., м. Харків, НФаУ, Х.: 2008, 2012 р., 2015 р. – 96 с., 294 с., 271 с.

УДК 615.1: 378 (091)

**ІСТОРИЯ НАУКОВОЇ ШКОЛИ
КАФЕДРИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ
ФАРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Назаркіна В.М., Хіменко С.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu

У статті наведені результати аналізу розвитку наукової школи кафедри організації та економіки фармації в Національному фармацевтичному університеті. Визначені основні етапи та напрямки її розвитку у контексті політичних соціально-економічних змін, що відбулись у суспільстві на зламі століть. Авторами представлена характеристика сучасних теоретико-прикладних досліджень, що проводяться на кафедрі організації та економіки фармації та основні здобутки провідних науковців.

За умов активного розвитку світового фармацевтичного ринку та підвищення вимог суспільства до ефективності надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню незалежно від соціального та матеріального статусу громадян у суспільстві результати наукових досліджень з організаційно-економічного напрямку дозволяють обґрунтувати доцільність розробки нових лікарських препаратів (ЛП). Сьогодні можна з впевненістю стверджувати, що дослідження вітчизняних вчених-організаторів формують теоретико-прикладний фундамент у побудові соціально адаптованих моделей фармацевтичного забезпечення населення, які відповідають світовим стандартам й вимогам.

У порівнянні з іншими науковими школами, що представлені у Національному фармацевтичному університеті, розвиток організаційно-економічної школи кафедри організації та економіки фармації (ОЕФ) значною

мірою залежав від змін, що відбувались в оточуючому середовищі. Історичні, політичні та соціально-суспільні зміни, що відбулись в Україні протягом ХХ-ХХІ століть, мали безпосередній вплив на становлення, подальший розвиток та визначення перспективних напрямків організаційно-економічних досліджень.

Наступною важливою характерною рисою вітчизняної організаційно-економічної школи кафедри є інтеграційний характер її формування, що обумовлений специфікою спектру проблем, що розглядаються, та особливостями розвитку сучасної системи фармацевтичного забезпечення як найпотужнішої сфери макроекономічного комплексу будь-якої країни, що активно розвивається.

До 50-х років минулого століття наукові дослідження з організаційно-економічного напрямку мали виключно прикладний характер та були спрямовані на вирішення локальних проблем у забезпеченні населення ЛП у бюджетній моделі радянської медицини. За умов існування СРСР, особливо до 50-х років, наявність об'єктивних проблем у лікарському забезпеченні населення з політичних причин навмисно замовчувалися, а актуальність таких досліджень не відповідала існуючій ідеології в країні. Тому логічним виглядає факт відсутності у колишньому Харківському фармацевтичному інституті (ХФІ) самостійної кафедри організації та економіки фармації. Кардинальні політичні та соціально-економічні зміни, що відбулись у країні після 1953 р. (смерть І.В. Сталіна) сформували об'єктивні передумови до активного розвитку організаційно-економічних досліджень у фармації. Так, у 1952 р. у ХФІ був створений курс «Організації фармацевтичної справи», а з 1956 р. запрацювала кафедра організації фармацевтичної справи. З цього моменту можна стверджувати про зародження «протошколи» з організаційно-економічного напрямку у сучасній фармації України.

З 1956 р. кафедру очолила доцент М.М. Литвиненко, яка започаткувала пошук основних напрямків систематичних наукових досліджень організаційно-економічного характеру. Наприкінці 50-х років минулого століття вперше в

історії ХФІ створюється наукова основа для теоретико-прикладного вивчення складових в організації ефективної фармацевтичної діяльності, саме виробничого процесу виготовлення лікарських засобів (ЛЗ) в умовах аптеки, організація праці аптекних працівників, визначення характеру рецептури Харківської області, дослідження системи лікарського забезпечення населення та закладів охорони здоров'я України тощо. Логічним завершенням досліджень у зазначеному напрямку стала підготовка під керівництвом доц. М.М Литвиненко двох кандидатських робіт. Це дисертація доц. Н.І. Брильової («Лекарственное обеспечение Украины», ХГФИ, 1964 р.) та доц. Л.П. Бондаренка («Некоторые организационно-экономические проблемы производительности фармацевтического труда в хозрасчетных аптеках», ХГФИ, 1970 р.) [1].

Подальший розвиток та розширення спектру наукових досліджень здійснювалось під керівництвом доц. Н.І. Брильової, яка очолювала кафедру організації та економіки фармації (ОЕФ) з 1972 до 1985 р.

Саме в цей період сформувалась самостійна наукова школа доц. Н.І. Брильової з цілою низкою напрямків: вивчення характеру рецептури, праці фармацевтичних працівників, виробничих процесів госпрозрахункових аптек, оптимізації лікарського забезпечення населення та окремих категорій хворих. З ім'ям цього видатного вченого й педагога пов'язана науково-педагогічна доля багатьох сучасних вчених організаторів, які започаткували свої наукові школи та внесли значний внесок у розвиток вітчизняної фармацевтичної науки та практики.

Ще всередині 70-х років кафедрою ОЕФ вперше були проведені наукові дослідження з проблеми визначення потреби в ЛЗ: у 1965 році Харківському Аптечному управлінню були запропоновані нормативи споживання протитуберкульозних, а в 1966 році – серцево-судинних ліків.

В умовах існуючої у колишньому СРСР жорсткої централізованої адміністративної системи постачання населення ЛЗ та постійного дефіциту цілої низки препаратів, оптимізація у використанні обмеженого арсеналу ліків

була актуальним завданням, котра виділилась в якості самостійного напрямку наукової школи доц. Н.І. Брильової (рис. 1).



Рис.1. Виступ Н.І. Брильової на спеціалізованій вченій раді при ХФІ

У межах цього напрямку були захищені кандидатські дисертації з тематики визначення потреби в ЛЗ різних фармакотерапевтичних груп: маточних препаратах (доц. С.В. Хіменко, 1984 р.), протигрибкових засобах (доц. С.В. Новікова, 1987), антигельмінтних ліках (доц. В.Г. Андрєєв, 1990 р.). Тематика вдосконалення системи лікарського забезпечення населення України та окремих груп хворих знайшла свій подальший розвиток у дисертаційних роботах доц. Н.М. Омельченко (хворих на алкоголізм, 1983 р.), здобувачів кафедри ОЕФ – завідувача аптекою м. Єнакієва В.С. Кулішова (офтальмологічних хворих, 1984 р.) та системи управління лікарським забезпеченням в Україні (завідувачки науково-дослідною лабораторією ГАПУ МОЗ України В.М. Кашперська, 1987 р.), а також в Народній Республіці Бангладеш (аспірант МохаммедТаджул Іслам, 1984 р.).

Останнім учнем Н.І. Брильової вже в ранзі доктора фармацевтичних наук та професора кафедри менеджменту та маркетингу у фармації стала здобувач Н.А. Шрам, яка проводила дослідження стану здоров'я фармацевтичних працівників аптек (1996 р.). Подальший розвиток наукової школи доц. Н.І. Брильової був перерваний її передчасним уходом з життя 20 грудня 1997 р. [1].

На зламі історичних епох, що спостерігався в Україні на початку 90-рр. ХХ ст. не залишилось жодного напрямку фармацевтичної діяльності, яка б не зазнала змін. Розпад СРСР та формування ринкової економіки й зародження вітчизняного фармацевтичного ринку вимагали від фармації наукових досліджень якісно нового рівня та змісту. Особливої актуальності набувають проблеми формування нових механізмів ціноутворення на ЛЗ, принципів державного управління фармацією, механізмів соціального захисту населення, організації ефективних моделей фармацевтичного забезпечення на різні патології за умов медичного страхування (МС) хворих тощо.

Виклик часу було прийнято проф. Немченко А.С., яка вже з кінця 80-х років фактично розпочала формувати принципово нову школу з вищевказаних актуальних наукових напрямків [5].

У 1992 р. А.С. Немченко захищає докторську дисертацію на тему: «Основні напрямки вдосконалення ціноутворення і організаційно-економічної діяльності торгівельно-виробничих структур фармацевтичного ринку» за спеціальністю 15.00.01 – технологія ліків та організація фармацевтичної справи (рис. 2). У дисертації проведено аналіз фармацевтичних ринків з позицій цінового впливу. Проаналізовано вітчизняні й зарубіжні системи соціального та медичного страхування. Запропонована концептуальна модель розробки страхової рецептури в Україні. Були визначені проблеми ціни на ЛЗ при переході фармацевтичних і аптечних підприємств на ринкові відносини, а також науково обґрунтовано структура ціни на готові та екстемпоральні ЛЗ, а також ведений принципово новий показник – витратомісткості виготовлення екстемпоральних ліків [3].



Рис.2. Захист докторської дисертації А.С. Немченко

Вперше було розроблено методика розрахунку тарифів за виготовлення індивідуальних ліків та ліків за прописами, що часто повторюються. Запропоновано теоретичні підходи і розроблені методичні рекомендації з визначення тарифів за виготовлення і фасування ЛЗ та виробів медичного призначення, які пройшли широку апробацію в 1990–1991 роках і дозволили з 1991 року усій аптечній мережі СРСР, а в подальшому й у самостійних державах впровадити тарифи [3, 4].

На сьогодні вона підготувала 5 докторів наук: Карамішева Д.В. (2006 р.); Котвіцьку А.А. (2008 р.); Хоменка В.М. (2008 р.); Панфілову Г.Л. (2010р.); Косяченка К.Л. (2012 р.) (табл. 1). Ці потужні науковці мають вже своїх учнів і здатні не тільки зміцнювати та реалізовувати класичні напрямки наукової школи А.С. Немченко, але й формувати власні та новітні. На даний час проф. Немченко А.С. займається підготовкою одного доктора наук (доц. Назаркіну В.М.). У серпні 2015 р. у Казахському національному медичному університеті ім. С.Д. Асфендіярова успішно пройшов захист дисертаційної роботи Жакіпбеков К.С., наукове керівництво якого здійснювала проф. Немченко А.С. Окрім докторів наук, проф. Немченко А.С. підготувала 25 кандидатів наук (рис. 3, 4, 5), які гідно представляють наукову школу кафедри ОЕФ НФаУ у практичній фармації та в організації навчального процесу різних вищих медичних та фармацевтичних вузів країни.

**Наукова новизна докторських робіт, захищених на кафедрі ОЕФ
(науковий консультант проф. Немченко А.С.)**

Автор (рік захисту дисертаційної роботи)	Наукова новизна
Карамішев Д.В. (2006 р.)	Поглиблення існуючих та обґрунтування нових теоретичних положень і концептуальних підходів, які в сукупності розв'язують важливу наукову проблему формування цілісної методології управління охороною здоров'я на принципово нових засадах системних інноваційних перетворень з визначенням та застосуванням механізмів державного регулювання інноваційних процесів у відповідній сфері.
Котвіцька А.А. (2008 р.)	Поглиблення існуючих та теоретичне обґрунтування нових концептуальних підходів, які в сукупності розв'язують наукову проблему методології організації соціально-ефективної фармацевтичної допомоги пацієнтам, засновану на системі реімбурсації, впровадження якої дозволить поліпшити стан фармацевтичного забезпечення населення в Україні.
Хоменко В.М. (2008 р.)	Обґрунтування сучасних теоретичних підходів та концептуальних положень, що розв'язують важливу методологічну проблему удосконалення системи державного та регіонального управління фармацією на принципово нових засадах державної політики розвитку галузі з метою реалізації Національної лікарської політики.
Панфілова Г.Л. (2010р.);	Обґрунтування сучасних теоретико-прикладних та концептуальних положень щодо вирішення організаційно-правових та соціально-економічних проблем надання доступної та якісної фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування відповідно до глобальних цілей НЛП та реалізації норм Належної аптечної практики.
Косяченко К.Л. (2012 р.)	Здійснено на сучасних засадах системи оцінки технологій в охороні здоров'я (НТА), з урахуванням світового досвіду та національних особливостей, теоретико-методологічне та наукове обґрунтування соціально-економічних механізмів та методів, зокрема референтного ціноутворення на ЛЗ, впровадження яких спрямоване на підвищення їх доступності.

Кандидатські дисертації
(науковий керівник – д. фарм. н., к. екон. н.,
проф. А.С. Немченко)

- **Рибак Іван Семенович** «Дослідження по вдосконаленню управління аптечною службою у нових умовах господарювання» 15.00.01, УкрФА, 1990р.
- **Єрко Олександра Кузьмівна** «Організаційно-економічні проблеми ціноутворення на ліки за часто повторюваними прописами у нових умовах господарювання» 15.00.01, УкрФА, 1991р.
- **Чмихало Надія Василівна** «Удосконалення ціноутворення на лікарські засоби індивідуального виготовлення в нових умовах господарювання» 15.00.01, УкрФА, 1991р.
- **Мандрика Тетяна Іванівна** «Автоматизація процесу навчання та прийняття рішень по оптимізації просування фармацевтичних товарів» 15.00.01, УкрФА, 1992 р.
- **Чигринова Марина Геннадіївна** «Вдосконалення лікарського забезпечення психоневрологічних хворих України» 15.00.01, УкрФА, 1993 р.
- **Чернуха Віталій Миколайович** «Вдосконалення ціноутворення на лікарські засоби, що виготовляються аптеками індивідуально та в умовах малих фармацевтичних виробництв» 15.00.01, УкрФА, 1996 р.
- **Панфілова Ганна Леонідівна** «Розробка методологічних підходів до вдосконалення медикаментозної допомоги онкологічним хворим абдомінального та проктологічного профілів за умов страхової медицини» 15.00.01, УкрФА, 1997 г.
- **Гала Лілія Олексіївна** «Розробка основних принципів та підходів до безрецептурного відпуску лікарських засобів населенню в Україні» 15.00.01. НФаУ. 2002 р.
- **Подколзіна Марія Василівна** «Організаційно-економічні основи розробки формулярної системи фармацевтичного забезпечення хворих на стенокардію за умов обов'язкового та добровільного медичного страхування» 15.00.01, НФаУ, 2002 р.

Рис. 3 Кандидатські дисертації, що виконані під керівництвом проф. А.С. Немченко за період 1990–2002 рр.



Рис. 4 Перелік кандидатських дисертацій, що виконані під керівництвом проф. А.С. Немченко за 2004–2011 рр.

Кандидатські дисертації
(науковий керівник – д. фарм. н., к. екон. н.,
проф. Немченко А.С.)

Яковлева Ольга Станіславівна «Фармакоекономічні підходи до лікарського забезпечення хворих на наркозалежність в умовах медичного страхування», 15.00.01, ЗДМУ, 2013 р.

Жаркова Світлана Олексіївна «Фармакоекономічне обґрунтування принципів лікарського забезпечення хворих на рак шлунка та рак прямої кишки за умов медичного страхування», 15.00.01, НФаУ, 2014р.

Міщенко Вікторія Іванівна «Науково-методичні підходи до регулювання обігу парафармацевтиків в Україні» 15.00.01, НФаУ, 2014 р.

Монян Люсіне Сандроївна «Науково-методичні підходи до удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на грип та пневмонію», 15.00.01, НФаУ, 2014 р.

Терещенко Любов Володимирівна «Наукове обґрунтування принципів державного регулювання рецептурного та безрецептурного відпуску лікарських засобів в Україні», 15.00.01, НФаУ, 2015р.

Жакіпбеков Кайрат Сапарханович «Організаційне проектування фармацевтичної промисловості Республіки Казахстан», 6.Д074800 «Технологія фармацевтичного виробництва», КазНМУ ім. С.Д. Асфендіярова, Алмати, 2015р.

Рис. 5. Кандидатські дисертації, що виконані під керівництвом професора Немченко А.С. за період 2013–2015 рр.

Важливою та характерною рисою сучасної організаційно-економічної школи кафедри ОЕФ НФаУ є здатність до зрощення наукових кадрів для інших

вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів України. Зазначений факт формує позитивний імідж цієї потужної організаційно-економічної школи в цілому. Так, під керівництвом проф. Немченко А.С. були підготовлені та успішно захищені дисертаційні роботи Карамішевим Д.В. (доц. ХРІДУ при Президентові України), Хоменком В.М. та Жарковою С.О. (співробітники Донецького національного медичного університет ім. М. Горького), Галою Л.О. (доцент Національного медичного університет ім. О.О. Богомольця), Федяк І.О. (доцент Івано-Франківського національного медичного університету Яковлевою О. С. (доцент Запорізького медичного університету).

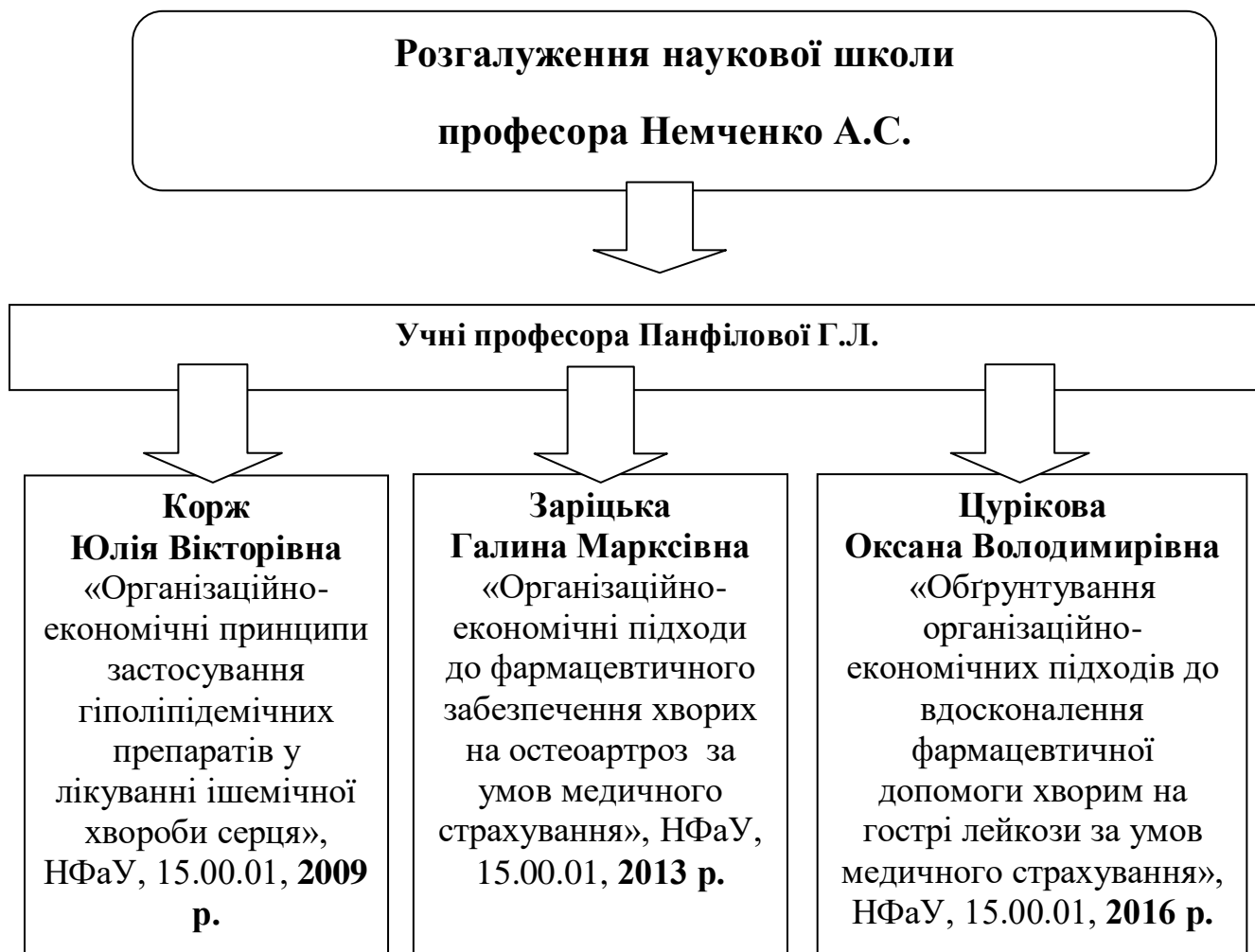


Рис. 6 Кандидатські дисертації, що виконані під керівництвом професора Панфілової Г.Л. за період 2009–2016 рр.

Одним із найважливіших характеристик наукової школи проф. Немченко А.С. є здатність її учнів до ефективного наукового пошуку та підготовки аспірантів та докторантів (рис. 6).

Насамперед під керівництвом проф. Котвіцької А. А. підготовлено 8 кандидатів та 1 доктора фармацевтичних наук, а проф. Панфіловою Г.Л. – 3 кандидата наук за спеціальністю 15.00.01.-технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація (рис. 7).

Посіяне насіння наукового підходу до вирішення нагальних проблем фармації вже дають свої гідні плоди на ниві підготовки фахівців для фармацевтичної галузі України.



Рис. 7. Захист Г.Л. Панфіловою докторської дисертації

За час роботи в НФаУ А. С. Немченко створила потужну організаційно-економічну школу за такими напрямками наукових досліджень:

- теоретичне обґрунтування та реалізація сучасних принципів державного управління фармацевтичною галуззю й державного регулювання рецептурного та безрецептурного відпуску ліків, а також парафармацевтичних товарів;

- створення соціально-ефективної методології ціноутворення на ЛЗ та ВМП, у т.ч. механізмів державного регулювання їх доступності у відповідності до вимог Національної лікарської політики;
- удосконалення науково-методичних підходів до визначення цін і тарифів на ЛЗ, що виготовляються в умовах аптеки;
- розробка соціально-ефективних механізмів та методів (референтного ціноутворення, реімбурсації, ін.) в умовах медичного страхування;
- фармакоеконімічне моделювання процесу надання фармацевтичної допомоги хворим на різні патології;
- наукова розробка сучасної методології управління якістю як важливої складової організації ефективної роботи аптекних закладів на основі впровадження належних практик GSP, GDP та GPP;
- обґрунтування соціальних та етичних норм та правил фармацевтичної діяльності, а також розробка й впровадження Етичного кодексу фармацевтичних працівників [2-4, 6].

Широко відомі в Україні й за кордоном результати наукових розробок наукової школи кафедри ОЕФ знаходять повсякденне практичне застосування, складають основу низки нормативно-правових актів державного значення: Законів України, Постанов Верховної Ради і Кабінету Міністрів України, численних методичних рекомендацій.

Живучи в бурхливий час змін, можна з повною мірою відповідальності стверджувати про наступне. Сьогодні, коли кожен прожитий день стає історією, діяльність науковців кафедри ОЕФ наповнена наполегливою та творчою працею, яка спрямована на вирішення проблем підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення населення за різними напрямками та побудові соціально орієнтованої моделі розвитку вітчизняної фармації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Історія кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету: монографія / А. С. Немченко, С. В.

- Хіменко, О. В. Винник та ін.; За ред. А. С. Немченко. – Х. : НФаУ, 2016. – 266 с.
2. Немченко А. С. Державне регулювання та контроль діяльності аптечних закладів / А. С. Немченко, В. М. Назаркіна: Монографія. – Х. : Ависта-ВЛТ. – 2011. – 232 с.
 3. Немченко А. С. Фармацевтическое ценообразование : Монографія. – Х.: Фирма«Радар», 1999. – 290 с.
 4. Немченко А. С. Ціноутворення на лікарські засоби / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Немченко: Монографія. – Х. : Вид-во ФОП Вировець А. П. Видавнича група «Апостроф», 2012. – 304 с.
 5. Панфілова Г. Л. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування / Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, О. А. Немченко / Монографія. – Х. : «Ависта-ВЛТ», 2009. – 228 с.
 6. Хрестоматія фармацевтичного качества / Ю. В. Подпрудников, А. А. Ишмухаметов, А. С. Немченко и др. : Монографія – М. : ООО «Группа ремедиум», 2015. – 432 с.

Резюме.

В статье приведены результаты анализа развития организационно-экономической школы кафедры организации и экономики фармации Национального фармацевтического университета. Определены основные этапы и направления её развития в контексте политических социально-экономических изменений, которые произошли в государстве, обществе и фармации на изломе веков. Авторами представлена характеристика современных теоретико-прикладных исследований, проводимых на кафедре организации и экономики фармации и основе достижения ведущих ученых.

Resume

The article presents the results of the analysis of the organizational and economic school at the National University of Pharmacy. The basic stages and directions of its development in the context to the political social and economic changes that have take nplace in society at the turn of the century. The authors of the characteristic of modern the or etical and applied research conducted at the Department of Organization and Economy of Pharmacy and the main Achievement so fleading scientists.

УДК 651.1:378:005.6

ПУТИ РАЗВИТИЯ ПРАКТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Посылкина О.В., Кайдалова А.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

kaf.yep@nuph.edu.ua

Визначена сутність нової парадигми якості освіти, яка полягає у здатності випускників здійснювати професійну діяльність у відповідності із сучасними вимогами економіки і суспільства. Обґрунтована необхідність формування сучасної практично – орієнтованої моделі вищої фармацевтичної освіти, яка передбачає тісну взаємодію роботодавців з системою освіти, розвиток роботодавцями спільно з ВНЗ ефективної системи корпоративної підготовки і перепідготовки кадрів, максимального залучення бізнесу до формування освітніх стандартів. Запропонована модель створення галузевого науково-виробничого центру з метою ефективної практичної підготовки випускників ВНЗ фармацевтичного (медичного) профілю і формування на фармацевтичних підприємствах (ФП) комплексної безперервної системи підготовки власних кадрів у відповідності з потребами.

Введение. В Национальной стратегии развития образования в Украине до 2021 года среди наиболее актуальных проблем подчеркивается недостаточное соответствие образовательных услуг требованиям общества и недостаточная ориентированность структуры и содержания образовательного процесса на потребности рынка и современные требования экономики.

Степень ориентированности системы образования на рынок труда сегодня становится важнейшим показателем ее конкурентоспособности и качества подготовки будущих специалистов. По сути этим была предопределена новая парадигма в понимании качества образования, в соответствии с которой под качеством образования понимается уровень

удовлетворения требований работодателей (потребителей кадровых ресурсов), который определяется способностью специалистов успешно осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с современными требованиями экономики общества.

Поскольку работодатели являются заинтересованной стороной в определении целей и результатов вузовской подготовки, сегодня должны существенно повыситься их ответственность и весомость вклада в определение задач и содержания образования. Таким образом, в современном мире в развитии образования должны участвовать две равноправные стороны – работодатели (бизнес) и академическое сообщество. Обе стороны должны хорошо знать нужды и интересы друг друга, и синхронизировать свои действия в плане надлежащей подготовки необходимых рынку специалистов. Внастоящему времени правительства многих стран делают акцент на повышение роли бизнеса, профессиональных ассоциаций в подготовке квалифицированных кадров. Это актуализирует проблему создания и развития новых форм и институтов сотрудничества вузов и бизнеса.

Целью статьи является обоснование необходимости и перспективных форм интеграции фармацевтического образования и бизнеса в Украине.

Материалы и методы. С проблемой отставания традиционного университетского образования от темпов развития современной экономики, модернизации производства и обновления профессиональных знаний в последние десятилетия столкнулись многие страны. Это по сути и обусловило процесс изменения образовательной парадигмы и необходимость создания неоклассических практически – ориентированных форм реализации высшего образования.

Следует отметить, что идея интеграции и обеспечения тесной связи между образованием и производством для подготовки специалистов необходимой квалификации не новая и активно поддерживалась еще в Советском Союзе. В 1956 г. было принято Постановление Совета Министров

СССР № 1425 «Об организации заводов –вузов, а также промышленных предприятий и цехов при высших учебных заведениях. В то время происходило интенсивное развитие и усложнение производства и именно благодаря такой форме интеграции образования и производства за достаточно короткое время удалось существенно повысить квалификацию рабочих и ИТР. По своим целям и задачам заводы – вузы были похожи на корпоративные университеты, которые примерно в то же время стали создавать частные компании в США.

Чуть позже в 60-ые годы в Советском Союзе стали развиваться учебно-курсовые (учебно-производственные) комбинаты, которые выполняли все ту же цель – приблизить систему образования к потребностям производства.

Почему именно сегодня назрела необходимость говорить о необходимости и формах интеграции фармацевтического образования и бизнеса? Потому, что общие ожидания работодателей сегодня связаны со значительно большей практической подготовкой выпускников, с одной стороны, и с переходом фармацевтического образования на новые стандарты, основные на компетентностном подходе, с другой стороны.

Вузы должны сегодня четко представлять для каких конкретных видов работ или профессиональной деятельности они осуществляют подготовку студентов. По мнению специалистов, анализ потребностей в умениях необходимо проводить максимально опираясь на опыт лучших, наиболее конкурентных предприятий, ориентированных на устойчивое развитие [1]. Именно на базе таких предприятий можно формировать эталонные модели профессиональной деятельности.

Понятно, что сегодня в первую очередь следует говорить о необходимости участия работодателей в образовательном процессе через:

- ✓ участие в разработке образовательных программ по специальностям, ориентированных на компетенции;
- ✓ осуществление ранней профессиональной ориентации студентов на предприятиях;

- ✓ участие в проведении производственных и преддипломных практик;
- ✓ участие в формировании тематики курсовых и дипломных проектов;
- ✓ участие работодателей в работе Государственных экзаменационных комиссий и возможность отбора лучших студентов.

Но стратегическим перспективным проектом, призванным обеспечить взаимодействие образовательных учреждений и работодателей на постоянной основе для подготовки высококвалифицированных кадров, как свидетельствует мировой опыт, является создание учебно-производственных центров, которые во многих странах получили название «корпоративных университетов» [3,5].

Корпоративный университет – выстроенная система внутрифирменного обучения, объединенная единой концепцией и методологией для всех уровней персонала в рамках идеологии и стратегии развития компании, а также задач, стоящих перед ее структурным подразделением. Сегодня в Европе до 25% финансирования корпоративных университетов – это подготовка специалистов для сторонних организаций.

По данным национального центра качества образования персонала (США) увеличение затрат на повышение образовательного уровня персонала на 10% обеспечивает рост продуктивности на 8-9%; а 10% увеличение инвестиций в оборудование – на 3,4% [1,5].

Преимущество корпоративных университетов (центров) перед MBA образовательными и тренинговыми программами состоит в следующем:

- ✓ в первом случае – громоздкость и перегруженность программ; высокая цена, отрыв сотрудников от производства;
- ✓ во втором случае – кратковременность (точечность) обучения.

Результаты исследования. Создание на базе ведущих отечественных фармацевтических компаний (ФК) учебно-производственных центров и их

тесное сотрудничество с НФаУ и фармацевтическими факультетами позволит поднять на новый качественный уровень фармацевтическое образование в Украине и существенно повысить его практическую ориентированность.

Исходя из того, что в рыночной экономике, в условиях жесткой конкуренции конструктивное партнерство вузов и работодателей может опираться только на взаимную выгоду, деятельность учебно-производственного центра должна быть направлена на реализацию двух основных целей:

- ✓ создание в ФК комплексной непрерывной системы подготовки и переподготовки собственных кадров в соответствии с конкретными потребностями (стандартами) компании, что позволит обучать и повышать квалификацию сотрудников без отрыва от производства с сохранением заработной платы;

- ✓ организацию эффективной практической подготовки студентов вузов (колледжей), стажировки преподавателей.

Схема предлагаемой модели создания отраслевого научно-производственного центра на базе одного из ведущих фармацевтических предприятий Украины и НФаУ – лидера фармацевтического образования приведена в таблице.

К сожалению, сегодня в Украине в отличие от Европейских стран отсутствуют налоговые, административные нормы, стимулирующие развитие инновационных моделей интеграции образования и бизнеса. Но, с другой стороны, появление таких проектов, и что особенно важно, в фармацевтической отрасли, позволит привлечь внимание к этой проблеме и ставить вопрос о системе возможных преференций для таких инновационных форм образования.

Следует отметить, что в Украине в 2012 г. был принят Закон «О профессиональном развитии «персонала», который определяет правовые, организационные и финансовые основы создания корпоративных университетов. Поэтому в качестве организационной формы учебно-производственного центра можно рассматривать модель корпоративного университета.

Модель создания отраслевого научно-производственного центра

Элементы модели	Содержание
Организационная форма	Корпоративный университет
Цель	<ul style="list-style-type: none"> • создание непрерывной системы подготовки и переподготовки персонала ФК в соответствии с потребностями (стандартами), возможность обучения для сотрудников компании без отрыва от производства с сохранением заработной платы; • создание эффективной системы практической подготовки для выпускников НФаУ; • организация стажировки для профессорско-преподавательского состава НФаУ
Учредители	ФК, профессиональные ассоциации, НФаУ
Кадровые ресурсы (преподаватели, тренеры)	65-70% профессорско-преподавательский состав НФаУ; 20-25% практики (сотрудники ФК); 10-15% - внешние (приглашенные) тренеры
Формы обучения	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Лекции «мастер-класс»; ✓ Кейсы; ✓ Дистанционное обучение; ✓ Совместные тренинги; ✓ Подготовка итоговых (зачетных) работ
Уровни обучение	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Первичное обучение для зачисляемых в штат ФК сотрудников и для студентов НФаУ; ✓ Обязательные циклы повышения квалификации для сотрудников ФК; ✓ Повышение квалификации для сотрудников НФаУ; ✓ Программы для карьерного роста (программы развития) персонала ФК; ✓ Возможность повышения квалификации на коммерческой основе для специалистов других фармацевтических предприятий
Продолжительность обучения	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Первичное обучение от 3-до 6 месяцев; ✓ Повышение квалификации, стажировки (от 1 до 3 мес.); ✓ Тренинги (1-2 недели); ✓ Программы карьерного роста (в зависимости от профиля работы и занимаемой должности сотрудника)
Источники финансирования	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Собственный капитал ФК; ✓ Взносы профессиональных ассоциаций; ✓ Бесплатное первичное обучение для собственных сотрудников и студентов НФаУ

Согласно ст. 1 Закона «О профессиональном развитии», впервые в Украине введены новые для образовательного законодательства понятия [4]:

- формальное профессиональное обучение персонала - получение персоналом профессиональных знаний, умений и навыков в учреждении образования или непосредственно у работодателя в соответствии с требованиями государственных стандартов, по результатам которого выдается документ об образовании установленного образца;

- неформальное профессиональное образование персонала - получение работниками профессиональных знаний, умений и навыков в учебном

заведении или у работодателя, которые не регламентированы ни по месту обучения, ни по срокам, ни по форме.

И в заключение следует отметить, что в последние десятилетия количество корпоративных центров обучения (корпоративных университетов) в мире увеличилось в 5 раз. Сегодня в США через такую систему подготовки и переподготовки проходит до 60 млн. человек в год, т.е. почти $\frac{1}{2}$ трудоспособного населения страны [5].

В Украине сегодня успешно функционируют корпоративные университеты при энергохолдинге «Академия ДТЕК», «Украинская аграрная Школа» агрохолдинга «Мрія», «Приват Университет» и некоторые другие [4].

Пришло время реализовать эту идею и в фармацевтической отрасли.

Выводы. 1. Для повышения конкурентоспособности и качества высшего фармацевтического образования в Украине необходимо синхронизировать систему подготовки фармацевтических кадров с потребностями рынка труда, усилить практическую направленность вузовской подготовки.

2. Ориентация на потребности фармацевтического рынка может быть реализована через формирование системы критериев и требований к выпускниками фармацевтических вузов (факультетов) с точки зрения их профессиональных умений на основе постоянного мониторинга рынка труда, изучения мнения работодателей и прогнозных оценок спроса и структуры рынка труда. Это требует внесения изменений в программы подготовки специалистов фармации в соответствии с современными запросами рынка, внедрения инноваций в методиках преподавания и организацию учебного процесса.

3. Эффективное решение проблемы кадрового обеспечения фармацевтических предприятий и организаций невозможно без формирования современной практически-ориентированной модели фармацевтического образования, предполагающей тесное взаимодействие работодателей с системой профессионального образования, развитие работодателями совместно

с вузами современной системы внутрифирменной подготовки и переподготовки кадров, максимального привлечения бизнеса к формированию образовательных стандартов и т.д.

4. Повышение качества фармацевтического образования сегодня предполагает организацию практической подготовки студентов с использованием современной технологической базы фармацевтических предприятий, формирование учебно-производственных комплексов путем интеграции профессионального образования с производством, разработку вузами совместно с работодателями модульных программ подготовки, основанных на компетенциях.

5. С целью реализации практически ориентированной модели подготовки специалистов фармации предложено создание отраслевого научно-производственного центра, деятельность которого позволит повысить эффективность практической подготовки выпускников и ориентированность образовательного процесса на потребности рынка и современные требования системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гительман А. Корпоративный университет : концепция, условия и этапы создания / Л. Гительман, А. Исаев [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http / www.management.com.ua / cn / cm046.htm](http://www.management.com.ua/cn/cm046.htm).

2. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 25 червня 2013 року № 344 / 2013 – Режим доступу. [htt](http://www.president.gov.ua).

3. Тягунова И.А. Роль международных организаций транснациональных компаний в развитии интеграционных процессов в образовании / И.А. Тягунова // Новое в психолого – педагогических исследованиях. Теоретические и практические проблемы психологии и педагогики. – 2012. № 3. – С. 121-134.

4. Шуміло І.А. Особливості правового статусу корпоративних університетів в Україні / І.А. Шуміло // Порівняльно-аналітичне право. – 2013. № 3-1. – С. 163-166.

5. Richard Deal try Corporate Universities: Developing strategic Best Practices for Growth and Development. Intellectual Partner ships – 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу [http:// books google. com.ua / books?id = false](http://books.google.com.ua/books?id=false).

Резюме.

Сформулирована сущность новой парадигмы качества образования, которая определяется способностью выпускников осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с современными требованиями экономики и общества. Обоснована необходимость формирования современной практически-ориентированной модели фармацевтического образования, предполагающей тесное взаимодействие работодателей с системой образования, развитие работодателями совместно с вузами современной системы внутрифирменной подготовки и переподготовки кадров, максимального привлечения бизнеса к разработке образовательных стандартов. Предложена модель создания отраслевого научно-производственного центра с целью организации эффективной практической подготовки выпускников вузов фармацевтического (медицинского) профиля и создания на ФП комплексной системы подготовки и переподготовки собственного персонала в соответствии с потребностями.

Resume.

It has determined the essence of the new paradigm of quality education, which is determined by the ability of graduates to carry out professional activities in accordance with modern requirements of economical society.

It has established the necessity of modern practically-oriented model of pharmaceutical education, which involving close cooperation with employers and education system, the development by employers in conjunction with the universities of the modern system incompanytraining and retraining, the maximum involvement of business in the formation of educational standards. It has offered the model for the creation of industry research and production center in order to organize an effective practical training of graduates of pharmaceutical (medical) universities and create comprehensive system of training and retraining of their own staff in pharmaceutical companiesaccording to the needs.

**ОЦІНКА ПРОБЛЕМ ТА НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОЇ
ПОЛІТИКИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ФАРМАЦІЇ**

Немченко А.С., Сушарина¹ І.В., Хоменко¹ В.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків,

¹Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ

economica@nuph.edu.ua

У статті обґрунтовано актуальні напрямки кадрової політики в Україні. Проаналізовано рівень забезпеченості фармацевтичними кадрами в Україні та країнах світу, а саме у ЄС та СНД. Досліджено актуальні проблеми кадрової політики у вітчизняній фармації. Обґрунтовано напрямки формування реєстру обліку фармацевтичних працівників та структури бази даних. Визначено, що середній рівень забезпеченості фармацевтами з вищою освітою у країнах світу на 10 тис. населення складає 6,0. До найбільш важливих проблем віднесено відсутність єдиного реєстру фармацевтичних працівників та значний рівень плинності кадрів у галузі. Запропоновано створення єдиного реєстру фармацевтичних працівників у галузі та структуру бази даних щодо обліку руху кадрів.

Вступ. Ефективність національних систем охорони здоров'я та фармації, зокрема в Україні, визначається медичними та фармацевтичними кадрами – їх підготовкою, розподілом за сферами діяльності, але перш за все рівнем їх забезпеченості [1, 5]. Під терміном «фармацевтичні кадри» розуміють сукупність осіб, які отримали фармацевтичну освіту та кваліфікацію, а також допущені до фармацевтичної діяльності. Хоча є офіційне трактування, що фармацевтичні кадри це частина медичних кадрів [1,2]. У доповіді Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) «Глобальна доповідь FIP про фармацевтичні кадри та їх міграцію – заклик до дії» вказується на брак і нерівномірний розподіл фармацевтичних кадрів по країнах й за професійними

напрямами [5]. Це характеризує дану проблему як міжнародну, що має особливу актуальність.

У зв'язку з цим **метою** даної роботи стало обґрунтування актуальних напрямків кадрової політики в Україні. До **основних завдань** входило: аналіз рівня забезпеченості фармацевтичними кадрами в Україні та країнах світу, зокрема ЄС та СНД, дослідження актуальних проблем кадрової політики у вітчизняній фармації, обґрунтування напрямків формування реєстру обліку фармацевтичних працівників та структури бази даних.

Експериментальна частина. Наразі в Україні активізувались процеси впливу професійних фармацевтичних асоціацій на формування стратегії розвитку фармації, одним із важливих напрямків якої є ефективна кадрова політика. Проблема кадрової політики у фармації актуальна для всіх країн світу, в т.ч. й України. За визначенням ВООЗ, до стратегічних напрямків національної кадрової політики відносяться:

- оцінка існуючих кадрових ресурсів та визначення потреби у фармацевтичних кадрах;
- формування автоматизованої системи обліку та бази даних фармацевтичних кадрів в країні;
- розвиток національного кадрового потенціалу відповідно до вимог належних практик якості (GxP), зокрема GPP.

Міжнародна фармацевтична федерація (FIP) спільно з Королівським фармацевтичним співтовариством Великобританії реалізує довгостроковий проект з моніторингу трудових ресурсів (Global Work force Observatory), зокрема було підготовлено та опубліковано дослідження забезпечення фармацевтичними кадрами у світі (Global Pharmacy Work force Report), що базувалось на даних 89 країн [5].

Огляд узагальнює якісні й кількісні показники зайнятості у фармацевтичній сфері в окремих країнах, групах країн та регіонах. В

середньому по всіх вивчених країнах на **10 тис. населення** припадає **6,0 фармацевтів з вищою освітою**. Для Європи цей показник становить 8,8, для країн з найвищим рівнем ВВП на душу населення (відповідно до класифікації Світового банку) – 10. У цілому по всій вибірці зайнятість фармацевтів становить приблизно 80% (по європейських країнах – 84%): 55% всіх спеціалістів з фармацевтичною освітою працюють у роздрібних аптеках, 18% - у госпіталях, 10% - у промисловості, 5% - в академічній сфері, 5% - у регуляторній. У Європі питома вага тих, хто працює у роздрібних аптеках, досить велика (64%), а тих, хто працює у госпіталях, навпаки (8%).

Крім дипломованих фармацевтів, важливу роль у фармацевтичній галузі виконує середній персонал аптек. У країнах з низьким рівнем доходів ці працівники заповнюють брак фармацевтів, у країнах із середнім і високим рівнем доходів здійснюють допоміжні функції та звільняють час фармацевтів для більш кваліфікованої роботи.

Такий підхід, що заснований на використанні середнього персоналу для аптек, є світовою тенденцією [5]. У різних країнах цих фахівців називають по-різному, проте в FIP як узагальнюючий термін використовують «фармацевтичний технік» (pharmacy technician). По суті, фармацевтичний технік є асистентом (помічником) фармацевта, який виконує цілий ряд допоміжних функцій, перш за все відпуск безрецептурних препаратів, товарів для здоров'я та ін. У розвинених країнах фармацевтичні техніки працюють під керівництвом дипломованих фармацевтів, на той час як у менш цивілізованих умовах вони працюють самостійно. У складі працівників аптек різних країн співвідношення фармацевтів і техніків істотно варіюється. В американських країнах (обох континентів) частка техніків становить 28%, у європейських – 43%, а в країнах Південно-Східної Азії – 68% [5].

Аналіз забезпеченості фармацевтичними кадрами в країнах ЄС і СНД за 2013 р. (останній рік представлення офіційних даних) проводився за середньостатистичними показниками за двома групами країн. Так, у країнах

ЄС (39) показники забезпеченості кадрами фармацевтичної галузі відрізняються практично у 12 разів: максимальний рівень у Бельгії 11,8 фармацевтів на 10 тис. жителів (цей рівень у 1,3 рази вищий, ніж у середньому по ЄС), а також мінімальний у Боснії та Герцеговині 1,0 (нижчий від середніх даних більш ніж у 8 разів). Наведені результати аналізу свідчать про значну варіацію рівня забезпеченості фармацевтичними кадрами в ЄС [3].

Результати рівня забезпеченості фармацевтичними кадрами у країнах СНД (всього 7 країн, за іншими дані відсутні), свідчать також про значну варіацію показників: максимальний по Молдові (5,3) більш ніж у 13,3 рази вищий від аналогічного за Вірменію (0,4). Разом з тим середньостатистичний рівень забезпеченості по країнах СНД (1,5) у 4 рази нижчий, ніж у ЄС (6,2) [3].

Далі нами був проведений порівняльний аналіз динаміки показника забезпеченості фармацевтичними кадрами в країнах ЄС і СНД за 2006-2013 роки. Хоча в цілому по країнах ЄС спостерігається більш стабільна картина зростання: середньорічний темп приросту склав 5,5%. В аналізованих країнах СНД спостерігається зворотня тенденція зниження рівня за безпеченості-середньорічний темп зниження становить 3,1%.

Така ситуація вимагала проведення більш глибокого аналізу забезпечення фармацевтичними кадрами в Україні, що й було зроблено нами у 2013р. спільно з Державною службою лікарських засобів України на основі даних, одержаних в процесі інспекторських перевірок діяльності аптечних закладів та фармацевтичних підприємств (окрім закладів системи МОЗ України). В аптеках та аптечних пунктах на той час працювало 97,4% від загальної кількості спеціалістів. Були розраховані показники кількості провізорів і фармацевтів в роздрібному секторі на 1.01.13 р. – 22 925 і 22 453 фахівців відповідно, а також рівень забезпеченості на 10 тис жителів – 5,0 і 4,9 відповідно. Отримані дані за чисельністю провізорів за 2013 р. були співставлені з офіційними даними ВООЗ за 2006 р. по Україні. Результати аналізу показали, що темпи приросту провізорського персоналу були дуже низькі – 0,9%, тобто свідчать про

стабільну ситуацію. Проведені нами розрахунки підтверджені дослідженнями Григорук Ю.М. [4]. Середньорічний показник забезпеченості фармацевтичними кадрами (провізори та фармацевти) за період з 1991 по 2013 р. загалом коливався у межах 8,1 – 9,9 спеціалістів на 10 тис. населення.

Слід зазначити пропроблему відсутності обліку руху фармацевтичних кадрів у галузі, на відміну від медичних та фармацевтичних працівників системи охорони здоров'я, їх облік здійснюється Державним підприємством «Реєстр медичних та фармацевтичних працівників» МОЗ України. З урахуванням чисельності фармацевтичних спеціалістів указанного реєстру за 2013-2016 рр. були зроблені розрахунки середньорічного темпу приросту провізорського та фармацевтичного персоналу (без анексованих територій України), який дозволяє стверджувати про досить низький рівень цього показника – 0,7%. Результати аналізу показали, якщо співвідношення провізорів і фармацевтів у 2006 р. згідно статистичних даних в Україні становило 2:1, в 2013 р. – 1:1, то у 2016 р. – 1: 0,94 (табл.1).

Таблиця 1

Оцінка рівня забезпечення провізорами та фармацевтами у роздрібному секторі України за 2006-2016 рр.

Фармацевтичні Працівники	2006 р. (офіційні дані ВООЗ)		2013 р.		2016 р.*	
	кількість	на 10 тис. населення	кількість	на 10 тис. населення	кількість	на 10 тис. населення
Провізори	22257	4,8	22925	5,0	21270	5,0
Фармацевти	-	-	22453	4,9	19960	4,7

*) розрахункові дані

Згідно завдань дослідження, нами були проаналізовані публікації за 2011-2016 рр. за проблематикою, які в узагальненому вигляді викладені М. В. Слабим [1], Л. Ю. Дьяковою [2], Ю. М. Григорук [4]. На підставі аналізу цих публікацій та оцінки ефективності використання фармацевтичних кадрів, нами були визначені актуальні проблеми кадрової політики у вітчизняній фармації, а саме:

- Високий рівень плинності кадрів на фармацевтичному ринку;
- Істотна недостача фармацевтичних кадрів у сільській місцевості;
- Ненормований, як правило, робочий день фахівців фармації;
- Незначна відмінність у рівні заробітної плати між працівниками із середньою і вищою фармацевтичною освітою;
- Розповсюдженість «переманювання» великими аптечними мережами досвідчених фахівців з комунальних і невеликих приватних аптек
- Складнощі отримання досвідченими фахівцями з середньою спеціальною освітою вищої освіти;
- Завищені фінансові очікування випускників фармацевтичних вузів і факультетів;
- Невисокий рівень оплати праці професорсько-викладацького складу вищих навчальних закладів, відтік кваліфікованих кадрів в інші сфери і за кордон.

До найбільш розповсюджених кадрових проблем в Україні, на нашу думку, слід віднести досить суттєвий рівень плинності фармацевтичних кадрів, який за різними оцінками складає більше 20%. Поглиблений аналіз цієї важливої проблеми, на підставі опитування фахівців, дозволив нам встановити

головні причини плинності фармацевтичних кадрів у галузі та проранжувати їх за оцінками:

1. Низька ділова репутація компанії - 86%;
2. Напружена атмосфера у колективі - 62%;
3. Конфлікти з керівниками - 61%;
4. Нецікаві професійні завдання - 44%;
5. Ненормований робочий день - 25%;
6. Бажання професійно змінити організацію - 23%;
7. Зміна ТОП-менеджера - 20%;
8. Незручне місцерозташування компанії - 12%.

Головною проблемою низької ефективності кадрової політики у вітчизняній фармації є відсутність єдиного державного реєстру фармацевтичних працівників. Наразі Державним підприємством «Реєстр медичних та фармацевтичних працівників» МОЗ України здійснюється облік тільки невеликої частини фармацевтичних фахівців, які працюють виключно у системі охорони здоров'я. В Україні створено нормативно-правову базу щодо формування єдиного реєстру фармацевтичних працівників, а саме:

- ✓ Наказ МОЗ України №129 від 10.03.2004 р. «Про заходи щодо запровадження реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України»;
- ✓ Наказ МОЗ України № 493 від 27.09.2005 р. «Про формування Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України»;
- ✓ Наказ МОЗ України №494 від 27.09.2005 р. «Про створення державного підприємства «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України»;

✓ Наказ МОЗ України №842 від 19.12.2006 р. «Про формування автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України»;

✓ Наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки».

Всебічний аналіз проблеми дозволив нам встановити можливі напрямки формування єдиного вітчизняного реєстру фармацевтичних кадрів:

- Під час перевірки ліцензійних умов суб'єкти господарської діяльності надають відомості по кадрах фармацевтичної організації (рівень кваліфікації, стаж та ін.);

- У щорічному Звіті про кількість працівників, їх якісний склад та професійне навчання (форма №6-ПВ) виділяють провізорський і фармацевтичний персонал;

- Додаткове включення статистичних даних по фармацевтичних кадрах у щорічний статистичний збірник Держкомстату України «Стан здоров'я населення», розділ II «Охорона здоров'я»;

- Розробка комплексного проекту по створенню єдиного реєстру обліку фармацевтичних кадрів усіма зацікавленими організаціями.

Наразі деякі фармацевтичні організації, зокрема АПАУ та Фармацевтична палата України, роблять спроби по створенню локальних реєстрів фармацевтичних працівників. Враховуючи усі протиріччя, що склались в галузі щодо вирішення даної проблеми, найбільш перспективним, на нашу думку, є створення єдиного реєстру обліку фармацевтичних кадрів усіма зацікавленими організаціями. Інформаційною основою такого реєстру може стати запропонована нами структура бази даних щодо обліку руху фармацевтичних кадрів (табл. 2.), впровадження якого дозволить підвищити ефективність кадрової політики в галузі.

Запропонована структура бази даних щодо обліку руху фармацевтичних кадрів в галузі

№ З/п	Розділи (заклади та установи галузі)	Показники
1.	Аптеки (з розподілом на міські і сільські)	<ul style="list-style-type: none"> • облік кількості штатних працівників (<i>неповна і базова вища освіта; повна вища освіта</i>); • кількість працівників з вищою фармацевтичною освітою; • кількість працюючих за рівнем освіти і віком (років): <ul style="list-style-type: none"> – 15-34, з них 15-24 – 35-49 – 50-54 – 55-59 • кількість працівників, що одержують пенсію • підготовка кадрів(у навчальних закладах: <i>I-II рівень акредитації; III-IV рівень акредитації</i>)
2.	Фармацевтичні виробничі підприємства	<ul style="list-style-type: none"> • кількість працівників з фармацевтичною освітою (<i>неповна і базова вища освіта; повна вища освіта</i>); • кількість пенсіонерів
3.	Оптові (оптово-роздрібні) фармацевтичні фірми	<ul style="list-style-type: none"> • кількість працівників з фармацевтичною освітою (<i>неповна і базова вища освіта; повна вища освіта</i>); • кількість пенсіонерів
4.	Вищі навчальні заклади	<ul style="list-style-type: none"> • контингент студентів спеціальностей напрямку «фармація» : спеціальність - бюджет, контракт; денна форма навчання; заочна (дистанційна), кількість студентів-пільговиків (інваліди, сироти і т.п.); • кількість викладачів та навчально-допоміжного персоналу з фармацевтичною освітою; • відомості про розподіл випускників бюджетної форми навчання (місто, село); • кількість бюджетних місць в аспірантурі, докторантурі для випускників з фармацевтичною освітою.

Запропонована структура бази даних щодо обліку руху фармацевтичних кадрів в галузі

5.	Коледжі	<ul style="list-style-type: none"> • кількість викладачів та навчально-допоміжного персоналу (НДП) з фармацевтичною освітою; • відсоток викладачів та НДП пенсійного віку (окремо); • контингент студентів спеціальностей напрямку «фармація»: спеціальність - бюджет, контракт; денна форма навчання; заочна (дистанційна), кількість студентів-пільговиків (інваліди, сироти і т.п.).
6.	Науково-дослідний інститут	<ul style="list-style-type: none"> • кількість наукових співробітників з вищою фармацевтичною освітою; • кількість допоміжного персоналу з фармацевтичною освітою; • кількість осіб пенсійного віку.
7.	Фірми, що проводять клінічні дослідження ЛП (їх небагато, але цей сектор розвивається)	<ul style="list-style-type: none"> • кількість провізорів; • кількість фармацевтів; • кількість осіб пенсійного віку.
8.	Заклади охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • кількість провізорів; • кількість фармацевтів; • кількість осіб пенсійного віку.
9.	Аптеки закладів охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • кількість провізорів, у т.ч. осіб пенсійного віку; • кількість фармацевтів, у т.ч. осіб пенсійного віку.
10.	Представництва зарубіжних компаній	<ul style="list-style-type: none"> • кількість працівників з фармацевтичною освітою; • кількість осіб пенсійного віку
11.	Держлікслужба України та її територіальні органи	<ul style="list-style-type: none"> • кількість працівників з фармацевтичною освітою (<i>неповна і базова вища освіта; повна вища освіта</i>); • кількість пенсіонерів
12.	Міністерство охорони здоров'я України (відповідні департаменти), Державний експертний центр та ін. установи системи МОЗУ*	<ul style="list-style-type: none"> • кількість працівників з фармацевтичною освітою (<i>неповна і базова вища освіта; повна вища освіта</i>); • кількість пенсіонерів

*) Дані Державного підприємства «Реєстр медичних та фармацевтичних працівників» МОЗ України.

Висновки. 1. Встановлено, що середній рівень забезпеченості фармацевтами з вищою освітою у країнах світу на 10 тис. населення складає 6,0. Для Європи цей показник становить 8,8, результати аналізу свідчать про значну варіацію рівня забезпеченості кадрами у країнах ЄС (6,2) та СНД (1,5, в 4 рази нижче, ніж у ЄС). Наразі в Україні забезпеченість – 5,0 та 4,9 провізорів і фармацевтів (за розрахунками).

2. В результаті проведеного аналізу кадрової політики у вітчизняній фармації визначено, що до найбільш важливих проблем слід віднести відсутність єдиного реєстру фармацевтичних працівників, а також значний рівень плинності кадрів у галузі (більше 20%).

3. Запропоновані можливі шляхи створення єдиного реєстру фармацевтичних працівників у галузі, а також структуру бази даних щодо обліку руху кадрів, як інформаційної основи такого реєстру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Слабий М.В. Аналіз стану та шляхи оптимізації фармацевтичних кадрів. Автореферат дисертації. – Львів. – 2010. – 48с.

2. Дьякова Л. Ю. Управління персоналом аптечних закладів відповідно до вимог належних практик. Дисертація на звання канд. фарм. наук. – Київ. – 2010. – 235с.

3. Немченко А.С. Исследование обеспеченности фармацевтическими кадрами в Украине, странах ЕС и СНГ/ А. С. Немченко, И. В. Сушарина, В. Н. Хоменко // Вестник КазНМУ, №2 – 2014. – С. 342-344.

4. Григорук Ю.М. Науково-практичне обґрунтування раціонального використання, підготовки та розміщення фармацевтичних кадрів. Автореферат дисертації. – Київ. – 2016. – 29с.

5. An analysis of the global pharmacy workforce capacity/ Ian Bates Email author, Christopher John, Andreia Bruno, Pamela Fu and Shirin Aliabadi // Human Resources for Health 2016;14:61

Резюме.

В статье обосновано актуальные направления кадровой политики в Украине. Проанализирован уровень обеспеченности фармацевтическими кадрами в Украине и странах мира, а именно в ЕС и СНГ. Исследованы актуальные проблемы кадровой политики в отечественной фармации. Обоснованы направления формирования реестра учета фармацевтических работников и структуры базы данных. Определено, что средний уровень обеспеченности фармацевтами с высшим образованием в странах мира на 10 тыс. населения составляет 6,0. К наиболее важным проблемам относится отсутствие единого реестра фармацевтических работников и значительный уровень текучести кадров в отрасли. Предложено создание единого реестра фармацевтических работников в отрасли и структуру базы данных по учету движения кадров.

Resume.

The article substantiates the actual directions of the personnel policy in Ukraine. The level of supply of pharmaceutical personnel in Ukraine and countries of the world, namely in the EU and the CIS, has been analyzed. The actual problems of the personnel policy in the domestic pharmacy are investigated. The directions of formation of the register of the account of pharmaceutical workers and structure of a database are proved. It is determined that the average level of provision of pharmacies with higher education in the countries of the world per 10 thousand population is 6.0. The most important problems include the absence of a single register of pharmaceutical workers and a significant level of staff turnover in the industry. The creation of a single register of pharmaceutical workers in the industry and the structure of a database on the recording of personnel movements are proposed.

УДК 615.12:339.14

**ПОБУДОВА ПРОЦЕСНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЗАПАСАМИ В
ОПТОВИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЯХ ВІДПОВІДНО ДО
ВИМОГ СТАНДАРТІВ ISO І ПРАВИЛ НАЛЕЖНИХ ПРАКТИК GxP**

Посилкіна О.В., Лісна А.Г., Новицька Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Запропоновано процесну модель управління товарними запасами в ОФК на засадах логістики та менеджменту якості. Здійснено декомпозицію основних підпроцесів процесу управління запасами фармацевтичної продукції з визначенням виконуваних функцій. Визначені точки контролю за дотриманням відповідності процесу управління запасами фармацевтичної продукції в ОФК вимогам стандартів якості на належних практик.

Вступ. Одним з найважливіших напрямків підвищення ефективності оптової ланки стає удосконалення управління товарними запасами на підставі впровадження процесних технологій. Актуальність їх використання при управлінні запасами в ОФК, пов'язана з необхідністю скорочення часу обігу фармацевтичної продукції, оптимізації витрат на формування й зберігання товарних запасів при одночасному підвищенні рівня задоволеності потреб споживачів при заданих обсягах ресурсів і забезпеченні цільового рівня прибутку.

Мета дослідження - розробка процесної моделі управління запасами в оптових фармацевтичних компаніях з врахуванням вимог стандартів якості на належних практик.

Методи та матеріали. У дослідженні використані: структурно-функціональний аналіз – для вивчення структури бізнес-процесів; IDEF0 для розробки процесної моделі управління запасами.

Результати досліджень. Впровадження процесного підходу в управління запасами в ОФК дозволить отримати такі переваги: кілька робочих процедур поєднуються в одну; рішення приймають виконавці (це стає частиною їх функціональних обов'язків); етапи процесу, по можливості, виконуються паралельно; процеси мають альтернативні варіанти виконання, кожний з яких регламентовано; операція виконується в тому місці, де можна зробити це ефективніше; скорочується кількість, термін, вартість перевірок і керуючих впливів; мінімізується кількість погоджень; відбувається децентралізація діяльності підрозділів на основі централізованої інформації тощо [1]. Запропонований на підставі проведених наукових досліджень алгоритм формування процесної моделі управління товарними запасами в ОФК наведено на рис. 1.

При формуванні процесної моделі управління товарними запасами необхідно розглядати кожен підпроцес як дискретну одиницю єдиного логістичного механізму функціонування ОФК. У зв'язку з цим виникає проблема сумісності окремих процесів та їх взаємодії в загальній системі процесів ОФК.

Для ефективної логістичної діяльності ОФК її логістичні процеси повинні бути інтегровані по всьому фармацевтичному ланцюгу постачань. Організація діяльності ОФК на цій основі дозволить оптимізувати управління логістичними процесами і певною мірою забезпечити дотримання вимог міжнародних стандартів якості ISO та належних практик GxP.

Запропонована процесна модель управління товарними запасами в ОФК наведена на рис. 2. Згідно вимог процесно-орієнтованого підходу, вона складається з управлінських, забезпечуючих та основних підпроцесів.

Обґрунтування складу та декомпозиції управлінських та забезпечуючих підпроцесів здійснюються після визначення основних підпроцесів в запропонованій логістичній моделі ОФК, оскільки основна їх мета – підтримка та контроль ефективності виконання основних (робочих) операцій процесу управління запасами фармацевтичної продукції. Слід зазначити, що протікання та склад управлінських і

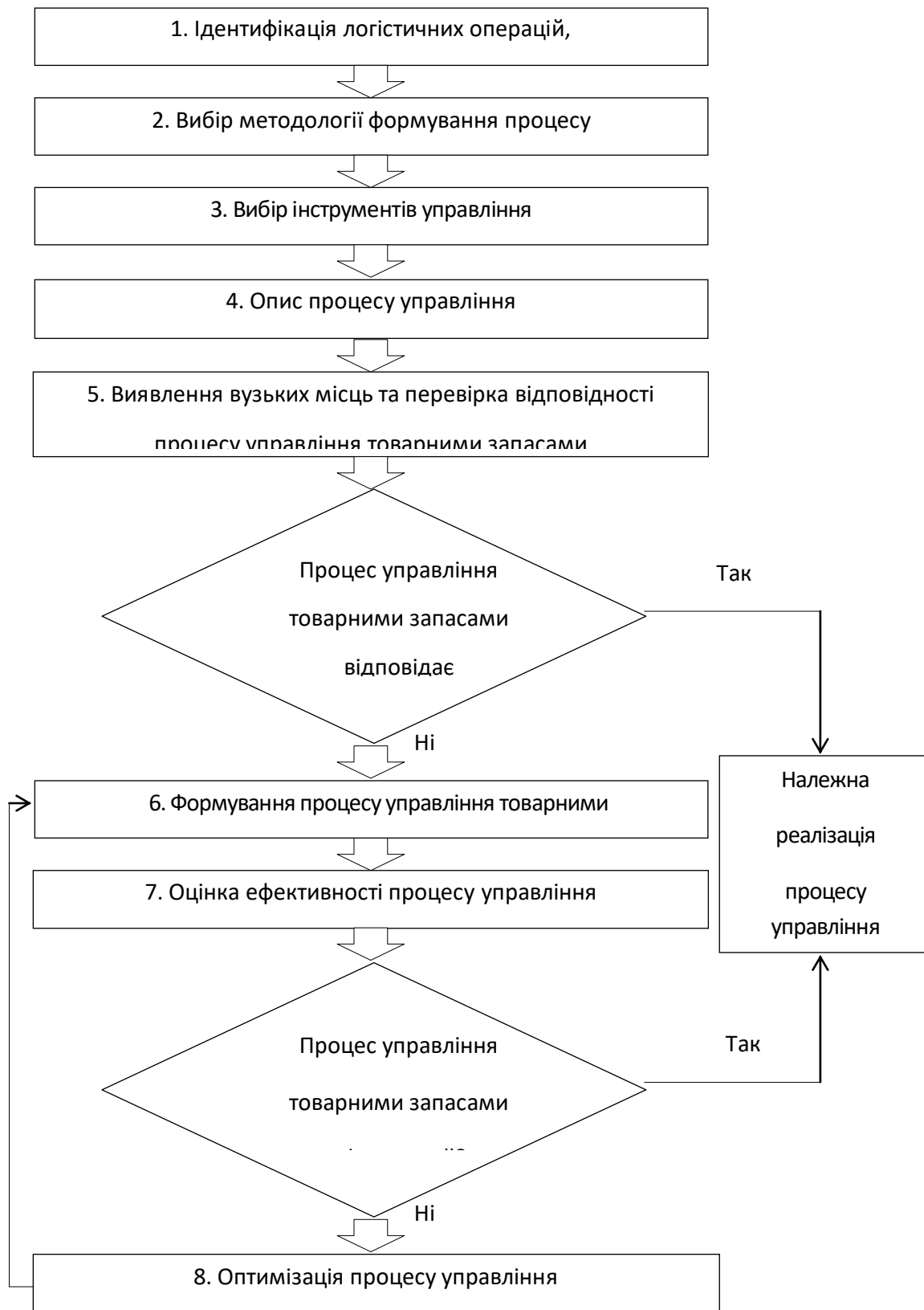


Рис. 1. Алгоритм формування процесної моделі управління товарними запасами в ОФК

забезпечуючих підпроцесів можуть відрізнятися в залежності від розміру ОФК та її організаційної структури. Особливе місце при побудові процесної моделі управління товарними запасами в умовах менеджменту якості належить визначенню точок контролю за належним виконанням функцій підпроцесу (операцій). Точки контролю за належним протіканням підпроцесів і операцій з управління запасами фармацевтичної продукції та відповідні регламентуючі документи, визначені по всіх підпроцесах. Враховуючи вимоги міжнародних стандартів якості ISO та правил належних практик GxP, запропоновану модель управління запасів в ОФК доцільно декомпонувати на 4 основних підпроцеса: «Закупівля фармацевтичної продукції»; «Поповнення запасів фармацевтичної продукції»; «Утримання запасів фармацевтичної продукції»; «Виконання замовлень клієнтів».

Вихідним і визначальним підпроцесом в наведеній моделі є «Закупівля фармацевтичної продукції», оскільки від обґрунтованості рішень на початкових стадіях цього підпроцесу залежать результати функціонування всієї логістичної системи ОФК.

Функціональне коло даного підпроцесу полягає у: маркетинговому дослідженні ринку та оцінці попиту на фармацевтичну продукцію, формуванні асортиментного портфеля, прогнозуванні обсягів продажу фармацевтичної продукції, виборі постачальників та оформленні договірних відносин і розробці плану закупівель фармацевтичної продукції тощо.

Згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції», визначеною для ОФК контрольною точкою за належним протіканням даного підпроцесу є процедура «Вибір постачальників та оформлення договірних відносин» (розділ 5, п. 5.2. «Кваліфікація постачальників») [2].

На підставі рекомендацій, розроблених в ході попереднього підпроцесу, в підпроцесі «Поповнення запасів фармацевтичної продукції» виконуються функції з обґрунтування та вибору моделі управління запасами, моніторингу

стану товарних запасів з використанням ABC-XYZ-VEN аналізів, визначення оптимального рівня замовлення у постачальників, підготовки замовлень постачальникам, розміщенні замовлень у постачальників, організації доставки та відслідковування процесу транспортування фармацевтичної продукції тощо.

Визначеною для ОФК точкою контролю за належним протіканням даного підпроцесу є процедура «Організація доставки та відслідковування процесу транспортування фармацевтичної продукції»:

- згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 «Лікарські засоби. Належна практика зберігання» – розділ 7 «Відправка та транспортування»);

- згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – розділ 9 «Транспортування») [2, 3].

Особливе місце при побудові процесної моделі управління товарними запасами в ОФК посідає підпроцес «Утримання запасів фармацевтичної продукції», оскільки у процесі доставки ЛЗ до аптечних установ та закладів охорони здоров'я найбільший проміжок часу вони знаходяться саме на складі ОФК. Склад – центральний елемент логістичної інфраструктури будь-якої ОФК. Функції даного підпроцесу охоплюють значну кількість операцій. Цей підпроцес включає: утримання складських приміщень, приймання і забезпечення руху запасів фармацевтичної продукції, зберігання та обслуговування запасів фармацевтичної продукції тощо.

Визначеними для ОФК точками контролю за належним протіканням даного підпроцесу є процедури:

1. «Утримання складських приміщень»:

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2014 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» – розділ 3, п. 3.18-3.25 «Складські зони»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 «Лікарські засоби. Належна практика зберігання» – розділ 4, п. 4.1-4.16 «Складські зони»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – п. 3.2. «Приміщення».

2. «Приймання і забезпечення руху запасів фармацевтичної продукції»:

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 «Лікарські засоби. Належна практика зберігання» – розділ 5, п. 5.7-5.13 «Отримання матеріалів та лікарських засобів, що надходять»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – п. 5.4. «Отримання лікарських засобів» та п. 5.7. «Відбір».

3. «Зберігання та обслуговування запасів фармацевтичної продукції»:

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2014 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» – розділ 5, п. 5.58-5.60 «Готова продукція»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 «Лікарські засоби. Належна практика зберігання» – розділ 4, п. 4.17-4.19 «Умови зберігання» («Моніторинг умов зберігання»); розділ 5 «Вимоги до зберігання»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – п. 5.5. «Зберігання» [2, 3, 4].

Заключним підпроцесом належної моделі управління товарними запасами в ОФК є «Виконання замовлень клієнтів». Цей підпроцес зводиться до підготовки фармацевтичної продукції відповідно до замовлень аптечних установ та закладів охорони здоров'я. Виконання замовлень клієнтів включає: пошук замовників фармацевтичної продукції, прийом та обробку замовлень від клієнтів, комплектацію замовлень клієнтів і контроль, оформлення документального супроводу поставок клієнтам та управління рекаламаціями тощо.

Визначеними для ОФК точками контролю за належним протіканням даного підпроцесу є процедури:

«Пошук замовників»:

- згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – п. 5.3. «Кваліфікація одержувачів» [129].

1. «Оформлення документального супроводу поставок клієнтам»:

- згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2014 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» – розділ 4, п. 4.7-4.9 «Належна практика документування»;

- згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – розділ 4 «Документація»; розділ 5, п. 5.8. «Постачання» [128-129].

2. «Управління рекламаціями»:

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2014 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» – розділ 8 «Рекламації та відкликання продукції»;

– згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 «Лікарські засоби. Належна практика зберігання» – розділ 8 «Відкликання продукції»;

згідно вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» – розділ 6 «Рекламації, повернення, підозри щодо фальсифікації лікарських засобів та відкликання лікарських засобів» [2-4].

Проведений аналіз також дозволив сформулювати низку принципів, на яких має базуватися ефективна регламентація управління запасами фармацевтичної продукції в ОФК: принцип необхідної достатності – регламентувати тільки те, що дійсно необхідно; принцип простоти – регламент процесу має бути зрозумілим кожному співробітнику; принцип однозначності – недопущення позначення одним символом різних об'єктів; принцип консолідації – для управлінського персоналу краще розробити один об'ємний, але вичерпний документ, аніж велику кількість дрібних; принцип конкретності – для персоналу, що займається рутинною працею, краще розробити необхідну кількість операційних карт процесу, але простих і конкретних; принцип урахування кваліфікації персоналу та організаційної культури компанії – від їх рівня залежить ступінь деталізації при розробці регламенту процесу; принцип перенесення акценту під час декомпозиції, тобто при переході до підпроцесів нижчих рівнів акцент слід перенести з опису управління на детальний опис технології виконання підпроцесу.

Дотримання принципів ефективної регламентації процесу управління товарними запасами в ОФК з урахуванням вимог міжнародних стандартів якості ISO та належних практик GxP дозволить підвищити його упорядкованість та прозорість, забезпечити збереження належної якості фармацевтичної продукції в оптовій ланці фармацевтичного ланцюга постачань і уникнути надмірних витрат та втрат часу під час руху матеріальних і супутніх до них потоків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва : моногр. / О. В. Посилкіна, Р. В. Сагайдак-Нікітюк, Г. В. Загорій та ін. ; за заг. ред. О. В. Посилкіної. – Х.: НФаУ, 2011. – 772 с.
2. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції. – К. : МОЗ України, 2014. – 41 с.
3. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011 Лікарські засоби. Належна практика зберігання. – К. : МОЗ України, 2011. – 19 с.
4. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2014 Лікарські засоби. Належна виробнича практика. – К. : МОЗ України, 2014. – 302 с.

Резюме.

Предложена процессная модель управления товарными запасами в ОФК на принципах логистики и менеджмента качества. Проведена декомпозиция основных подпроцессов процесса управления запасами фармацевтической продукции с определением реализуемых функций. Определены точки контроля за соблюдением соответствия процесса управления запасами фармацевтической продукции в ОФК требованиям стандартов качества надлежащих практик.

Summary.

Process management model by trade inventories in OFK on the principles of logistics and quality management is offered. Decomposition of the main subprocesses of process of management of inventories of pharmaceutical products with determination of implementable functions is carried out. Points of control of observance of compliance of process of management of inventories of pharmaceutical products in OFK to requirements of the quality standards proper the practitioner are determined.

УДК 65.012.23:658.512(075)

АНАЛІЗ МЕТОДОЛОГІЙ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ

Деренська Я.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

У статті проаналізовано підходи до формування методології управління проектами, виявлено особливості традиційної та гнучкої методології. Надано характеристику переваг та недоліків існуючих нормативних засад методологій проектного менеджменту.

Вступ. Фармацевтичний сектор української економіки характеризується стабільною тенденцією темпів зростання. Однак, розвиток фармацевтичної промисловості потребує постійного здійснення витратних і тривалих досліджень, удосконалення технології виготовлення лікарських препаратів, модернізації основних засобів, інтенсифікації маркетингових зусиль щодо просування фармацевтичної продукції тощо. З іншого боку, соціальна значущість продукції фармацевтичних підприємств та зниження платоспроможності населення вимагає пошуку оптимальних з точки зору співвідношення параметрів вартості та якості (ефективності, безпечності тощо) управлінських рішень. Як свідчить світова практика, доволі ефективним підходом до реалізації визначених вище напрямків діяльності підприємства є концепція проектного менеджменту. Проте успіх впровадження управління проектами безпосередньо залежить від можливості його інтегрування в існуючу систему менеджменту фармацевтичного підприємства.

Мета полягає в аналітичному дослідженні переваг і недоліків існуючих методологій проектного менеджменту.

Методи та матеріали досліджень. Матеріалами проведеного дослідження були публікації вітчизняних та закордонних вчених щодо концепції проектного менеджменту, підходів і моделей управління проектами, методами – аналіз

сукупності стандартів і керівництв з проектного менеджменту, процедур, процесів управління проектами, синтез досліджених підходів до формування методології управління проектами.

Результати досліджень. Визначена і належним чином використовувана методологія проектного менеджменту забезпечує гарантію того, що проекти будуть виконані вчасно, відповідно до запланованого бюджету і вимог замовників. Підґрунтям такої гарантії є ефективне використання сукупності правил, принципів, методів, інструментів, які дозволяють управляти проектом протягом усіх фаз і стадій його життєвого циклу.

Методологія управління проектами – це чітко визначена та науково доведена комбінація логічно пов'язаних практик та методів, які дозволяють ефективно планувати, реалізовувати, здійснювати моніторинг та контроль, а також доводити проект до успішного завершення [7]. Мета проектною методологією – дозволити управляти певним проектом за допомогою прийняття ефективних управлінських рішень. Зазвичай, методологія забезпечує засади виконання кожного етапу реалізації проекту таким чином, щоб проектний менеджер знав, що робити для здійснення кожної роботи згідно з графіком, бюджетом і вимогами замовників.

Усі види методологій управління проектами можна розподілити за двома підходами: традиційна (каскадна, водоспадна); гнучка (адаптивна) методологія [3].

Традиційна методологія управління проектами доволі широко використовується у всіх галузях і за всіма видами проектів. Її сутність полягає у поступовому виконанні чітко визначених етапів життєвого циклу проекту: визначення вимог; проектування; реалізація; тестування; інсталяція; підтримка (експлуатація, супроводження). Перехід до кожного наступного етапу здійснюється лише після того, як замовником підтверджене завершення попереднього етапу. Застосування цієї методології має сенс у проектах, результатом виконання яких є матеріальний продукт, і для якісної реалізації

котрих необхідна чітка послідовність дій. Вироблені шаблони рішень за цією методологією можна використовувати для інших проектів підприємства.

Однак, ця методологія потребує суттєвих інвестицій у планування і тривалого часу виконання перших двох етапів (20-40% від всього часу виконання проекту). Інші переваги та недоліки означеного підходу представлено у табл. 1. Слід зазначити, що більшість методологій управління проектами використовують саме традиційний підхід.

Гнучкий підхід до методології управління проектами використовується у разі неможливості точного визначення конкретних вимог до результату проекту. Проектна діяльність розбивається на кілька ітеративних фаз ("спринтів"), кожна з яких формується з багатьох завдань і має свій кінцевий продукт і результат. Такий підхід дозволяє шляхом багатоітераційних нарад із замовником уточнювати його вимоги і швидко вносити зміни у продукт, що розробляється за проектом.

Основною перевагою гнучкої методології є можливість визначення укрупнених характеристик майбутнього результату проекту вже на початковому етапі (на етапі концептуального проекту). Далі поступово здійснюється деталізація характеристик результату проекту за узгодженням із замовником. Роботи проекту не мають жорсткого розподілу за фазами, можуть виконуватися паралельно, або мати наскрізний характер (виконуватися у багатьох фазах проекту). Кожна робота ініціюється й виконується за необхідністю, яка може бути виявлена на будь-якому етапі реалізації проекту. Звідси можна виокремити й основний недолік гнучкої методології управління проектами – розпливчатість меж фаз і процесів, неможливість завчасного планування робіт і параметрів їх виконання. Інші переваги та недоліки другого підходу до формування методології управління проектами представлено у табл. 1.

Опираючись на описані вище підходи, можна виділити такі види методологій управління проектами [1, 3]:

1. PMBOK® (A Guide to the Project Management Body of Knowledge – «Керівництво до бази знань з управління проектами»), яке являє собою сукупність професійних знань з управління проектами, визнаних в якості стандарту [4]. PMBOK® є базою проектного менеджменту, оскільки містить стандарт управління проектами, характеристику всіх процесів, областей знань, функцій управління проектами, конкретних методів, інструментів і рекомендацій щодо ініціювання, планування, реалізації, моніторингу і завершення проектів.

Таблиця 1

Переваги та недоліки підходів до формування методології управління проектами

Методологія	Переваги	Недоліки
Традиційна	Детальна документація; чітке узгодження і затвердження вимог замовника; зниження відхилень (дефектів) внаслідок ретельного планування проектних структур; легкість вимірювання процесів через чітке планування початку і завершення кожної роботи	Тривалий запуск; жорсткі вимоги уповільнюють внесення змін; низька гнучкість утруднює змінення напрямку виконання проектних робіт; кінцевий результат замовник отримує наприкінці реалізації проекту
Гнучка	Швидкий запуск, покрокове коригування шляхом критики з боку замовника; можливість швидкої зміни вимог; безперервне тестування і зменшення кількості доопрацювань; постійний зв'язок між замовником і розробником; менша кількість документації	Умовність планів; вимагає висококваліфікованої, орієнтованої на замовників групи розробників; потребує постійного залучення замовника до реалізації робіт за проектом; відсутність довгострокових деталізованих планів; зменшення документації (шаблонів) призводить до необхідності постійного пошуку нових рішень

2. ISO 21500 – керівництво з управління проектами, адаптоване до вимог міжнародної організації зі стандартизації [5]. ISO 21500 фактично дублює процеси, описані у PMBOK®, окрім процесів визначення організаційної

структури, управління комунікаціями, управління ресурсами, формування бази накопичених знань. Проте, ISO 21500 детально описує базові знання з управління проектами у більш спрощеній та доступній, ніж у PMBOK[®], формі. Крім цього, увага акцентується на зростанні вимог до знання галузевої специфіки проектів.

3. PRINCE2 (Projects in controlled environments 2) являє собою структуровану методологію управління проектами у соціальній сфері. Складається з трьох базових компонент: планування; управління змінами; управління якістю. Процеси управління проектами розподіляються за стадіями, підстадіями і зв'язками; використовується "рекурсивний" підхід ("зверху – до низу") – методологія опису йде від абстрактних рівнів до конкретного їх наповнення.

4. CPM (Critical path method – метод критичного шляху) досліджує критичні (найдовші) роботи проекту, визначаючи послідовність виконання проектних робіт, типи зв'язків між ними, можливості управління резервами часу за некритичними роботами. Це методологія управління часом проекту з використанням інструментів сіткового (сіткові графіки) і календарного (діаграма Ганта) планування.

5. CCPM (Critical Chain Project Management – методологія критичного ланцюга) заснована на теорії обмежень, використовує ідею формування буферів (часу, ресурсів) з метою удосконаленого управління тривалістю проектних завдань і ув'язування використовуваних ресурсів.

6. Шість сигм – одна з найпопулярніших методологій управління проектами, яка заснована на управлінні відхиленнями (дефектами), гарантуючи точність і швидкість виконання процесів завдяки виключенню або зменшенню проектних проблем.

7. Scrum – це гнучка методологія управління проектами (зазвичай, розробки програмного забезпечення), адаптована до вимог замовника шляхом швидкого реагування самоорганізованої, багатофункціональної команди на

зміни, які виникають. Проектна команда здатна розв'язати необхідні завдання з мінімальним рівнем координації, не витрачаючи час на деталізоване планування й організацію проектних робіт, а виконуючи заданий замовником обсяг робіт у межах встановлених за певним строком "спринтів".

Основні переваги і недоліки описаних вище методологій управління проектами наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Переваги та недоліки методологій управління проектами

Методологія	Переваги	Недоліки
PMBOK®	Найбільш опрацьована, універсальна методологія; значний обсяг документації, що деталізує алгоритми застосування інструментів управління проектами; має інформаційну підтримку MsProject	Складна для впровадження методологія; містить багато узагальнених характеристик
ISO 21500	Можливість інтеграції з іншими стандартами ISO; більш доступна і проста методологія	Відсутні рекомендації щодо стикування управління проектами, програмами і портфелями проектів
PRINCE2	Тяжіння до узагальнення знань; використання структури проектної продукції як основи планування проекту	Складність отримання актуальної документації
CPM	Деталізоване планування часу; чіткий контроль виконання проектних робіт за розкладом	Ускладнення внесення змін у розклад (необхідність повного перепланування часу)
CCPM	Зниження ризику невиконання проекту вчасно і у межах запланованого бюджету	Необхідність збільшення часу виконання проекту та резервування ресурсів через формування відповідних буферів

Продовж. табл. 2.

Шість сигм	Суттєва мінімізація відхилень характеристик виконання проекту, поліпшення якості управління проектом	Методологія є більш адаптованою до управління дефектами продукту проекту, тоді як управління параметрами якості проектних рішень ускладнено через необхідність суттєвого обсягу статистичних даних
Scrum	Практична методологія (особливо для програмних продуктів); орієнтація на клієнта; простота; економія часу і витрат на координацію робіт	Неможливість планування; збільшення витрат на відбір персоналу, його навчання і мотивацію

Крім зазначених основних методологій управління проектами також можна виділити: P2M (керівництво з управління інноваційними проектами і програмами підприємств); ASAP (методологія впровадження програмного забезпечення); Lean PM (методологія мінімізації ресурсів шляхом виключення витрат у виробництві, зберіганні, транспортуванні). Проте, ці методології є менш поширеними у вітчизняній практиці управління проектами.

Процес вибору і реалізації методології управління проектами здійснюється за такими етапами [2, 6]: визначення потреби у методології; оцінка методологій, що використовуються підприємством; оцінка існуючих поза підприємством методологій; оцінка створення нової методології; вибір і реалізація відповідної методології управління проектами.

Висновки. За умов початкової стадії впровадження фармацевтичними підприємствами методології управління проектами більш доцільним буде використання традиційного підходу, тобто поступовий (етапний) перехід від планування до реалізації проекту. Вибір конкретної методології залежить від досвіду і рівня розвитку інтегрованої системи менеджменту підприємства, проте, найбільш розповсюджене використання методологій PMBOK[®], ISO 21500, CPM та шість сигм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ методологий управления проектами. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://infostart.ru/public/296315/>.
2. Кононенко, И. В. Выбор методологии для управления проектом: проблемы и перспективы / И. В. Кононенко, А. Агаи // Международная научно-практическая конференция "Математическое моделирование процессов в экономике и управлении проектами и программами (ММП-2015)", Коблево, 14-20 сентября 2015 г. Труды. – Харьков : ХНУРЭ, 2015. – С. 100-104.
3. TOP-4 методологии управления проектами. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pmservices.ru/project-management-news/top-4-metodologii-upravleniya-proektami/>.
4. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide). – 4th Ed., ANSI/ PMI 99-001. – Project Management Institute, 2008. – 401 p.
5. ISO 21500:2012. Guidance on Project Management [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.mosaicprojects.com.au/PDF/ISO_21500_Communique_No1.pdf.
6. Khdadadkny, M. Stages of implementation of project execution methodology. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://modernprojectmanagement.blogspot.com>.
7. McConnell, E. Project Management Methodology: Definition, Types, Examples. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mymanagementguide.com/basics/project-methodology-definition/>.

Резюме.

В статье проанализированы подходы к формированию методологии управления проектами, выявлены особенности традиционной и гибкой методологии. Представлена характеристика преимуществ и недостатков существующих нормативных принципов методологий проектного менеджмента.

Resume.

The author analyses forming of projects management methodology, describes the features of traditional and flexible methodology. Description of advantages and disadvantages of existent normative principles of project management methodologies is given.

УДК 615.371 + 613.95 + 616.921.5

ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ВАКЦИН ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИТЯЧИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Федяк І.О., Іванюлик І.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

Irynaf@tvnet.if.ua

У статті представлено результати маркетингового аналізу імунобіологічних препаратів, які використовуються для профілактики дитячих вірусних хвороб. Було здійснено аналіз динаміки їх реєстрації в Україні за період 2006–2016 рр. і асортиментний та ціновий аналіз за даними моніторингу оптового фармацевтичного ринку України упродовж 42-х місяців (січень 2013 р. – червень 2016 р.). Обґрунтовано відсутність можливості у батьків провести вакцинацію дитини за власний кошт. Оскільки із 2013 р. спостерігається різке зменшення вакцин проти кору, краснухи, вітряної віспи у Державному реєстрі лікарських засобів України (із 9 імунобіологічних ЛП у 2012 до 3-х у 2013 р. та подальших роках) та повна їх відсутність на фармацевтичному ринку з січня 2013 по квітень 2015 р. та квітень–червень 2016 р. (період присутності на ринку вакцин за час спостереження становив 26 %). Із 3-х зареєстрованих препаратів був наявним Пріорикс™ (GSK, Великобританія), який пропонувало лише ТОВ «БадМ» за середньою оптово-відпускнуою ціною $205,49 \pm 15,04$ грн. за 1 дозу.

Вступ. Проблема вакцино керованих інфекцій та лікарських препаратів (ЛП) для їх попередження є, за висловами керівників та спікерів профільного міністерства останніх років, однією із ключових. Однак на кінець 2016 р. відсоток вакцинації дітей від кору в Україні залишався на рівні 45 %–56 % (за різними джерелами [1, 2]). Експерт ВООЗ з питань попередження розповсюдження захворювань та імунізації Вусала Аллахвердієва на брифінгу на початку 2017 р. заявила: «У той час, коли в Румунії відбувається епідемія кору та

тисячі людей хворіють при рівні вакцинації дітей 89 %, більше половини дітей в Україні, а саме 55 %, не мають профілактичних щеплень». За даними МОЗ, на початку 2016 р. охоплення щепленнями дітей від кору та краснухи, які прийняли першу дозу склало 56%, другу – 67 % [1]. А на кінець грудня 2016 р. – проти кору, паротиту та краснухи щеплено всього 45,5 % дітей віком до 1 року. Ця інформація була озвучена 07.02.2017 р. Сергієм Платовим, заступником начальника управління громадського здоров'я МОЗ України, на прес-конференції, присвяченій темі імунопрофілактики [2]. Водночас про зменшення показників щеплення саме від кору та краснухи впливає із Звіту МОЗ України перед профільним комітетом Верховної Ради щодо проведення закупівель ЛП через міжнародні закупівельні агенції, який було оприлюднено 19.12.2016 р. За напрямком «Імунопрофілактика» вакцини закуповували 2 міжнародні організації — ЮНІСЕФ та ПРООН. Загалом у 2015 р. закуплено суттєво більше вакцин, ніж у 2014 р. Але це не стосується дитячих вірусних інфекцій: у 7 раз менше закуплено вакцин для профілактики кору, паротиту та краснухи. Водночас у декілька разів більше закуплено вакцин для профілактики гепатиту В та вакцин для профілактики гемофільної інфекції типу В. Переважна більшість вакцин закуплена в мультидозових флаконах [3].

Однак в Україні давно назріла потреба в адаптуванні національного Календаря профілактичних щеплень до найбільш прогресивних календарів європейських країн [2]. Так, у більшості Календарів, проаналізованих нами, до них включена обов'язкова вакцинація від вітряної віспи як ще однієї дитячої вірусної хвороби, знизити показники якої не вдається в Україні [4–7].

Тому **метою** нашої роботи став маркетинговий аналіз вакцин для профілактики дитячих вірусних інфекцій (кору, краснухи, вітряної віспи) на предмет фізичної та фінансової можливості для батьків самим забезпечити імунопрофілактику дітей [8–10].

Методи та матеріали. Був проведений маркетинговий аналіз вакцин. А саме: аналіз реєстраційного статусу імунобіологічних препаратів груп J07B D,

J07B J, J07B K, які використовують для активної імунопрофілактики кору, краснухи, вітряної віспи, за даними Компендіумів 2006–2015 рр. та даними Державного реєстру ЛЗ України (<http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/index?opendocument>) станом на 01.03.2016 р, а також аналіз асортименту та оптово-відпускних цін тих препаратів, які були присутні на оптовому фармацевтичному ринку України (ФР) з 01.01.2013 по 01.07.2016 р. за результатами його щомісячного моніторингу за даними «Програмного комплексу «Аптека» (<http://pharmbase.com.ua/>).

Результати досліджень. Встановлено, що станом на 01.03.2016 р. в Україні було зареєстровано 4 вакцини для профілактики кору, краснухи, вітряної віспи: J07BD52 – Пріорикс™. Комбінована вакцина для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи (GlaxoSmithKline Export Limited (GSK), Великобританія); М-М-Рвакспро®. Вакцина для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи жива (Merck Sharp & Dohme B.V., Швейцарія); J07BD54 – Пріорикс тетра™. Комбінована вакцина для профілактики кору, епідемічного паротиту, краснухи та вітряної віспи, жива атенуйована (GSK, Великобританія); J07BK01 – Варілрикс™. Вакцина для профілактики вітряної віспи, жива атенуйована (GSK, Великобританія).

На рис. 1 показано динаміку реєстрації вакцин за роками за даними Компендіумів 2006 – 2015 рр. та даними Державного реєстру ЛЗ 2016 р.

Отже, як свідчить 11-річний аналіз реєстрації вакцин для імунопрофілактики дитячих вірусних захворювань, найбільше таких імунобіологічних препаратів було на початку спостереження, а саме, у 2006 р. та 2009 р. – по 11 препаратів. Результати аналізу доводять, що дещо менше їх було зареєстровано у 2012 р. – 9 препаратів, а загалом кількість зареєстрованих вакцин по роках не була сталою та мала тенденцію до спаду (рис. 1).

У роках найвищої реєстрації вакцин найбільша їх кількість мала імпордне походження. Так, у 2006 р. вакцини для профілактики кору, краснухи, вітряної віспи виключно походили з-за кордону: з Великобританії, виробництва

GlaxoSmithKline (45,5 %); Франції, Sanofi (27,3 %); Індії, Serum institute (18,2%); Російської Федерації, «Мікроген» (9 %).

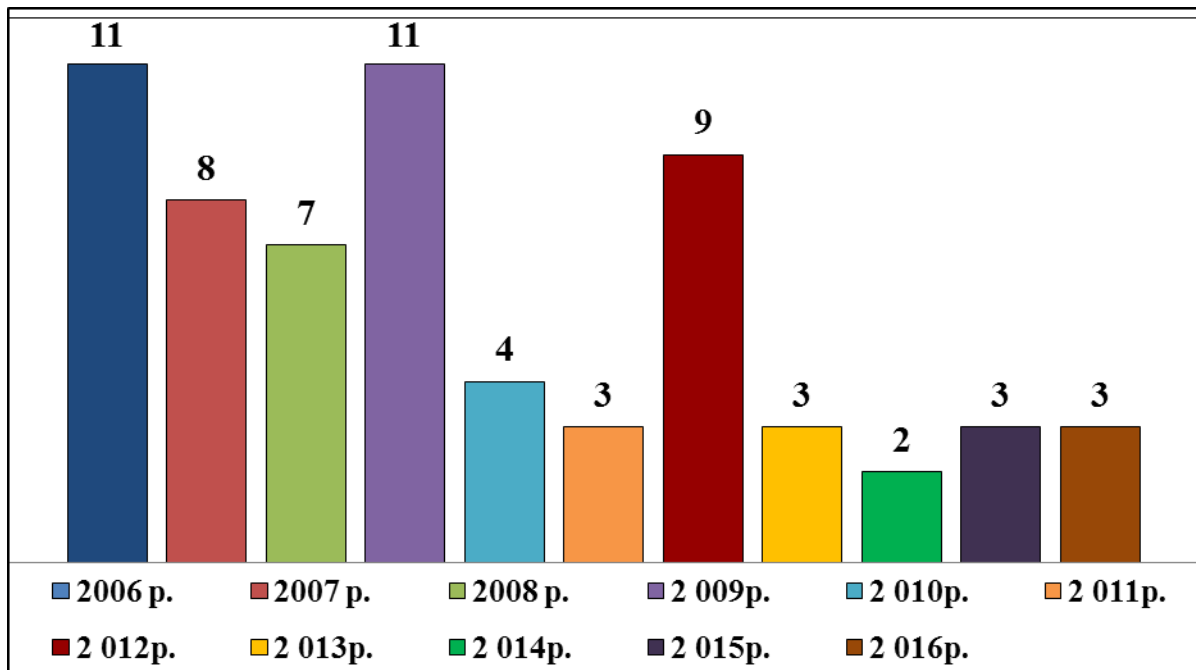


Рис. 1. Динаміка реєстрації вакцин за даними джерела «Компендіум 2006 – 2015 – Лекарственные препараты»

У 2008 р. поряд з імунобіологічними препаратами імпортного виробництва вперше з'являється вакцина Приорикс™. Комбінована вакцина для профілактики кору, краснухи і епідемічного паротиту виробництва львівської фірми ТзОВ «Фарма лайф». Однак вже у наступних 2009 – 2011 рр. цей імунобіологічний препарат не був заявлений у списку зареєстрованих вакцин за даними Компендіумів відповідних років. Ця вакцина з'являється знову у 2012 – 2015 рр. Однак на кінець спостереження у 2016 р. вона знову не є перереєстрованою в Україні. Так, за даними Державного реєстру ЛЗ України у 2016 р. до 08 червня в Україні було зареєстровано 4 вакцини для профілактики кору, краснухи, вітряної віспи. А після цієї дати закінчився термін дії реєстраційного посвідчення для Приорикс тетра™. Комбінована вакцина для профілактики кору, епідемічного паротиту, краснухи та вітряної віспи, жива атенуована (GSK, Великобританія), тому їх залишилося усього три препарати.

Водночас аналіз оптового сегменту вітчизняного фармацевтичного ринку методом щомісячного моніторингу з січня 2013 р. по червень 2016 р. виявив відсутність усіх зареєстрованих імунобіологічних препаратів у переліку пропозицій у періоди з 01.01.2013 по 31.03.2015 р. та 01.03.2016 – 30.06.2016 р. З квітня 2015 року по лютий 2016 р. на оптовому ринку була присутня вакцина Пріорикс™. Комбінована вакцина для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи (GSK, Великобританія) за середньою оптово-відпускною ціною 197,62 грн. (196,66–198,8) у період квітень – листопад 2015 р. та 226,49 грн. (226,08 – 226,71) у період грудень 2015 – лютий 2016 рр. У подальшому до кінця моніторингу вакцини для профілактики кору, краснухи, вітряної віспи знову були відсутніми на оптовому фармацевтичному ринку України (рис. 2).

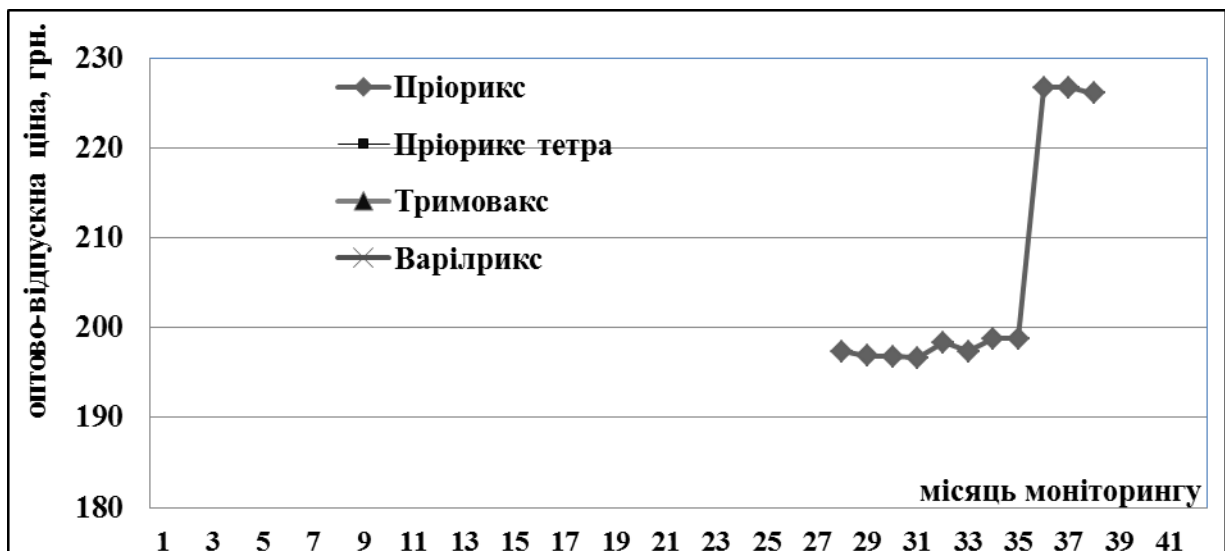


Рис. 2. Динаміка оптово-відпускних цін вакцин для профілактики кору, краснухи, вітряної віспи (2013–2016 рр.)

За час присутності на ринку Пріорикс™ (GSK, Великобританія) пропонував лише 1 посередник (БадМ) у формі ліофіл. д/р-ну д/ін. 1 доза фл. монодоз., з розч. в шприці, + 2 голки, №1.

Висновки. Отже, як стан реєстрації вакцин для імунопрофілактики кору, краснухи, вітряної віспи, так і стан їх присутності на фармацевтичному ринку загалом та в останній рік моніторингу зокрема, можна охарактеризувати як

незадовільний. Оскільки спостерігається диспропорція між необхідністю досягнення елімінації названих дитячих вірусних захворювань в Україні та наявністю засобів для досягнення цієї мети, яка є можливою при покритті вакцинацією 95 % осіб. Тому реєстрація і наявність на ринку вакцин вітчизняного виробництва повинно стати пріоритетом державної політики в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Україна вдвічі гірше захищена від кору, ніж Румунія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gazeta.ua/articles/health/ukrayina-vdvichi-girshe-zahisчена-vid-koru-nizh-rumuniya/751556>. – Назва з екрану.
2. Як досягти європейського рівня імунізації в Україні? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/400447>. – Назва з екрану.
3. Аналіз закупівель через міжнародні організації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/399472>. – Назва з екрану.
4. Кірсанова Т. О. Шляхи удосконалення профілактики вітряної віспи серед дитячого населення України в сучасних умовах [Текст] / Т. О. Кірсанова // Annals of Mechnikov Institute. – 2015. – № 2. – С. 91–93.
5. Романенко Т. А. Досвід вакцинопрофілактики вітряної віспи в країнах світу [Текст] / Т. А. Романенко, Ю. А. Лигіна // Профілактична медицина. – 2013. – № 1–2. – С. 44–50.
6. Гузовская Т. С. Ветряная оспа: эпидемиологические особенности [Текст] / Т.С. Гузовская, Г. Н. Чистенко // Военная медицина. – 2014. – № 1. – С. 115–118.
7. Наказ МОЗ України від 09.07.2004 № 354 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040709_354.html.
8. 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.

9. Котвіцька А. А. Соціально-правові основи фармацевтичного забезпечення населення медичними імунобіологічними препаратами для планової вакцинопрофілактики дітей : метод. рек. [Текст] / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. В. Кононенко. – Х., 2014. – 35 с.
10. Федяк І. О. Динамічний маркетинговий аналіз вітчизняного ринку противірусних лікарських засобів груп J05AB01, J05AX05, J05AX10 [Текст] / І. О. Федяк, І. І. Іванюлик // Фармацевтичний часопис. – 2016. – № 4. – С. 24–32.

Резюме.

В статті представлені результати маркетингового аналізу імунобіологічних препаратів, використовуваних для профілактики дитячих вірусних захворювань. Було здійснено аналіз динаміки їх реєстрації в Україні за період 2006-2016 гг. і асортиментний і ценовий аналіз за даними моніторингу оптового фармацевтичного ринку України впродовж 42-х місяців (січень 2013 г. – червень 2016 г.). Обґрунтовано відсутність можливості у батьків провести вакцинацію дитини від цих інфекцій за власні кошти. Оскільки з 2013 г. спостерігається різке зменшення вакцин проти корі, краснухи, ветряної оспи в Державному реєстрі лікарських засобів України (з 9 імунобіологічних препаратів у 2012 до 3 у 2013 і наступних гг.) і повне їх відсутність на фармацевтичному ринку з січня 2013 г. по квітень 2015 г. і квітень–червень 2016 г. В період присутності на ринку вакцин, який за час спостереження склав 26 %, з 3-х зареєстрованих препаратів було наявно Приорикс™ (GSK, Великобританія), який пропонував лише ООО «БадМ» за середньої оптово-опускної ціною 205,49 ± 15,04 грн. за 1 дозу.

Summary.

The article presents the results of the market analysis of immunobiological medicines, which are used for prevention of childhood viral diseases. It was performed an analysis of the dynamics of their registration in Ukraine for the period 2006-2016, assortment and price analysis according to the monitoring of the wholesale pharmaceutical market of Ukraine during 42 months (January 2013 – June 2016). It was justified the inability of the parents to vaccinate the child from these infections by

their own cost. As, since 2013 there has been a sharp decrease in vaccines against measles, rubella, and varicella in the State Register of Medicines of Ukraine (from 9 immunobiological medicines in 2012 to 3 in 2013 and subsequent years) and their absolute absence at the pharmaceutical market from January 2013 till April 2015, and April–June 2016. During the period of vaccine presence at the market, which during the observation period was 26 %, among 3 registered medicines there was available Priorix™ (GlaxoSmithKline, United Kingdom), which was offered only by LLC “BaDM” by the average wholesale price $205,49 \pm 15,04$ UAH for 1 dose.

УДК 615.322

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ФИТОПРЕПАРАТОВ В УКРАИНЕ

Саханда И.В., Негода Т.С., Сятыня М.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,

г. Киев, Украина

Sahanda@inbox.ru

У статті представлені результати ситуаційного аналізу цільового сегмента готових лікарських засобів (ЛЗ) рослинного походження за 2010-2015 рр .. Результати проведених досліджень свідчать про значні потенційні можливості використання їх в якості лікарської терапії або профілактики при багатьох захворюваннях.

Вступление. Параметрами оценки ассортимента служили количественные и качественные характеристики:

- широта ассортимента (количество зарегистрированных средств);
- структура (по ЛС, производителям, лекарственным формам, видам лекарственных растений, фармакотерапевтическим действиям);
- динамика регистрации;
- обновление ассортимента.

Результаты анализа представлены в виде абсолютных (число) и относительных (доля в %) показателях. Индекс обновления рассчитывается как отношение числа новых препаратов (за три - пятилетний период) к общему числу средств в группе.

Характеристика отечественного рынка фитопрепаратов за 2010-2015 гг. представлена в таблице 1, группировка данных приведена в соответствии с процентной долей фитопрепаратов на рынке Украины.

Ассортимент украинского рынка фитопрепаратов (2010-2015 гг.)

Группы фитопрепаратов	Всего фитопрепаратов		Производств о %		Индекс обновлени я
	абс.	доля %	отеч.	заруб.	
1	2	3	4	5	6
1.Лекарственные растения, сырье и препараты из них	584	25,6	100,0	-	0,1
2.Лекарственные препараты	572	25,1	49,1	50,9	0,7
3.Субстанции и вспомогательные вещества	18	0,8	84,2	15,8	0,2
4. Поливитамины	23	1,0	4,5	95,5	1,0
5.Гомеопатические средства	1023	44,9	4,7	95,3	1,0
6.Средства питания и БАД	60	2,6	8,3	91,7	1,0
Всего	2280	100,0	36,3	63,4	0,7

Результаты исследований. Как показало исследование, в рассматриваемом периоде общий ассортимент украинского рынка фитопрепаратов насчитывал более двух тысяч наименований, а именно: 2280, что составило около 17%, то есть почти пятую часть официально публикуемой цифры всех ЛС, зарегистрированных на этот период (13,5 тыс.). Это достаточно высокий показатель, свидетельствующий о важности средств с лекарственным растительным сырьем (ЛРС) для лечения и профилактики различных заболеваний.

Виды фитопрепаратов

Структурный анализ исследуемого сегмента фармацевтического рынка (рис. 1) показал, что наибольшую долю ассортимента (44,9%) занимают гомеопатические средства, которые получили распространение и официальное признание в последнее десятилетие.

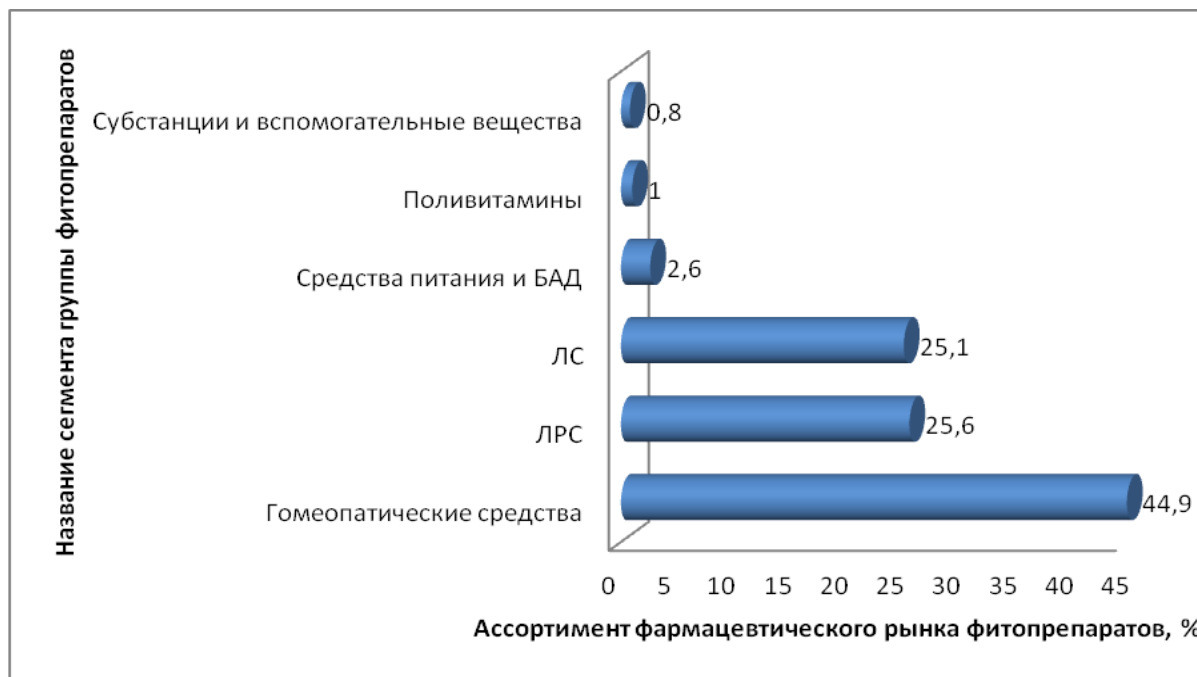


Рис. 1. Структурный анализ рынка фитопрепаратов, %

Примерно в равных долях, причем довольно значительных (четвертая часть), на потенциальном рынке фитопрепаратов представлены следующие группы:

- 1) «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» - 25,6 %;
- 2) «Лекарственные средства» - 25,1%.

Остальные группы занимает в структуре незначительные доли 0,8-2,6 % [6].

Происхождение. Анализ сегментации вышеупомянутых групп по производственному признаку свидетельствует, что треть ассортимента (36,6%) - это фитопрепараты отечественных производителей (рис. 2). Все средства (100%) в группе «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» были отечественного производства, значительная часть отечественных производителей отмечена в группе «Субстанции и вспомогательные вещества» -

84,2%; среди готовых лекарственных средств (ГЛС) выявлено 49,1% фитопрепаратов отечественных производителей. В остальных группах доля отечественных средств незначительна и составляет 4,5-8,3%.

Обновление ассортимента

Анализ обновления ассортимента (за новые считаются средства, зарегистрированные в Украине в последние 3 года) показал, что в лекарственном ассортименте появились поливитамины, гомеопатические средства, БАД и препараты, которые содержат ЛРС, о чем свидетельствует индекс обновления ассортимента этих групп, равный 1,0.

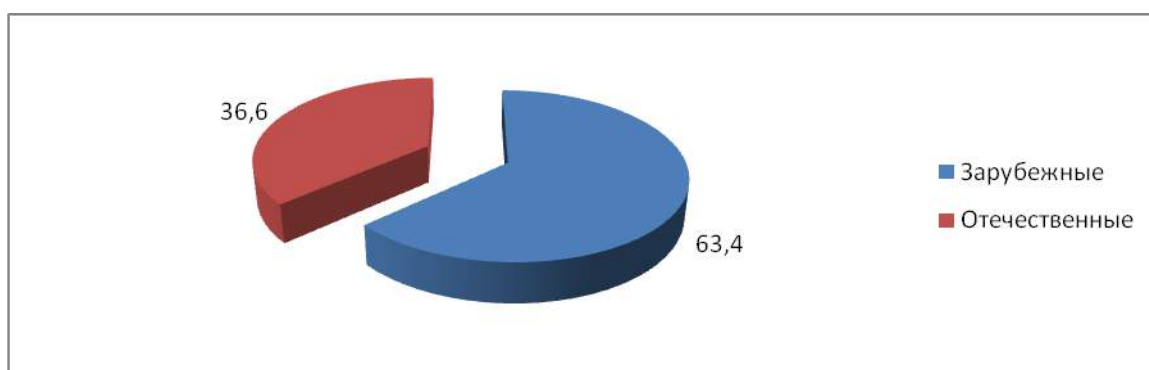


Рис. 2. Структура украинского рынка фитопрепаратов по производственному признаку (%)

Остальные группы фитопрепаратов обновлялась в разной степени: немного (индекс обновления 0,1-0,2) - в группах «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» и «Субстанции и вспомогательные вещества»: достаточно интенсивно (индекс обновления - 0,7) - в группе ЛС. В целом на рынке появилось много новых фитопрепаратов, что позволяет сделать вывод о широком внедрении в практику здравоохранения средств из лекарственных растений.

Сложность состава

Следующий этап анализа заключался в изучении фитопрепаратов по признаку сложности состава, результаты которого представлены на рис. 3. Для исследования нами выбраны две группы «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» и «Лекарственные препараты».

Так, в группе «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» 92% (537 наименований) составляют однокомпонентные средства, в состав которых 8% (47 наименований) входит несколько лекарственных растений. Среди ГЛС картина иная: однокомпонентных 31,8%, остальные 68,2% составляют многокомпонентные средства. Среди многокомпонентных фитопрепаратов присутствуют различные сборы, давно и широко применяемые в медицине: отхаркивающие, витаминные, желудочно-кишечные, желчегонные, урологические и др. В то же время некоторые сборы появились на фармацевтическом рынке в последние 5-10 лет, среди них Элекасол, Виватон, Урифлорин, Содекор и др.

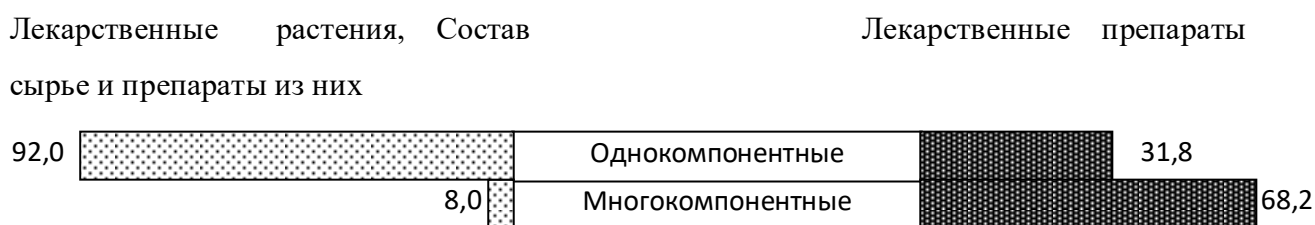


Рис. 3. Структура фитопрепаратов по признаку сложности состава (%)

Анализ растительного сырья

Анализ ЛРС и препаратов из него по признаку сырья, которое в нем содержится, показал, что в число применяемых лекарственных растений входят мята, тысячелистник, валериана, ромашка, подорожник, солодка, шиповник, пустырник и др.

В целом перечень лекарственных растений насчитывает 242 наименования; при этом 14 растений, занимающих 1-14 место в рейтинге, 25,8% ассортимента. Лидируют в рейтинге: мята (входит в 22 ЛС), валериана и тысячелистник (по 18 ЛС), солодка (17), ромашка (16), подорожник (15) и др. (Рис. 4).

Анализ действующих веществ, в ЛС показал, что это препараты из 261 растений. В анализе лидерами по содержанию действующих веществ в лекарственных препаратах стали мята (25) и эвкалипт (25). Содержатся в 10-16 препаратах действующие вещества камфорного дерева (16), солодки (13),

тимьяна (13), шалфея (13), облепихи (13), ромашки (12), сосны (11), аниса (11), тысячелистника (10). Последние 250 растений представлено в 1-9 препаратах.

Исследование структуры ассортимента ЛС по видам фармакотерапевтического действия (согласно данным, приведенным в Государственном Реестре) показало, что среди основных групп преобладают средства противомикробные, противовирусные для системного использования - 15,7% (98), для лечения органов дыхательной системы - 13,0% (81), для лечения сердечно-сосудистой системы - 13% (81), для лечения органов пищеварения - 9,1% (57), противоопухолевые - 8,3% (52), для лечения нервной системы - 6,4% (40). Судьбы остальных групп составляют до 5%, на другие средства 18,3%.



Рис. 4. Рейтинг лекарственных растений по числу наименований в ассортименте группы «Лекарственные растения, сырье и препараты из них»

Чаще всего отечественные ЛС изготовлены из сырья валерианы, боярышника, шиповника, женьшеня, мяты, эвкалипта, ромашки, солодки, ландыша, чеснока и др. растений.

Лекарственные формы

При изучении структуры ассортимента по видам лекарственных форм установлено, что большую долю в первой группе занимает ЛРС в виде сырья, сборов, брикетов - 65,4% (Рис. 5). Фитопрепараты, то есть готовые ЛС, представлены жидкими (бальзамы, масла, экстракты и др.) и твердыми формами: соответственно 21,2% и 12,2%, незначительная доля - 1,2% мягкие формы (суппозитории, мази).

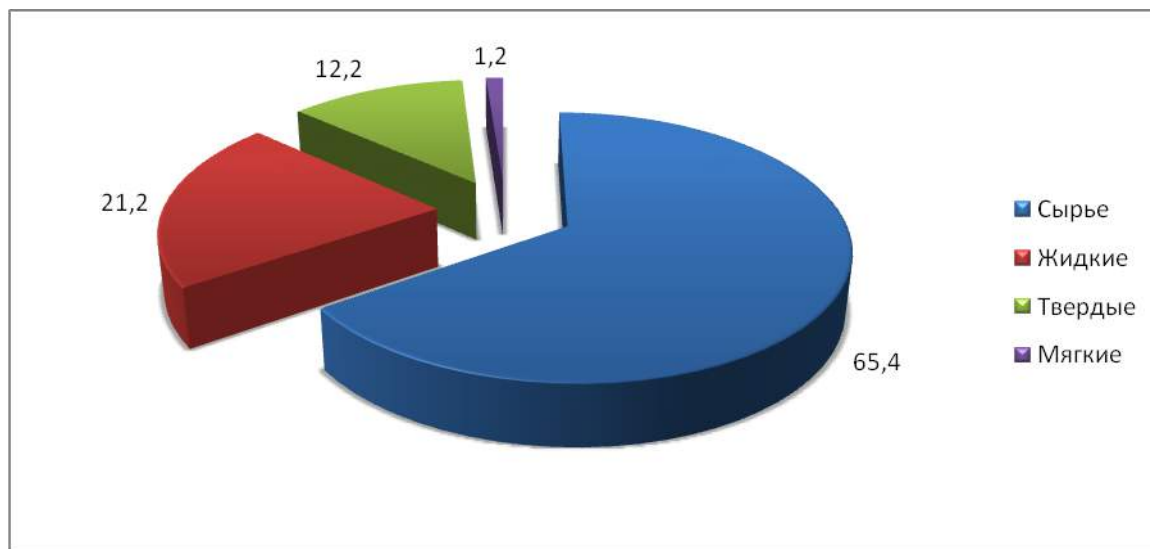


Рис. 5. Структура ассортимента фитопрепаратов группы «Лекарственные растения, сырье и препараты из них» по видам лекарственных форм (%)

Среди лекарственных форм растительных ГЛС (рис. 6) почти половина (41,8%) приходится на долю жидких форм: растворы для внутреннего или наружного применения, для инъекций, капли, сиропы и др., 31,6% составляют твердые лекарственные формы: капсулы, порошки и др. Более 13% ассортимента на мягкие формы: мази, линименты, суппозитории и др. Среди ЛС есть и ЛРС в виде сборов, брикетов, чая, удельный вес которого составляет 9,1%. Другие лекарственные формы, на долю которых приходится всего 3,7%, представлены аэрозолями (15 позиций), концентратами, кубиками.

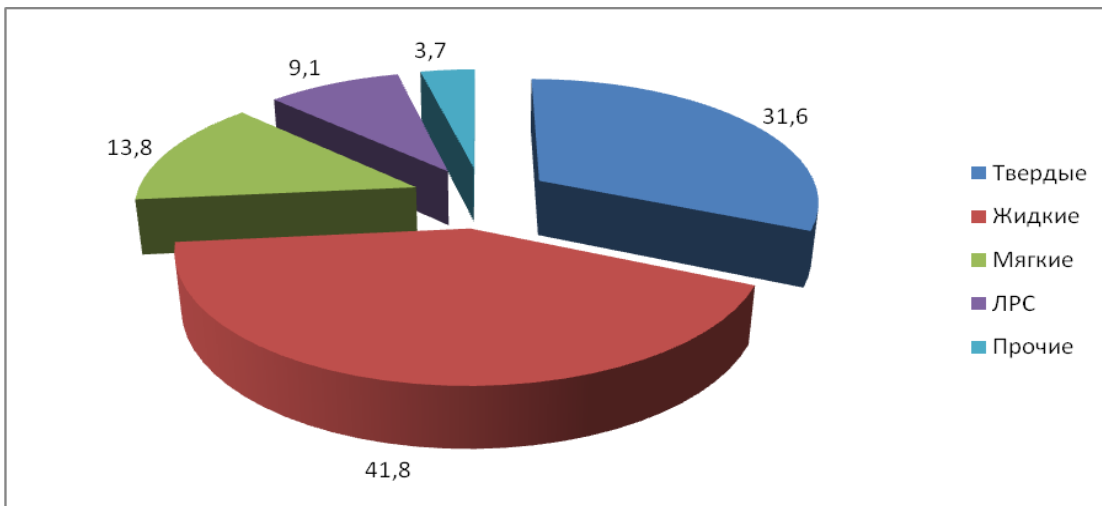


Рис. 6. Структура ассортимента фитопрепаратов в группе «Лекарственные средства» по видам лекарственных форм (%)

ЛС с веществами растительного происхождения предлагают 40 зарубежных производителей. В рейтинге стран-производителей первое место принадлежит Германии, которая зарегистрировала четверть ЛС - 24,9% (97 препаратов), второе Украине - 20,5% (80), третье Франции - 10,2% (40), четвертое и пятое место занимают Словения и Индия 5,9-6,4% (23-25 препаратов). Число препаратов, производимых в последних 35 странах, варьирует от 16 (Беларусь) до 1 фитопрепарата (целая группа стран, в частности Великобритания, Индонезия, Нидерланды и др.) (Рис. 7).

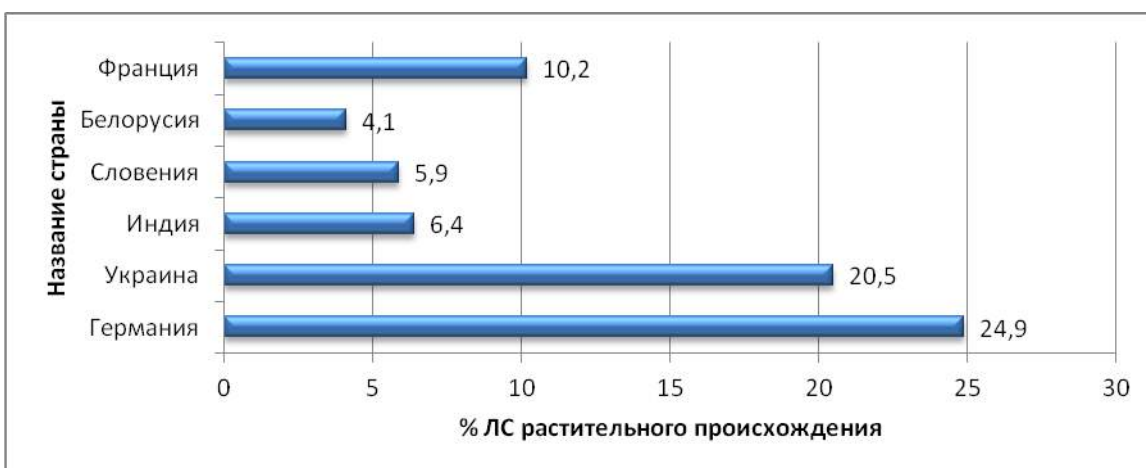


Рис. 7. Рейтинг зарубежных стран, представляющих ЛС растительного происхождения (%)

Среди известных в мире производителей данной группы ЛС присутствуют фирмы KRKA Pharmaceutical Factory (Словения), Richard Dutner GINBH (Австрия), Лектравы (Украина), Rhone-Poulenc-Rorer (Германия), Pharmabim Holding EAD, Novochim ЕАОО (Болгария), Lek D.D. (Словения), Naturwaren Dr. P. Theiss (Германия) и др.

Терапевтическое действие

Изучение структуры ассортимента отечественных фитопрепаратов за терапевтическим действием показало, в основном в ассортименте представлены антисептические (13,7%), желчегонные (7,7%), укрепляющие (7,1%), противовоспалительные (7,1%), противовирусные (7,1%), кардиотонические (6,1%), местнораздражающее (5,5%), спазмолитические (5,5%) средства. Есть в ассортименте и седативные, противоязвенные, противомикробные, противогеморроидальный, адаптогены, аналептические, противоопухолевые, гиполипидемични, анальгезирующие, диуретики и др. фитопрепараты.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ ассортимента фитопрепаратов на рынке Украины показал, что ассортимент ЛС характеризуется как динамическая система, которая постоянно обновляется за счет новых отечественных препаратов или регистрации впервые в Украине препаратов растительного происхождения, которые завоевали потребительские предпочтения за рубежом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Conti A., Paladini B., Magazzini S. et al. Comparative cost of chest pain unit versus coronary care unit management of acute coronary syndromes without ST-segment elevation // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 23 (Suppl.). – 731 p.
2. Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart K. Methods for the economic evaluation of health care programmers. – Oxford: Oxford Medical Publication, 2012. – 116 p.

3. Апазов А.Д. Законодательные и экономические основы формирования цивилизованного фармацевтического рынка / А.Д. Апазов, Т.Г. Кирсанова // Новая аптека. - 2011. – Спец. вып. –С. 9–12.
4. Громовик Б. П. Характеристика основных методик визначення конкурентоспроможності лікарських засобів // Фармац. журн. – 2012. – №3. – С. 7–11.
5. Дремова Н.Б. Компьютерные технологии маркетинговых исследований в медицинских и фармацевтических организациях / Н.Б. Дремова, С.В. Соломка. – Курск: КГМУ, 2014. – 147 с.
6. Ермаков С.П., Вохлонен Н., Пестун Л.М. Новые возможности совершенствования управления в здравоохранении: финансовый микроанализ // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. – 2010. – № 3. – С. 10–18.
7. Заліська О.М. Фармакоєкономіка: теорія і практика // Фарм. журн.– 2010.–№ 2. – С.10–16.
8. Заліська О.М. Використання методів фармако-економічної оцінки лікарських засобів в Україні: Методичні рекомендації. – Медичний університет ім. Данила Галицького. – Львів. – 2012. – 23 с.
9. Лунская Л.Л. К вопросу о методических принципах расчетов стоимости медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 30-31.
10. Сбоева С.Г. Эволюция и методология современного фармацевтического маркетинга / Сбоева С.Г., Багирова В.Л., Лопатин П.В. // Экономический вестник фармации, 2013. – № 2. – С. 63-70.
11. Черепкова О.В. Экономические аспекты улучшения лекарственной помощи при лечении ишемической болезни сердца / О.В.Черепкова, В.Л.Базарный, Н.Г.Филиппенко // Фармация. –2014. – №4. – С. 26–27.
12. Чернявский С.В. Домашние аптечки: денежные затраты, состав, хранение / С.В.Чернявский // Новая аптека - эффективное управление. – 2013. – №4 – 53 с.

Резюме.

В статье представлены результаты ситуационного анализа целевого сегмента готовых лекарственных средств (ЛС) растительного происхождения за 2010-2015 гг.. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительных потенциальных возможностях использования их в качестве лекарственной терапии или профилактики при многих заболеваниях.

Summary.

The article presents the results of the situational analysis of the target segment of ready-made medicinal products (LS) of plant origin in 2010-2015. The results of the studies indicate significant potential use of them as drug therapy or prevention in many diseases.

УДК 615.825

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВЕНОЗНУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗА МЕТОДОМ «МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ»

Назаркіна В.М., Сімонян Л.С., Немченко О.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

У статті проаналізовано ринок препаратів противоварикозної дії щодо їх наявності в регулюючих переліках, а саме в Національному переліку основних лікарських засобів (ОЛЗ) та виробів медичного призначення (ВМП) (2016 г.), Бюджетному переліку ЛЗ та в Державному формулярі ЛЗ (8 випуск). Також проаналізовано затверджені МОЗ України протоколи і стандарти лікування пацієнтів з хронічною венозною недостатністю.

Проведений фармакоеконічний аналіз методом «мінімізації витрат» дозволив визначити менш витратні методи лікування пацієнтів в умовах однакової ефективності аналогічних ЛЗ. У проведенні аналізу методом «мінімізації витрат» встановлено, що терапія пацієнтів з урахуванням прямих витрат має значні відмінності між ціновими показниками, наприклад серед препаратів групи емоксипину розбіг становить від 43,89 грн. до 207,12 грн.

Вступ. Хронічна венозна недостатність (ХВН) - найпоширеніше захворювання серцево-судинної системи. На сьогодні однією з важливих проблем є недостатнє приділення уваги пацієнтів до захворювання, яке за відсутністю правильного лікування призводить до втрати працездатності та інвалідизації на пізніх стадіях [2; 7].

Мета. В умовах сучасної соціально-економічної кризи фармакоеконічні дослідження вартості терапії ХВН набувають особливої актуальності. Тому метою дослідження стало проведення фармакоеконічного аналізу методом «мінімізації витрат», який дозволяє визначити менш витратний метод лікування в умовах однакової ефективності аналогічних ЛЗ для пацієнтів з ХВН.

Матеріали та методи. У даному дослідженні були використані прайслисти щотижневику «Аптека», нормативно-правова база, що регулює організацію медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ХВН в Україні. Були використані наступні методи аналізу, а саме: історичний, порівняльний, логічний та аналітичний.

Результати досліджень. Епідеміологічні дослідження показали, що ХВН має значний соціально-економічний вплив у світі внаслідок високої поширеності, а також вартості лікування. Міжнародним дослідженням (Бельгії, Канади, Франції та Італії) пацієнтів із ХВН доведено, що щорічні витрати на подолання хвороби становлять від 600 до 900 млн. євро в країнах західної Європи (1-2 % від загального бюджету охорони здоров'я) і майже 3 млрд. доларів у США [7; 9].

Відповідно до наказу МОЗ України №329 від 15.06.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології» були відібрані міжнародні-непатентовані назви препаратів, що використовуються у терапії ХВН та було проведено дослідження наявності препаратів у регулюючих переліках [6]. До регулюючих переліків було віднесено Національний перелік ОЛЗ та ВМП й так званий Бюджетний перелік ЛЗ, а також Державний формуляр ЛЗ восьмий випуск [3-5]. (табл. 1).

Аналіз наявності противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів у регулюючих переліках додатково встановити, що до Національного переліку ОЛЗ жоден препарат не входить. Препарати гепарину, кальцію добензілату та емоксипіну входять до Бюджетного переліку та до Державного формуляру ЛЗ.

Фармакоеконімічне обґрунтування економічної доступності застосування противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів у лікуванні ХВН методом «мінімізація витрат» є необхідним фактором для раціонального використання коштів у терапії. Слід зазначити, що при обчисленні суми прямих витрат, а саме вартості лабораторної та інструментальної діагностики грипу,

використовувалися дані моніторингу вартості медичних послуг діагностичних центрів різних форм власності міста Харкова.

Таблиця 1

Аналіз наявності противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів у національних регулюючих переліках.

Назва за МНН	Національний перелік	Бюджетний перелік	Державний формуляр ЛЗ
Гепарин	-	+	+
Троксерутин	-	+	-
Кальцію добензілат	-	-	+
L лізіну есцинат	-	+	-
Есцин	-	+	-
Гідросмін	-	+	-
Декспантенол	-	+	-
Емоксипін	-	+	+
Кверцетин	-	+	-
К-та аскорбінова	-	+	-

До складу прямих медичних витрат, крім вартості противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів і препаратів, рекомендованих для патогенетичної фармакотерапії, були віднесені:

- ✓ вартість лабораторних аналізів (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові та ін.);
- ✓ вартість інструментальних аналізів (рентгеноскопія або рентгенографія легенів та ін.);
- ✓ огляд лікаря флеболога;
- ✓ інші методи діагностики ХВН (ультрасонографія судин нижніх кінцівок, контрастна венографія, езофагогастродуоденоскопія та ін.).

Розрахунки вартості діагностичних заходів здійснювались на початку та після закінчення проведення фармакотерапії (табл. 2).

Слід зазначити, що за даними МОЗ України тривалість і спосіб лікування ХВН безпосередньо залежать від стадії хвороби і наявності ускладнень. Найчастіше лікування відбувається курсами (2-3 курси), один курс триває близько 26 днів.

Прямі медичні витрати на діагностичні заходи при терапії ХВН

Характеристика витрат		Витрати, грн. на 1 хворого, мінімальний курс лікування	Витрати, грн. на 1 хворого, максимальний курс лікування	Витрати, дол. США * на 1 хворого, мінімальний курс лікування	Витрати, дол. США * на 1 хворого, максимальний курс лікування
1		2	3	4	5
Прямі витрати	Лабораторна діагностика:				
	клінічний аналіз крові з пальця	60,0	60,0	2,27	2,27
	клінічний аналіз крові з вени	120,0	120,0	4,54	4,54
	біохімічний аналіз крові	150,0	150,0	5,68	5,68
	Інструментальна діагностика:				
	рентгенологічний знімок легенів	120,0	120,0	4,54	4,54
	Комплексне обстеження хворого	200,0	200,0	7,57	7,57
	Дуплексного ангіосканування (ДА).	250,0	250,0	9,46	9,46
	Рентгенконтрастних дослідження (флебографія).	320,0	320,0	12,11	12,11
	Ультрасонографія судин нижніх кінцівок	300,0	300,0	11,36	11,36
	Контрастна венографія	220,0	220,0	8,33	8,33
	Езофагогастродуоденоскопія	345,0	345,0	13,06	13,06
Вимірювання артеріального тиску на периферичних артеріях	50,0	50,0	1,89	1,89	
Еластична компресія нижніх кінцівок	170,0	170,0	6,43	6,43	

Примітка. * – перерахунок здійснювався згідно з курсом Нацбанку станом на 19.12.2016 р. 1 \$ = 26,42 грн.

Для визначення показника непрямих витрат нами було зроблено припущення щодо можливості працездатності хворого на ХВН під час проведення лікування, перебування на лікарняному ліжку за листком

непрацездатності та отримання виплати з фонду соціального страхування громадян у порядку, закріпленому відповідними законодавчими актами. Сума непрямих витрат сформувалась із витрат середньостатистичної заробітної плати протягом проведення амбулаторного лікування за схемами застосування того чи іншого найменування препарату.

За результатами аналізу показників середньої заробітної плати в Україні у різних галузях економіки у січні 2016 р. нами було встановлено, що середньостатистичний розмір її витрати за один день складав 205,76 грн. [1]. У перерахунках витрат у долари США використовувався офіційний курс НБУ станом на 19.12.2016 р. (1 дол. США = 26,42 грн). Результати розрахунків витрат (прямих медичних і непрямих), пов'язаних із застосуванням схем фармакотерапії ХВН з противарикозними та капіляростабілізуючими препаратами, наведені у таблиці 2. При лікуванні хворих на ХВН непрямі витрати суттєво відрізняються від прямих. Так, мінімальний курс застосування патогенетичної фармакотерапії з противірусним препаратом есцину, а саме препаратом «Эскувет» Тернопільської ФФ (Україна), становить 78,91 грн., а з урахуванням днів непрацездатності витрати збільшились до 2624,20 грн. Найвитратнішими є схеми лікування з L-лізіну есцинатом – 230,52 – 2792,22 грн., враховуючи прямі та непрямі витрати відповідно табл.3).

Наступним етапом було проведення аналізу за методом «мінімізація витрат», мета якого полягає в наступному: за умов однакової ефективності аналогічних ЛЗ підтвердити перевагу менш витратного методу лікування або препарату, що дозволяє заощадити кошти. Аналіз даних рандомізованих досліджень, мета-аналізів дозволив визначити генеричні препарати, які мають однакову клінічну ефективність. Препарати «L-лізіну есцинату», «Венуротон» та кальцію добензилату «Кальцію добензилат» не мають аналогів, тому в даному аналізі вони не брали участі. У проведенні досліджень були розраховані витрати ЛЗ противарикозної дії на одного хворого з урахуванням курсу лікування. Результати аналізу наведені у таблиці 4.

**Прямі медичні та непрямі витрати фармакоterapiї ХВН
з використанням противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів**

	Середня вартість застосування схем патогенетичної фармакоterapiї				
		Мінімальний курс лікування, грн	Максимальний курс лікування, грн	Мінімальний курс лікування, дол. США	Максимальний курс лікування, дол. США
Прямі витрати	Схема 1.1 з гепарином натрію	136,40	409,20	5,16	15,49
	Схема 1.2 з діосміном	102,14	306,42	3,87	11,60
	Схема 1.3 з L лізіну есцинат	230,52	691,56	8,73	26,18
	Схема 1.4 з есцином	62,50	187,5	2,37	7,10
	Схема 1.5 із емоксипіном	85,04	255,12	3,22	9,66
	Схема 1.6 із кальцію добензалатом	124,12	372,36	4,70	14,09
	Середній показник втрат заробітної плати під час амбулаторного лікування за схемами фармакоterapiї з використання противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів:				
Непрямі витрати	Схема 1.1 з гепарином натрію	2698,1	4309,5	102,12	163,12
	Схема 1.2 з діосміном	2663,84	4206,72	100,83	159,22
	Схема 1.3 з L лізіну есцинат	2792,22	4591,86	105,69	173,80
	Схема 1.4 з есцином	2624,2	4087,8	99,33	154,72
	Схема 1.5 із емоксипіном	2646,74	4155,42	100,18	157,28
	Схема 1.6 із кальцію добензалатом	2685,82	4272,66	101,66	161,72

Примітка. * – перерахунок здійснювався згідно з курсом Нацбанку станом на 19.12.2016 р. 1 \$ = 26,42 грн.

Результати фармакоеконічного аналізу застосування противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів у фармакотерапії ХВН методом «мінімізації витрат»

Торгівельна назва препарату	Фірма-виробник	Форма випуску	Витрати на фармакотерапію			
			мінімальний курс лікування		максимальний курс лікування	
			Грн.	дол. США	Грн.	дол. США
1	2	3	4	5	6	7
C05BA Гепарин						
Ліотромб 1000 Здоров'я	ТОВ «Здоров'я» (Україна)	гель. п/о 50 г, №1	81,69	3,09	134,36	5,09*
Ліотон 1000 гель	Berlin- Chemie/Menarini Group (Німеччина)	гель туба 50 г №1	189,63	7,18	684,89	25,92
C05CA Діосмін						
Нормовен	«Київський вітамінний завод» (Україна)	таб. №30	92,80	3,51	234,03	8,86
Флебодія 600	Innotech International (Франція)	табл. 600 мг, №30	247,25	9,36	894,75	33,87
C05CX Есцин						
Венен тайсс гель	Натур продукт- Вега (Україна)	гель туба 100 мл	57,18	2,16	78,64	2,98
Венза®	Bittner (Австрія)	кап. фл. 20 мл №1	108,63	4,11	268,03	10,14
C05CX Емоксипін						
Антитромб	ПАО «Лубнифарм» (Україна)	мазь 1% 30 г №1	43,89	1,66	207,12	7,84
Емоксипин 1%	Моск. ендокр. центр, РФ	амп. 1мл №10	139,12	5,27	525,36	19,88

Примітка. * – перерахунок здійснювався згідно з курсом Нацбанку станом на 19.12.2016 р.

1 \$ = 26,42 грн.

Встановлено, що найменш витратним за всіма групами препаратів є препарати вітчизняного виробництва. Найменш витратним є препарати

емоксипіну та есцину, а саме: Антитромб, мазь 1% 30 г №1, виробництва ПАО «Лубнифарм» - від 43,89 грн. до 207,12 грн. та Венен тайсс гель, туба 100 мл № 1, компанії Натурпродукт - Вега – від 57,18 грн. до 78,64 грн; серед препаратів гепарину Ліотромб 1000 Здоров'я, гель. п/о 50 г, №1 – 81,69 грн. до 134,36 грн. та діосміну (Нормовен, таб. №30, «Київський вітамінний завод» – від 92,80 грн. до 234,03 грн.

Таким чином, метод фармакоекономічного аналізу «мінімізації витрат» дозволив встановити, що найменші витрати на лікування ХВН мають препарати вітчизняних виробників, тому необхідно впровадження дієвих методів імпортозаміщення даної категорії препаратів, а також проведення подальших фармакоекономічних досліджень терапії.

Висновки. Проведений аналіз наявності противарикозних та капіляростабілізуючих препаратів в регулюючих переліках України дозволив встановити, що в Національному переліку ОЛЗ та ВМП відсутні назви препаратів, які внесені до протоколів лікування затверджених МОЗ України. Метод фармакоекономічного аналізу «мінімізації витрат», дозволив встановити, що найменш витратним курсом лікування, є застосування препарату емоксиципіну, а саме Антитромб, мазь 1% 30 г №1, «Лубнифарм». Виявлено, що найменші витрати на лікування ХВН мають препарати вітчизняних виробників, що безумовно, слід оцінити як позитивну тенденцію з точки зору їх доступності в умовах соціально-економічної кризи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державна служба статистики України. Дані середньої заробітної плати населення України. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
2. Диагностика и тактика лечения острого тромбоза / В. Ф. Саенко, Л. М. Чернуха, А. А. Гуч // Кровообіг та гемостаз. — 2011. — № 2/3. — С. 118—121

3. Наказ МОЗ України від 11.02.2016 р. № 84 «Перелік лікарських засобів згідно Національного переліку основних лікарських засобів та виробів медичного призначення». Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_naclist
4. Постанова КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету». Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-%D0%BF>
5. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 г. №183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності». Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/informatsijno-poshukova-sistema-elektronnij-formulyar>
6. Наказ МОЗ України №329 від 15.06.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології». Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_329.html
7. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности / А. И. Кириенко, Р. А. Гриборян, И. А. Золотухин // Пятьдесят лекций по хирургии ; под ред. В. С. Савельева. — М. : Media Medica, 2012. — 116 с.
8. Щотижневик «Аптека». Ціни на лікарські засоби та вироби медпризначення. Режим доступу: <http://www.apteka.ua/ceny-na-lekarstvennye-sredstva-i-izdeliya-mednaznacheniya>
9. Conservative management of symptomatic and/or complicated hemorrhoids in pregnancy and the puerperium // Cochrane Database Syst Rev. – 2012; (3):CD 004077 (ISSN: 1469-493X).

Резюме.

В статье проанализирован рынок препаратов противоварикозного действия относительно их наличия в регулирующих списках, а именно в Национальном перечне основных ЛС и ИМН (2016 г.), Бюджетном перечне ЛС и в Государственном формуляре ЛС (8 выпуск). Также проанализированы утвержденные Минздравом Украины протоколы и стандарты лечения пациентов с хронической венозной недостаточностью.

Проведенный фармакоэкономический анализ методом «минимизации затрат» позволил определить менее затратные методы лечения пациентов в условиях одинаковой эффективности аналогичных ЛС. При проведении анализа методом «минимизации затрат» установлено, что фармакотерапия пациентов с учетом прямых затрат имеет значительные различия между ценовыми показателями, например среди препаратов группы эмоксипина разбег составляет от 43,89 грн. до 207,12 грн.

Resume.

The article analyzes the market antivaricose drugs action regarding their presence in the regulatory lists, namely in the national list of essential drugs and medical devices (2016), the Budget and the list of drugs in the State formulary drugs (8 edition). Also analyzed the protocols and standards approved by the Ministry of Health of Ukraine treatment of patients with chronic venous insufficiency.

Pharmacoeconomic analysis conducted by "minimizing costs" allowed to determine the least expensive treatments for patients in a similar efficacy similar drugs. The analysis by "minimizing costs" found that patients given treatment direct costs has significant differences between price indices, for example among the drugs group emoxipine is from 43.89 UAH up to 207.12 UAH.

ИЗУЧЕНИЕ РЕСУРСОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ

Шукиль¹ Л.В., Мошкова² Л.В., Коржавых² Э.А., Соломка³ С.В

¹Министерство здравоохранения Омской области, г. Омск, Россия,
shukil2013@yandex.ru

²Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия,
lmoshkova1@yandex.ru

³Независимый бизнес-консультант, г. Москва, Россия,
svsteev@gmail.com

Разработан методический подход к многомерному анализу и прогнозированию развития ресурсов региональной лекарственной политики (на примере Омской области). На основе статистических данных за период 2008-2015 гг. получен комплекс корреляционно-регрессионных моделей для оптимизации управления лекарственной политикой.

Введение. Повышение доступности лекарственных средств (ЛС) для населения – одна из важнейших задач системы здравоохранения в каждом государстве. Масштабность и распространенность этой задачи привели к тому, что Всемирной организацией здравоохранения в поиске путей решения проблемы доступности ЛС в 1980-е гг. была разработана концепция национальной лекарственной политики (англ. National Drug Policy; НЛП), под которой понимался официальный документ, утвержденный на правительственном уровне [6]. В профессиональной российской и зарубежной литературе встречаются также синонимы НЛП – «политика лекарственного обеспечения», «государственная лекарственная политика» и ряд других.

С учетом предложенных ранее определений понятия НЛП, её структуры, цели и задач белорусский ученый Годовальников Г.В. [1] сформулировал собственную дефиницию, понимая под НЛП часть государственной политики в

области здравоохранения, которая устанавливает приоритеты средне- и долгосрочных целей, поставленных правительством перед фармацевтической отраслью, и определяет стратегические пути их достижения, а также очерчивает рамки, в которых координируется деятельность всех участников фармацевтической отрасли. Приведенное определение НЛП, по нашему мнению, исчерпывающе отражает суть этого понятия.

В России на сегодняшний день нет политического документа, который назывался бы государственной или национальной лекарственной политикой. Однако есть аналогичная по сути «Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года» (2013 г.), разработанная Минздравом РФ [4]. Согласно Стратегии, ее основная цель состоит в повышении доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов для медицинского применения для удовлетворения потребностей населения и системы здравоохранения на основе формирования рациональной и сбалансированной с имеющимися ресурсами системы лекарственного обеспечения населения страны.

Россия как государство отличается значительной дифференциацией своих административно-территориальных единиц (субъектов РФ) – по географическим, климатическим, экономическим, демографическим и иным характеристикам. Этим обусловлено интенсивное развитие в последние десятилетия так называемого регионального подхода, учитывающего вышеперечисленные особенности субъектов РФ, в том числе и при решении проблем лекарственного обеспечения населения.

Наличие фактов отказа потребителей от льготной лекарственной помощи, в частности, с заменой ЛС на денежную компенсацию [5], обуславливает необходимость поиска причин такого поведения.

Исходя из вышеизложенного, **цель** настоящего исследования заключалась в разработке и апробации методического подхода к оценке базовых ресурсов,

требуемых для реализации и совершенствования региональной лекарственной политики (РЛП), на примере Омской области.

Материалы и методы. Материалами исследования служили статистические данные Росстата и Минздрава Омской области за период 2008-2015 гг., результаты опросов специалистов здравоохранения (325 анкет).

Применялись *методы*: контент-анализ, логический, социологический, статистический, математическое моделирование. Расчеты выполнены с помощью программы «Тренд» [2], разработанной на кафедре экономики и управления здравоохранением Курского государственного медицинского университета.

Исследование включало следующие стадии: 1) обоснование методического подхода к оценке ресурсов РЛП; 2) апробация методического подхода к изучению состояния ресурсов РЛП; 3) моделирование тенденций и прогнозирование развития базовых региональных ресурсов лекарственной политики.

Результаты исследования. Обоснование методического подхода к оценке ресурсов РЛП. Изучение отечественной и зарубежной литературы показало, что сущность РЛП затрагивает сразу несколько научно-практических областей деятельности – экономику, медицину, фармацию, право, социум и т.д. С учетом этого в качестве теоретической основы для оценки базовых ресурсов РЛП и лекарственного обеспечения в целом выбрана концепция многомерности ЛС, предложенная Дремовой Н.Б., Коржавых Э.А. в 2005 г. [3]. Согласно данной концепции, ЛС необходимо рассматривать как систему, обладающую множеством свойств; совокупности однородных свойств ЛС целесообразно расценивать как его измерения; количество и состав измерений ЛС обусловлены его внешней средой.

Между всеми измерениями ЛС (медицинское, фармацевтическое, экономическое, политическое, социальное, информационное и др.) существует тесная взаимосвязь, вследствие этого изменения, происходящие в одном из

измерений, неизбежно приводят к изменениям в других. Авторы концепции подчеркивают, что ни одно решение в политическом измерении пространства ЛС не должно приниматься без анализа последствий этого решения для всех остальных измерений ЛС. Комплексное изучение ЛС может проводиться в любом из его измерений, при этом данное измерение становится базовым [3].

С учетом вышеизложенного пришли к выводу о том, что целесообразно говорить об оценке ресурсов лекарственной политики в системе регионального лекарственного обеспечения, обозначив в качестве ведущего *критерия оценки* состояние и перспективы развития того или иного ресурса (рис. 1).

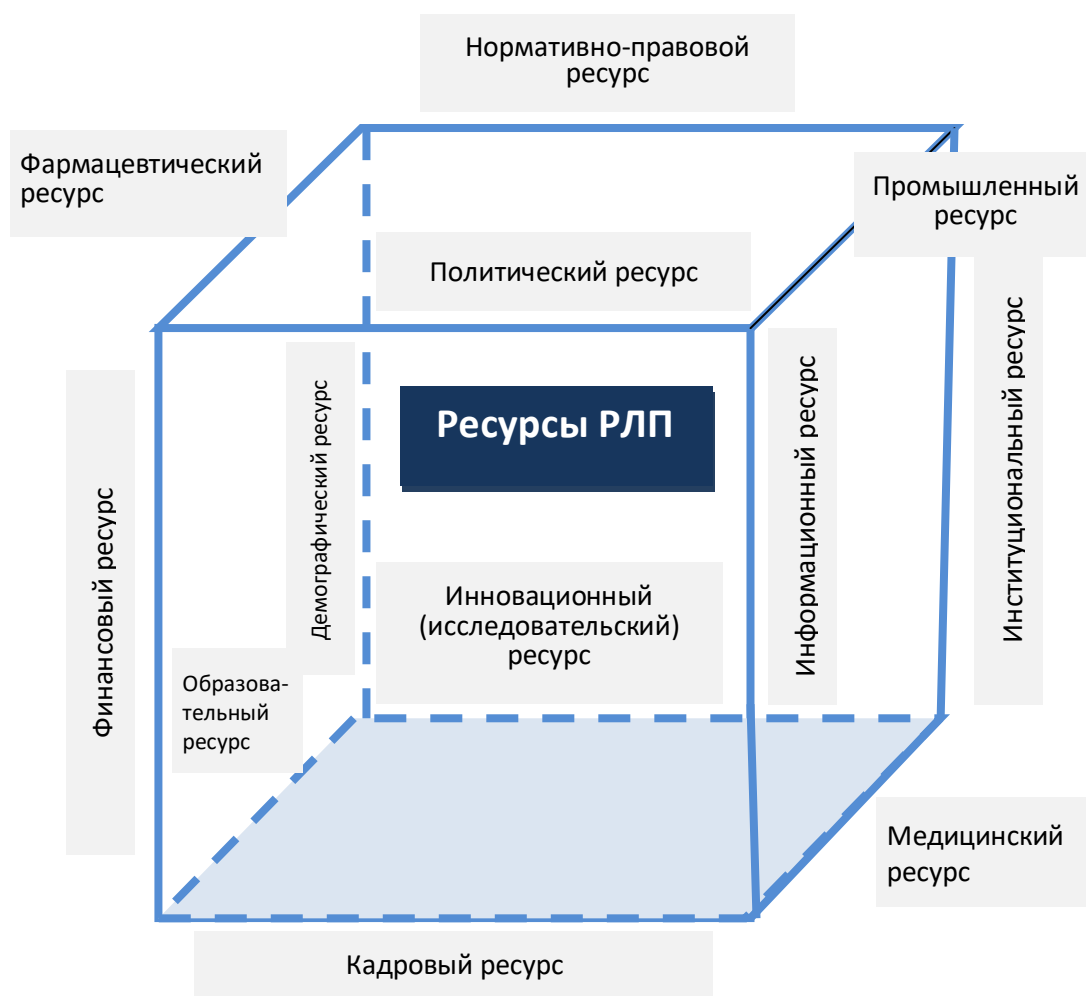


Рис. 1. Подход к многомерной оценке состояния и потенциала развития региональной лекарственной политики

Поскольку заметнее всего НЛП и РЛП проявляются в системе льготного лекарственного обеспечения, повышающей доступность ЛС для определенных групп потребителей, то в рамках данной работы за базовое принято *социальное* измерение, за ключевой показатель – число граждан, реализовавших свое право на гарантированную лекарственную помощь в Омской области.

Апробация методического подхода к изучению состояния ресурсов РЛП. В результате многомерного анализа состояния и тенденций развития базовых ресурсов РЛП в Омской области установлено следующее.

Регуляторные организации *институционального* ресурса полностью охватывают круг задач, связанных с лекарственным обеспечением населения. Имеется достаточный организационный медицинский ресурс – 7 больничных и 36 амбулаторно-поликлинических учреждений. Состояние организационного фармацевтического ресурса также сочтено достаточным – лекарственное обеспечение осуществляется через 1019 аптечных организаций разного типа и формы собственности; на 1 аптечную организацию в среднем по области приходится 1950 чел., что по шкале доступности лекарственной помощи соответствует высокому уровню; кроме того, в сельской местности ЛС реализуются через 830 обособленных подразделений центральных районных больниц.

Медико-демографический ресурс в целом соответствует его состоянию в Сибирском федеральном округе. Демографическая ситуация характеризуется присутствием некоторых негативных рисков, таких как продолжающееся «старение» населения Омской области и снижение доли фертильного женского населения. Однако есть основания прогнозировать благоприятное развитие данного ресурса благодаря росту рождаемости и продолжительности предстоящей жизни, снижению смертности. В структуре общей заболеваемости населения области преобладают болезни органов дыхания (18,4%), органов пищеварения (17,0%), системы кровообращения (14,3%).

Производственный ресурс оказался недостаточным (1 маломощная фармацевтическая фабрика; 25 аптек с функцией изготовления ЛС) для удовлетворения спроса населения на недорогие отечественные препараты, хотя наличие развитого промышленного производства ЛС является одним из важнейших условий реализации лекарственной политики и национальной экономической безопасности.

Кадровый ресурс. Обеспеченность врачами в 2015 г. составила 42,3 на 10 тыс. чел. населения (в РФ этот показатель равен 41,0, в Сибирском федеральном округе – 41,5 на 10 тыс. чел. населения), вместе с тем выявлены факты нерационального использования медицинских кадров. Социологический опрос выявил неудовлетворенность условиями труда у фармацевтических (аптечных) работников. В регионе не ведется учет фармацевтических кадров, что осложняет мониторинг реализации РЛП по этому показателю.

Недостаточен также *финансовый ресурс*: при росте средств на здравоохранение региона с 6549,4 млн. руб. в 2009 г. до 14949,34 млн. руб. в 2014 г. доля затрат на лекарственное обеспечение сократилась с 14,42% до 8,22% соответственно.

Таким образом, анализ состояния базовых ресурсов РЛП свидетельствует о наличии в регионе ряда проблем, требующих научно обоснованных управленческих решений для повышения эффективности РЛП.

Моделирование тенденций и прогнозирование развития ресурсов РЛП. Учитывая тот факт, что функционирование системы льготного лекарственного обеспечения отслеживается в регионе по двум составляющим (по федеральной программе обеспечения необходимыми ЛС – ОНЛС – и по региональной программе), а также по 13 индикаторам, приняли 2 из них за итоговые показатели эффективности системы и, опосредованно, эффективности РЛП, а оставшиеся 11 – за факторы, которые могут влиять на итоговые показатели.

Показатель количества граждан, обратившихся за лекарственной помощью по программе ОНЛС, как и показатель количества граждан, обратившихся за

лекарственной помощью по региональной программе, являются результирующими в используемой нами системе оценок; они выражают реальный спрос на услугу «льготная лекарственная помощь». Участвуя в программе ОНЛС или региональной программе, потребитель льготных ЛС тем самым признает её эффективность и качество.

В результате математико-статистического анализа динамики факторов и показателей, отслеживаемых Минздравом Омской области, установлено следующее:

1) *статистически достоверная* тенденция к **росту** в зависимости от времени выявлена для факторов: объем поступивших средств по региональной программе; объем отпущенных средств по региональной программе; количество врачей, имеющих право выписки льготных рецептов; количество фельдшеров, имеющих право выписки льготных рецептов; т.е. выявлены тенденции к увеличению регионального финансового и кадрового (медицинского) ресурсов РЛП;

2) *статистически достоверная* тенденция к **снижению** выявлена для факторов: количество граждан, имеющих право на безвозмездное получение ЛС и медицинских изделий по программе ОНЛС; количество точек отпуска по льготным рецептам; т.е. возможно сокращение организационного (фармацевтического) ресурса;

3) для таких факторов, как количество граждан, имеющих право на безвозмездное получение ЛС и медицинских изделий по региональной программе, объем поступивших средств по программе ОНЛС, объем отпущенных средств по программе ОНЛС, количество отпущенных рецептов по программе ОНЛС, количество отпущенных рецептов по региональной программе, *достоверная* зависимость от времени не выявлена.

Для всех факторов путем корреляционно-регрессионного метода подобраны оптимальные математические модели краткосрочного прогноза развития (33 модели).

Далее был проведен анализ динамики итоговых показателей количества граждан, обратившихся в регионе за лекарственной помощью по программе ОНЛС или по региональной программе. Результаты представлены ниже на примере итогового показателя для программы ОНЛС (таблица 1).

Как показано в таблице 1, за исследуемый период динамика этого показателя имеет преимущественно тенденцию к снижению: с 62958 чел. в 2008 г. до 36462 чел. в 2015 г. В среднем за все годы ежегодный темп прироста составил -6,67%. Коэффициент вариации K_v равен 19,2%, что немного выше нормы, но с определенными условностями он позволяет выявлять тенденции с применением метода аналитического выравнивания, который заложен в программе «Тренд».

Таблица 1

Динамика показателя «Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью по программе ОНЛС»

Годы	Количество граждан, чел.	Темпы прироста, %	Теоретические значения по функциям		
			Логарифмическая кривая $A+B*\ln(t)$	Гиперболическая кривая 2 типа $1/(A+B*t)$	Параболическая кривая $A+B*t+C*t^2$
2008	62958	0	61941	58965	59902
2009	46718	-25,7950	53463	53833	54648
2010	55167	18,0851	48503	49522	49996
2011	46322	-16,0331	44985	45851	45946
2012	43108	-6,9384	42255	42686	42498
2013	38626	-10,3971	40025	39931	39652
2014	36457	-5,6154	38139	37509	37409
2015	36462	0,0137	36506	35364	35768
Средн ее	45727	-6,6686	-	-	-
K_v %	19,20	-	-	-	-
Коэф кор. $r = -0,9$		-	-	-	-
Коэф. коррел. между факт. и теор. данными		-	0,9169	0,9141	0,9136
МАРЕ, %		-	5,169	5,384	5,075
МРЕ, %		-	-0,53	0,01	-0,49
t-кр. Стьюдента табл.= 2,31; расчетный = 5,06 -> достоверен					

С помощью корреляционного анализа установлена сильная обратная взаимосвязь со временем – коэффициент корреляции r равен $-0,9$ и статистически достоверен по t -критерию Стьюдента.

Проведена аппроксимация по 13 алгебраическим функциям, из которых по критериям оптимальности отобраны три, имеющие первые места в рейтинге (таблица 2): *логарифмическая кривая, гиперболическая кривая 2 типа и параболическая кривая.*

Коэффициенты корреляции и детерминации у всех моделей довольно близкие ($r=0,91$ и $r^2=0,84$) и различаются на тысячные доли.

Таблица 2

Результаты выбора оптимальной математической модели

Математическая модель	R	R ²	Рейтинг
1. Логарифмическая кривая: П1 ₁ = 61941,427861 - 12231,803876 * ln(t)	0.9169	0.8406	1
2. Гиперболическая кривая 2 типа: П1 ₂ = 1 / (0.000015 + 0.000002 * t)	0.9141	0.8356	2
3. Параболическая кривая: П1 ₃ = 65758.892847 - 6157.749994 * t + 301.107142 * t ²	0.9136	0.8347	3

Таким образом, все три модели примерно равноценные. Расчеты прогноза на 2016-2017 гг. по этим моделям приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты прогноза количества граждан, обратившихся за лекарственной помощью по программе ОНЛС, по оптимальным математическим моделям (P = 99%)

Годы	Логарифмическая кривая	Гиперболическая кривая 2 типа	Параболическая кривая
2016	35065,408 ± 5129,680	33451,499 ± 5248,445	34728,821 ± 5224,895
2017	33776,659 ± 5496,538	31735,075 ± 5623,797	34292,107 ± 5598,563

Графический анализ соответствия фактических и полученных теоретических значений, а также прогноз на 2016-2017 гг. приведены на рис. 2 (* - расчетные данные: прогнозы для каждой из моделей, а для графика фактических значений – экстраполяция по среднему приросту).

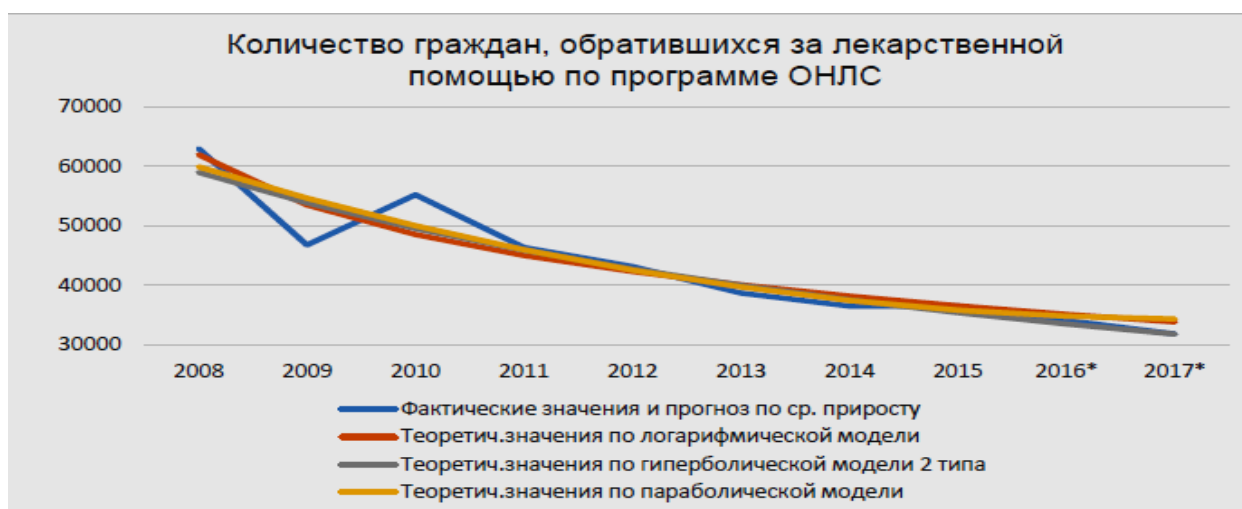


Рис. 2. Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью по программе ОНЛС. Графический анализ фактических и теоретических значений показателя

Таким образом, можно предположить дальнейшее медленное снижение количества граждан, обратившихся за лекарственной помощью по федеральной программе ОНЛС.

Аналогично определяли тенденции и строили прогноз для показателя, характеризующего участие пациентов в региональной программе. Выявлена весьма слабая и статистически незначимая тенденция к росту (ежегодный темп прироста составил 0,13%). Оптимальными математическими моделями, пригодными для прогнозирования тенденций данного показателя, оказались параболическая кривая, гиперболическая кривая 3-го типа и S-образная кривая.

Результаты прогнозирования показателей количества граждан, обратившихся за лекарственной помощью по программе ОНЛС и по региональной программе, позволяют предположить, что в целом снижение количества обращений вызвано комплексом факторов, среди которых, возможно, и снижение количества граждан, имевших права на такую помощь.

Выводы. В результате проведенного исследования обоснована и апробирована методический подход к многомерной оценке состояния и тенденций развития базовых ресурсов РЛП. Показано, что данный подход

позволяет более полно характеризовать имеющиеся в регионе ресурсы лекарственной политики.

Путем анализа, математического моделирования и прогнозирования выявлена разнонаправленность динамики развития основных факторов и показателей, используемых для характеристики региональной системы льготного лекарственного обеспечения. Констатировано несоответствие между ожиданиями пациентов, участвующих в программе ОНЛС или региональной программе, с одной стороны, и фактической ситуацией с реализацией РЛП в Омской области, что порождает тенденцию к незначительному снижению числа граждан, которые воспользовались своим правом на льготы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годовальников, Г.В. Терминология лекарствоведения. – Минск: Минсктиппроект, 2009. – 404 с.

2. Дрёмова, Н.Б. Компьютерные технологии маркетинговых исследований в медицинских и фармацевтических организациях: уч.-метод. пос. /Н.Б. Дрёмова, С.В. Соломка. – Курск: КГМУ, 1999. – 150 с.

3. Дрёмова, Н.Б. Лекарственное средство как многомерный объект /Н.Б. Дрёмова, Э.А. Коржавых// Фармац. пром. – 2005. - № 5. – С. 59-69.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217532/#ixzz4YMWh1ov2>.

5. Шукиль, Л.В. Проблемы потребителей льготной лекарственной помощи /Л.В. Шукиль, Л.В. Мошкова, Э.А. Коржавых // Фармация и фармакология. – 2015. - № 3. – С.33-39.

6. How to develop and implement a national drug policy. – 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2001. – 84 p.

Резюме.

Розроблено методичний підхід до багатовимірного аналізу та прогнозування розвитку регіональних ресурсів лікарської політики (на прикладі Омського регіону). На основі статистичних даних за період 2008-2015 роки отримано комплекс кореляційно-регресійних моделей для оптимізації управління лікарської політикою.

Summary.

A methodical approach to multidimensional analysis and forecasting regional resource of drug policies (for example, Omsk Region) was developed. On the basis of statistical data for the period 2008-2015 the complex correlative-regression models to optimize the management of drug policy was received.

ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ ТОВАРА КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ В МАРКЕТИНГЕ

Дюсембинова Г.А., Серикбаева Э.А., Латаева Э.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан

elmira.asyl@mail.ru, elima.lat@gmail.com, gauhar_dyusembinova@mail.ru

В умовах постійно мінливих запитів покупців, технологій і конкурентного оточення виживання підприємства залежить від того, наскільки успішно воно розробляє і впроваджує на ринок нові товари. Однак і після того, як новий товар виявиться на ринку, він не може бути наданий сам собі. Необхідно вміти застосовувати до нього правильні маркетингові стратегії в міру того, як він проходить стадії свого життєвого циклу.

Вступление. Понятие жизненного цикла продукта в сфере маркетинга («ЖЦТ») очерчивает фазы изменения, роста, становления и усовершенствования всех товаров либо услуг, с периода появления на рынке впервые до периода полного окончания его сбыта и выхода из фаз изготовления. В статье рассматриваются жизненные циклы товаров. Также предлагаются рекомендации по разработке маркетинговой стратегии для нового продукта.

Цель. Проанализировать особенности вывода товара на рынок. Охарактеризовать стадии жизненного цикла товара и описать, как изменяются стратегии маркетинга в зависимости от стадии жизненного цикла товара.

Методы и материалы. На основе результатов системного обзора зарубежных исследований в области маркетинга были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного вывода на рынок нового продукта.

Результаты исследования.

Жизненный цикл товара – это изменение объема продаж и прибылей на

протяжении времени его жизни. Состоит из пяти ясно различимых этапов: разработка товара, выведение на рынок, рост, зрелость и упадок.

1. Разработка, в ходе которой компания находит и воплощает в жизнь новую идею. В это время объем продаж равен нулю, а затраты растут по мере приближения к заключительным стадиям процесса.
2. Выведение на рынок. Этап жизненного цикла, на котором новый товар впервые поступает в продажу. Сопровождается медленным ростом объема продаж. Прибыль отсутствует из-за высоких расходов на маркетинговые мероприятия.
3. Рост, период быстрого завоевания рынка и увеличения прибыли.
4. Зрелость, рост объема продаж замедляется, так как основная масса потенциальных покупателей уже привлечена. Уровень прибыли остается неизменным или снижается из-за увеличения расходов на маркетинговые мероприятия по защите товара от конкуренции.
5. Упадок, спад объема продаж и сокращение прибылей[1].

Наблюдения за рынком, богатым большим количеством товаров, показывают, что жизненные циклы имеют специфические особенности, зависящие во многом от потребителей и функций конкретного товара. Сами стадии жизненного цикла характеризуются по - разному и имеют различия в стратегиях маркетингового подхода.

1. Этап выведения

Начинается с первого появления товара на рынке. Завоевание рынка требует времени, поэтому объем продаж при этом растет с невысокой скоростью. ... Прибыли на этом этапе отрицательные или невысокие, вследствие значительных продаж и высоких расходов на распространение и стимулирование сбыта. Возникает нужда в преодолении сформировавшихся ранее привычек потребителей. Больше внимание уделяется тем покупателям, которые могут и изъявляют желанием приобрести товар. И в тот момент, когда

интерес к товару начинает увеличиваться, и он получает признание, соответственно, повышается и количество людей, готовых его приобрести.

2. Этап роста

Если новый товар имеет спрос, он переходит к этапу роста, на котором объем продаж начинает стремительно расти. Первые покупатели продолжают покупать, новые покупатели начинают следовать их примеру, особенно если они слышат хорошие отзывы.

3. Этап зрелости

Данный этап характеризуется замедлением роста продаж, которое происходит за счет появления многих производителей и большого количества товара. В свою очередь, такое перенасыщение вызывает жесткую конкуренцию.

4. Упадок

Данному этапу свойственно падение продаж.

Маркетинговая стратегия - это комплекс доминирующих принципов, конкретных целей маркетинга на длительный период и соответствующих решений по выбору и агрегированию средств (инструментов) организации и осуществления на рынке ориентированной на эти цели деловой активности [2]

При выведении на рынок нового товара компания может принять одну из нескольких маркетинговых стратегий. Она может установить верхний или нижний уровень для каждой из маркетинговых переменных - цены, продвижения, распространения и качества товара. Компания должна выбирать стратегию выведения товара на рынок в соответствии с предполагаемым позиционированием товара. Выбор маркетинговой стратегии на этом этапе сводился к выбору одной из четырех разных стратегий: стратегии быстрого «снятия сливок с рынка», стратегии стимулирования (продвижения) и сбыта, стратегии быстрого проникновения на рынок, стратегии медленного проникновения на рынок.

Учитывая все маркетинговые стратегии на этапе внедрения на рынок, мы предложили «Стратегию медленного проникновения на рынок» для продукта

компании 3M – стетоскопы Литтман. Торговая марка Littmann - знаменита во всем мире как образец точности, превосходной акустики, инновационного дизайна и исключительной эффективности. Стетофонендоскопы производства торговой марки Littmann - это непревзойдённые и незаменимые помощники медицинских специалистов разных направлений (терапия, кардиология, пульмонология, т.д.)[5].

Выбор стратегии медленного проникновения на рынок для стетоскопов Littmann обусловлен тем, что товар являлся практически новинкой в Республике Казахстан. Целевая аудитория знает данный продукт, но активных продаж не было. Стратегия медленного проникновения на рынок включает в себя достаточно умеренное продвижение. Первый этап – это рекламу в средствах массовой информации. Реклама способствует появлению спроса на товар. После проведенных исследований по эффективности размещения рекламы в разных изданиях, первоочередной выбор был сделан в пользу специализированных печатных изданий, таких как:

1.Международный профессиональный журнал «Медицина» - предназначен для практических врачей, научных работников, работников санитарно-эпидемиологической службы, руководителей Здравоохранения и широкого круга специалистов, работающих в сфере лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники[3].

2.Медицинские технологии Казахстан - первая казахстанская газета о медицинских технологиях «Медицинские Технологии Казахстан» издается с 2006 года. Информационное издание о технике и технологиях в производстве медицинского оборудования[4].

Следующий этап вывода на рынок это товарная стратегия - решено уделять номенклатуре видов и цветов, чтобы угодить максимальному количеству потенциальных потребителей. Для этого компания предлагает стетоскопы в ассортименте.

1. Педиатрические и неонатальные стетоскопы Littmann Classic Infant и Paediatric - используемые для выслушивания детей, имеющие превосходную акустику и ободок, который не вызывает ощущение холода.

2. Электронные стетоскопы Littmann 3100/3200 – более современные, которые снабжены наушниками и микрофоном для записи процесса аускультации.

3. Кардиологические стетоскопы Littman Master Cardiology – позволяют выслушивать низкие и высокие звуки.

4. Классические Littmann Master Classic – применяются в терапевтических обследованиях и диагностике.

Вывод. На основе вышеперечисленного, следует, что жизненный цикл товара это один из самых важных и необходимых показателей процесса осуществления маркетинговой деятельности по всем видам товара, потому что он может помочь лучше осознать суть спроса, удовлетворить и достичь максимальную прибыль.

На этапе выведения нового товара на рынок, более целесообразно было использовать стратегию медленного проникновения на рынок. Предложенная стратегия возможна в следующих случаях:

- рынок имеет значительные размеры
- разнообразный ассортимент товара
- нет конкурентов

В заключении, предложенные этапы стратегии являются не последними. Окончательная стратегия будет представлена в следующих научных публикациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котлер Ф.А. Основы маркетинга: Пер. с англ. – 2-е европ. Изд. – СПб.; Издат. дом «Вильямс», 1998.- 1056 с.
2. Хисамутдинов С.П., Шабанова Л.Б. Маркетинг: Теория и практическое применение: Учебник. - М.: Вуз и школа, 2001. - 324 с.
3. **Издательство «Здравоохранение Казахстана»**

4. Издательский дом «МедМедиа Казахстан»

5. Компания ЗМ, Каталог **Стетоскопы Littmann**

Резюме.

В условиях постоянно меняющихся запросов покупателей, технологий и конкурентного окружения выживание предприятия зависит от того, насколько успешно оно разрабатывает и внедряет на рынок новые товары. Однако и после того, как новый товар окажется на рынке, он не может быть предоставлен сам себе. Необходимо уметь применять к нему правильные маркетинговые стратегии по мере того, как он проходит стадии своего жизненного цикла.

Resume.

In an ever-changing customer requests, technology and competitive environment survival of the enterprise depends on how well it is developing and introducing new products to the market. However, after a new product is on the market, it can not be left to itself. You must be able to apply to it the right marketing strategy, as he goes through the stages of its life cycle.

УДК 615.15:614.2:65.9 (5 каз) 2

ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЗАВЕДУЮЩЕГО АПТЕКОЙ

Рамазанова А.Е., Дюсембинова Г.А., Маукебай Г.Б.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

asemgul_r90@mail.ru., gauhar_dyusembinova@mail.ru., gulim_0994@mail.ru.

Час - є незамінним ресурсом, таким чином, раціональне використання його актуально, особливо в сьогоднішньому динамічному розвитку в усіх сферах життя. Фармацевтична промисловість не виняток.

Розвиток послуг і промисловості, якості життя зростання і освіти, гармонізація з міжнародними стандартами якості призвела до того, що сьогодні аптека стала багатофункціональним об'єктом. Якість фармацевтичних послуг залежить від правильного функціонування всіх частин організації аптеки. Сучасні тенденції вимагають, щоб глава аптеки не був тільки хорошим менеджером трудових, технічних і матеріальних ресурсів, але також і здатністю виконати завдання швидко і ефективно.

Вступление. Время – это невозполнимый ресурс, поэтому его рациональное использование актуально, особенно при сегодняшнем динамическом темпе во всех сферах жизни. Фармацевтическая отрасль не исключение.

Развитие сфер услуг и промышленности, повышение грамотности и качества жизни населения, гармонизация с международными стандартами качества привели к тому, что на сегодняшний день аптека стала многофункциональным объектом, где осуществляется множество процессов. Качество предоставляемой фармацевтической услуги напрямую зависит от слаженной и надлежащей работы всех звеньев аптечной организации. Современные тенденции развития требуют от заведующего аптекой не только

грамотного управления трудовыми, техническими и материальными ресурсами, но и умения выполнять поставленные задачи качественно и в ограниченные сроки.

Цель статьи заключается в разработке рекомендаций по правильному планированию рабочего времени (тайм-менеджменту) заведующему аптекой.

Методы и материалы. На основе результатов системного обзора зарубежных исследований в области тайм-менеджмента были сформулированы рекомендации, необходимые для эффективного управления деятельностью аптечной организации.

Результаты исследований. Тайм-менеджмент – это система действий, направленная на то, чтобы успевать сделать больше в единицу времени [1].

Выделяют корпоративный и индивидуальный тайм – менеджменты, применительные ко всей организации или его структурным подразделениям и к отдельно взятому человеку соответственно.

В целом корпоративный тайм-менеджмент предприятия - это система правил и норм взаимодействия сотрудников на предприятии, правил и механизмов обмена информацией. Корпоративный тайм-менеджмент, прежде всего, ориентирован на формирование эффективной системы взаимодействия между подразделениями и должностными лицами предприятия, посредством применения информационных технологий (MS Outlook, Vitrix и др.). Подобный способ управления временем применим для сетевых аптек. В свою очередь в каждой из аптек заведующие будут планировать индивидуальный план работы.

Стоит отметить, что в работу заведующего аптечной организацией входит множество задач, таких как:

- координация работы коллектива по осуществлению своевременного и качественного обеспечения населения лекарственными препаратами, взаимодействия с другими учреждениями здравоохранения;

- обеспечение наличия минимального ассортимента лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи;

- контроль выполнения работниками аптеки приказов и распоряжений;
- анализ деятельности аптеки и на основе показателей ее работы принятие мер по улучшению обеспечения населения лекарственными препаратами;
- организация финансово-хозяйственной деятельности аптеки с использованием новых экономических подходов и методов управления;
- участие в решении возникающих в процессе деятельности аптеки задач в области организации лекарственного обеспечения населения;
- осуществление рационального использования трудовых, финансовых и материальных ресурсов аптеки;
- организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке, использованию, обучению и оценке квалификации средних фармацевтических кадров [3].

Причем достижение каждой из вышеперечисленных задач требует осуществления множества операций. Поэтому планирование рабочего времени состоит из следующих основных процессов:

- Постановка задачи (цели): необходимо выработать ясные и четкие задачи (цели). Слово "ясность" несомненно имеет важнейшее значение для достижения успеха. Не менее 80% успеха зависят от абсолютной ясности того, чего вы пытаетесь достичь. К сожалению, в 80% случаев или больше неудачи и разочарования постигают тех, кто крайне смутно представляет, чего они хотят и как этого добиться [2].

- Планирование и расстановка приоритетов. В данном процессе составляется список необходимых мероприятий для достижения поставленной задачи, так называемый "to do list". Подобные списки удобны тем, что позволяют не держать необходимые к выполнению действия в голове. Задача представляет собой короткую фразу, отражающую, что требуется выполнить. После завершения действия рядом с задачей, как правило, ставится галочка, или строчка с ней вычеркивается. Рекомендуется, обозначить сроки на выполнение каждого из мероприятий. Например, заведующему аптекой поставлена цель

разработать стандартную операционную процедуру (СОП) на систему управления внутренней документацией в течении семи дней. Список дел может выглядеть следующим образом:

- составление СОП – три дня,
- оформление СОП - один день,
- согласование СОП с руководителем аптечной организации – один день,
- коррекция и устранение замечаний – один день,
- ознакомление сотрудников сбор подписей в листе ознакомлений – один день.

Подобных задач может быть несколько в течении установленного времени. Существуют ежедневные операции, такие как оформление дефектуры, проверка исполнения сотрудниками ежедневных поручений, прием медицинских представителей, решение организационных вопросов. В подобных случаях бывает сложно распределить приоритеты, последовательность выполнения. Итальянский социолог Вильфредо Парето предложил начинать с 20% дел, которые могут дать 80 % результата – максимальное значение ожидаемого эффекта. Подобный принцип отмечается и в методе американского президента Эйзенхауэра сделать в первую очередь то, что принесет наибольшую выгоду и результат.

Заведующему аптекой следует разделить все дела на 4 группы:

1. Срочные и важные – первостепенные, неотложные задачи. Например, критические ситуации, проекты с «горящим» сроком. Задачи такого типа необходимо выполнять без промедления.

2. Важные, но не срочные. Такие задачи можно отложить, однако они могут оказать сильное влияние в долгосрочной перспективе. Несрочные и важные дела имеют привычку становиться срочными и важными, если их постоянно откладывать.

3. Срочные, но не важные. Занятие срочными, но не важными делами не дает результата и может сильно отразиться на Вашей эффективности. Такие дела

отнимают большую часть Вашего временного резерва. Это как раз те задачи, которые по возможности нужно перепоручать или уменьшать их количество.

4. Не срочные и не важные. Такие дела не имеют никакого значения в принципе и не несут никаких последствий при их невыполнении. Такие дела можно смело вычеркивать из списка.

- Реализация – конкретные шаги и действия в соответствие с намеченным планом и порядком достижения цели.

- Контроль достижения цели и выполнения планов. Один из наиболее удобных и популярных способов графического представления времени и выполнения задач – это диаграмма Ганта. Диаграмма представляет собой изображение задач в виде линий, наложенных на шкалу времени (Рисунок 1).

Такой метод дает возможность:

- Увидеть и визуально оценить последовательность задач и их относительную длительность;
- Сравнить планируемый и реальный ход выполнения задач;
- Детально проанализировать реальный ход выполнения задач [4].

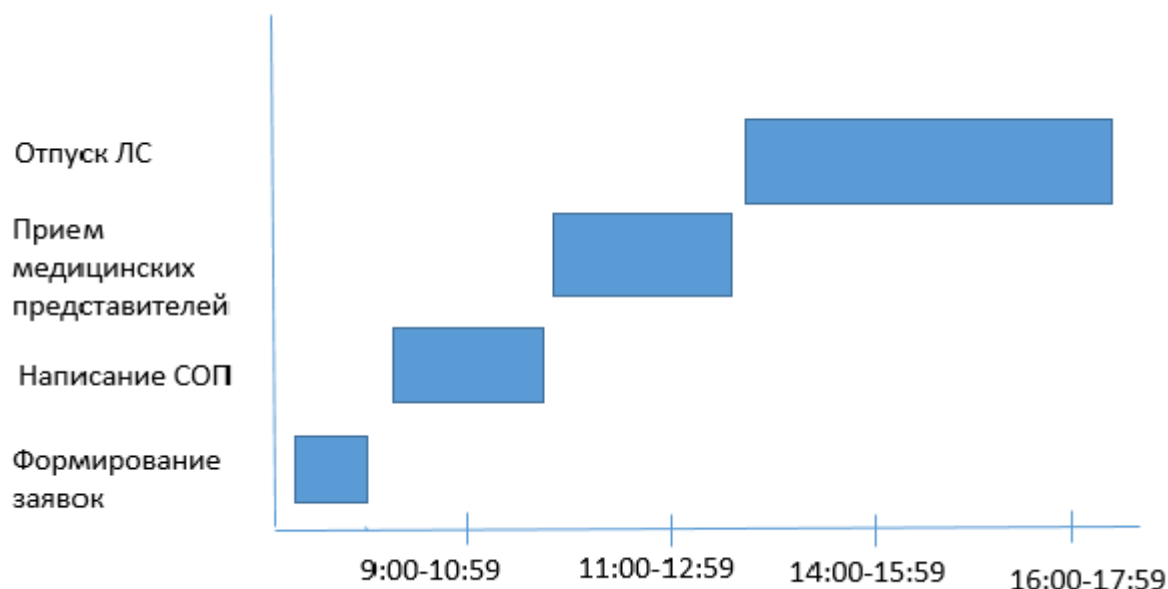


Рисунок 1. Диаграмма Ганта

Хронометраж также является одним из методов изучения затрат времени с помощью фиксации и замеров продолжительности выполняемых действий. Хронометраж позволяет провести «аудит» и «инвентаризацию» времени, выявить «поглотителей времени». Для того чтобы провести хронометраж, рекомендуется записывать все свои дела с точностью до 5-10 минут в течение как минимум двух недель.

Выводы. Таким образом, определены основные процессы рационального планирования времени, а также приведены наиболее эффективные методики тайм менеджмента, которые помогут заведующим аптек организовать рабочее время в повседневной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ирокез С. Тайм –менеджмент наоборот / www.1000trenerov.ru / 2013 г. – 46 с.
2. Трейси Б. Управляй своим временем и удвой результаты: перевод с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2010. – 64 с.
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».
4. Управление временем (Тайм менеджмент). [электронный ресурс] <http://www.mental-skills.ru/dict/upravlenie-vremenem-taym-menedzhment/>

Резюме.

Время - является незаменимым ресурсом, таким образом, рациональное использование его актуально, особенно в сегодняшнем динамическом развитии во всех областях жизни. Фармацевтическая промышленность не исключение.

Развитие услуг и промышленности, качества жизни роста и образования, гармонизация с международными стандартами качества привела к тому, что сегодня аптека стала многофункциональным объектом. Качество фармацевтических услуг зависит от правильного функционирования всех частей организации аптеки. Современные тенденции требуют, чтобы глава аптеки не был только хорошим менеджером трудовых, технических и материальных ресурсов, но также и способностью выполнить задачи быстро и эффективно.

Resume.

Time - is irreplaceable resource, so rational using of it is topical, especially in today's dynamic development in all areas of life. The pharmaceutical industry is not an exception.

Development of services and industry, growth life's quality and education, harmonization with international standards of quality have led to the fact that today the pharmacy became a multifunctional object. The quality of pharmaceutical services depends on the proper operation of all parts of the pharmacy organization. Current trends require the head of the pharmacy is not only good manager of labor, technical and material resources, but also the ability to perform tasks quickly and efficiently.

АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Серикбаева Э.А., Азнабакиева Ф.

Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

г. Алматы, Казахстан

elmira.asyl@mail.ru

Фармацевтична промисловість займається дослідженням, розробкою і масовим виробництвом лікарських засобів, переважно призначених для профілактики, полегшення і лікування хвороб. Випуск якісної фармацевтичної продукції повинен бути головним принципом фармацевтичних виробників. Фармацевтичні компанії можуть працювати як з оригінальними препаратами, так і з дженериками.

Вступление. В современных условиях фармацевтический рынок Казахстана является одним из самых развитых на территории стран СНГ. В определенной степени преодолен дефицит и обеспечена насыщенность разнообразными видами готовых лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Возросла культура обслуживания.

Цель работы провести анализ фармацевтического рынка и промышленности в Казахстане.

Материалы и методы. В работе использовались данные специальной литературы. К основным методам, которые применялись, относятся: исторический, сравнения, логический, математический, статистический.

Результаты исследований. В Казахстане наблюдаются главные мировые тенденции развития фармацевтических рынков – консолидация и развитие вертикально-интегрированных компаний. Изменения происходят в дистрибьюторском, производственном и розничном секторах. Увеличивается

количество аптечных сетей. Внедряются современные маркетинговые технологии. Вместе с тем, производство лекарственных средств в Казахстане все еще развивается медленно. Кроме того, казахстанская фармацевтическая промышленность значительно уступает в валовой доходности зарубежным компаниям.

Казахстанский фармацевтический рынок относительно молод, его формирование началось с середины 90-х годов. Еще в 1994 году лекарственное обеспечение населения и государственного здравоохранения осуществлялось централизованно через Государственную акционерную холдинговую компанию «Фармация», имевшую 1832 аптеки, в том числе 64 больничные и 1768 самостоятельные [1].

Фармацевтическая промышленность республики характеризуется тем, что занимается исследованием, разработкой и массовым производством лекарственных средств, преимущественно предназначенных для профилактики и лечения болезней. Выпуск качественной фармацевтической продукции становится главным принципом фармацевтических производителей. Фармацевтические компании могут работать как с оригинальными (брендованными) препаратами, так и с дженериками.

Фармацевтическая промышленность представляет собой систему взаимодействия трех видов бизнеса:

- фармацевтические компании, занимающиеся производством лекарственных средств;
- уполномоченные компании – дистрибьюторы, занимающиеся логистикой (доставкой и хранением) лекарственных средств внутри страны;
- аптечные сети, осуществляющие розничный и мелкооптовый отпуск лекарственных средств конечному потребителю [2].

В настоящее время фармацевтическая промышленность занимает всего около 0,2% от общего объема казахстанской промышленности, тем не менее

отрасль в целом чрезвычайно важна для развития государства, выступая одним из косвенных показателей уровня жизни населения.

Анализ показывает, что производство основных фармацевтических продуктов в Казахстане на протяжении 1997-2014 годов демонстрировало положительную динамику, увеличившись за 18 лет в 42 раза[2].

В 2015 году было произведено 11 403 тонн лекарств и 297,7 тонн прочих фармацевтических препаратов, что в сумме составило на треть больше, чем в 2014 году. Однако, в денежном выражении наблюдается уменьшение производства по сравнению с 2014 годом. В условиях кризиса цены на лекарства изменялись, однако маркетинговые исследования показывают, что спрос на них остался таким же, как и в докризисное время, в связи с тем, что лекарственные препараты принадлежат к группе товаров первой необходимости.

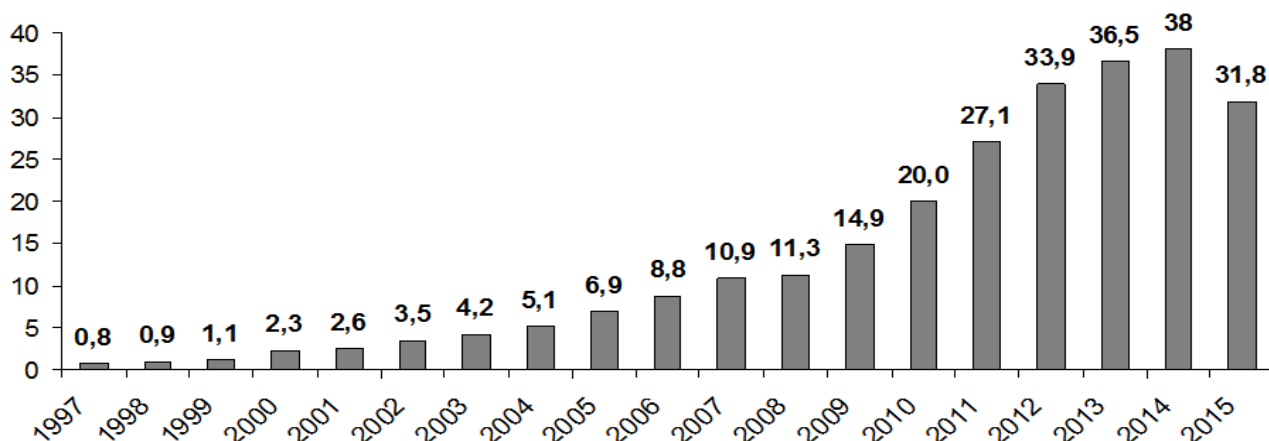


Рис. 1. Объем производства основной фармацевтической продукции в Казахстане в 1997-2016 (млрд. тенге)

По оценкам экспертов, отечественное производство лекарственных препаратов лишь на 20% обеспечивает внутренний спрос. Таким образом, в условиях дефицита местной фармацевтической продукции население вынуждено обеспечивать свои потребности за счет импорта. Это создаёт сравнительно благоприятные условия для выхода на казахстанский рынок новых

компаний. Анализ рынка фармацевтических препаратов показывает, что за предыдущие пять лет объемы импорта увеличились с 974 685 тыс. долларов США до 1 219 385 тыс. долларов США, при этом наибольшее значение пришлось на 2013 год, после чего объемы импорта уменьшались. Исследования доказывают, что объемы экспорта на протяжении 2010-2015 годов постоянно росли, в 2015 году показатель экспорта фармацевтической продукции составил 27 617 тыс. долларов США[3].

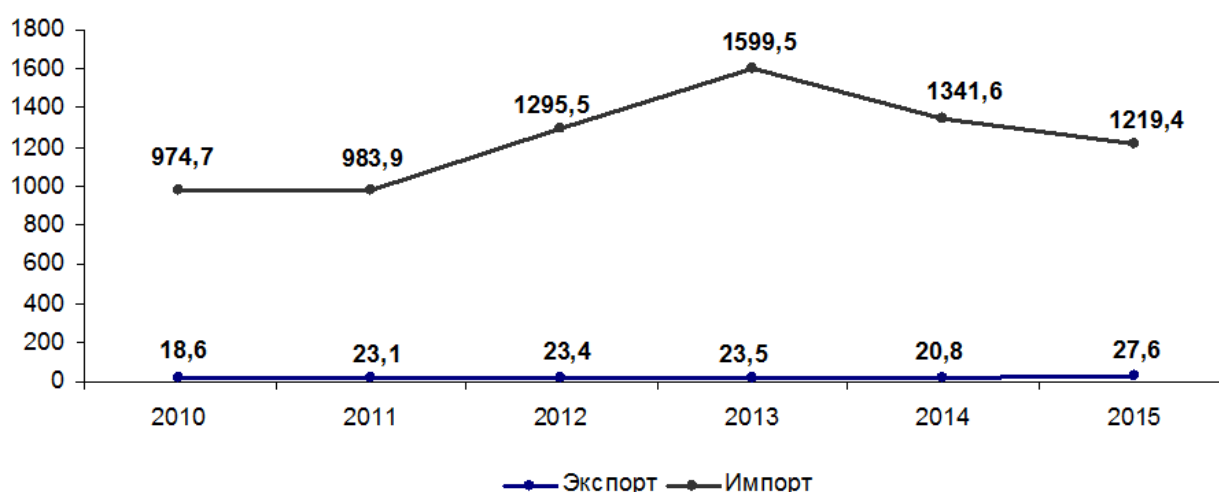


Рис. 2. Экспорт и импорт основных фармацевтических продуктов 2010-2016 годы (млн. долларов США)

Согласно проведенным агентством "ИМСИ Elim" исследованиям, подавляющее большинство (211 из 321) предприятий, производящих фармацевтическую продукцию, расположено в городе Алматы, из них 203 предприятия относятся к малым предприятиям, но есть и три крупных с числом работников в 250-500 человек – это АО "НобелАлматинская фармацевтическая фабрика" и АО "Хикма СНГ", строительство которого было осуществлено в качестве инвестиционного проекта Карты индустриализации, а также филиал АО "Химфарм".

Наиболее крупное предприятие по республике в целом расположено в Южно-Казахстанской области – это АО "Химфарм", входящее в международный

холдинг PolpharmaGroup. Другое значимое предприятие находится в Алматинской области – это ТОО "Dolce", выпускающее помимо лекарственных препаратов также и различные изделия медицинского назначения.

Остальные предприятия в большинстве своем относятся к малым с количеством рабочих до 5 человек. Только в Западно - Казахстанской области нет зарегистрированных предприятий по производству фармацевтической промышленности.

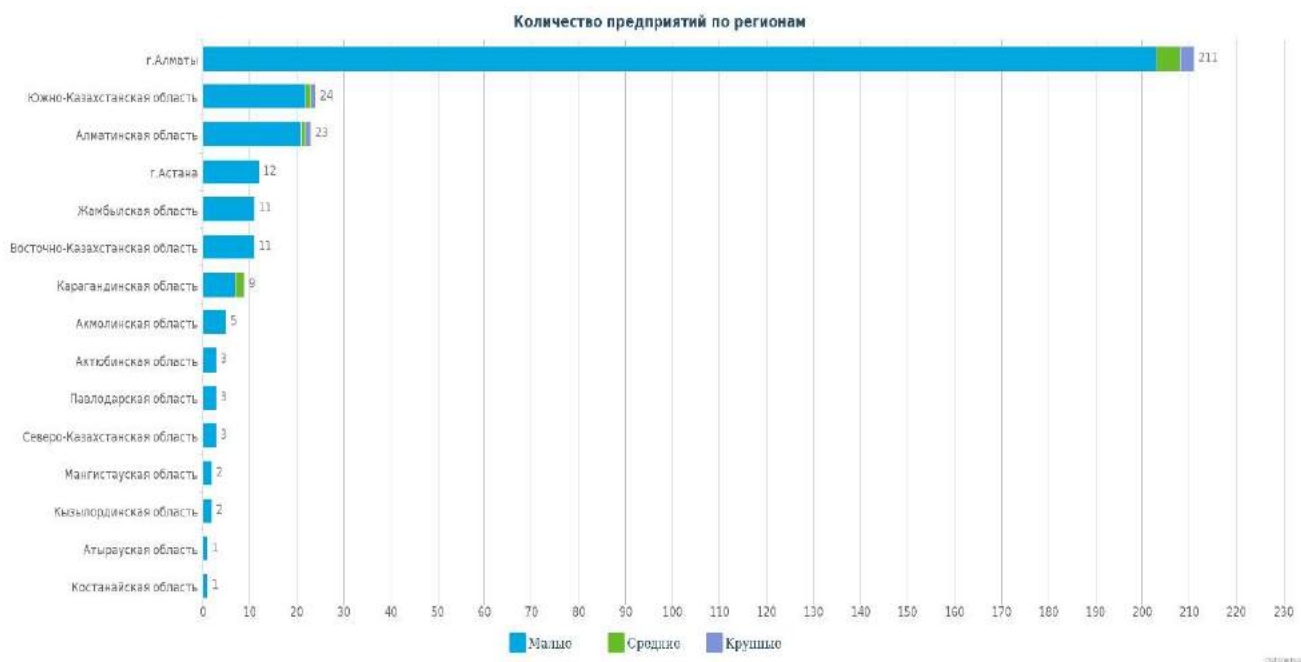


Рис. 3. Количество предприятий по производству основных фармацевтических продуктов по регионам Казахстана

Основные показатели, отражающие различные аспекты уровня жизни населения республики, демонстрирует в целом стабильную положительную динамику. Объемы среднедушевых номинальных денежных доходов населения, рассчитанные в национальной валюте, растут на протяжении всего периода независимости (в 2016 году темпы роста составили 8,2%). Индекс реальных денежных доходов, рассчитанный с учётом индекса потребительских цен, изменяются схожим образом (исключая кризисные 1998 и 2009 годы, в которые

наблюдалось небольшое снижение уровня доходов). Хорошо иллюстрируют данную тенденцию и показатель доли населения с доходами ниже уровня прожиточного минимума: если до середины 2000-х годов его значение стабильно превышало 30%, то начиная с 2006 года оно начало стремительно падать, достигнув в 2015 году абсолютного минимума в 2,7%. При этом величина прожиточного минимума в национальной валюте продолжает расти.

Выводы: производство основных фармацевтических продуктов в Казахстане на протяжении 1997-2014 годов, увеличилось за 18 лет в 42 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фармацевтический рынок Казахстана: история, основные направления развития и текущее состояние // [aequitas.kz/upload/files/brochures/ Обзор фармацевтического рынка Казахстана.pdf](http://aequitas.kz/upload/files/brochures/Обзор_фармацевтического_рынка_Казахстана.pdf).
2. Анализ фармацевтического рынка Казахстана - 2016 // www.marketingcenter.kz/2016/05-20-kazakhstan-analiz-farmaceuticheskogo-rynka.html.
3. Медико-биологическая отрасль Республики Казахстан // rfcaratings.kz/wp-content/uploads/2015/11/Obzor-mediko-biologicheskoy-otrasli-RK_-2016.pdf.

Резюме.

Фармацевтическая промышленность занимается исследованием, разработкой и массовым производством лекарственных средств, преимущественно предназначенных для профилактики, облегчения и лечения болезней. Выпуск качественной фармацевтической продукции должен быть главным принципом фармацевтических производителей. Фармацевтические компании могут работать как с оригинальными препаратами, так и с дженериками.

Resume.

The pharmaceutical industry is engaged in the research, development and mass production of drugs, primarily for the prevention, alleviation and treatment of diseases. The issue of quality of pharmaceutical products should be the main principle of the pharmaceutical manufacturers. Pharmaceutical companies can work with both the original drugs and generics.

УДК 614.2:386.06 (574)

ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РК

Темиргалиева Ф.Е., Касымбаева А.Ж.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

aigerim1207103@mail.rufarida temir@mail.ru

Страхова медицина як форма населення в масштабах всієї захисту є певна організація, за методом страхування на основі системи охорони здоров'я. Фінансування охорони здоров'я може здійснюватися державними підприємствами і приватними особами. Це надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин, де продукт виступає в якості конкретного медичного обслуговування, а покупець є державним підприємством, громадянин. Медичне страхування на сучасному етапі в найширшому сенсі - це нові економічні відносини в ринкових умовах. Вони знаходяться в створенні систем охорони здоров'я та соціального забезпечення, яка гарантує всім громадянам вільний доступ до кваліфікованої медичної допомоги, незалежно від соціального статусу і рівня доходів.

Вступление. Страховая медицина как одна из форм общегосударственной защиты населения представляет собой определенную организационную систему медицинской помощи, основанную на методе страхования. Финансирование здравоохранения может осуществляться государством, предприятиями, частными лицами. Это чрезвычайно мобильная система товарно-рыночных отношений, где в качестве товара выступает конкретная медицинская услуга и покупателем является государство, предприятие, гражданин. Медицинское страхование на современном этапе в широком понимании - это новые экономические отношения в условиях рынка. Их суть в создании системы охраны здоровья и социального обеспечения, гарантирующей всем гражданам

свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь независимо от социального положения и уровня доходов.

Цель. Изучить методы внедрения системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.

Методы и материалы. На основе результатов системного обзора статей в области страхования и здравоохранения.

Результаты исследований. Система медицинского страхования сейчас реализуется во всех странах. На данный момент необходимость внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан определена Планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства», Посланием Главы государства Нурсултана Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее».[1]

Опыт страховой медицины имеет давнюю историю, и в настоящее время существуют различные ее модели. При всем многообразии классификаций систем здравоохранения, как правило, эксперты сводят их к трём классическим моделям: Бисмарка (немецкая), Бевереджа (английская), Семашко (советская). На данный момент ни одна из развитых стран строго не придерживаются ни одну из этих моделей. Большинство стран комбинируют различные модели страхования. Реформы в сфере медицинского страхования постоянно совершенствуются, так как современные системы здравоохранения становятся все более гибридными. В большинстве стран с развитым платным здравоохранением медицинское страхование получило широкое распространение. Основная его цель - максимальная доступность качества медицинских услуг для широкого круга населения при минимальных затратах и полная компенсация расходов страхователей. По общемировым стандартам медицинское страхование покрывает две группы рисков, это затраты на

медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу, а также потеря трудового дохода.[2]

Страхование медицинских затрат является страхованием от ущерба и защищает состояние клиента от внезапно возникающих расходов. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, основными причинами перехода к страховой медицине являются:

- недостаточность финансирования здравоохранения;
- увеличение обращаемости за медицинской помощью (до 60%) при «бесплатном» здравоохранении;
- возрастание объема и стоимости медицинских услуг параллельно росту числа врачей;
- дефицит квалифицированной медицинской помощи;
- расцвет «теневой» экономики в медицине;
- сверхцентрализация и монополизация финансирования и управления здравоохранением.

Страховая медицина должна быть основана на определенных принципах. К важнейшим следует отнести следующие из них:

1. Медицинскому страхованию подлежит все население: работающие и неработающие. Охват застрахованных должен быть всесторонним и универсальным, при этом включено профилактика, лечение и реабилитация.

2. Всем застрахованным по данной программе должна быть обеспечена равная медицинская помощь самого высокого уровня. Это означает, что каждый вид медицинской помощи должен быть оказан на основании медико-экономических стандартов, включающих определенный объем и качество медицинских услуг. Все, что выходит за рамки программы, должно дополнительно оплачиваться самим пациентом при предварительном его уведомлении.

3. Страховая медицина основана на высокоэффективных, проверенных медицинских технологиях. Известно, что чем лучше оборудование, тем лучше

качество лечения, а значит короче срок пребывания в стационаре и выше эффективность.

4. Система обязательного медицинского страхования базируется на безвозвратной основе. Застрахованный гражданин, имеющий страховой полис имеет право получать медицинскую помощь на любой территории страны, независимо от места проживания путем выбора лечебного учреждения и лечащего врача (в пределах лечебных учреждений, с которыми страховая компания заключила договор), таким образом, нарушается принцип территориального обслуживания.

5. Каждый гражданин имеет право на добровольное медицинское страхование, то есть на те медицинские услуги, которые выходят за пределы установленного минимума.

6. Страховая медицина - это медицина, не признающая дефицитов. Больному гарантируется предоставление высококвалифицированной медицинской помощи.

7. Страховая медицина требует высокой медицинской культуры и профессионализма. Каждый врач должен пройти лицензирование и получить разрешение на определенный вид деятельности.

8. Страховая медицина - это вклад финансовых средств в здравоохранение и изменение менталитета медицинского персонала, пациентов. [3]

Казахстан выбрал солидарную модель системы медицинского страхования. Выбранная модель предусматривает ответственность трех сторон – государства, работодателя и гражданина. Государство отвечает за своих граждан, непосредственно перечисляя соответствующие взносы, работодатель за своего работника, и третья сторона - гражданин который должен заботиться о своем здоровье. Министерством здравоохранения уже принят закон «об обязательном социальном страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V.

1 июля 2016 года был создан АО «Фонд социального медицинского страхования». Основными предметами деятельности фонда является

аккумуляцию отчислений и взносов. Предполагаемая ставка отчислений в ФОСМС для работодателей будет увеличиваться с 1% начиная с 2018-го года и до 3 % в последующие годы. Взносы работников – 1% с 2019 года и 2% - с 2020-го.

Целью внедрения данной системы медицинского страхования является создание сбалансированной и устойчивой системы обеспечения гарантий и обязательств оказания медицинской помощи. Создание условий для свободного выбора пациентом врача и медицинской организации приведет к развитию конкуренции, повышению прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

В рамках системы медицинского страхования гражданам будет предоставляться три пакета медицинских услуг. Первый – базовый, финансируемый за счет республиканского бюджета, будет доступен для всех граждан РК. То есть государство сохраняет за собой обязательства по финансированию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включающую в себя скорую помощь, санитарную авиацию, медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и в экстренных случаях. Второй пакет смогут получать участники системы страхования. Это услуги амбулаторно-поликлинической помощи с амбулаторным лекарственным обеспечением, стационарная и стационарно замещающая медицинская помощь, восстановительное лечение, медицинская реабилитация, высокотехнологическая помощь, паллиативная помощь и сестринский уход. Третий пакет будет предусматривать индивидуальный пакет медицинских услуг, финансируемый за счет добровольных страховых взносов граждан или работодателей в фонды добровольного медицинского страхования.

Если углубиться в опыт медицинского страхования в Казахстане, то история добровольного медицинского страхования насчитывает уже более 10 лет. Страховщиками накоплен негативный опыт в осуществлении этого вида страхования, однако на фоне западных стран этот опыт не столь значительный. Одной из особенностей текущего состояния добровольного медицинского

страхования в Казахстане является то, что ДМС еще малодоступно физическим лицам. Приобрести ДМС может только работодатель. В Казахстане ДМС выступает как дополнение к гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи, посредством которого осуществляется доступ к услугам частных медицинских поставщиков, предоставление более высоких стандартов медицинского обслуживания и качества медицинских услуг.

Эффективность медицинского страхования была доказана во всем мире. В развитых странах системы здравоохранения, основанные на медицинском страховании, уже существуют десятки лет. Однако в США действует добровольная форма медицинского страхования. В странах Европы функционирует система, предусматривающая наличие обязательного медицинского страхования и дополняемая добровольными взносами в определенной степени. По мнению подавляющего большинства экспертов, такая система является наиболее правильной и оптимальной.

Выводы. Таким образом внедрение новой финансовой модели, основанной на солидарной ответственности за здоровье, приведет к реальному экономическому стимулированию поставщиков медицинских услуг, медицинских работников и снижению коррупции в отрасли. Коренные преобразования в системе финансирования страховой медицины позволят поднять качество медицинских услуг, приблизив их уровень к международным стандартам и при этом будут созданы хорошие условия для получения доступной, качественной и эффективной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

5. Куриленко В. Плюсы и минусы обязательного медицинского страхования // Охрана Здоровья . - 2010. - №17.- № 68-69.
6. Ф.Е. Темиргалиева, А.Ж. Касымбаева, В.С. Ан, Э.А. Серикбаева. Классификация медицинского страхования. Принципы внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.

7. Бахматов С.А. Современные теоретические подходы к исследованию проблем обязательного медицинского страхования / С.А. Бахматов, А.С. Чипизубова // Развитие страхового рынка в России в современных условиях: сборник научных трудов. Иркутск: БГУЭП.-2010.-С.20-24.

Резюме

Страховая медицина как форма населения в масштабах всей защиты является определенной организацией, по методу страхования на основе системы здравоохранения. Финансирование здравоохранения может осуществляться государственными предприятиями и частными лицами. Это чрезвычайно мобильная система товарно-рыночных отношений, где продукт выступает в качестве конкретного медицинского обслуживания, а покупатель является государственным предприятием, гражданин. Медицинское страхование на современном этапе в самом широком смысле - это новые экономические отношения в рыночных условиях. Они находятся в создании систем здравоохранения и социального обеспечения, которая гарантирует всем гражданам свободный доступ к квалифицированной медицинской помощи, независимо от социального статуса и уровня доходов.

Resume

Insurance medicine as a form of population-wide protection is a certain organization, on the method of insurance based health care system. Health financing can be carried out by the state, enterprises and individuals. This is an extremely mobile system of commodity-market relations, where the product acts as a specific medical service, and the buyer is a state enterprise, citizen. Medical insurance at the present stage in the broadest sense - is the new economic relations in market conditions. They are in the creation of health and social welfare systems, which guarantees all citizens free access to qualified medical care regardless of social status and income level.

УДК 615.7+615.46/.47 (574)

**ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ
СРЕДСТВАМИ И ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В
РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В РК**

Шопабаева А.Р., Ержанова Р.Б.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.

Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

almarsh@mail.ru

На цей час забезпеченням населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення (ЛЗ, ВМП) в рамках гарантованої обов'язкової медичної допомоги (ГОБМП) і обов'язкового соціального медичного страхування (ОСМС) займається створена в 2009 році СК - Фармація (СКФ), в 2013 році компанія була передана у відання МЗСР РК.

Вступление. В настоящее время обеспечением населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (ЛС, ИМН) в рамках гарантированной обязательной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) занимается созданная в 2009 году СК –Фармация (СКФ), в 2013 году компания была передана в ведение МЗСР РК.

Цель проанализировать особенности обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированной обязательной медицинской помощи в РК.

Материалы и методы. В работе использовались данные специальной литературы. К основным методам, которые применялись, относятся: исторический, сравнения, логический, математический, статистический.

Результаты исследований. Ключевая задача СК-Фармация – Единого дистрибьютора (ЕД) в республике – это бесперебойное и своевременное

обеспечение населения бесплатными препаратами, повышение устойчивости и конкурентоспособности фармацевтической отрасли Республики Казахстан [1]. В соответствии со статьей 77 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» одним из главных принципов закупа Единым дистрибьютором лекарственных средств и изделий медицинского назначения является поддержка отечественных товаропроизводителей, способствующая в целом развитию казахстанского фармацевтического рынка [2,3].

Еще одним важным направлением Единого дистрибьютора является уменьшение доли локальных коммерческих дистрибьюторов. Были пересмотрены логистика и учтены проблемы в вопросах снабжения основного годового заказа ЛС. В конце 2016 года было закуплено 96% от заявленной потребности 2017 года, в настоящее время товар доставлен на склады Единого дистрибьютора в размере 75% объема первой поставки.

Поддержка отечественного производства и предпринимательской инициативы - одно из главных направлений в работе Единого дистрибьютора. Как показывает анализ за последние 2 года значительно увеличен закуп у отечественных производителей. В общем объеме закупа Единого дистрибьютора свыше 50% составляют препараты казахстанского производства. Кроме этого, в рамках поддержки отечественных производств в 2017 году 47 позиций из амбулаторного списка лекарственных средств будут обеспечиваться через Единого дистрибьютора. Большое значение имеет деятельность по долгосрочным договорам: за прошедший период было заключено 32 долгосрочных договора с 19 отечественными производителями на поставку 1052 ЛС и ИМН (817 ЛС и 235 ИМН). Анализ закупа ЛС и ИМН среди различных стран, показывает, что из 915 закупленных ЛС и ИМН - 463 отечественного производства, что составляет 51%, 36% - закупается из Европы и США, России - 2%, КНР - 1%.

Необходимо отметить, что в структуре реализации ЛС и ИМН из 15-ти отечественных производителей, только 6 - осуществляют экспорт (около 3%),

остальные насыщают рынок за счет закупа у ЕД (от 6 до 98%). Анализ показывает, что отсутствует конкуренция среди казахстанских производителей, что в дальнейшем чревато рисками - отсутствием конкурентоспособного товара на территории единого лекарственного рынка ЕАЭС. В этой ситуации остро стоит вопрос качества отечественных лекарственных средств, которое должно соответствовать требованиям международных стандартов GMP.

Одним из инструментов в деятельности ЕД, с помощью которых удалось достичь экономии бюджетных средств, являются прямые договоры. Так, в 2016 году было принято решение работать напрямую с ведущими мировыми фармацевтическими предприятиями, так как их дистрибьюторы имеют прибыль от 10 до 30%. Такая деятельность позволила избежать резкого колебания цен на жизненно важные препараты, предназначенных для пациентов Казахстана. Кроме того, было подписаны меморандумы о взаимном сотрудничестве и произведены международные закупки по линии ЮНИСЕФ[4,5]. Так, впервые было подписано Соглашение между ТОО «СК-Фармация» и ЮНИСЕФ на закуп 11 препаратов для лечения ВИЧ на сумму 1 млрд тенге. Результатом такой деятельности была экономия бюджетных средств. Закуп через ЮНИСЕФ - это доступ к наиболее выгодным ценам и увеличение объема охвата ВИЧ-больных с 6 до 13 тысяч человек (около 90%) (рис. 1).

В текущем году снижен размер наценки ТОО «СК-Фармация» до 7%, что позволит сократить нагрузку на государственный бюджет и увеличить охват пациентов по обеспечению лекарственными средствами в рамках ГОБМП.

С 2016 года начал работу ситуационно-аналитический центр ТОО «СК-Фармация». Он представляет собой централизованную базу данных различных подсистем всех участников системы единой дистрибуции. Основными функциями ситуационно-аналитического центра является сбор и анализ информации по закупу и поставкам в организации здравоохранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Консолидация

информации о лекарственном обеспечении в ситуационно-аналитическом центре позволяет обеспечить актуализацию данных по основным показателям работы в режиме реального времени; повышение качества планирования и прогнозирования; эффективность принятия управленческих решений; оперативность подготовки аналитических материалов.

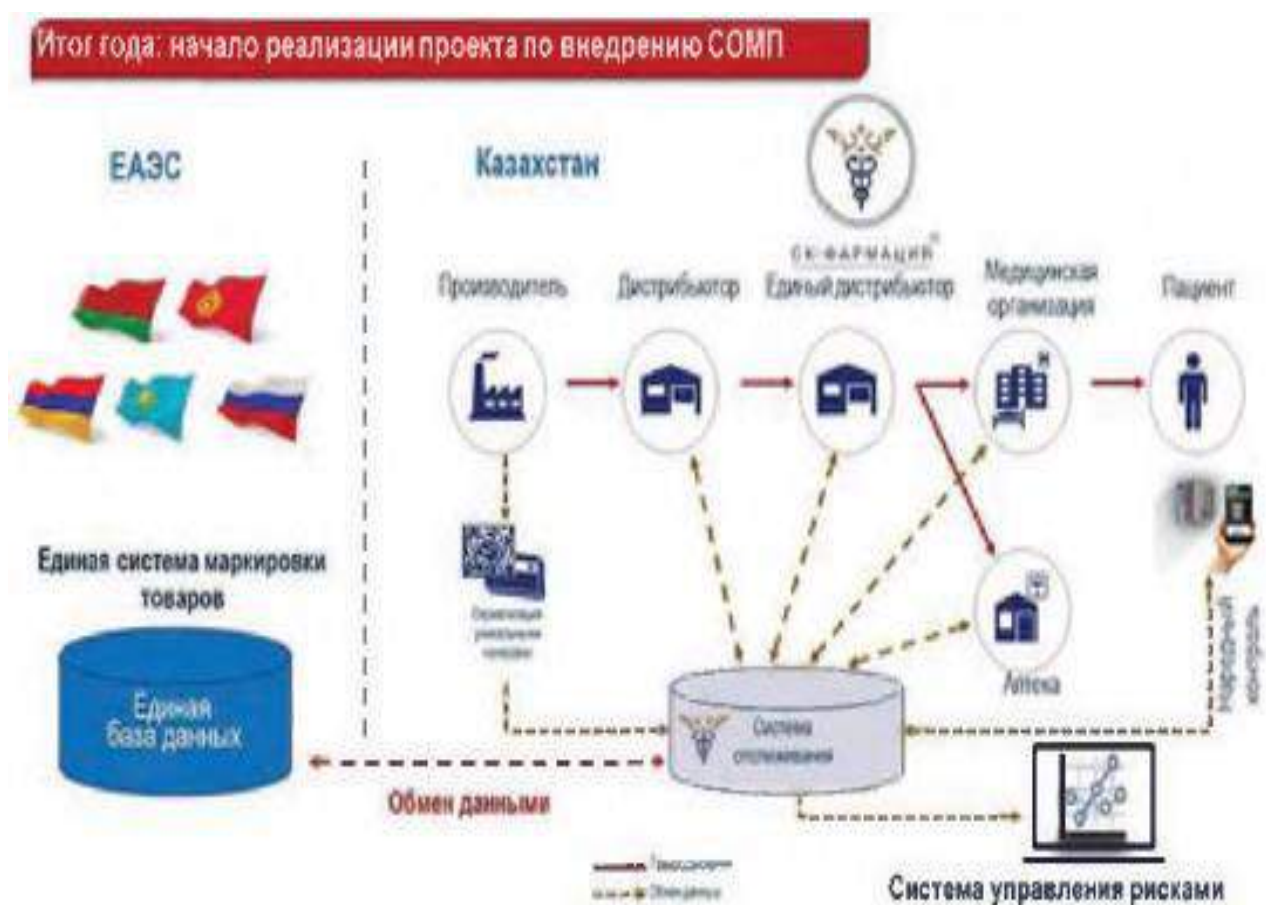


Рис. 1 Система отслеживания медицинской продукции

В настоящее время в республике остро стоит вопрос по ценовой политике лекарственных средств. В Казахстане по 49 нозологиям и 400 наименованиям лекарственных средств в рамках ГОБМП оказывается бесплатная государственная поддержка, которая охватывает социально-незащищенные слои

населения и дает возможность пациентам пользоваться качественными, эффективными и доступными лекарствами.

Современный период развития фармации в Казахстане характеризуется быстрым ростом и развитием фармацевтической отрасли. Однако, есть проблемы в бесперебойном и своевременном обеспечении населения лекарственными средствами в рамках ГОБМП, несмотря на то, что государство выделяет ежегодное финансирование, плюс еще 7% дополнительного финансирования и 2% на новых пациентов.

В этой ситуации возникает необходимость введения регулирования цен на все лекарственные средства. Для этого предстоит расширить номенклатурный список, будут пересмотрены клинические протоколы.

Выводы. Таким образом, Единый дистрибьютор в настоящее время в свете современных требований времени и Послания президента РК Н.Назарбаева «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» (2017) готоврешать основную задачу по непрерывному обеспечению страны лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОМБП) на базе внедрения системы обязательного социального медицинского страхования, основанной на солидарной ответственности государства, работодателей и граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан О здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.)
2. Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ»

3. Указ Президента Республики Казахстан "О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года" (с изменениями по состоянию на 11.11.2013 г.)
4. Приказ МЗСР РК от 18 января 2017 года № 20 Об утверждении форм документов для участия в закупе лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования
5. Решение Евразийского экономического союза от 03 ноября 2016 года № 80 Об утверждении Правил надлежащей дистрибьюторской практики в рамках Евразийского экономического союза

Резюме.

В настоящее время обеспечением населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (ЛС, ИМН) в рамках гарантированной обязательной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) занимается созданная в 2009 году СК – Фармация (СКФ), в 2013 году компания была передана в ведение МЗСР РК.

Resume.

Currently supplying the population with drugs and medical products (medicines, medical devices) within the guaranteed obligatory care (SBP) and compulsory social health insurance (OSMS) has been established in 2009 SK - Pharmacy (GFR), in 2013 the company was MZSR transferred to the Republic of Kazakhstan.

УДК 615.15: 614.25(574)

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАЦИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАЗАХСТАНА

Шопабаева А.Р., Ержанова Р.Б., Чернявская Н.М.

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

almarsh@mail/ru

Сьогодні в Казахстані прийнято рішення про впровадження нової спеціальності «Клінічний фармацевт». Клінічний фармацевт, який отримав якісну теоретичну підготовку і хорошу практику на провідних клінічних базах, зможе стати незамінною ланкою в медичній команді, реально забезпечує раціональне, безпечне та ефективне лікування пацієнтів. Наказом по МЗСР РК №1036 від 5 грудня 2016 року внесено зміни і доповнення до наказу МОЗ РК від 24 листопада 2009 року №774 «Про затвердження номенклатури медичних і фармацевтичних спеціальностей»: главу 2 викласти в такій редакції «Глава 2. Спеціальності з вищою фармацевтичною освітою: фармация ... клінічна фармация; управління якістю в фармации) »

Вступление. В настоящее время в Казахстане принято решение о внедрении новой специальности «Клинический фармацевт». Клинический фармацевт, получивший качественную теоретическую подготовку и хорошую практику на ведущих клинических базах, сможет стать незаменимым звеном в медицинской команде, реально обеспечивающей рациональное, безопасное и эффективное лечение пациентов. Приказом по МЗСР РК №1036 от 5 декабря 2016 года внесены изменения и дополнения в приказ МЗРК от 24 ноября 2009 года №774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей»: главу 2 изложить в следующей редакции «Глава 2. Специальности с высшим фармацевтическим образованием: Фармация ... клиническая фармация; управление качеством в фармации)».

Цель дать анализ клинической фармации: международный опыт и особенности развития в здравоохранении Казахстана.

Материалы и методы. В работе использовались данные специальной литературы. К основным методам, которые применялись, относятся: исторический, сравнения, логический, математический, статистический.

Результаты исследования. Настоящее время – время кардинальных изменений в здравоохранении и в фармацевтической профессии. Когда-то процесс принятия решений о фармакотерапии и ее проведении был относительно прост, безопасен и недорог. Врач назначал, а фармацевт отпускал. Однако, к настоящему времени накопилось достаточно данных, указывающих на то, что традиционный метод назначения и отпуска лекарственных средств вовсе не гарантирует безопасность, эффективность и приверженность к фармакотерапии. Последствия ошибок применения лекарственных средств (ЛС) обходятся дорого, учитывая госпитализацию, визиты врача, лабораторные исследования и корректирующую терапию.

Фармацевты, как эксперты по лекарственным средствам, всегда воспринимались в качестве консультанта и источника информации по вопросам медикаментозного лечения. В настоящее время их вклад в здравоохранение развивается по новым направлениям оказания помощи пациентам в сфере использования лекарственных средств, а также широкому кругу специалистов в принятии клинических решений [1,2].

В Казахстане возросла роль специалистов, реализующих эту концепцию в практическом здравоохранении –клинических фармакологов и клинических фармацевтов. Они все более активно внедряются в структуру практического здравоохранения республики.

В США и Канаде процесс перехода фармации на «клинические рельсы» начался в 70-е годы прошлого столетия. Затем процесс развития клинической фармации пошел и в Европе. Концепция развития клинического направления в сфере обращения лекарственных средств заключается в том, что фармацевт

вместе с врачом принимает все более активное участие в фармакотерапии, берет на себя часть ответственности за качество и оптимальные результаты лечения. На фармацевта (провизора) возлагается обязанность обеспечить больного не только качественными лекарствами и изделиями медицинского назначения, но и содействовать их рациональному использованию. Таким образом, обеспечивается постоянное высококвалифицированное консультирование больных по вопросам рационального применения лекарств с учетом их лекарственной формы, снижение побочных эффектов препаратов, условий их правильного хранения, правил использования новых ЛС и т.д. [3,4].

Концепция фармацевтической помощи (фармацевтической опеки), направлена на повышение качества лечения больного, полностью распространяется на совместную работу фармацевта и врача с больным. Это положение закреплено в документах ВОЗ и лежит в основе Программы действий по основным лекарственным препаратам, утвержденной Европейским Региональным Бюро ВОЗ. В свете этой стратегии коренным образом меняется роль фармацевта в системе здравоохранения. Основной целью его профессиональной деятельности становится повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии конкретного больного – обеспечение каждому больному надлежащего качества фармацевтической опеки в течение всего периода лекарственной терапии, начиная от момента отпуска лекарства и до полного окончания его действия.

К концу 90-х годов XX столетия страны, использующие на практике концепцию фармацевтической помощи, получили как социальные, так и экономические результаты от ее внедрения, выразившиеся в снижении частоты побочных эффектов при приеме лекарственных препаратов, сокращении повторных обращений к врачу, сроках госпитализации, уменьшении количества ошибок при выписывании рецептов и т.д.

В каждой стране, внедрившей или внедряющей концепцию фармацевтической помощи в практику здравоохранения, используется модель,

учитывающая национальную специфику. Однако общим для всех моделей является то, что они направлены на улучшение качества жизни пациента при оказании фармацевтической помощи.

Клинический фармацевт – это специалист, знакомый с основными видами медицинской документации, общей синдромологией и клинической симптомологией в клинике болезни человека, с основными методами клинического, лабораторного и инструментального обследования больных, с общими принципами интерпретации результатов обследования больного, основными направлениями и принципами лекарственной терапии внутренних болезней.

Клинический фармацевт может реализовать свои знания в различных сферах практической деятельности. Получивший качественную теоретическую подготовку и хорошую практику на ведущих клинических базах, он сможет стать незаменимым звеном в медицинской команде, обеспечивающей рациональное, безопасное и эффективное лечение пациентов. Подготовкой именно таких специалистов занимаются высшие учебные заведения, в том числе впервые в Казахстане факультет фармации и технологии фармацевтического производства КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

В современных условиях образование становится национальным приоритетом, стратегические направления развития которого связаны с внедрением новых специальностей в вузе и подготовкой высококвалифицированных специалистов в соответствии с требованиями рынка труда. Начиная с 2004 года, в системе высшего образования Республики Казахстан осуществляется совершенствование и гармонизация ГОСО по всем уровням с учетом внедрения инновационных образовательных технологий, введен Классификатор специальностей бакалавриата и магистратуры, гармонизированный с Международной стандартной классификацией образования (МСКО). В нашем вузе современный этап развития факультета фармации и технологии фармацевтического производства характеризуется

созданием образовательного, научно-исследовательского и культурного потенциала, позволяющего решать еще более масштабные задачи, соответствующие миссии инновационного университета. Подготовка специалистов ведется по 3-уровневой системе: бакалавриат, магистратура, докторантура. По специальности «Фармация» имеются следующие четыре направления подготовки: фармацевт-менеджер, фармацевт-технолог, аналитик-токсиколог, клинический фармацевт. Что касается последнего направления, то это, как было отмечено выше, специалисты нового типа, занимающие промежуточное положение между врачом и фармацевтом и являющиеся посредниками между врачом и больным. И их включение в структуру здравоохранения РК было актуальным.

Программа реализации новой модели, объединяющей образование, инновации, исследование и развитие технологий направлена на подготовку специалистов, способных к решению инновационных задач на базе современных интеллектуальных технологий.

В КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Фармация» с 2016-2017 учебного года сформированы следующие траектории подготовки по клинической фармации:

- на уровне бакалавриата разработана образовательная программа «клиническая фармация»;
- на уровне послевузовского образования разработаны ряд элективных дисциплин в области фармакотерапии и запланировано выполнение научно-исследовательских работ в виде магистерских и PhD диссертаций, а также выполнение научно-исследовательских работ по грантам вуза и других организаций на конкурсной основе.

Где и в качестве кого могут реализовать себя клинические фармацевты? Во-первых, это фармацевтические организации, во-вторых, это лечебно-профилактические учреждения. Основные направления работы клинических фармацевтов:

- обеспечение фармацевтической опеки больных в аптечных учреждениях;
- в качестве консультанта врача в ЛПУ по вопросам фармакотерапии и обеспечение индивидуального подхода к выбору ЛС;
- клинический фармацевт госпитального сектора;
- фармацевт-лаборант, химик-исследователь;
- медицинский представитель фармацевтических компаний-производителей;
- создание рекламы ЛС, разработка маркетинговых и фармакоэкономических научных основ продвижения на рынке лекарственных препаратов в сфере фармацевтического бизнеса.

Вывод. Клинический фармацевт – это настоящее и будущее фармации. Его деятельность – это вдохновенный труд во имя сохранения здоровья человека, увеличение продолжительности жизни и улучшения ее качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ackerman E, Williams ID, Freeman C. Pharmacists in general practice – a proposed role in the multidisciplinary team. *Australian Family Physician* 2010; 39:163-4.
2. Clinical pharmacy practice in developing countries: Focus on India and Pakistan. Akshaya Srikanth Bhagavathula, BarunRanjan Sarkar, Isha Patel. *Archives of Pharmacy Practice*; Vol. 5 Issue 2; Apr-Jun 2014.
3. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy; *PHARMACOTHERAPY* Volume 24, Number 11, 2004
4. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. Debbie Rigby, Consultant Clinical Pharmacist, DR Pharmacy Consulting, Camp Hill, Queensland, *Australian Prescriber*, Vol.33, N6, 2010. 191-193.

Резюме.

В настоящее время в Казахстане принято решение о внедрении новой специальности «Клинический фармацевт». Клинический фармацевт, получивший качественную теоретическую подготовку и хорошую практику на ведущих клинических базах, сможет стать незаменимым звеном в медицинской команде, реально обеспечивающей рациональное, безопасное и эффективное лечение пациентов. Приказом по МЗСР РК №1036 от 5 декабря 2016 года внесены изменения и дополнения в приказ МЗ РК от 24 ноября 2009 года №774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей»: главу 2 изложить в следующей редакции «Глава 2. Специальности с высшим фармацевтическим образованием: Фармация ... клиническая фармация; управление качеством в фармации)».

Resume.

Pharmaceutical public and especially the leaders of higher education in the field of pharmacy to take a decision on the introduction of a new specialty "clinical pharmacist" at the level of the Republic of Kazakhstan. Clinical pharmacist, get quality theoretical training and good practice at the leading clinical sites will become an indispensable element in the medical team, providing real rational, safe and effective treatment of patients.

**ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Шопабаева А.Р., Ержанова Р.Б., Султанбеков А.А.

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

almarsh@mail/ru

У 2018 році в Казахстані планується введення соціального медичного страхування. Впровадження в республіці обов'язкового соціального медичного страхування дозволить забезпечити солідарну відповідальність держави, роботодавців і громадян за здоров'я, а також підвищити якість і доступність медичних послуг, в першу чергу, за рахунок пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги, розвитку приватної медицини і підвищення конкуренції між медичними організаціями.

Вступление. В 2018 году в Казахстане планируется введение социального медицинского страхования. Внедрение в республике обязательного социального медицинского страхования позволит обеспечить солидарную ответственность государства, работодателей и граждан за здоровье, а также повысит качество и доступность медицинских услуг, в первую очередь, за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, развития частной медицины и повышения конкуренции между медицинскими организациями.

Цель. Проанализировать актуальные вопросы социального медицинского страхования в Республике Казахстан.

Материалы и методы. В работе использовались данные специальной литературы. К основным методам, которые применялись, относятся: исторический, сравнения, логический, математический, статистический.

Результаты исследования. Основным условием для внедрения обязательного медицинского страхования является создание в стране солидного

финансово экономического фундамента. Казахстан в этом отношении занимает хорошие позиции по макроэкономическим показателям, росту ВВП и, что немаловажно, сегодняшний мировой экономический кризис несущественно сказался на развитии нашего государства, особенно в вопросах, касающихся социальных гарантий (образования, здравоохранения, пенсионного обеспечения и др.) [1].

С другой стороны, Казахстан ставит перед собой вполне амбициозные цели: войти в число 30-ти развитых стран мира. А достичь этого без создания современной системы здравоохранения, основанной на новых научных достижениях и технологиях, на современных управленческих подходах, невозможно.

С 2010 года с введением Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан (ЕСНЗ) были проведены кардинальные преобразования в системе здравоохранения, направленные на улучшение здоровья граждан страны. Все эти меры способствовали повышению престижа казахстанской системы здравоохранения. А коренные преобразования в системе финансирования ГОБМП позволили поднять качество медицинских услуг, приблизив их уровень к международным стандартам. При этом стала возможной реализация прав граждан Казахстана на доступную и качественную медицинскую помощь.

Необходимость введения обязательного медицинского страхования можно объяснить тем, что медицина – очень затратная отрасль, а государство, даже самое экономически развитое, не всегда может в полной мере обеспечить граждан бесплатной медицинской помощью. Значит, требуется новая модель финансирования. Опыт страховой медицины имеет давнюю историю, и имеются различные ее модели, применяемые в тех или иных странах (бюджетно--страховая, частно-страховая и другие). В отличие от других стран, казахстанская медицина на сегодняшний день имеет бюджетную модель с относительно слабыми элементами добровольного медицинского страхования.

Одним из важных направлений страховой медицины будет являться развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в частности, предполагается, что данные услуги сможет получить каждый гражданин республики, независимо от региона и места проживания. То есть, решив прийти на первичный прием к врачу, пациент в первую очередь будет уверен, что ему уже на данном этапе окажут квалифицированную медицинскую помощь.

Кроме этого, система медицинского страхования в Казахстане предполагает развитие кадрового потенциала, а это является одной из важных составляющих благополучия в отечественном здравоохранении. К сожалению, мы сегодня вынуждены сталкиваться с нехваткой врачей и медицинских сестер как в городах Алматы и Астана, так и в регионах.

Нами проводится работа по изучению мировой практики медицинского страхования и определению моделей, целей, задач и принципов внедрения социального медицинского страхования (СМС) в Казахстане. Изучаются модели страховой медицины таких стран, как США, Сингапур, Германия, Великобритания, Австралия, Канада. Отобрав все лучшее из мирового опыта, будет разработана модель социального медицинского страхования в Казахстане. Вполне вероятно, что за основу будет взята германская модель обязательного медицинского страхования, так как она более всего подходит к нашим местным условиям – это так называемая бюджетно-страховая медицина, когда финансирование системы здравоохранения происходит за счет государства, обязательных взносов работодателей и работника[2].

В настоящее время проводятся подготовительные мероприятия по внедрению страховой медицины, многие ее элементы уже сейчас отработаны и внедрены (свободный выбор врача и медицинской организации, работа портала бюро госпитализации с автоматическим определением даты госпитализации, принцип «деньги за пациентом», информатизация и создание электронных баз и порталов, внедрение безбумажного документооборота и др.).

Однако пока не определены отчисления в Фонд обязательного медицинского страхования от работника и его работодателя. Но именно эти средства будут направлены на дополнительное финансирование Фонда обязательного медицинского страхования и тем самым будут способствовать увеличению его финансовых ресурсов. В период поступления денежных средств от работника и работодателя примерно на 30-40% произойдет увеличение финансовых ресурсов Фонда, его докапитализация, что позволит увеличить объемы гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) еще больше.

С введением обязательного медицинского страхования каждый житель республики, независимо от того, работает он или нет, инвалид ли, пенсионер или ребенок, будет получать весь объем медицинской помощи в рамках ГОБМП. Это не говорит о том, что только работающий человек будет обслуживаться, а ребенок или пенсионер – нет. Так как та модель страхования, которая будет внедрена в Казахстане, будет достаточно гибкой в том плане, что сегодня человек работает и из своей заработной платы делает отчисления, а завтра он пенсионер, но все равно в полном объеме будет получать медицинскую помощь. Или вчерашний ребенок, лечение которого оплачивает государство, вырастая, начинает работать и эти средства Фонду возвращает. То есть это идет такая круговая, цикличная взаимосвязь.

Согласно законопроекту РК, гражданам будет предоставляться 2 вида пакетов медицинских услуг.

Первый – базовый пакет представляет собой гарантированный государством объем медицинской помощи, финансируемый из республиканского бюджета. Этот пакет будет доступен всем гражданам Казахстана. Он включает: скорую помощь и санитарную авиацию, медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и в экстренных случаях, профилактические прививки. Для непродуктивно самостоятельно занятого населения до 2020 года предусмотрено предоставление амбулаторно-

поликлинической помощи с амбулаторно-лекарственным обеспечением за счет средств республиканского бюджета.

Второй – страховой пакет, предоставляемый из вновь создаваемого Фонда медицинского страхования. В него входит: амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь (за исключением социально-значимых заболеваний), стационар замещающая помощь (за исключением социально-значимых заболеваний), восстановительное лечение и медицинская реабилитация, паллиативная помощь и сестринский уход, высокотехнологичная помощь.

Право на получение данного пакета предоставляется гражданам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории РК, за которых перечислялись взносы.

При этом государство будет осуществлять взносы за экономически неактивное население. Работодатели – за наемных работников. Работники и самостоятельно занятые граждане, зарегистрированные в налоговых органах – за себя.

В дополнение к этим пакетам, граждане, при участии в добровольном страховании, могут получить медицинские услуги на договорной основе.

Для аккумулирования обязательных ежемесячных взносов и закупа медицинских услуг на базе Комитета оплаты медицинских услуг МЗСР РК будет создан Фонд социального медицинского страхования в организационно-правовой форме некоммерческого акционерного общества. Учредителем и единственным акционером Фонда выступит Правительство РК.

Вывод. В Казахстане новый Фонд обязательного медицинского страхования полностью обеспечит граждан бесплатной медицинской помощью, которую они смогут получить в любое время, а для этого будет создана адекватная юридическая нормативно–правовая база.

ЛИТЕРАТУРА

1. ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Об обязательном социальном медицинском страховании (с [изменениями и дополнениями](#) по состоянию на 22.12.2016 г).
2. Основы экономики и системы учета в фармации. Под редакцией Немченко А.С.-Винница: НОВА КНИГА, 2008. -480 с.

Резюме.

В 2018 году в Казахстане планируется введение социального медицинского страхования. Внедрение в республике обязательного социального медицинского страхования позволит обеспечить солидарную ответственность государства, работодателей и граждан за здоровье, а также повысить качество и доступность медицинских услуг, в первую очередь, за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, развития частной медицины и повышения конкуренции между медицинскими организациями.

Resume.

In 2018, the introduction of social health insurance is planned in Kazakhstan. Implementation in the Republic of compulsory social health insurance will provide joint and several liability of the state, employers and the health of citizens, as well as improve the quality and accessibility of health services, primarily due to the priority development of primary health care, private medicine development and increasing competition between health organizations.

**BENEFITS OF ESTABLISHING AND IMPLEMENTING NATIONAL
ELECTRONIC FORMULARY AND CLINICAL GUIDELINES IN UKRAINE**

Duncan Enright

Managing Director, EBN Health

Duncan.Enright@ebnhealth.com

EBN Health's mission is removing variation and improving patient care in the healthcare system. We believe everyone should have access to essential medicines information to improve healthcare for patients, professionals and decision makers alike. We wish to support the Ukrainian government to help citizens have access to better healthcare with the best use of resources available.

A National Formulary is an official guide to choosing and using medicines safely and effectively

Introduction. National Formulary contains all the registered medicines available in a country, with details on usage, indications, contraindications, and advice for different patients including help on use with pregnancy, breastfeeding and for children. Without a central resource, important clinical information is often sourced in a number of different places such as clinical journals, ministry bulletins, conferences papers, or visits from pharmaceutical reps. Healthcare professionals need to search several sources. It is not possible to stay abreast of latest research. This is four times what is available in normal working hours. Guidance and updates can be created locally, through hospital committees, but this is limited by budget and time constraints.

Materials and methods. Analytical, logical, systematic methods of analysis.

The aim of EBN Health is to have the right information in the right place for the right person at the right time to enable the best possible decisions to be taken. High quality and relevant content is key.

Result. EBN Health can take on a project or service at any stage, from helping to co-create a basic idea to reviewing an existing project. This can include starting with:

1. No existing content
2. Some existing content but incomplete and in different places
3. Complete but periodically or rarely updated content such as for the Ukraine National Formulary

What EBN Health offers is the creation and compilation of all relevant and high quality information in the appropriate language relevant to the project or service. This information is reviewed by experts to ensure that everything included is accurate, up to date and based on evidence and best practice.

This can include:

- ✓ Locally sourced and produced content, such as pre-existing Standard Treatment Guidelines or formulary lists.
- ✓ Regulatory information.
- ✓ Licencing medicines data sheets.

Internationally available evidence-based sources from reputable organisations such as:

1. Cochrane Library
2. Information from regulators such as FDA, MHRA, EMA, Medsafe
3. International reference works such as Martindale, Lexicomp, UpToDate and Briggs
4. PubMed
5. Other local resources such as British National Formulary and Australian Medicines Handbook
6. Electronic medicines compendium eMC, MIMS and other pharmaceutical sponsored but independent sources, as well as manufacturers information
7. Guideline providers of high reputation such as NICE and SIGN
8. WHO medicines information including the WHO Model Formulary

9. Clinical Key, Dynamed and other clinical collections

Will still vary from hospital to hospital, can be influenced by pharmaceutical companies pushing new medications. Even if new guidance is produced, helping healthcare professionals interpret and implement that guidance in practice can be difficult. Clinical Guidelines (also sometimes called medical guidelines, clinical protocols or clinical practice guidelines) aim to document and guide decisions and criteria regarding diagnosis, management, and treatment in specific areas of healthcare. Both are evidence-based or guided by best practice and can be used at the point of care, and both improve the provision of healthcare.

Dissemination of information in appropriate formats is key to improving healthcare and reducing variation. Evidence-based resources must be: clear and concise; in one place; authoritative and reliable; easily accessible, either digitally or in well-designed print form.

To ensure implementation, resources must also be: communicated to all users and stakeholders so that they are understood and used; supported by authorities, as changes in practice can be tough to implement with training and reassurance; traceable with a level of accountability.

Introduction of electronic formulary will allow: improve patient outcomes; improve use of medicines; reduce wasteful prescribing; cut drug costs; reduce variation; improve professional standards; fair and transparent drug pricing; establish evidence-based approach to practice; offer measures of health system performance; provide evidence base for use of medicines; provide transparency in best practice; reduce demands from drug companies; make rational resource decisions; cut counterfeit or poor quality drug use.

The introduction of digital techniques in the health assessment is an a prerequisite for improving the quality of medical and pharmaceutical services. This method of digital databases offer Ministry of Health with the direct participation of the department OEPH and is currently under consideration.

EBN Health's team of international experts help to create, improve and maintain evidence-based knowledge enabling healthcare professionals to make better decisions at the point of care and ultimately improve patient outcomes. EBN Health offers a variety of services to meet the needs of all clients. The company's specialty lies in the management, organization and distribution of healthcare information as well as creating systems and processes to create a culture of continuous feedback. EBN Health recognizes that engaging clinicians and practitioners to integrate the use of any new resource into their professional routine is the key to success.

For the Ukraine National Formulary to be successful, users need to know of its existence, understand its advantages and benefits, how to use it and where they can access it.

EBN Health can create a clear, researched and targeted marketing and communications plan taking into account the product, policy or resource, and the intended audience. The plan will be tailored to your specific needs, from your views and experiences. As in all our work, the EBN team will consult carefully to make sure we create a plan in partnership with you, connecting with existing campaigns, and making use of local partners. Plans will include the following.

Strategy

- ✓ Background analysis of the various segments and target markets to gain a clear view of the positioning needed.
- ✓ Key messaging to meet stakeholder needs, influence the target audience and encourage project adoption/use.
- ✓ Help define communication and stretch goals for measurement as Key

Performance

- ✓ Indicators (KPIs).
- ✓ Implementation
- ✓ Promotional materials to reach key audiences, including brochures, posters, flyers, banner stands, and promotional gifts.

- ✓ Online marketing content including website content, e-newsletters, and online advertising.
- ✓ Contact with appropriate professional bodies and user groups.
- ✓ Writing press releases for different audiences and media, including academic papers/journals.
- ✓ Events and competitions to encourage project adoption, such as case studies, local award schemes and conference attendance.
- ✓ Social media promotion, including developing a distinctive voice, appropriate frequency of activity, and community management.

User training is key in adoption of any project, building expertise and support amongst key opinion leaders, users and customers to ensure maximum impact. An initial negative experience during a trial phase often means that users/customers will not try again. However, a positive or useful experience will encourage reuse and aid in habit formation. If your users have already tried the Formulary previously, we can work with you to improve their experiences and move them from unsure users to advocates. EBN Health has experience training both trainers and end users. All training includes a report on attendees, content, feedback via surveys, and later follow-up to analyse effectiveness and return on investment where possible.

It is important to have a clear working governance structure to ensure:

- Authority from key stakeholders in government and professional bodies
- Consistent high quality backed by a clear structure and processes
- Oversight and control of the project during and after creation by the client
- Confidence in the governance arrangements, and therefore the knowledge resource, from all users. As part of the service, EBN Health will set up a clear governance structure that meets the needs of the Ukraine National Formulary.

This will include:

- Creation of suitable Standard Operating Procedures (SOPs) for governance and updating to ensure independence and authority.

- Gaining approval for the governance structure with funders and other key parties.

- Creation of relevant governance groups including aiding with recruitment and writing job descriptions.

- Recruitment of experts to guide clinical decision making.

- Training the teams involved in the processes either remotely or on site.

- Overseeing the initial processes ensure they work efficiently and effectively, and are changed where necessary so that the project continues to thrive.

Conclusion. The aim of EBN Health is to have the right information in the right place for the right person at the right time to enable the best possible decisions to be taken. High quality and relevant content is key. EBN Health can take on a project or service at any stage, from helping to co-create a basic idea to reviewing an existing project. This can include starting with: no existing content \$ some existing content but incomplete and in different places; complete but periodically or rarely updated content such as for the Ukraine National Formulary.

Резюме.

Миссия EBN Health заключается в устранении различий и улучшении обслуживания пациентов в системе здравоохранения. Мы считаем, что каждый должен иметь доступ к необходимой медикаментам, чтобы улучшить медицинское обслуживание пациентов, специалистов и лиц, принимающих решения. Мы хотим поддержать украинское правительство, чтобы помочь гражданам получить доступ к лучшему медицинскому обслуживанию с наилучшим использованием имеющихся ресурсов.

Национальный формуляр является официальным руководством по выбору и использованию лекарств безопасно и эффективно.

Summary.

EBN Health's mission is removing variation and improving patient care in the healthcare system. We believe everyone should have access to essential medicines information to improve healthcare for patients, professionals and decision makers alike. We wish to support the Ukrainian government to help citizens have access to better healthcare with the best use of resources available.

A National Formulary is an official guide to choosing and using medicines safely and effectively

UDC 614 : 616.89](4-13/-19)

**MENTAL HEALTH CARE: TRENDS IN EUROPE AND
INTERNATIONAL PRIORITIES**

Yakovleva O.S., Khaliq R.N.

Zaporozhye State Medical University, c. Zaporozhye, Ukraine

yakovleva.os@zsmu.zp.ua

Наведено результати аналізу тенденцій у сфері психічного здоров'я за останні роки. Вивчено питання регламентації права на охорону психічного здоров'я в країнах Європейського регіону ВООЗ. Узагальнено міжнародні стратегії, які спрямовані на забезпечення доступності лікування, сприяння одужанню і профілактику психічних розладів, а також виділено основні пріоритети ВООЗ щодо охорони психічного здоров'я та підвищення психічного благополуччя населення. Проведено оцінку особливостей організації, фінансування систем охорони психічного здоров'я, обсягів надання медичної допомоги населенню в європейських країнах. Проаналізовано внесок нервово-психічних хвороб у формування загального тягара хвороб в Україні і Європейському регіоні.

Introduction. Mental and behavioral disorders, due to their prevalence and caused by them diseases and disability, are in the WHO European Region one of the most serious public health problems. It is estimated that annually mental disorders, the most common of which is depression and anxiety disorders affect more than a third of the population. Individuals with mental disorders have an earlier mortality rate, and often such people die 20 years earlier, in comparison with average indexes, specific to the general population. One of the reasons is the high incidence of suicide. But the main factor is a considerable prevalence of such chronic conditions as cardiovascular disease, cancer and diabetes, complicated by access to treatment of these diseases in people with comorbid pathology, as well as low quality of care provided. On the other

hand, there is very high incidence of depression among people with chronic diseases. It is often not diagnosed and is accompanied by increased mortality [1, 3, 8].

For today the problem of the proliferation of behavioral disorders attracts the attention of a wide range of professionals. For the solution of the problem there have been developed and implemented plans and strategies at the world's international institutions, which are based on the results of various studies. At the same time, there is practically no relevant research of major trends in mental health care in less developed countries, and this is of particular importance for the process. Therefore, the **aim of the study** was to identify major trends in mental health and a review of international approaches to ensuring the availability and quality of treatment of patients with mental disorders.

Materials and methods. The study is based on material obtained from public sources of information. Analysis, synthesis and comparison are the methods which were used in the research.

Results and Discussion. Each year the question of mental health is receiving the increased attention, as evidenced by the substantial number of reports and discussions, adopted declarations, covenants, resolutions, draft action plans and strategies in the global of international institutions. Since 2002, mental health care is the priority task of the world health care system. The decision was adopted by the World Health Assembly. In 2005, the European Declaration and the Plan of Action on Mental Health care were adopted at the conference in Helsinki by the States members of the WHO European Region. They were also signed by the European Commission and the Council of Europe and approved by the Regional Committee.

In 2008 the European Regional Bureau of WHO, with financial support of the European Commission had published the report which reflected difference in the condition of the system of mental health in Europe. The same year, the European Commission adopted the European Pact on Mental Health and Welfare, which was focused on the following five priority areas: mental health of young people and students, depression and suicide prevention, mental health of older people, promotion

of social engagement and reducing of stigma, strengthening of mental health at the workplace.

In 2008 came into force the United Nations Convention on the Rights of the disabled. Now it is ratified by most states - members of the European Region of WHO and the European Union of disabled persons. According to the Convention people with intellectual disabilities have the right for complete and meaningful participation in the life of the society without any stigma and discrimination.

In 2010 the WHO Regional Office for Europe and the European Commission completed a co-funded project for the strengthening of measures aimed at the empowering people with mental health disorders and their families. Service users and their families took part in the project. In June 2011, the Council of the European Union, chaired by Hungary published the findings which contain an appeal to the states – members to consider mental health care and improvement of mental well-being as one of its priorities. The European Commission was asked to continue taking measures on mental health care and well-being and provide assistance to EU States in conducting of scientific researches in the field of mental health care and its determinants. Common results elaborated by WHO and the Organization of Economic Cooperation and Development in this sphere have been taken into consideration. The Project of Joint Action on Mental Health and Welfare started in 2013, one of the sources of funding of which was the EU Programme on health care. At the worldwide level the number of activities aimed at promoting proper clinical practice is performed. The basis for this was the implementation of the Programme on filling the gaps in the field of mental health. It summarizes all the most reliable scientific data confirming the effectiveness of interference in the field of mental health. The program covers a range of mental disorders and is the basis for the implementation of measures to scale up assistance to people with mental health.

United Nations General Assembly in its resolution “Global public health and foreign policy”, which was adopted at the sixty-fifth session in 2011, found that mental health problems are of great importance for any society and it is an essential factor

increasing burden of disease and leads to reduced quality of life and to huge economic and social costs. The World Health Assembly in its resolution which was adopted in 2012 instructed to develop a comprehensive global plan of actions on mental health. It should cover services, policies, legislation, plans, strategies and programs aimed at providing treatment, recovery and prevention of mental disorders. The plan was adopted by the World health Assembly in May 2013. The above-mentioned plan provides the implementation of interlinked, inseparable activities that reinforce each other in three directions:

- the increase of mental well-being of the population and the reduce of the burden of mental disorders, giving particular attention to vulnerable population, determinants and risk behaviors;

- respect of the rights of people with mental health problems and ensuring of equal opportunities to achieve the highest quality of life, and struggle against stigma and discrimination;

- providing affordable, safe and effective services to meet the mental, somatic and social needs and expectations of persons with mental health disorders and their families [6].

The European plan of actions contains seven objectives (four specialized and three related), which taken together, cover the whole scope of the field. To solve each of these tasks States-Members and WHO are encouraged to undertake measures which will provide to obtain measurable results concerning policy and/or implementation.

The priority of such measures should be installed in accordance with the needs and resources available at the national, regional and local level. Four specific tasks are formulated as the provision of the following conditions:

- all people, especially the most vulnerable or those at risk, have equal opportunities to support mental well-being during the whole life;

- people with mental health problems are citizens whose human rights are valued, respected and protected;

– mental health care should be available at affordable price and can be obtained by place of residence in accordance with necessity;

– people have the right for safe and effective treatment with respectful attitude towards them.

Three related, multidisciplinary objectives presuppose the ensuring of the following conditions:

– health care system provides everyone who needs a high quality general medical and psychiatric care;

– work of mental health system is well coordinated in partnership with other sectors;

– strategic leadership and practical measures of mental health care are based on quality information and advanced knowledge.

It should be noted that one of the vital conditions for stable health care and social policies in the European region in the long term is to provide adequate funding for mental health sphere.

Most countries - members of the European Union spend on mental health services from 4% to 8% of their total health budgets. Some countries give more than 12% (France, Luxembourg and the United Kingdom) and Norway expends 18%. The costs of this branch are the lowest in Bulgaria and the Czech Republic. Relevant data is not received or is unknown from such countries such as Austria, Lithuania, Romania, Slovakia, Slovenia and Croatia. Part of the funds spent in the system of mental health care on inpatient care, remains high for some EU countries. According to WHO, Malta, for example, spends 96,8% of its budget for the mental health in-patient treatment. Despite the lack of hospitals for a long stay, Poland spends on 73,0% of its budget for the in-patient treatment mental disorders. There are some long stay hospitals in Portugal, their share makes 45,0%. It should be noted that the costs associated with the provision of mental health care make up only 40% of the total costs associated with the disease. Significant expenses fall for social welfare of patients with mental disorders. Therefore, one of the world's major strategies is to reduce social

spending by ensuring the availability and quality of treatment of this category of patients.

Across the European Region, neuropsychiatric disorders made the second largest contribution to the burden of disease (measured indicator DALY – number of years of life lost with the restrictions of life), they account 19% of the total burden. In this respect there exist significant differences related to unequal socio-economic conditions in different countries. Among the components of disease burden in many Western European countries with high income level mental disorders ranked first, while in some countries with low income they are in fourth or fifth place, despite the high prevalence of perinatal and cardiovascular diseases. For mental disorders, this figure is slightly less than 40%, far ahead of other chronic conditions, which affected the European population. The share of unipolar depressive disorders in the severity of disability accounts 13,7%, and it, therefore, ranks first among chronic conditions in Europe. In the second place, with a small gap (6,2%) are disorders associated with alcohol use. The seventh position is occupied by Alzheimer's disease and other types of dementia (3,8%); the eleventh and the twelfth places are occupied with schizophrenia and bipolar disorder (accounting for 2,3% of the total index YLD). In a significant percentage of people receiving social assistance or disability pension, the primary disease is a mental disorder. This increases the financial burden caused by mental health disorders, which falls upon the country. In Denmark the share of mental disorders account 44% of the total amount of social assistance and disability pensions; in Finland and Scotland it makes 43% and 37% in Romania. In the Republic of Moldova which is one of poorest countries in Europe – the share of mental disorders accounts 25% of all expenditures related to the payment of social security benefits and disability pensions. Such differences may also reflect the level of discrimination and exclusion from the scope of the employment of people with mental health disorders in different countries. Employment rates among persons with mental disorders in Europe range from 18 to 30%. The numbers vary depending on the diagnosis (the lowest

figures are observed among persons with psychotic disorders), as well as depending on the country [4].

In all countries, most mental disorders are much more common among the most vulnerable and low income groups of population. Even in countries with progressive models of health systems, there are difficulties in providing patients with modern treatment. So, only 60% of Americans who are prescribed neuroleptic drugs to treat schizophrenia or other mental illness get the drugs of the last generation with reduced side effects; in Spain and Germany the newer drugs take only 20% and 10% of patients, respectively.

In the structure of morbidity in Ukraine in 2015 the first place was taken by indicators of mental and behavior disorders due to use of the substance (F10-F19) (58,41%), the second place was occupied by the indicators of organic, including symptomatic, mental disorders (F00-F09) (13,7%), the third place was performed by neurotic indicators, stress-related and somatoform disorders (F40-F49) (9,36%). According to the structure of the prevalence of mental and behavioral disorders in 2015 the first place was occupied by the disease of F10-F19 (41,62%), second place was taken by F00-F09 disease (15,98%), the third by F70-F-79 (13,63%), the fourth by F20-F29 (10,3%), the fifth by F40-F49 (7,71%). One of the important indicators of the quality of medical care is an index of primary disability for mental disorders. In Ukraine, in 2013 it was 26,1% per 100 thousand population (11837 persons); in 2015 this figure decreased by 8,8%, and composed 23,8% per 100 thousand population (10179 people). The same trend was observed among the indices of patients with mental and behavior disorders that had a disability. In 2015, it accounted 604,3 per 100 thousand population (258375 individuals). In comparison with 2013 index decreased by 5,0%. The contribution of primary disability in the population of persons with disabilities for mental and behavior disorders in 2015 was 3,9% (in 2013 it became 4,1%). The proportion of persons with disability due to mental and behavior disorders in 2015 accounted 26,3% of the number of persons with mental and behavior disorders

that were under observation in the neuropsychiatric institutions of Ukraine by the end of the year [1].

There exists a proven relationship between mental disorders and suicides. According to WHO, each year more than 800 000 people in the world commit suicide. 75% of suicides are committed in the world in low- and middle-income countries. For every completed suicide there is considerably larger number of people who carry out suicide attempt. In 2012, suicide became the second leading cause of death among young people aged from 15 to 29. In comparison with other regions, rates of suicide in the European region are very high; the average incidence of suicides here is 13,9 per 100,000 population per year, with significant variations between countries. Nine countries with the world's highest rates of suicide belong to the European region. Men commit suicide in Europe almost 5 times more often than women. It is important to note that the number of deaths due to suicide exceeds those killed in wars and as a result of violent death. Risk factors for suicide are depression, alcohol abuse, unemployment, debt and social inequality, and they are all closely interrelated [7].

The recent economic crisis in the European region has been accompanied by rising unemployment and, as a consequence, lack of funding in the countries of the European region has forced to reconsider the expenditure on social security of persons with disabilities, including disability payments. Since, according to WHO, about 20-40% of people who receive disability benefits suffer from mental disorders. This group, according to the estimation of experts, has suffered financially most.

WHO experts have emphasized the importance, in terms of inadequate funding to protect the policy on mental health that is held in most European countries over the last decade. This is the reason why governments of several countries are faced with forced reductions in funding in the health care sphere. Social support provided to persons with mental disorders in the community, is under the influence of economic crisis. Capital investments and fixed costs in this area have always been relatively low. This poses a threat of the lack of creation of mental health care institutions on the

continent. This has already led to a reduction in the range of services provided to consumers of psychiatric care at the community level.

Conclusions. 1. Mental disorders are a leading cause of disability that can be considered as an indicator of social burden of society. Worldwide, mental illness is constantly kept on one of the first places among the reasons of disability. According to the data of the World Health Organization, mental disorders cause 11% of the disability of population and 1% of mortality in the world.

2. Every year more and more attention is given to the issue of mental health. This is evidenced by the number of presentations and discussions, adopted declarations, covenants, resolutions, draft action plans and strategies in the global international institutions.

3. The European Pact on Mental Health and Wellbeing identified the following five priority areas: mental health of youth and students, prevention of depression and suicide, mental health of older people, promoting social engagement and reducing stigma, to promote mental health in the workplace.

4. WHO adopted an action plan on mental health which involves: improvement of mental well-being of population and reduction of the burden of mental disorders; respect of the rights of people with mental health problems and insurance of equal opportunities to achieve the highest quality of life; the fight against stigma and discrimination; providing of affordable, safe and effective services to meet the mental, somatic, physical and social needs and expectations of people with mental health disorders and their families.

5. Today there are policies and legislation relating to mental health in most countries. Many of them are successfully creating services to assist people with mental health disorders at the level of local communities.

6. The growth of expenditure on the health care system is common to all countries and leads to budget deficits, raising taxes and reduction of social benefits.

Therefore, one of the conditions of stable functioning of the system of Mental Health in the European Region is ensuring of proper financing.

7. Countries with the most effective health care systems achieve results due to the elimination of centralized state control and rely on the market mechanisms (competition, financial discipline, separation costs, market prices and freedom of choice for consumers). Thus, a departure from the centralized government control and transfer to the health care system market mechanism is a real worldwide trend.

8. Mental disorders, due to their prevalence and the consequent burden of disease, disability and stigma are one of the most serious health problems in the European region and in Ukraine. Therefore, dynamics of mental health care should be taken in consideration in the development of priorities in the reforming of mental health care system in Ukraine.

9. One of the mechanisms to provide care to patients with mental health disorders in Ukraine is the development of programs for the reimbursement of the cost of drugs. The main condition is checking the effectiveness of drugs on the results of pilot projects.

REFERENCES

1. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013-2015 рр. / І.Я. Пінчук, О.О. Петриченко, О.В. Колодежний, І.Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2(85). – С. 20-27.

2. Европейский план действий по охране психического здоровья. – WHO 2013, Режим доступа:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf.

3. Ільніцька Т. Від надання психіатричної допомоги до охорони психічного здоров'я нації / Ільніцька Т. // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 21, № 2(81). – С. 20-27.

4. Document WHA65.4, The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, available at: http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf.

5. Investing in mental health: evidence for action. –WHO 2013, available at: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf.

6. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva, available at: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

7. Suicide, Factsheet Reviewed September 2016, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.

8. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Scaling up care for mental, neurological, and substance abused disorders, WHO 2008, available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf.

Резюме.

Представлены результаты анализа тенденций в сфере психического здоровья за последние годы. Изучены вопросы регламентации права на охрану психического здоровья в странах Европейского региона ВОЗ. Обобщены международные стратегии, направленные на обеспечение доступности лечения, содействие выздоровлению и профилактике психических расстройств, а также выделены основные приоритеты ВОЗ по охране психического здоровья и повышению психического благополучия населения. Проведена оценка особенностей организации, финансирования систем охраны психического здоровья, предоставления медицинской помощи населению в европейских странах. Проанализирован вклад нервно-психических болезней в формирование общего бремени болезней в Украине и Европейском регионе.

Summary.

The results of the analysis of trends in the field of mental health in recent years are provided. There was researched the question of regulation of the legal protection of the right for mental health care in countries of the European Region of WHO. International strategies aimed at providing treatment, assistance in healing and prevention of mental disorders were overview. The main priorities of WHO regarding mental health and improvement of mental well-being of the population were highlighted. The features of the organization and financing of mental health care and the volume of medical assistance given to the population in European countries were estimated. The contribution of neuropsychiatric diseases in forming of general burden of disease in Ukraine and in the European region was analyzed.

Байгуш Ю.В., Семенів Д.В., Слободянюк¹ М.М.

НАУКОВО МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДО МАРКЕТИНГОВОГО АНАЛІЗУ СТАНУ ТА КОНКУРЕНТОСПОМОЖНОСТІ РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ

Івано-Франківський національний медичний університет,

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків

yuliya.baygush@ukr.net

В умовах загострення конкуренції на фармацевтичному ринку України актуальним завданням для кожного виробничого підприємства є досягнення конкурентоспроможності власної продукції, збільшення обсягів реалізації та долі ринку, рентабельності продажів й прибутку. Зростає потреба в обґрунтованих підходах і методиках, які б дозволяли аналізувати конкретний стан й силу позицій торгових марок (ТМ) лікарських засобів (ЛЗ) на цільовому сегменті ринку, проводити порівняння з конкурентами, оцінювати і моделювати конкурентні переваги ЛЗ у розрізі марочної конкуренції. Лояльність споживачів стає найважливішим стратегічним активом виробника, визначальним фактором у забезпеченні високого ринкового потенціалу та конкурентоспроможності товару.

Метою наших досліджень є визначення основних показників, що характеризують порівняльну оцінку ТМ ЛЗ, та розробка науково методичних підходів щодо аналізу стану конкретного ЛЗ в маркетинговому полі товарного сегменту на основі соціологічних методів. Теоретичне узагальнення основ маркетингових досліджень у фармації підтверджує, що дослідження об'єктів та предметів базуються на загальних соціологічних методах досліджень з урахуванням сутності ЛЗ як особливої соціально-економічної продукції. Метод, як шлях до чого-небудь або засіб досягнення мети, визначає планомірний підхід до її наукового пізнання та встановлення істини. Для отримання достовірних даних у фармації повинні застосовуватись адекватні методи та інструменти,

релевантні цілям та завданням дослідження. Відомо, що значний вплив на достовірність отриманих результатів, впливає метод формування вибірки, можливість виокремити показники та охопити досліджувану генеральну сукупність. Використовують репрезентативні та направлені типи вибірок. Обсяг вибірки – це кількість елементів, які слід відібрати для перевірки з визначеної сукупності. Розмір вибірки суттєво залежить від розміру генеральної сукупності та необхідного для дослідження рівня достовірності результатів. Розраховують середню та граничну похибки вибірки, визначають дисперсію та імовірність. В цілому, репрезентативність означає, що вибірка добре представляє генеральну сукупність (є її моделлю), та являється відносною сутністю. Вона визначається структурою вибірки (наприклад, стать, дохід, вік, освіта, професія, сімейний стан тощо). Виділяють якісне (представлення у вибірковій сукупності всіх елементів генеральної сукупності) та кількісне (використання всіх елементів у відповідній оптимальній кількості) забезпечення репрезентативності.

Нами проаналізовано використання випадкової, квотної й детермінованої типів вибірок та опрацьовано методи формування вибірки залежно від кількісної та якісної характеристики генеральної сукупності й вимог до ступеню репрезентативності результатів досліджень. Базовими первинними у дослідженні являються такі категорії: соціологічна анкета як система запитань, об'єднаних єдиним дослідницьким задумом, і спрямованих на з'ясування кількісно-якісних характеристик об'єкта і предмета аналізу; соціологічне вимірювання або процедура, за допомогою якої якісні ознаки соціального явища чи об'єкта, що вивчається, порівнюють з еталоном і отримують числовий вираз у певному масштабі та шкала, що складається із системи індикаторів, як інструмент для виміру оцінок маркетингової та соціологічної інформації. При формуванні програми та плану конкретного дослідження у фармації важливого значення набуває вибір методу збирання первинної інформації: опитування, спостереження, експеримент або панель. Значна увага повинна надаватись використанню панелей як особливому методу, спрямованому на цільові групи

респондентів з певними ознаками та періодичністю вимірювання. Виділяють споживчі та торгові панелі. Прикладом панелі для отримання даних показників продажу конкретних ЛЗ, включаючи в середньо добових дозах DDD, характеристик цін, торгових найменувань ЛЗ, виробників, маркетингові показники (доля ринку, приріст, індекси закупки тощо) з найбільш вірогідною точністю є спеціальна панель у формі репрезентативної вибірки аптечних закладів, яка відповідає діючій аптечній структурі України та формується методом стратифікованої (розшарована, типова) випадкової вибірки (загальна кількість вибірки більш 2500 аптек). Така вибірка формується з урахуванням відмінностей між аптеками. На першому етапі проводиться розподіл аптек за формою власності, регіонами, типом, обсягом продажу, розміщенню тощо, що дає змогу виділити в одному класі достатньо близькі за базовими характеристиками аптеки, а на другому етапі здійснюється випадковий вибір аптек у кожному такому класі (кластер, страта або шар), що значно підвищує репрезентативність й достовірність результатів та зменшує похибку дослідження у порівнянні з випадковим відбором.

На прикладі антигіпертензивних ліків нами опрацьовано методику оцінки сили ТМ та бренду ЛЗ у маркетинговому просторі. Для дослідження сили ТМ застосували метод соціологічного аналізу, що дає змогу вимірювати відношення групи споживачів до конкретного ЛЗ з його системою атрибутів. У якості показників використано рівень ідентифікації, рівень проникнення, рівень рекомендацій, рівень споживання, рівень спонтанного знання, рівень доступності, ринкову частку ЛЗ та темп її приросту. На основі отриманих результатів розроблена карта показників ТМ ЛЗ та карта показників сили ТМ антигіпертензивних препаратів у маркетинговому полі. Графічне визначення відносних рівнів сили ТМ дало можливість кількісно оцінити стан та рівень конкурентоспроможності досліджуваних ЛЗ. За результатами досліджень розроблено наукові методичні рекомендації для практичного використання у маркетингових дослідженнях фармацевтичного ринку.

Барчук О.З., Грошовий Т.А.

**ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ, РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ У
ВИРОБНИЦТВО НОВИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ З ГІПОГЛІКЕМІЧНОЮ
АКТИВНІСТЮ**

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

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
м. Тернопіль, Україна

olvia2003@ukr.net

Впровадження медичного страхування в Україні передбачає створення нової національної лікарської політики, де зокрема повинні враховуватись сучасні напрямки розвитку фармацевтичної галузі. Механізм державного регулювання по забезпеченню населення лікарськими засобами повинен бути спрямований на підвищення доступності, якості та раціонального використання ліків.

В даному питанні необхідно врахувати особливості розвитку вітчизняного фармацевтичного ринку, оскільки наша система охорони здоров'я суттєво залежить від співвідношення ліків імпортного та вітчизняного виробництва.

Незважаючи на те, що вітчизняна фармацевтична галузь активно розвивається з метою забезпечення населення ліками, існує суттєва різниця між співвідношенням ліків вітчизняного та імпортного виробництва, за підрахунками науковців вона складає 27% і 77 % відповідно.

Важливим завданням фармацевтичної науки і промисловості є пошук, детальне вивчення, створення та впровадження у виробництво препаратів на основі лікарської рослини сировини, які мають певні переваги перед синтетичними аналогами

Увагу науковців насамперед привертають лікарські рослини, що широко використовуються в народній і практичній медицині для лікування цукрового діабету, що мають достатню сировинну базу.

Тому об'єктом досліджень вибрано надземну частину лікарської рослинної сировини – траву козлятника лікарського, яка є перспективною в цьому аспекті.

Метою досліджень був аналіз даних літератури про стан розробки та вивчення фіторепаратів, а також існуючих на фармацевтичному ринку гіпоглікемічних лікарських засобів на основі козлятника лікарського.

Дослідження проводились в напрямку вивчення та систематизації літературних джерел, щодо розповсюдження, хімічного складу, фармакологічної активності, застосування в медицині даної лікарської рослинної сировини.

Обґрунтовано перспективність подальшого дослідження козлятника з метою розробки і стандартизації ефективних фітоекстрактів, та створення нових комплексних антидіабетичних лікарських засобів на основі козлятника лікарського.

Проведено дослідження з одержання сухого екстракту козлятника лікарського з оптимальним складом біологічно активних речовин, який в подальшому планується використовувати самостійно так і для створення ефективних фітокомплексів з антидіабетичною дією.

Враховуючи ефективну гіпоглікемічну дію козлятника лікарського, яка базується на його різноманітному хімічному складі, досвід використання даної сировини в лікуванні цукрового діабету та недостатній асортимент вітчизняних лікарських засобів на його основі - можна прогнозувати перспективність подальших досліджень.

Беляєва О.І., Унгурян Л.М., Каравелкова Ю.С.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НА ПРИКЛАДІ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Одеський національний медичний університет, Україна

boioef@ukr.net

Витрати лікувальних установ на придбання лікарських засобів в середньому складають 15-20% від бюджету, з них на частку антибактеріальних засобів припадає близько 60%, тому на сучасному етапі пошук високоефективних, безпечних і відносно недорогих схем фармакотерапії з використанням антибактеріальних препаратів, що при застосуванні фармакоекономічних принципів дозволить зменшити навантаження на державний та регіональний бюджети стає надзвичайно актуальним. Одним з таких підходів є ступінчаста антибіотикотерапія.

Метою роботи стала фармакоекономічна оцінка традиційних та ступінчастих схем антибіотикотерапії позалікарняної пневмонії у дітей.

Для проведення дослідження обрано метод «мінімізація вартості», за яким визначають метод лікування, що потребує найменших витрат, порівняно з іншими методами, клінічна ефективність яких вважається еквівалентною. Для розрахунків використано ціни з бази даних «Моріон» станом на грудень 2016 року.

Відповідно до протоколу лікування пневмонії у дітей, при досягненні ефекту рекомендовано парентеральне введення антибіотика замінити на пероральний прийом. Для розрахунків використовували середню добову дозу відповідного антибіотика для дитини вагою 25 кг за умов лікування впродовж 10 днів. Встановлено, що економічні переваги використання методу ступінчастої антибіотикотерапії складають майже 40,3%. Таким чином, можна обґрунтовано зменшити вартість лікування, скоротити термін перебування дитини в стаціонарі та при цьому зберегти високу клінічну ефективність фармакотерапії.

Блавацька О.Б., Гриньків Я.О.

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

oksablav@gmail.com; yaryna_hrynkiv@ukr.net

В усьому світі системи охорони здоров'я знаходяться в процесі значних трансформацій. Зміни пов'язані з більш тісною взаємодією різних країн задля вирішення схожих економічних та соціальних проблем. Існує тісний зв'язок між системою охорони здоров'я країни та соціально-економічними процесами в суспільстві. Для виконання завдань суспільного розвитку України провідна роль відводиться сфері охорони здоров'я. Проблематика управління у сфері охорони здоров'я є ключовою та важливою складовою стратегії та тактики трансформації та системного розвитку не тільки медичної галузі, але й системи охорони здоров'я загалом. ВООЗ розглядає управління в системі охорони здоров'я як один з шести основних компонентів для оцінки і визначення стану системи охорони здоров'я в різних країнах разом з такими складовими, як кадри, фінанси, надання медичних послуг, медична інформатизація, доступність основних лікарських засобів. Тому є доцільним використання індикаторів ВООЗ з оцінки управління системою охорони здоров'я в Україні.

НТА (health technology assessment) — це процес впровадження наукових знань для обґрунтування ефективних рішень в охороні здоров'я. Система НТА спрямована на узагальнення інформації про новітні та існуючі технології на основі принципів системності, прозорості, об'єктивності, обґрунтованості та незалежності. Поняття оцінка технологій охорони здоров'я, зокрема, включає стандарти надання медичної та фармацевтичної допомоги. Постає необхідність розвитку і впровадження новітніх медичних технологій, базуючись на даних

доказової медицини і обґрунтовуючи доцільність і перспективну економічну вигоду з врахуванням можливої першочергової високовартісності.

Як зазначив п. К. Косяченко ключовими передумовами впровадження цієї системи в Україні є розробка і затвердження стандартів лікування, Державного формуляру лікарських засобів; перспектива повноцінного запровадження медичного страхування; а експериментальним підґрунтям можуть слугувати пілотні проекти з реімбурсації (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, бронхіальна астма). При цьому головну роль НТА він вбачає у обґрунтуванні прийняття рішень в процесі ліквідації неефективних чи збиткових технологій охорони здоров'я, що фінансуються із суспільних фондів або державного бюджету. Аналізуючи лікарські засоби для лікування артеріальної гіпертензії, що були включені у пілотний проект 2013-2014 років і внесені у перелік для реімбурсації 2017 року, можна констатувати, що 2 з них: еналаприл і амлодипін переважно мають рівень доказовості А-Б (А-В), бісопролол має рівень доказовості Б (В), лише метопролол має рівень доказовості Г (D) – думка експертів. Решту 3 препарати (лізиноприл, небівалол, ніфедипін) з пілотного проекту в реімбурсаційній не включені, причому два з них мають високий рівень доказовості А-Б (А-В). Враховуючи, що удосконалення системи регулювання фармацевтичного сектора є невід'ємною складовою процесу підвищення ефективності охорони здоров'я в цілому, ще раз наголошуємо на необхідності розробити та затвердити в Україні на державному рівні Національну політику ліків (щодо забезпечення населення ефективними, доступними і безпечними лікарськими засобами) та запровадити ефективну систему державного медичного страхування поряд з існуючою приватною. Для цього слід забезпечити функціонування ефективної інформаційної системи збору та аналізу статистичних даних щодо захворюваності з метою об'єктивного оцінювання реальної потреби в обсягах медичної та фармацевтичної допомоги; а також визначити економічно обґрунтовану вартість лікарських засобів, щоб

оцінити вплив на бюджет і обсяги державного фінансування для реімбурсації та страхових виплат.

Богдан¹ Н.С., Паламар¹ А. О., Шпичак О.С.²

**РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ РОЗПОДІЛУ ПРОТИВИРАЗКОВИХ
ПРЕПАРАТІВ ЗА МІЖНАРОДНИМИ НЕПАТЕНТОВАНИМИ
НАЗВАМИ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА ВІТЧИЗНЯЧНОМУ
ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ**

Буковинський державний медичний університет¹, м. Чернівці, Україна

Національний фармацевтичний університет², м. Харків, Україна

atl@nuph.edu.ua

До основних цілей Національної лікарської політики, як стратегічного напрямку розвитку фармацевтичної галузі будь якої країни належать якість, доступність та раціональність використання лікарських препаратів (ЛП). Одним із напрямків підвищення доступності ЛП, в т. ч. тих, що використовуються у лікуванні найпоширеніших захворювань відноситься впровадження програми імпортозаміщення ліків. За даними офіційної статистики МОЗ України, виразкова хвороба шлунку (ВХШ) є однією з найпоширеніших патологій шлунково-кишкового тракту. Неефективне та несвоєчасне проведене лікування ВХШ призводить до значних фінансових витрат у вітчизняній системі охорони здоров'я, а рання інвалідизація та раптова смерть хворих у працездатному віці постають як один з факторів у формуванні соціальної нестабільності у суспільстві. Тому за умов економічної кризи в країні та жорсткого дефіциту коштів у системі охорони здоров'я значної актуальності набуває маркетинговий аналіз асортименту противиражкових препаратів (ПВП), що представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку (ФР). Особливе значення зазначені дослідження ринку мають у розробці та впровадженні вітчизняної програми імпортозаміщення ліків. У дослідженнях нами використовувалися дані державної реєстрації ЛП (Державний експертний центр МОЗ України – <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/>) за групою А02-Препарати для лікування кислотозалежних захворювань. Застосовувалися логічний, порівняльний,

графічний, математико-статистичний, а також методи маркетингового аналізу ФР. Дослідження асортименту ПВП здійснювалось за міжнародними непатентованими назвами (МНН) та торговими найменуваннями (ТН) з урахуванням всіх форм випуску (ФВ).

Систематизуючи результати проведених досліджень встановлено наступне. Важливою характеристикою сегменту ФР, що досліджується є нерівномірність розподілу ПВП за МНН. Більше ніж три четверті (300 ТН або 75,76%) асортименту ПВП припадає на групу А02В-Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, серед яких А02ВС-Інгібітори «протонного насосу» посідають перші позиції (219 ТН з урахуванням всіх ФВ). Питома вага ЛП із зазначеної групи ліків формують більше половини (55,30%) сучасного асортименту ПВП. Перші п'ять позицій за кількістю зареєстрованих ЛП зайняли такі ЛП за МНН: А02ВС02-Пантопразол (83 ТН або 20,96%); А02ВС01-Омепразол (49 ТН або 12,37%); А02ВС05-Езомепразол (35 ТН або 8,84%); А02ВС03-Лансопразол (30 ТН або 7,58%); А02ВД-Комбінації для ерадикації *Helicobacter pylori* (27 ТН – 6,82%). В цілому, у 2016 р. на п'ять препаратів за МНН припадало 56,57% (224 ТН) асортименту ПВП, що представлені на вітчизняному ФР. За даними аналізу реєстрації ПВП у 2015 р., лідируючі позиції за кількістю представлених ТН займали А02ВС01-Омепразол (39 ТН), А02ВС02-Пантопразол (28 ТН) та А02ВС04-Рабенпразол (21 ТН). Кількість зареєстрованих ТН по препаратах омепразолу збільшилась на 25,64%, по пантопразолу – практично у три рази, а по рабенпразолу, навпаки, кількість препаратів зменшилась на 38,10%. Як бачимо, за даними 2016 р., у порівнянні з 2015 р. відбулись значні якісні та кількісні зміни, а зазначений сегмент вітчизняного ФР можна охарактеризувати як той, що динамічно розвивається.

Наприкінці проведених досліджень слід зазначити, що результати проведених досліджень можуть бути використані вітчизняними виробниками ПВП, а також державними органами, що уповноважені на розробку та впровадження вітчизняної програми імпортозаміщення ліків в Україні.

Бойко А.І.

СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ ТА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ В УКРАЇНІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів,

Україна

aboiko71@yahoo.com

У ХХ ст. розпочалося формування нової дисципліни – «Фармацевтичної інформації», теоретичне обґрунтування та впровадження якої на додипломному етапі проведено Б.Л. Парновським, В.І.Прокопишиним, Л.А.Гордієнко. У ХХІ ст. за ініціативи Б.Л.Парновського, О.М.Заліської, М.В.Слабого, А.І.Бойка та ін. відновлено викладання дисципліни «Фармацевтична інформатика» післядипломному етапі та включено її до діючих навчальних планів та програм системи післядипломної підготовки провізорів (2007). Актуальний навчальний план та програма інтернатури зі спеціальності «Загальна фармація» (2016) передбачають вивчення окремих проблемних питань фармацевтичної інформатики. Для реалізації завдань Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011 - 2020 рр. та впровадження результатів наукових опрацювань в галузі фармацевтичної інформатики існує об'єктивна необхідність у додатковій підготовці провізорів до інформатизації фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України.

Метою нашого дослідження є забезпечення використання сучасних інформаційних та комп'ютерних технологій у практичній фармації шляхом інтеграції викладання дисципліни «Фармацевтична інформатика» з базовими напрямками реформування системи охорони здоров'я в Україні. При цьому використано методи ретроспективного аналізу, системного аналізу, програмно-цільового управління, проектного менеджменту, створення та модифікації навчальних програм.

Поряд з вказаним вище системним включенням фармацевтичної інформатики у післядипломну підготовку провізорів в Україні, глобальним завданням дисципліни є вирішення проблем оптимізації системи охорони здоров'я, особливо у комплексі «медична допомога – фармацевтична допомога». Для кадрового забезпечення цього завдання у 2012 р. нами розроблено та впроваджено авторську програму циклу тематичного удосконалення «Інформатизація рецептурного обігу в Україні» та реалізовано її на регіональному рівні у рамках проекту «Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні».

Для навчально-методичного забезпечення підготовки провізорів використовується навчальний посібник «Фармацевтична інформатика», рекомендований МОЗ та МОН України (А.І. Бойко, 2010) р. Для наукового забезпечення – видану у 2008 р. колективом кафедри організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки монографію «Фармацевтична інформатика» (зокрема, для вивчення комп'ютерних інформаційних систем та баз даних фармацевтичного спрямування - розділи «Теорія і практика побудови комп'ютерних баз даних про лікарські засоби», «Бази даних про лікарські засоби»), опрацьовану монографію «Теорія та практика фармацевтичної інформатики у фармацевтичній допомозі хворим на діабет (А.І.Бойко, 2016), результати власних досліджень з даної проблематики (інформаційні листи; оригінальні методики, захищені авторськими свідоцтвами; публікації у профільних виданнях та ін.).

Отже, з 2007 р. у систему планової післядипломної підготовки провізорів в Україні впроваджено викладання дисципліни «Фармацевтична інформатика», а розвиток даної системи реалізовано у напрямку спеціалізації з інформатизації реформування фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, зокрема, фармацевтичної допомоги при соціально важливих захворюваннях.

Вишницька І.В., Прилипко Н.А., Базаренко І.С.

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ

«ВСТУП У ФАРМАЦІЮ»

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

natalia.anatolivna@gmail.com

У 2016-2017 навчальному році в Одеському національному медичному університеті здійснюється вивчення дисципліни «Вступ у фармацію» для студентів 1 курсу фармацевтичного факультету.

На першому етапі навчання студенти вивчають загальні природознавчі дисципліни і лише метою викладання дисципліни «Вступ у фармацію» є формування у студентів уяви про організацію роботи аптеки починаючи з історичного шляху розвитку фармації та аптечної справи.

Дисципліна складається з лекційного матеріалу, семінарських, практичних занять та самостійної роботи студентів (СРС). Лекції як основна форма проведення навчальних занять, призначені для засвоєння теоретичних основ фармацевтичної науки та практики. Семінарські заняття полягають в самостійному вивченні студентами окремих питань з подальшим оформленням матеріалу у вигляді реферату, доповіді і виступу з подальшим обговоренням та висновками. На практичних заняттях організується детальний розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни та формує вміння їх практичного застосування шляхом індивідуального виконання студентом сформульованих завдань. СРС сприяє розвитку у студентів навичок самостійно працювати з навчальним матеріалом та першоджерелами. Зазначені підходи до проведення занять дозволяють розкрити творчий потенціал студентів та засвоїти основи роботи аптечних закладів.

Отримані знання з даної дисципліни допомагають сформувати у майбутніх фахівців теоретичні основи, початкові професійні навички щодо

організації фармацевтичної справи, підвищити загальнокультурний рівень, виховати відчуття необхідності фармацевтичної спеціальності.

Гаврилюк Я.Д.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕМОДІАЛІЗНИХ РОЗЧИНІВ

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

yaroslava.gavrylyuk@gmail.com

Зростання в Україні кількості пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю та хворобами, які призводять до високого рівня інвалідності таких хворих, обумовили актуальність дослідження підходів до лікування термінальної стадії хронічної ниркової недостатності, при якій використовуються такі активні методи лікування як гемодіаліз, перитонеальний діаліз або пересадження нирки.

Метою роботи є теоретичне та практичне обґрунтування використання лікарських засобів для забезпечення оптимальної терапії хворих на хронічну ниркову недостатність.

Проаналізовано 20 історій хвороб пацієнтів, яким проводився гемодіаліз за допомогою апарату «штучна нирка», з них 25% чоловіків та 75% жінок. Встановлено, що найчастіше страждають від ураження нирок пацієнти віком 31 до 40 років. Підставою для проведення гемодіалізу була хронічна ниркова недостатність, що сформувалася на тлі тяжкого перебігу основного захворювання: хронічний пієлонефрит – 32%, гіпертонічна хвороба – 4%, хронічний гломерулонефрит – 28%, полікістоз нирок – 20%, цукровий діабет – 8% і системний червоний вовчак – 8%. Усі пацієнти отримували по 3 процедури гемодіалізу бікарбонатним розчином, протягом тижня. Кількість розчину, що була застосована, становила 400 мл на 1 процедуру. Супутня терапія складалася з таких препаратів: гепарин – 76%, цибор – 4%, кофеїн – 13,3%, димедрол – 5,3% і еуфілін – 1,3%.

Під час дослідження встановлено, що в процесі процедури гемодіалізу у 55% пацієнтів виникали алергічні реакції та порушення гемодинаміки, що вимагає чіткого контролю за цими показниками.

Гладкова О.В., Верещак В.О.

РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ ПРИБУТКОВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна

vita.vereshchak-lavrik@mail.ru

Передумовою ефективного розвитку сучасного фармацевтичного підприємства є отримання прибутку, який є важливим джерелом задоволення економічних і соціальних потреб суб'єкта підприємництва і виступає джерелом формування його фінансових ресурсів. Заради того, щоб забезпечити постійний рівень зростання прибутковості, потрібно шукати невикористані можливості її збільшення, її резерви.

Метою даної роботи є визначення резервів підвищення прибутковості вітчизняних фармацевтичних підприємств.

Під час проведення аналізу і розробки практичних рекомендацій були використані методи системного аналізу економічних явищ, групування та узагальнення.

Теоретичні дослідження праць сучасних науковців-економістів та вітчизняної практики діяльності суб'єктів фармацевтичної галузі показав, що вона відноситься до числа найдинамічніших і найрентабельних галузей промисловості. Не дивлячись на девальвацію національної валюти, що зросла в 3 рази, воєнні дії, зниження доходів населення, ринок продовжує зростати в національній валюті. Державна служба статистики України зафіксувала, що витрати на лікарські засоби займають 4-5 місце у витратах середньостатичного громадянина України і складають приблизно 8,1% від його доходів. За результатами 2015 р., фармацевтичний ринок збільшився на 40% в гривневому вираженні. За підсумками I півріччя 2015 року обсяг продажу всіх категорій товарів «аптечного кошика» зріс на 23,6% в порівнянні з аналогічним періодом попереднього року, а прибуток, в середньому, склав 24,6 млрд.грн.

Приріст ринку в національній валюті за перші 5 місяців 2016 р. склав 17%. За статистичними даними 2016 року підприємства фармацевтичної галузі мають високий показник рентабельності, в середньому він складає 22,5%.

Впродовж останніх кризових років вітчизняні виробники фармацевтичної продукції значно збільшили свою частку на ринку. У грошовому вираженні питома вага вітчизняних виробників збільшилася до 37%, а в натуральному вираженні— до 75%. Рейтинг аптечних мереж України (вільна Україна) за підрахунками I кв. 2016р. очолює «Аптека-Магнолія», вона складає майже 12,5% ринку, за нею йдуть «Сіріус-95»— 5,58%, «Фармастор»— 3,09% ринку. Топ-100 аптечних підприємств акумулюють 68% ринку. Фармацевтична галузь досягає вагомих результатів в отриманні якомога більшого прибутку.

Серед існуючих резервів, що забезпечують збільшення прибутковості та які ґрунтуються на наукових засадах щодо їх мобілізації були віднесені:

1. Безупинне удосконалення засобів виробництва: поліпшення технології виробництва, закупівля нової техніки, впровадження прогресивних матеріалів тощо.
2. Економія матеріальних, фінансових та трудових ресурсів, більш повне використання вторинних ресурсів та попутних продуктів хімічної галузі, що безпосередньо впливає на зниження собівартості лікарських засобів.
3. Автоматизація виробництва, завдяки чому потреба в робітниках стає значно меншою, зростає продуктивність праці, що, у свою чергу, призводить до зменшення витрат на оплату праці.
4. Збільшення асортименту та обсягу випуску лікарських засобів, завдяки чому прибуток підприємства зростає не тільки за рахунок зниження собівартості, але і через збільшення виручки від реалізації.

Узагальнюючи все вищевикладене можна зазначити, що забезпеченню зростання прибутку фармацевтичні підприємства сприятиме комплексний техніко-економічний аналіз власної роботи та використання всіх наявних резервів для підвищення власної прибутковості та ефективності.

Заліська О.М., Піняжко О.Б., Слабий М.В., Максимович Н.М.

ІНТЕГРАЦІЯ СИСТЕМИ ДОСЛІДЖЕНЬ З ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ПРОВІЗОРІВ В УКРАЇНІ

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

olzaliska@ukr.net

На кафедрі організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоеконіміки ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького започатковано наукові, практичні дослідження з фармакоеконіміки, впроваджено в навчальний процес провізорів нову дисципліну «Фармакоеконіміка» в Україні (1998-2001), системно науково опрацьовано нові методики з оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) при ХОЗЛ, онкологічних, гінекологічних захворюваннях, при вагітності, які впроваджено у післядипломну освіту провізорів (Мендрік О.А., Толубасєв В.В., Піняжко О.Б., Заліська О.М., 2009-2016). Для Національної політики забезпечення лікарськими засобами -2025 пріоритетним є створення центру ОТОЗ та впровадження в охорону здоров'я. Аспекти ОТОЗ вивчали науковці: Немченко А.С., Косяченко К.Л., Воробйов К.П., Слабий Г.О. та ін.

Нашою метою було представити інтеграцію наукових досліджень з ОТОЗ та впровадження результатів у післядипломну освіту провізорів України.

Методики дослідження: системний підхід, порівняльний аналіз, навчально-освітні технології з ОТОЗ.

Починаючи з 1998 року О.М.Заліська та Б.Л.Парновський обґрунтували, впровадили викладання нової дисципліни «Фармакоеконіміка» у вищу фармацевтичну школу України, започаткували науково-методичні дослідження, співпрацю з Міжнародним товариством фармакоеконімічних досліджень (ISPOR), що забезпечило формування міжнародної інтегрованої системи з фармакоеконімічного аналізу ліків. Уперше авторами було системно опрацьовано Програму фармакоеконімічної оцінки лікарських засобів в Україні, яку було впроваджено у медичну практику, також розроблено і затверджено типові

навчальні програми «Фармакоеконіміка» (2001-2003) для до- і післядипломної освіти провізорів, створено навчальні посібники, підручник, програми з грифом МОЗ України, які видані в ЛНМУ ім. Данила Галицького, згодом у ВНМУ ім. М.І.Пирогова (2003) були видані навчальні матеріали, у НФаУ (2004) – створена профільна кафедра. Ці етапи сприяли інтеграції наукових та навчальних технологій з фармакоеконіміки. З 2008 року діє Український центр фармакоеконімічних досліджень ISPOR, який системно впроваджує результати ОТОЗ та організовує українські форуми, включені в міжнародні програми Європейських конгресів, Світових зустрічей ISPOR (Мадрид, 2011– Відень 2016, Філадельфія, Вашингтон, 2016). Результати наукових досліджень з фармакоеконіміки та ОТОЗ представляють науковці кафедр Львова, Харкова, Києва, Вінниці, Ужгорода на конгресах ISPOR.

Слід відзначити, що викладачі кафедри (Заліська О.М., Піняжко О.Б., Максимович Н.М.) пройшли закордонне стажування з ОТОЗ, мультикритеріального аналізу (МКАР), отримали сертифікати, представили три англійські доповіді про результати методик ОТОЗ та МКАР в Україні під час міжнародних форумів 18 та 19-ого Європейських конгресів ISPOR (м. Мілан, 2015; м. Відень, 2016) та 21-ї Світової зустрічі ISPOR (м. Вашингтон, 2016), які опубліковано у закордонному виданні «Value in Health». Створено цикл статей у формі лекторію з ОТОЗ та МКАР, який представлено в «Еженедельник Аптека» для забезпечення неперервної післядипломної освіти провізорів.

Під час навчання на передатестаційному циклі провізор має можливість брати участь у науково-практичній конференції, яка проводиться викладачами-учасниками цих євроконгресів ISPOR з проблематики фармакоеконімічних досліджень та ОТОЗ, та регулярно є на кафедральному сайті www.uspor.org.ua та публікуються в «Еженедельнику Аптека», яка створена Українським центром ISPOR, містить навчальні матеріали з фармакоеконіміки та ОТОЗ.

Нами створена система науково-методичних досліджень з ОТОЗ та МКАР, видані навчальний посібник, методичні рекомендації з ОТОЗ, які впроваджені у

неперервну освіту провізорів. На національному рівні необхідним є Центр ОТОЗ при МОЗ України відповідно до європейських вимог.

Горошко О.М., Паламар А.О., Богдан Н.С., Франко Л.В., Гудзь Н.А.
ПРОБЛЕМА ЯКОСТІ ЛІКІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці, Україна

pal.alina26@mail.ru

Зараз у вітчизняній фармацевтичній галузі постає проблема надвиробництва. Таке становище значною мірою зумовлене тим, що фармацевтика, зокрема й система забезпечення населення лікарськими засобами, намагається працювати в ринкових умовах, тоді як система охорони здоров'я по суті все ще залишається планово-бюджетною. В умовах нестабільності постає гостре питання – попадання на фармацевтичний ринок фальсифікованих препаратів.

Незважаючи на те, що Україна має найкращу в СНД систему контролю якості ліків, так як Держлікслужба України – єдина в СНД – є членом міжнародної Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S) не можна стверджувати про повну відсутність фальсифікованих та неякісних ліків. Фальсифікат лікарських засобів є в кожній країні, незалежно від того, чи визнає офіційна статистика наявність підробок на фармринку. Наприклад, у Білорусі заперечать навіть можливість їхньої появи, посилаючись на жорстку систему контролю. У деяких країнах Африки, навпаки, відкрито заявляють про 50% фальсифікату від загального обсягу ринку. У США попри новітні системи захисту і жорсткий контроль, фальсифікованих ліків досягає 10-20%. В ЄС, де також приділяють підвищену увагу цій проблемі, середній рівень наявності фальсифікату 2-5%. Держлікслужба України контролює якість ліків на етапі виробництва, ввезення в Україну та під час продажу в аптечних закладах. Перевірку якості ліків проводять також на етапі реалізації (продажу). Так при одержанні ліків на базі оптової фірми, чи роздрібною мережі проводиться вхідний контроль відповідальною особою, яка відповідає за якість лікарських засобів на

оптовому складі або в аптеці, вилучає неякісні лікарські препарати та відправляє на утилізацію. Виділяють кілька основних проблем, які провокують появу фальсифікату. Одна з яких є широкомасштабне нелегальне виробництво медикаментів, яке характеризується великим рівнем латентності. Звичайно, ця проблема більше пов'язана з недоліками законодавчої бази; недотриманням вимог чинного законодавства: корупцією, лобіюванням та конфліктів інтересів. Ми розглянемо причини, які більше пов'язані з фармацевтичною діяльністю. Поруч із нелегальним виробництвом існує система збуту фальсифікату і субстандартних ліків. Попередником цієї проблеми є декілька факторів: попит, що перевищує пропозицію; високі ціни, швидкий зріст фармацевтичної мережі, а також великий асортимент безрецептурних препаратів (а як відомо найчастіше у список фальсифікованих ліків попадають власне препарати із переліку без рецептурних). Однак, ще одна не менш важлива сторона цього питання це неефективна взаємодія між органами державної влади та власне кінцевою ланкою реалізації. Кримінальним кодексом України з вересня 2011 року встановлено кримінальну відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів та обіг фальсифікованих лікарських засобів. Так згідно з Кримінальним кодексом України виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту фальсифікованих лікарських засобів або збут завідомо фальсифікованих лікарських засобів – карається позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років з конфіскацією фальсифікованих лікарських засобів, сировини та обладнання для їх виготовлення. Однак, аптека, у якої є підозра на неякісний чи фальсифікований лікарський засіб не завжди повідомляє територіальну інспекцію, а повертає чи відмовляється від товару, в результаті чого заощаджує власні кошти. В кінцевому результаті товар знаходить легковажного фармацевта, а потім, на жаль, довірчого пацієнта.

Отже, для запобігання обігу фальсифікату не достатньо каральних важелів з боку контролюючих органів, але створити модель роботи суб'єктів фармацевтичного ринку, у якій передбачена тісна взаємодія між кінцевою

ланкою реалізації ліків та контролюючими органами і передбачена підвищена відповідальність кожного учасника. Слід пам'ятати, що фармацевтичний ринок України спроможний надавати якісні послуги громадянам.

Губін Ю.І., Лебединець В.О.

РОЗРОБКА ПРОПОЗИЦІЙ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

x123@ua.fm

Забезпечення якості лікарських засобів (ЛЗ) передбачає відповідне маркування, що уможливорює однозначну ідентифікацію та простежуваність. Маркування також певною мірою підвищує захист ЛЗ від підробок, однак традиційні способи маркування не забезпечують впевненості у тому, що продукт є оригінальним і якісним.

Виходячи з цього, метою наших досліджень стала розробка системи маркування ЛЗ та товарів медичного призначення, що унеможливорює фальсифікацію та забезпечує впевненість у якості фармацевтичної, також забезпечує можливість оперативного обліку руху кожної упаковки ЛЗ. Все це знизить до мінімуму можливість потрапляння неякісних ЛЗ до споживача.

Методики дослідження: було вивчено закордонний та вітчизняний досвід щодо маркування товарів з метою захисту від фальсифікатів та оперативного обліку товарів. Вивчено сучасні методи маркування товарів, їх переваги та недоліки. Контроль упаковки та маркування фальсифікованої продукції – майже єдиний засіб виявлення фальсифікату. Окремий споживач навіть теоретично не має змоги проконтролювати ЛЗ, який він придбав.

Результати досліджень: масштаб проблеми фальсифікації лікарських препаратів важко оцінити. За оцінкою ВООЗ, приблизно 10% (або близько 21 млрд \$ США.) світового обігу ЛЗ пов'язано з реалізацією фальсифікованих ЛЗ. Лише єдина система маркування продукції забезпечить вирішення декількох невирішених проблем сучасної фармації.

Системний підхід до маркування передбачає групове маркування, що забезпечує автоматизацію обліку ЛЗ на складах та в аптеках, унеможливорює

порушення умов зберігання. Транспортна упаковка автоматизує логістику при пересуванні ЛЗ. Маркування первинної та вторинної упаковки дозволяє через інтернет у режимі реального часу з'ясувати у виробника всі необхідні дані щодо справжності ЛЗ і всі технічні дані щодо конкретного зразка ЛЗ. Таке маркування буде як «відбиток пальців» індивідуальним для кожної одиниці ЛЗ.

Споживач може легко сканувати штрих-код на упаковці і отримати всю вичерпну інформацію про конкретну упаковку з сайту виробника. Комп'ютеризована система виробника підтверджує дійсність конкретної упаковки через порівняння її «відбитків пальців» зі своєю базою. Впровадження комплексного маркування унеможливить фальсифікацію ЛЗ в принципі, а в разі виявлення браку, дасть можливість простежити за кожною упаковкою ЛЗ, від виробника до аптеки, а в разі переходу на електронні медичні картки, то і до окремого споживача.

Висновки: Запропоновано комплексний підхід до маркування ЛЗ, який забезпечить не тільки захист від фальсифікатів та неякісної продукції, а й дозволить вирішити цілий комплекс проблемних питань логістики, обліку, зберігання, призначення лікарем та використання ЛЗ.

Комплексний підхід передбачає наступні кроки та можливості:

- Маркування групової упаковки може здійснюватися за допомогою Radiofrequency Identification (RFID)-міток. Це забезпечує можливість обліку ЛЗ при його дистрибуції, а запис інформації до таких пристроїв забезпечить додатковий контроль за строками придатності, умовами зберігання, транспортування, тощо.

- Маркування кожної окремої упаковки ЛЗ доцільно здійснювати з використанням двомірного кодування (QR-код), що містить унікальну інформацію про упаковку ЛЗ «відбиток пальців».

- Інформацію щодо кожної упаковки ЛЗ пропонується зберігати у «хмарному» сховищі підприємства-виробника, копію на центральному сервері державної установи з нагляду за ЛЗ.

Євтушенко О.М., Стоянова Д.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИКА

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

dinuly1@mail.ru

На сьогодні медичні представники здійснюють маркетингову діяльність з різноманітними контактними аудиторіями, а саме з робітниками аптек та лікарями, володіючи при цьому значними можливостями впливу на учасників ринку. У ряді випадків медичний представник – єдиний комунікаційний ресурс, від якого залежить, наскільки буде препарат затребуваний на ринку, та чи віддадуть йому перевагу лікарі.

Враховуючи вище зазначене, метою роботи стало визначення критеріїв ефективності роботи медичного представника з робітниками аптек та лікарями.

Методологічною основою дослідження є анкетування провізорів (фармацевтів) та лікарів стосовно роботи медичних представників.

В ході дослідження було опитано 58 провізорів (фармацевтів) та 23 лікарів на базі медичних закладів м. Харкова. Було виявлено, що 96,5% провізорів та 69,5% докторів позитивно відносяться до візитів медичних працівників. Ми з'ясували, що негативному відношенню у 3,5% випадків з фармацевтами та 30,5% медиків сприяло те, що представники компаній займають багато робочого часу. Більшість анкетованих зазначили, що готові виділити на візит медичного представника не більше 5-7 хвилин. При цьому найбільш зручними матеріалами для сприйняття фармацевтів є паперові носії інформації – 60,3%, а 73,9% медиків віддають перевагу живому спілкуванню без використання промо матеріалів.

Як виявилось в ході опитування, 79,3% анкетованих відповіли, що на позитивне сприйняття медичних представників впливає компетентність в питаннях фармацевтичного маркетингу. В свою чергу 91,3% лікарів зазначили,

що важливим є глибокі знання в галузі фармакології. 79,3 % опитаних вказали, що медичний представник – людина-джерело корисної інформації в сфері фармації, колега і кращий помічник у вирішенні питань, що виникають при роботі з пацієнтами, реалізації строкових товарів.

Для 91,4 % фармацевтів та 82,6 % докторів співпраця з медичними представниками є можливістю дізнатися про нові препарати, їх механізми дії, про те, як правильно рекомендувати препарат. Лідерами серед медичних представників, які сприймаються найбільш позитивно, є співробітники компаній Berlin-Chemie, Teva, Bayer, STADA.

Дослідження щодо форми та місця представлення інформації показали, що 47% опитаних віддають перевагу груповим презентаціям в аптеці, а 91,3% лікарів вибирають конференції, розраховані на 50 учасників та більше.

Дана дослідницька робота дає змогу зробити висновки про те, що медики у більшості випадків задоволені роботою та співпрацею з медичними представниками. Вони дають поради, які покращать роботу та загальне враження про представників компаній. Узагальнюючи вищенаведене, можна зазначити – гарні знання фармакології, маркетингу, використання раніше зазначених форм проведення візитів та найбільш вподобаних носіїв наукових матеріалів, позитивно позначається на сприйнятті медичного представника. Також важливим є питання тайм-менеджменту, а саме час, який представники компаній виділяють на візит: слід прислуховуватись до думки фахівців, та відводити стільки часу, скільки вони готові приділити на співпрацю з медичним представником. Дотримуючись цих рекомендацій медичний представник стане кращим помічником для спеціалістів у сфері медицини та зарекомендувати себе з кращої сторони. Постійний професійний розвиток є важливою умовою успішної діяльності будь-якого фахівця. Беручи до уваги проведені дослідження медичний представник може підвищити продажі, і підняти рівень компанії, впізнаваність бренду, та особистий рейтинг серед компаній-конкурентів.

Карпенко Л.А., Гавриш Н.Б.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@gmail.com

Істотним елементом покращення доступу до основних лікарських засобів та медичних виробів (ЛЗ та МВ) є надійна система постачання. Одним із завдань Національної лікарської політики (НЛП) є визначення характеристик майбутньої системи постачання і ролі, яка відводиться у ній державним органам влади. Ключовим політичним моментом виступає система постачання ЛЗ та МВ в надзвичайних ситуаціях (НС).

З метою визначення основних принципів організації фармацевтичного забезпечення населення в умовах НС в рамках Національної лікарської політики проведено аналіз нормативно-правової бази та організаційної структури забезпечення населення ЛЗ та МВ за умов НС.

На сьогодні насиченість території України промисловими об'єктами в кілька разів перевищує європейські країни. Майже третина з цих підприємств (близько 7,5 тис.) становить потенційну небезпеку. Цілі регіони є зоною з надзвичайно високим ступенем ризику виникнення аварій і катастроф техногенного походження, в результаті яких гинуть люди, знищуються матеріальні цінності, ускладнюються умови виробництва і життя. Цей ризик постійно зростає, оскільки рівень зносу обладнання більшості промислових підприємств наближається до критичного. Наслідки антропогенного впливу на навколишнє середовище набувають все більш відчутних обрисів, особливо у випадках, коли дія природних і техногенних факторів потрапляють в резонанс. Крім того, напружена санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні в останні роки, виявляє тенденцію до погіршення. Таким чином, одним з основних

моментів впровадження Національної лікарської політики в Україні є забезпечення населення ЛЗ та МВ у НС.

За рекомендаціями ВООЗ існує 12 основних принципів належної практики закупівель ЛЗ, які формують 4 стратегічні цілі: закупівля найбільш рентабельних ЛЗ в адекватній кількості; попередня атестація надійних постачальників високоякісної продукції; забезпечення своєчасних поставок ЛЗ; забезпечення ЛЗ при мінімальних загальних витратах.

Формування резервів ЛЗ та МВ для ліквідації наслідків НС відбувається за державні кошти. Для контролю щодо їх розподілення при Міністерстві охорони здоров'я створено міжвідомчу робочу групу із залученням представників Держслужби з надзвичайних ситуацій, Міністерства внутрішніх справ та Міністерства оборони. Одним з питань є проведення аналізу стану діючої нормативно-правової бази щодо постачання лікарських засобів в якості гуманітарних вантажів.

На сьогодні фармацевтична допомога населенню у НС регламентується такими нормативно-правовими актами, як Кодекс цивільного захисту, Закон України «Про екстрену медичну допомогу», Наказ МОЗ № 331 від 10.08.2001 (зі змінами 2006 р.) «Про затвердження номенклатури резервів ЛЗ, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру».

У відповідності з законодавством громадяни України при виникненні НС забезпечуються ЛЗ та МВ через заклади охорони здоров'я. До організаційної структури системи забезпечення населення ЛЗ та МВ у НС відносяться аптеки (лікарняних закладів, центрів медицини катастроф), аптечні склади та бази, склади та бази спецмедпостачання, відділи екстреної медичної допомоги.

Таким чином, проведено аналіз нормативно-правової бази та організаційної структури забезпечення населення ЛЗ та МВ за умов НС.

Визначені основні принципи фармацевтичного забезпечення населення ЛЗ та МВ за умов НС.

Костюк І.А., Сятиня М.Л.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

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

iryna.kostiuk@nmu.ua

На сьогодні значну загрозу для здоров'я населення спричинюють алергічні захворювання, особливо бронхіальна астма (БА). В Україні на даний вид нозології страждає 7-15% дорослого населення, а серед дітей – 15%.

Метою даної роботи є дослідження асортименту лікарських засобів (ЛЗ), що застосовуються у лікуванні БА, для різних вікових груп дитячого населення, а також виявлення ЛЗ, що дозволені до застосування у період вагітності та лактації.

Проведено аналіз ЛЗ, що застосовуються для лікування БА у дітей, з використанням інформаційної бази зареєстрованих ЛЗ, що представлена на офіційному сайті ДУ «Державний експертний центр», інструкцій для медичного застосування ЛЗ. Згідно результатів дослідження до вибірки увійшло 93 ЛЗ. Віковий діапазон дітей було поділено на 5 груп. Від народження можна застосовувати 30,1% препаратів (28 найменувань), від 2 років – 6,5% (6), від 4 років – 44,1% (41), від 6 років 8,6% (8), від 12 – 10,7% (10). До застосування у період вагітності заборонені 3,2% ЛЗ, а приймання 96,8% препаратів рекомендується лише за життєвих показань, тобто коли користь переважає ризик. У зв'язку з потенційним ризиком не тільки плоду, а і дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні, застосування певних ЛЗ для лікування БА є обмеженим. Під час лактації заборонено застосовувати 6,5% ЛЗ, а при призначенні 93,5% ЛЗ враховують співвідношення користь/ризик.

Проведений аналіз свідчить, що більшість ЛЗ для лікування БА у дітей, призначається з 4 років. Також виявлена нестача на вітчизняному

фармацевтичному ринку ЛЗ даної групи з доведеною безпечністю для жінок під час вагітності та лактації.

Котвіцька А.А., Коробова Є.С.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ДОСТУПНОСТІ МУКОЛІТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

На сьогодні внаслідок стрімкого зростання показника дитячої захворюваності на хвороби органів дихання, зокрема гострий бронхіт (ГБ), особливої уваги потребує проведення ефективної та, передусім, доступної фармакотерапії, що за умов обмеженого бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я та низьких доходів більшості громадян постає актуальною соціально-економічною проблемою.

Загальновідомим є той факт, що економічна доступність лікарських засобів (ЛЗ) в Україні передбачає формування відповідних умов для придбання ліків кожним громадянином за власні кошти або за рахунок державного бюджету. Належний рівень економічної доступності ЛЗ забезпечує якість лікування й профілактики захворювань населення, зокрема його дитячого контингенту.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало здійснення аналізу показників економічної доступності муколітичних ЛЗ (МЛЗ), що застосовуються у разі проведення фармакотерапії ГБ у дітей раннього віку. У ході дослідження використано логічний, статистичний і графічний методи аналізу.

Відповідно результатам моніторингу закупівельних цін на ЛЗ муколітичної дії, що проводився впродовж 2011 – 2015 рр., нами розраховано показники доступності (D) дослідженої групи ЛЗ (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників економічної доступності муколітичних ЛЗ для лікування ГБ у дітей раннього віку впродовж 2011-2015 рр.

АТХ код	Фармакотерапевтична підгрупа ЛЗ	Середній показник доступності (D)			
		2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
R05CB01	ацетилцистеїн	1,14	0,93	0,83	0,93
R05CB02	бромгексин	1,29	0,85	0,67	0,85
R05CB03	карбоцистеїн	1,07	0,98	0,86	1,06
R05CB06	амброксол	1,17	1,02	0,82	0,87

R05CB10	комбінації (амброксол + карбоцистеїн)	1,13	1,05	1,24	0,50
---------	---------------------------------------	------	------	------	------

Як відомо, з метою досягнення гарантованої державою межі доступності ЛЗ, даний показник повинен бути більшим або дорівнювати одиниці. Відповідно до даного твердження нами встановлено, що у 2012 р. препарати всіх без виключення підгруп МЛЗ були доступними для українських споживачів. Проте вже у 2015 р.ЛЗ більшості підгруп, що досліджувались, а саме: *ацетилцистеїну* ($D=0,93$), *бромгексину* ($D=0,85$), *амброксолу* ($D=0,87$) та *комбінації амброксолу з ацетилцистеїном* ($D=0,50$), не досягли оптимального значення даного показника. Такий стан, передусім свідчить про те, що темпи росту цін на досліджувані ЛЗ були більшими, ніж динаміка підвищення заробітної плати споживачів.

Узагальнюючи отримані дані розрахунків показника доступності, можна стверджувати, що протягом досліджуваного періоду спостерігається негативна динаміка щодо зниження його значення для всіх підгруп МЛЗ, що застосовуються у терапії ГБ у дітей. Зазначена тенденція є характерною для МЛЗ як іноземного, так і вітчизняного виробництва (рис. 1).

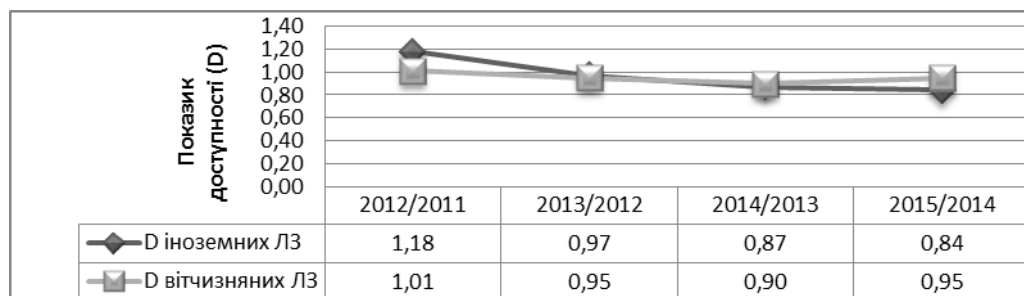


Рис. 1. Динаміка показників доступності муколітичних ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва за період 2012–2015 рр.

Таким чином, за результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що протягом останніх років в Україні спостерігається негативна тенденція щодо зменшення показників доступності для більшості ЛЗ муколітичної дії, що обумовлено зростанням цін на них майже на 60%. Тенденція, що склалася, вказує на необхідність термінового впровадження соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню. Серед них першочерговим є впровадження ефективної та адаптованої до сучасних умов

системи реімбурсації вартості і ЛЗ, основною метою якої є зниження витрат громадян на придбання ліків та підвищення ефективності видатків державного бюджету.

Котвіцька А.А., Костюк В.Г., Лобова І.О.

АВС-АНАЛІЗ ОБСЯГІВ ПРОДАЖІВ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Як відомо, сьогодні одним із основних методів кількісної оцінки асортиментної стратегії виступає АВС-аналіз, який дозволяє розподілити лікарські засоби (ЛЗ) за обраним показником ефективності торговельного процесу (валовий дохід, прибуток, рентабельність, маржинальний дохід, тощо), визначити пріоритетні позиції в асортименті та виділити «лідерів» (група А), «претендентів на лідерство» (група В) і аутсайдерів (група С) та встановити базовий асортимент.

АВС-аналіз – метод, який базується на маркетинговому принципі (закон Парето), згідно якого 80% прибутку від загального обсягу продажу досягається за рахунок не більше, ніж 20% представлених на ринку ЛЗ, і, навпаки, 80% продукції (ЛЗ) забезпечують не більше 20% доходу.

Метою нашого дослідження стало проведення АВС-аналізу наявних на фармацевтичному ринку нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) за показниками обсягів продажів у 2011-2015 рр.

За результатами проведеного аналізу встановлено, що 6 препаратів за міжнародними непатентованими назвами (МНН), які становлять 20,7% від наявного на вітчизняному ринку асортименту НПЗП, протягом досліджуваних років стабільно входять до складу **групи А**. Питома вага в обсягах продажів даних препаратів коливається від 79,5% (у 2011 р.) до 76,5% (у 2015 р.) Загальний обсяг продажів препаратів даної групи у 2015 р. становив 1 916 616,495 тис. грн.

Склад **групи В** протягом досліджуваного періоду формують 5 МНН НПЗП, що складає 17,2% від загальної кількості асортиментних позицій. Питома вага в обсягах продажів ЛЗ за групою В становила 11,9% у 2011 р. та 18,3% у 2015 р.

Група С протягом 2011-2015 рр. представлена 12 МНН (41,4% номенклатури).

За результатами АВС-аналізу до складу **групи А** у 2015 р. увійшли такі НПЗП за МНН, як *німесулід* (14,8% від загального обсягу продажів), *диклофенак* (14,3%), *мелоксикам* (10,7%), *диклофенак у комбінації* (10,6%), *кеторолак* (9,7%), *ібупрофен* (8,4%), *декскетопрофен* (7,9%). **Група В** представлена такими НПЗП, як *метамізол натрію* (5,7%), *ацетилсаліцилова кислота* (3,6%) *парацетамол* (3,3%), *лорноксикам* (3,3%), *еторикоксиб* (1,3%) та *мефенамова кислота* (1,1%). Склад **групи С** визначається 16 ЛЗ за МНН.

Необхідно зазначити, що протягом досліджуваного періоду перехід препаратів в іншу групу відбувався як за рахунок перерозподілу груп, що пов'язано з поповненням асортименту новими ЛЗ з низькими показниками продажів, так і за рахунок зміни частки обсягу продажів препаратів.

Так, до НПЗП, що перейшли до вищої групи відноситься *німесулід*, частка в обсязі продажів якого за досліджуваний період збільшилася на 12,2%.

Значно послабили свою роль в обсягах продажів досліджуваного сегменту препаратів *кетопрофен* і *німесулід у комбінації*, які перейшли із групи В до С, а також *метамізол натрію*, що перейшов із групи А до В.

Таким чином, результати, отримані на підставі АВС-аналізу, дозволяють здійснювати розподіл ЛЗ за обсягом товарообігу або вартістю спожитих препаратів з одночасною ідентифікацією частоти запитування (призначення) ЛЗ залежно від їх важливості для фармакотерапії. Отримані дані можуть виступати в якості засобів підтримки прийняття управлінських рішень й слугувати індикаторами рівня активності закупівлі, реалізації та збалансованості асортименту ЛЗ, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку, а також сприяти його оптимізації.

Котвіцька А.А., Пастухова О.А., Люшенко М.В.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Всесвітні епідеміологічні дослідження останніх років вказують, що частка хронічного вірусного гепатиту С складає понад 70% всіх хронічних захворювань печінки. Загалом, в усьому світі хронічною інфекцією гепатиту С страждають від 130 до 170 млн чоловік. В Україні, на сьогодні, за офіційними даними, налічується 2 млн хворих на гепатит С, а за неофіційними – від 4 до 5 млн, інфікованих гепатитом, тобто приблизно кожний дванадцятий. Враховуючи вищезазначене, гепатит С можна вважати соціально-економічною проблемою сучасності.

Метою нашого дослідження стало здійснення фармакоекономічного аналізу терапії хворих на гепатит С методом «мінімізація витрат», який передбачає вибір лікарського засобу (ЛЗ) або схеми лікування з мінімальними витратами.

Нами проаналізовано дані Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної, третинної медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дорослих», згідно з яким, лікування гепатиту С генотипу 1b (найбільш розповсюдженого серед українського населення) здійснюється за двома схемами лікування: рекомендованою та альтернативною. Тривалість курсу лікування за рекомендованою схемою складає 12 тижнів, та включає в себе використання таких ЛЗ, як софосбувір та ледіпасвір. Враховуючи кількість добової дози кожного ЛЗ та тривалість курсу лікування, нами розраховано повну вартість курсу лікування, яка становить 36 299,76 грн. Альтернативна схема лікування містить софосбувір, рибавірин та пегільований інтерферон. Тривалість курсу лікування за цією схемою становить також 12 тижнів, а вартість склала 58 264,56 грн.

Таким чином, встановлено, що найбільш економічно доступною схемою лікування гепатиту С генотипу 1b є рекомендована, яка менш витратна за альтернативну майже на 40%. Зазначені результати можуть бути використані для удосконалення сучасних підходів до лікування хворих на гепатит С, враховуючи

впровадження системи реімбурсації вартості у вітчизняній фармації.

Котвіцька А.А., Сурікова І.О.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЧНОГО АПАРАТУ ЩОДО НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), по всьому світу більше ніж 50% усіх лікарських засобів (ЛЗ) прописуються, видаються або реалізуються з помилками. При цьому 50% пацієнтів помиляються у способі прийому прописаних їм ліків. Забезпечення права громадян на якісну медичну та фармацевтичну допомогу можливо шляхом ефективного функціонування міжнародних стандартів якості ЛЗ та безпеки пацієнта при застосуванні ЛЗ.

У зв'язку з вищезазначеним метою нашого дослідження став аналіз визначень пов'язаних з неправильним застосування ЛЗ з урахуванням загальносвітових тенденцій у реформуванні фармацевтичного сектору.

У 1996 року в Україні введено систему фармацевтичного нагляду за побічними реакціями (ПР) ЛЗ, що призводять до інвалідності, смерті пацієнта, аномалій розвитку плода, а також непередбачені ПР та випадки відсутності ефективності (ВЕ) лікарських препаратів при їх медичному застосуванні. За даними Державного експертного центру (ДЕЦ) МОЗ України встановлено, що кількість повідомлень щороку збільшується, й у 2015 році їх кількість досягла показника 18864 випадків, та становить близько 442 випадки на 1 млн. громадян України.

Однак, як свідчить міжнародний досвід, несприятливі наслідки застосування ЛЗ у пацієнта не завжди проявляються у вигляді побічної реакції чи відсутності ефективності ЛЗ та необов'язково є результатом терапевтичної дії ЛЗ в організмі людини. Останніми роками у світовій практиці для опису несприятливих наслідків лікування пацієнтів фармацевтичними препаратами все частіше застосовується термін «medicationerror», що визначається як

«медикаментозна» чи «ліко-пов'язана помилка». Проте, й на сьогодні немає повної уніфікації даної термінології як в Україні, так і за кордоном.

Найбільш розповсюдженим та впровадженими до стандартів є визначення Національної координаційної ради США щодо рапортування та попередження ліко-пов'язаних помилок, яка визначається як будь-яке явище (появи якого можна було б уникнути), що сталося під час застосування ЛЗ під контролем медичного працівника, пацієнта або споживача, та може призвести до невідповідного застосування ЛЗ чи завдати шкоду здоров'ю пацієнта.

У результаті дослідження вітчизняної системи фармаконагляду та нормативно-правової бази, яка її регулює, можна стверджувати що в основному нею охоплюються дані про побічні реакції чи відсутність ефективності ЛЗ. Однак, необхідно зазначити, що з 2012 року у щорічних Звітах стосовно основних показників роботи системи фармаконагляду в Україні згадується поняття ліко-пов'язаної помилки, а у Звіті за 2015 рік міститься детальний аналіз даних щодо медичних помилок. Зокрема, неправильний шлях уведення ЛЗ, перевищення допустимої дози, помилка у призначенні (застосування не за показами, наявність протипоказань при вагітності, не враховані супутні захворювання і т. д.), перевищення допустимої тривалості лікування тощо, що відповідають певним категоріям загальносвітової класифікації ліко-пов'язаних помилок, й фіксуються системами реєстрації та оцінки саме як видів ліко-пов'язаних помилок.

Таким чином, за результатами аналізу літературних джерел щодо визначень пов'язаних з негативними наслідками застосування ЛЗ встановлено, що найбільш розповсюдженою дефініцією, що характеризує помилки під час фармакотерапії є «medicationerror», або «ліко-пов'язана помилка», запропонована NCC MERP, а також затверджена на законодавчому рівні «побічна реакція лікарського засобу». Тому, на нашу думку, вітчизняна система фармаконагляду, що в цілому відповідає міжнародним стандартам, потребує удосконалення, з огляду на євроінтеграційні процеси, що відбуваються в Україні, зокрема в

питаннях уніфікації та нормативного затвердження основних термінів.

Котвіцька А.А., Тарасенко Д.Ю.

АНАЛІЗ ДІЇ АНТИКОРУПЦІЙНОГО ЗАКОНОДАВСТВА В ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

За даними дослідження авторитетної всесвітньої організації Transparency International «Барометр Світової Корупції» (Global Corruption Barometer) за 2016 рік, корупція є однією з найактуальніших проблем для України, й зустрічається в усіх сферах життєдіяльності суспільства і держави. Фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я держави не є винятком.

Метою нашого дослідження є аналіз розповсюдження дії антикорупційного законодавства на діяльність працівників аптечних закладів. При дослідженні нами використані порівняльно-правовий та юридичний методи.

За результатами аналізу Закону України «Про запобігання корупції» нами вивчено поняття корупції, неправомірної вигоди, корупційного та пов'язаного з корупцією правопорушення, окреслено коло суб'єктів, на яких поширюється дія антикорупційного законодавства.

В залежності від суб'єкта, поняття корупції розуміється у двох різних площинах. По-перше, «корупція» – це використання особою наданих їй службових повноважень, пов'язаних з ними можливостей з метою одержання (прийняття, прийняття обіцянки/пропозиції) неправомірної вигоди для себе чи інших осіб. По-друге, «корупція» - надання (обіцянка чи пропозиція надання) неправомірної вигоди особі з метою схилення цієї особи до протиправного використання наданих їй службових повноважень чи пов'язаних з ними можливостей.

До кола суб'єктів, на яких поширюється дія зазначеного закону належать посадові особи юридичних осіб публічного права, посадові або службові особи(уповноважені на виконання організаційно-розпорядчих чи адміністративно-

господарських обов'язків)юридичних осіб приватного права незалежно від організаційно-правової форми.

Стосовно аптечних закладів, до основних суб'єктів, на які поширюється дія антикорупційного законодавства, належать такі посади працівників: *завідувач, заступник завідуючого та провізор*. До основних обов'язків провізора належить визначення потреби в лікарському засобі, безпосередня реалізація лікарського засобу пацієнту, проведення інформаційної роботи про лікарський засіб, дотримання принципів медичної деонтології.

З метою підвищення попиту на лікарські засоби фармацевтичні компанії вдаються до дій з просування конкретного лікарського засобу, серед яких розрізняють наступні форми та методи:лекції, семінари, тренінги,запрошення на конференції для провізорів(які можуть проходити в інших містах, країнах та фінансуються за рахунок фармацевтичних компаній); подарунки та сувеніри; спонсорство. Вказані форми та методи, насамперед, спрямовані на залучення провізора до процесу надання рекомендацій з використання певного лікарського засобу й інформування пацієнта про переваги саме цього лікарського засобу або конкретного виробника.

У такому випадку звертає на себе увагу особливості взаємодії провізора та медичного працівника, який представляє ту чи іншу фармацевтичну компанію. В деяких випадках окремі дії фармацевтичних працівників можна кваліфікувати як отримання неправомірної вигоди. Тому, використання вказаних форм та методів підвищення попиту на свою продукцію фармацевтичними компаніями, з однієї сторони, та прийняття й реалізація таких пропозицій працівниками аптечних закладів, з іншої сторони, може розглядатись як порушення чинного антикорупційного законодавства.

Крім того, на нашу думку, забезпечення власних та комерційних інтересів реалізації лікарських засобів або медичної продукції можуть призводити до суттєвого впливу на вибір й часто невиправдане призначення курсу лікування, що нівелює одну з основних функцій фармацевтичного працівника – сприяння раціональному

використанню лікарського засобу.

Кубарева І.В., Демянік К.О.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАХВОРЮВАНOSTІ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

На сьогодні кількість мешканців сільської місцевості становить лише третину (30,9%) населення України, однак рівень смертності за основними причинами захворюваності сільського населення значно перевищує показники міського. Так, вивчення сучасних тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед вказаного контингенту населення є однією з важливих складових стратегічного планування розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я (ОЗ).

Враховуючи вищезазначене, метою нашого дослідження є аналіз динаміки показників поширеності хвороб та захворюваності серед сільського населення України. У роботі використано системно-аналітичний, графічний та порівняльний методи аналізу.

Як відомо, захворюваність населення є одним із основних показників стану його здоров'я, а поширеність хвороб значною мірою відображає накопичення хронічних та патологічних захворювань серед населення, зокрема сільського. Так за оцінкою Державної служби статистики станом на 1 січня 2015 р. загальна чисельність населення України становила 42 928,5 тис. осіб, з них 26 663,9 тис. осіб (69,1%) мешкало у міській місцевості, а 13 265 тис. осіб (30,9%) – у сільській. Аналіз динаміки показників поширеності хвороб та захворюваності серед сільського населення України у період 2011-2015 рр. (на 100 тис. населення) представлено на рис. 1.

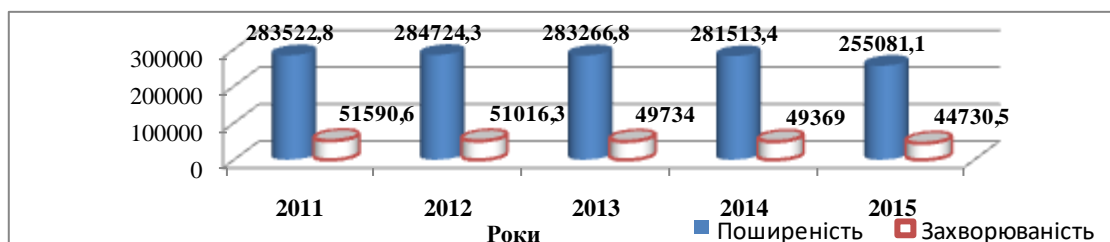


Рис.1. Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення

у сільській місцевості у 2011-2015 рр.

Як видно з рис.1, поширеність хвороб серед сільського населення у період з 2011 по 2014 рр. зростала, натомість показники захворюваності характеризувались поступовим зменшенням до рівня 44 730,5 у 2015 р. З огляду на зазначене, нами визначено показник середнього темпу приросту захворюваності сільського населення по Україні, який склав 8,3 %, а середній темп зниження показника поширеності становив (-3%). У ході подальших досліджень, нами проаналізовано структуру поширеності хвороб серед сільського населення України у 2015 р. за основними класами хвороб, результати якого представлено на рис. 2.



Рис. 2. Структура поширеності хвороб серед сільського населення України у 2015 р. (%)

Як видно з рис. 2., у структурі поширеності захворювань сільського населення України перше місце посідають хвороби системи кровообігу (42,11%), друге – хвороби органів дихання (12,63%), новоутворення та хвороби органів травлення склали 9,97% та 7,58%, і відповідно, посіли третє та четверте місця.

Таким чином, незважаючи на позитивну динаміку показників захворюваності за період 2013-2015 рр., проблема зростання поширеності серед сільського населення на соціально-небезпечні захворювання залишається гострою та актуальною, що, на нашу думку, потребує здійснення систематичного аналізу її складових за територіальною ознакою, а також щодо відповідності якісних

характеристик та обсягів фармацевтичної допомоги медико-соціальним показникам.

Лелека М.В., Заліська О.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ З ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ПРИГОТУВАННЯ ЛІКІВ У США

Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького, м. Львів, Україна

lelekamariya@gmail.com

Екстемпоральне приготуванням ліків за кордоном збереглося, існує та успішно розвивається на усіх етапах становлення: додипломна освіта, післядипломна освіта, видавнича і наукова діяльність про приготування ліків за індивідуальними прописами та практична діяльність в апечних закладах. В умовах активної маркетингової стратегії фармацевтичних компаній фармацевти об'єднують зусилля для розвитку компаундингу, тобто екстемпорального приготування ліків.

Мета дослідження: вивчити сучасний стан екстемпорального приготування ліків та проаналізувати досвід аптек США з компаундингу.

Методика дослідження: аналіз літературних даних про екстемпоральне приготування ліків у США, вивчення нормативних актів та структури органів управління фармацевтичною діяльністю у США.

За результати досліджень встановлено, що екстемпоральна рецептура в США на даний час складає, за експертними оцінками 1-3% рецептурного ринку. Діяльність усіх аптек і фармацевтів є ліцензована і строго регламентується спеціальним органом - Державною Радою Фармації (State Boards of Pharmacy).

Національна асоціація фармацевтів США (NABP), яка створена в 1904 році, є неупередженою професійною організацією, яка забезпечує державне регулювання фармацевтичної діяльності в сфері охорони здоров'я. Діяльність NABP спрямована на забезпечення здоров'я та безпеки громадськості в рамках своїх програм шляхом видачі ліцензії на право займатися професійною

діяльністю помічникам фармацевта та фармацевтам, а також здійснює акредитацію аптечних закладів.

Приготування лікарських засобів в аптеці (англ Compounding) компаундинг є основним компонентом фармації і завжди була предметом нагляду і контролю за цими установами і законодавчими органами штатів, які приймають рішення про роботу аптеки та регулюють рецептурний обіг.

Окрім того, Адміністрація з контролю за харчовими продуктами і ліками США (FDA) має владу над деякими аспектами щодо екстемпорального приготування та відпуску ліків на федеральному рівні під керівництвом Конгресу.

Стандарти, встановлені Державною Фармакопеею США (USP) інтегровані в щоденну практику з аптечного приготування ліків і регулюються законом у більшості штатів. Ще більший контроль здійснюється через акредитацію від різних некомерційних організацій, які встановлюють відповідність керівним принципам, спрямованим на поліпшення якості в процесі екстемпорального приготування ліків.

Дві основні організації діють у США, які об'єднують інтереси фармацевтів з екстемпорального приготування ліків:

1 - Professional Compounding Centers of America (PCCA) – Професійний центр з компаундингу Америки

2 - International Academy of Compounding Pharmacists – Міжнародна академія фармацевтів з компаундингу (екстемпорального приготування ліків)

Професійний центр (PCCA) є повним інформаційним ресурсом для потреб аптеки з індивідуального приготування ліків.

Вагомою складовою є освіта і PCCA забезпечує широкий діапазон очного, веб-навчання і освітніх можливостей для набуття знань і навичок з екстемпорального приготування ліків в аптеках. Професійний Центр включає

практичний курс «Загальний компаундинг», який містить методи, огляд устаткування та використання, види лікарських форм, обговорення якості і безпеки процедур, юридичні питання та методи маркетингу. РССА також проводить діяльність з акредитації фармацевтичної освіти (акредитація програми безперервної освіти), включаючи програми з управління болем, замісної гормональної терапії і здоров'я жінок, ветеринарних препаратів і маркетингу тощо.

Міжнародна академія компаундингу фармацевтів (International Academy of Compounding Pharmacists - IACP) є організацією, яка об'єднує інтереси аптек з екстемпорального приготування ліків. Вона об'єднує понад 4000 фармацевтів, асистентів фармацевтів, студентів і членів спільноти, які мають інтереси з екстемпорального приготування ліків (компаундинг). Більш 150000 пацієнтів у США користуються персоналізованими прописами. Місія IACP з охорони, заохочення і просування персональних рішень ліків має вирішальне значення для охорони здоров'я пацієнта.

Завдання Міжнародної Академії - захищати, заохочувати і просувати науку і мистецтво екстемпорального приготування ліків. Міжнародна Академія компаундингу фармацевтів є визнаним авторитетом для інформації, досвіду і стандартів практики щодо аптечної рецептури. Мільйони пацієнтів мають унікальні медико-санітарні потреби, які готові ліки не можуть задовольнити.

Таким чином, у співпраці з лікарем аптечна рецептура може задовольнити індивідуальні потреби дітей, дорослих і тварин. Чи є це алергія на барвник або інгредієнт, потреба в іншій дозі, або перевага іншої лікарської форми, фармацевт з екстемпорального приготування здатен надати пацієнтам рішення їхніх потреб. На протязі останніх десятиліть екстемпоральне приготування ліків пережило ренесанс та розвиток, зазнало іноваційних змін та наукових досліджень. Це дозволило фармацевтам вирішувати проблеми пацієнтів, бути ближче до пацієнта.

Літвінова О.В., Посилкіна О.В.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ РИЗИКАМИ В ФАРМАЦІЇ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Сьогодні перспективне створення лікарських засобів (ЛЗ), які пов'язані з високотехнологічними процесами (наприклад, з розробкою біосімілярів, препаратів на основі нанотехнологій, орфанних та антиретровірусних препаратів) та високими ризиками при їх розробці, клінічних дослідженнях.

Мета роботи – ідентифікація інтелектуальних ризиків (ІР) при розробці ЛЗ і аналіз методологічних аспектів управління ними.

Дослідження проводилися з використанням наукометричних баз даних, патентного відомства України, сайту ДП «Державний експертний центр».

На підставі проведеного аналізу можна виділити наступні види ризиків при розробці ЛЗ: правові, економічні, організаційні, науково-технічні. ІР в фармації можна ідентифікувати в залежності від стадії життєвого циклу ЛЗ: ризики на етапі фундаментальних досліджень, фармацевтичної розробки, доклінічних і клінічних досліджень, впровадження у виробництво, випуску готових лікарських форм і постмаркетингових досліджень.

Одним з головних способів зниження ІР в фармації є диверсифікація інноваційної діяльності, яка полягає в розподілі зусиль розробників, розподілі ризиків й інвестицій для здійснення різних інноваційних проектів, безпосередньо не пов'язаних один з одним.

Завдяки наявності в фармацевтичних компаніях (ФК), ВНЗ, наукових організаціях дієвої системи патентного захисту можливе здійснення блокуючого патентування при вторгненні в прибуткові ринкові сегменти з інтенсивною конкуренцією; отримання виключних прав на перспективні технології;

виявлення ймовірних правопорушників, а разом з тим – і можливих джерел доходу від продажу ліцензій.

Слід відзначити позитивний зарубіжний досвід в сфері реалізації спільних проектів, що фінансуються за рахунок різних джерел, в результаті чого знижується ступінь ІР для кожного окремого інвестора.

З метою розподілу ІР фармацевтичні та біотехнологічні компанії використовують угоди по злиттю і поглинанню. Стратегічно правильно продумані операції злиття і поглинання створюють ФК умови для поповнення своїх продуктивних портфелів ЛЗ, які користуються попитом на фармацевтичному ринку, знижують ризики отримання негативного результату на етапах фундаментальних, доклінічних і клінічних досліджень.

Управління ІР, які пов'язані з доклінічними і клінічними дослідженнями, регламентується Європейським керівництвом з належної виробничої практики фармаконагляду. Як відомо, на момент видачі реєстраційного посвідчення інформація про безпеку ЛЗ досить обмежена. Це пов'язано з багатьма факторами, зокрема, з відносно невеликою кількістю учасників клінічних випробувань, популяція яких обмежена за віком, статтю, етнічної приналежності, супутніми захворюваннями, а також з обмеженим досвідом застосування супутніх ЛЗ, обмеженими умовами застосування, порівняно нетривалим періодом застосування і статистичними проблемами обробки результатів, які пов'язані з аналізом різних результатів лікування. При цьому препарат може мати кілька пов'язаних з його застосуванням ризиків, а окремі ризики можуть змінюватися щодо тяжкості, впливу на окремих пацієнтів і впливу на здоров'я населення в цілому.

Таким чином, ідентифікація, комплексний, всебічний аналіз та управління ІР в фармації дозволять ФК, ВНЗ, науковим організаціям більш зважено підходити до формування власної інноваційної стратегії, сприятиме зростанню ефективності інноваційних проектів, уникати непередбачених збитків, удосконалювати фінансову діяльність, виявляючи патентні активи для

отримання нових доходів, займати найбільш конкурентні ринкові позиції, використовуючи сучасні технології виробництва ЛЗ для забезпечення населення України ефективними і безпечними ЛЗ.

Мала Ж.В., Посилкіна О.В.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mala-zhanna@rambler.ru

Сьогодні для виживання та успішного функціонування в умовах жорсткої конкуренції аптечні мережі повинні адаптуватися до постійно змінюваних умов ринку. Для удосконалення управління розвитком аптечних мереж необхідно постійно аналізувати та адаптувати їх організаційне забезпечення до нових реалій.

Метою даної роботи є дослідження особливостей організаційної структури аптечних мереж в Україні.

Для дослідження було проведено експертне опитування 402 співробітників мережевих аптечних закладів з різних областей України. Після обробки анкет працівників мережевих аптек було встановлено, що 67% досліджених аптечних підприємств працюють у складі регіональної аптечної мережі; 28% – національної та 5% респондентів не змогли визначитися з відповіддю. Також нами було проведено розподіл аптек за типом аптечної мережі в залежності від кількості торгових точок (ТТ) та способу торгівлі. Так, 24,1% досліджуваних аптечних закладів належать до дрібних аптечних; 33,3% – до середніх; 29,6% – до великих та 10,4% аптек належать до мегамереж, а – 2,5% експертів не змогли визначитися з розміром аптечної мережі. Також було проведено розподіл досліджуваних мережевих аптек в залежності від способу торгівлі: 38,3% досліджених аптечних закладів – це аптеки з закритою викладкою товарів; 45,3% аптеки – зі змішаною викладкою. Лише незначна частина мережевих аптек має лише відкриту викладку товарів (16,4%), що пов'язано з особливостями роботи аптек, необхідністю надання консультацій, фармацевтичної опіки та наявністю в асортименті рецептурних препаратів. В процесі досліджень було проаналізовано

типи організаційної структури управління аптечних підприємств. Організаційні структури управління дозволяють розділити організацію по горизонталі на блоки, відповідно до найважливіших напрямків діяльності з реалізації стратегії (відділи в аптеці), а також встановити співвідношення повноважень різних посад, що дозволяє більш ефективно використовувати спеціалізацію й уникати перевантаження керівників та визначити посадові обов'язки, які закріплюються в посадових інструкціях фахівців. Так, 32% респондентів відзначили, що їх аптечний заклад має лінійну організаційну структуру, де кожен керівник забезпечує керівництво підпорядкованими підрозділами за всіма видами діяльності. 27% експертів відзначили, що їх аптечний заклад має функціональну організаційну структуру управління, відповідно до якої, функціональний керівник може надавати прямі розпорядження всім ланкам нижчих рівнів в межах його компетенції. 30% опитаних вказали на наявність в їх аптечному закладі лінійно-функціональної організаційної структури, за якою лінійні керівники здійснюють основну управлінську діяльність за умов підтримки та обслуговування функціональних підрозділів. Функціональні служби здійснюють виробниче і фінансове планування, відбір кадрів, матеріально-технічне забезпечення.

Ефективність організаційних структур управління може бути визначена показниками ефективності функціонування організації в зовнішньому середовищі, що забезпечують ефективність з точки зору використання зовнішніх можливостей; та показниками ефективності, що характеризують потенціал організації з точки зору використання її внутрішніх можливостей. Класичний метод визначення економічної ефективності організаційної структури це відношення економічних результатів праці до витрат праці. Ефективність функціонування аптечної мережі залежить від вміння адаптуватися до умов зовнішнього середовища. Ефективність розвитку залежить від перспектив взаємодії із зовнішнім середовищем в майбутньому.

Таким чином, для ефективного та конкурентоспроможного функціонування аптечних мереж необхідно постійно здійснювати аналіз їх організаційного забезпечення.

Матяшова Н.О., Рубашко В.М.

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

FEKnfau@ukr.net

На даний час Україна за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції та СНІДу займає одне з перших місць в Східноєвропейському регіоні. Перші випадки ВІЛ-інфікування в Україні були зареєстровані в 1987 році. Протягом наступних семи років спостерігалось повільне розповсюдження цього захворювання. На той час фіксували від шести до сорока нових випадків щорічно. В 1995 році ситуація різко погіршилась, що було пов'язано зі спалахом інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків. В той же час збільшується кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом, а також збільшується кількість дітей народжених ВІЛ-позитивними матерями. Станом на 01.10.2016 р. під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу перебувало 132 714 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції – 312,4 на 100 тис. населення) та 37 912 хворих на СНІД (поширеність СНІДу – 89,2 на 100 тис. населення).

Система охорони здоров'я уже відчуває негативний вплив поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу. У населення зростає потреба в медичних послугах та незважаючи на наявність на світовому ринку ефективних антиретровірусних препаратів (АРВ), здатних продовжити життя ВІЛ-інфікованим, їх висока вартість обмежує доступність лікування для більшості хворих.

Мета роботи: визначення показників адекватності платоспроможності та розрахунок кількості доступних ЛЗ для споживача. Аналіз соціально-економічної доступності АРВ проводили протягом 2013-2015 років. Для аналізу розраховували показник адекватності платоспроможності (Ca.s). Всі лікарські засоби були розділені на 3 категорії: високодоступні, значення показника адекватності платоспроможності (Ca.s.) яких було менше 5 %,

средньодоступні (Ca.s. більше 5% і менше 15%) і малодоступні (Ca.s. більше 15%).

При аналізі фармацевтичного ринку України за 2015 рік було встановлено, що на основі 7 МНН антиретровірусних препаратів пропонується 10 ТН. В процесі аналізу даних в період 2013-2015 рр. була виявлена тенденція до зростання кількості препаратів як іноземного, так і вітчизняного виробника.

Аналіз показника адекватності платоспроможності показав, що у 2013 році до високодоступних препаратів відноситься тенофовірдізопроксилу (Тенвір), у якого Ca.s = 4.35%, решта препаратів відноситься до групи малодоступних препаратів. У 2014 на ринку з'являються нові препарати, які відносились на той період до високодоступних: ламівудин (Ламівудин-Дарниця, Ca.s = 2,7%), невірапін (Невімун, Ca.s = 0,73%), комплексний препарат на основі емтрицітабіну, тенофовірудизопроксилу і ефавірензу (Атріпла, Ca.s= 1,07%). Але у 2015 році абсолютно всі препарати переходять до групи малодоступних для населення.

Дослідження показало, що, на жаль, пацієнти лікуватися з власної кишені не мають можливості в результаті високої вартості терапії (всі препарати є малодоступними).

До цих пір в Україні програма антиретровірусної терапії фінансувалася виключно з коштів державного бюджету та міжнародних організацій. За даними «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ / СНІД», нині на обліку перебувають 134 тисячі громадян, інфікованих вірусом імунодефіциту, але лікування отримують лише 40% з них (60 тисяч чоловік). На жаль, загальнодержавна цільова програма протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу на 2014-2018 роки не отримує достатньої матеріальної підтримки з боку держави.

Високо вартість терапії та недостатнє фінансування не дозволяють значно розширити доступ до антиретровірусної терапії та охопити всіх пацієнтів лікуванням, що в свою чергу змогло б поліпшити якість і тривалість їх життя, а

також наблизить Україну до того часу, який дозволить розпрощатися з ВІЛ та СНІДом назавжди.

Мелаєва І.І., Рогуля О.Ю.

ДОСЛІДЖЕННЯ МАРКЕТИНГОВИХ АСПЕКТІВ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ФАКТОРА ВИБОРУ СПОЖИВАЧАМИ АПТЕКИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mmf10@rambler.ru

Успішна діяльність аптеки залежить від уміння задовольняти потреби споживачів. На даний час провідною в управлінні аптечним закладом повинна стати реалізація стратегії, спрямованої на удосконалення маркетингових аспектів роботи аптеки та забезпечення її конкурентоспроможності, що сприятиме цілеспрямованому пошуку стійких переваг у системі формування клієнтського середовища, якісного задоволення потреб нових та існуючих клієнтів.

У зв'язку з цим метою дослідження є вивчення та аналіз факторів, що впливають на вибір споживачами аптеки, на основі результатів маркетингових досліджень. Визначення та оцінку впливу факторів проведено за результатами опитування відвідувачів аптек (м. Харків), які придбали лікарські засоби у жовтні-листопаді 2016 р. Під час дослідження враховувалися такі складові, як стать клієнта, рівень доходів, розмір витрат на купівлю товарів аптечного асортименту.

Встановлено, що найбільш вагомими для клієнтів є такі фактори, як зручність розташування аптеки та ціна. Зокрема, фактор «зручність розташування» є більш вагомим для чоловіків, на що вказали 83,0% опитаних. Для жінок вказаний фактор є менш вагомим (відмітили 58,0%). Водночас жінки є більш чутливими до ціни на лікарські засоби, на що вказали 84,0%, а серед чоловіків цей фактор є вагомим для 71,0%. Наступним чинником, що є однаково важливим і для чоловіків, і для жінок, є асортимент, про що зазначили відповідно 67,0% та 65,0% респондентів. Незначний рейтинг цього фактору можна пояснити тим, що на даний час в аптеках представлений досить широкий асортимент і споживачі не мають проблем з пошуком лікарських засобів.

Наступним етапом дослідження є оцінка факторів, які впливають на вибір аптеки, з урахуванням рівня доходів. Відповідно до рівня доходів було виокремлено категорії споживачів та визначено оцінку факторів, що впливають на вибір аптеки. Встановлено, що для респондентів, які мають дохід до 1000 грн. та в межах 1000-1500 грн. на члена сім'ї, при виборі аптеки вирішальними факторами є ціна та зручне розміщення аптеки. Решта категорій опитаних з більш високим рівнем доходу на перші позиції поставили зручність розташування аптеки, характеристики асортиментної та цінової політики закладу. На підставі отриманих даних можна стверджувати, що для споживачів з високим рівнем доходів фактор зручності розміщення аптеки є більш вагомим порівняно з таким чинником, як ціна.

В цілому до таких критеріїв, які зумовили вибір аптеки, відносяться: рівень цін (78,6%), зручне розміщення аптеки (67,1%), широкий асортимент (65,7%), висока кваліфікація персоналу (48,6%) та якість обслуговування (40,0%). Майже половина опитаних (48,6%) відмітили вагомність такого фактора, як висока кваліфікація персоналу: цей фактор є вагомим для 55,8% опитаних жінок та для 37,0% чоловіків.

Важливим фактором для клієнтів є оформлення аптеки, яке має допомогти визначити, які основні групи товарів тут можна придбати, і яка може бути їх ціна. За даними нашого опитування встановлено, що у першу чергу відвідувачі звертають увагу в аптеці на зручне планування торгового залу (відзначили 94,3%), просторість приміщення (95,4%), акуратність розміщення фармацевтичного товару на полицях (92,0%), наявність інформації для споживачів (87,4%).

Таким чином, використання отриманих результатів дозволить скорегувати підходи до формування іміджу аптеки, структури асортименту та цінової політики. Отримані результати дають змогу визначити чинники, які зумовлюють вибір аптеки клієнтами, і врахувати їх при розробці клієнтоорієнтованої стратегії аптеки.

Мороз С.Г., Сагайдак-Нікітюк Р.В.

НАЦІОНАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПОЛІТИКА ЯК БАЗИС ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

m.sg@ukr.net

Забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ) є однією з найважливіших складових політики держави та одним із показників стану охорони здоров'я в країні. Досягнення окресленої мети багато в чому залежить від сталого розвитку фармацевтичної галузі на основі Національної лікарської політики (НЛП).

Розвиток і зміни є невід'ємними складовими не лише громадського життя, але і діяльності галузей народного господарства. Галузь, що є відкритою виробничо-господарською, соціально-економічною системою, об'єднує в собі дві цільові установки – бажання вижити і прагнення розвиватися. Таким чином, кожна галузь в конкретний період часу існування являє собою відомий баланс процесів зміни і відносної стабілізації. Нині на зміну старої концепції «...спочатку збереження, потім розвиток» прийшла нова парадигма – «збереження через розвиток».

Процес забезпечення сталого розвитку галузей економіки досить складний і багатогранний. Головним базисом формування сталості розвитку галузі є досягнення збалансованості усіх її складових та вихід їх на якісно новий рівень. Звичайно, для досягнення визначеної мети, а саме забезпечення сталого розвитку галузі, зокрема, фармацевтичної, можна рухатись різними способами, проте вибір конкретного способу її досягнення є рішенням стосовно стратегії розвитку окремої соціально-економічної системи (галузі). Платформою для формування стратегії сталого розвитку фармації України має стати НЛП, яку розглядають як програму, в якій держава визначає пріоритетні цілі фармацевтичної галузі щодо забезпечення населення ЛЗ та шляхи їх досягнення, а також на основі

міжнародно визнаних принципів та концепцій відображає механізми функціонування та розвитку галузі.

В найбільш загальному розумінні НЛП переслідує цілі забезпечення соціальної справедливості у сфері лікарського забезпечення та сталої роботи фармацевтичної галузі. Базовими пріоритетами НЛП, які визначені та рекомендовані ВООЗ, є: доступність ЛЗ, що передбачає рівний доступ населення до основних ЛЗ за обґрунтованою вартістю; якість ЛЗ, що має на меті забезпечення їх розробки за встановленими стандартами, доведення методами доказової медицини їх ефективності та безпеки під час виробництва, реалізації та застосування; раціональне застосування ЛЗ означає забезпечення умов для призначення лікарями і застосування пацієнтами ЛЗ на підставі доказової медицини, відповідності клінічних показників та економічної доцільності.

На нашу думку, сталий розвиток фармації України – це процес збалансованого та цілеспрямованого розвитку галузі як соціально-економічної системи, який, базуючись на позитивних досягненнях минулого, спрямований на забезпечення населення доступними, якісними лікарськими засобами та їх раціонального використання у теперішньому та майбутньому, що досягається шляхом взаємодії економічної, соціальної, інституціональної та екологічної складових. Таким чином, головною метою сталого розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі, на нашу думку, є підвищення рівня та якості життя громадян на основі забезпечення населення якісними, ефективними і доступними ліками, надання кваліфікованої фармацевтичної допомоги, збереження потенціалу здоров'я і працездатності українського народу. Це буде можливо завдяки реалізації поточних цілей сталого розвитку фармації: підвищення рівня доступності ліків для населення; оптимізація системи державних закупівель ЛЗ; подальшого налагодження виробництва нових вітчизняних ліків; реструктуризації виробництва згідно зі стандартами GMP, переорієнтації експорту українських виробників з ринків країн з перехідною економікою до країн Західної, Центральної і Східної Європи.

Назаркіна В.М., Сапсай Р.В.

АУДИТ І ОЦІНЮВАННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

В сучасних умовах критеріями в оцінці ефективності діяльності аптечних закладів виступають не тільки і не стільки економічні й фінансові показники (товарообіг, прибуток, рентабельність, ліквідність, платоспроможність тощо). Дуже важливим моментом є аналіз соціальної ефективності діяльності аптечних закладів, тобто оцінка відповідності якості фармацевтичного обслуговування населення стандартам Належної аптечної практики, забезпечення якості лікарських засобів, їх фізичної та цінової доступності для населення та сприяння раціональному застосуванню ліків.

З метою оцінки різних аспектів діяльності аптечних закладів як економічних суб'єктів можуть використовуватися такі види аудиту: управлінський, фінансовий, операційний, соціальний, ціновий, кадровий, аудит на відповідність, аудит якості тощо. Таким чином, об'єктами аудиту можуть бути в залежності від поставлених завдань як фінансова звітність і система обліку підприємства, так і організаційна структура, кадровий потенціал, ціна та собівартість товару, система забезпечення якості та ін.

Внутрішній аудит проводиться штатними працівниками підприємства на вимогу і за ініціативою його керівництва і спрямований на оцінку ефективності функціонування системи обліку та внутрішнього контролю, моніторинг основних індикативних показників і підвищення ефективності використання ресурсів. Внутрішній аудит носить систематичний характер, але з точки зору об'єктивності та незалежності не завжди дає адекватну оцінку ситуації.

Для проведення незалежного (зовнішнього) аудиту на договірній основі залучають сертифікованих фахівців. Станом на 31.01.2017 р. в Реєстрі

аудиторських фірм та аудиторів Аудиторської палати України зареєстровано 1006 суб'єктів аудиторської діяльності. Основними видами аудиторських послуг є завдання з надання впевненості (підтвердження аудитором фінансової звітності), а також супутні та інші професійні послуги (операційні перевірки, експертизи, підготовка інформації, консалтинг у сфері бухгалтерського обліку, підприємництва, господарського права, оподаткування тощо). За статистичними даними, середня вартість аудиторської перевірки становить від 6 тис. грн. (у Чернівецькій обл.) до 84 тис. грн. (у м. Києві та Київській обл.), що у середньому по Україні становить 49,4 тис. грн.

Враховуючи, що згідно із законодавством обов'язковий аудит має проводитися щорічно лише у випадках, передбачених законодавством, аптечні заклади вдаються до нього лише у разі необхідності. Як показало опитування адміністративного персоналу аптечних закладів, така ситуація обумовлюється, насамперед, недостатньою поінформованістю керівників аптек про особливості проведення аудиту, його переваги, вартість аудиторських послуг. Фармацевтична діяльність достатньо жорстко регулюється, при цьому поняття «аудиторська перевірка» асоціюється у більшості респондентів з будь-якою іншою перевіркою контролюючих органів, цим пояснюється політика «уникання» додаткових проблем та витрат. Як свідчать результати опитування, найчастіше аналіз фінансово-господарської діяльності аптечних закладів проводиться фінансовим аналітиком або керівником фірми самостійно (75%). У великих аптечних мережах створюються спеціальні аналітичні служби (відділи внутрішнього аудиту), діяльність яких спрямована переважно на аналіз ринку та виявлення резервів підвищення продажів.

Слід зазначити, що 46% опитаних працівників аптек вказали на необхідність проведення незалежного аудиту хоча б раз у 3 роки для отримання об'єктивної, точної та достовірної інформації про результати діяльності підприємств. Внутрішній аудит (самоаудит) вважають необхідним 86%

опитаних. До основних підконтрольних показників, на думку опитаних, слід віднести товарообіг, прибуток, рентабельність, витрати.

Немченко А.С., Куриленко Ю.Є.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД СЕРЦЕВО-СУДИНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

Серцеві хвороби без перебільшення можна назвати однією з найпоширеніших причин смертності в усьому світі серед населення різного віку. Тільки в 2013 році від серцево-судинних захворювань (ССЗ) померло 17,8 мільйонів чоловік, що склало 32% всіх випадків смерті в світі.

Так, наприклад в США від ішемічної хвороби щороку помирає 651 тисяча осіб, а в Німеччині щорічно реєструється до 240 тисяч інцидентів інфаркту міокарда.

В Україні щорічно від ССЗ помирає 160 тис. осіб, це більше ніж від сукупної кількості випадків смерті від всіх видів онкології та туберкульозу.

Метою наших досліджень став аналіз показників захворюваності та смертності від ССЗ в Україні.

Історичний, статистичний та маркетинговий аналіз були обрані методами дослідження.

За даними Державної служби статистики України було встановлено, що питома вага ССЗ від загальної кількості зареєстрованих хвороб становила: у 2013р. 34,32%, з них кількість померлих 7,06%, у 2014р. 35,25% та 7,11% відповідно, а у 2015р. 35,34% та 7,16%, вочевидь спостерігається зростання смертності від ССЗ.

При аналізі кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 осіб відповідно до статі було виявлено, що у структурі захворювань ССЗ займали 7,27% у 2013 році, у 2014р. - 6,99%, у 2015 - 6,88% відмічається спад на 0,40%.

Слід відмітити, що реєстрація хворих жіночої статі у середньому більше за рік на 900 осіб, ніж чоловічої. Експерти пов'язують це з більш емоційною реакцією жінок на різноманітні події, та як наслідок більш інтенсивною роботою серцево-судинної системи (ССС).

Розподіл захворюваності за окремими віковими групами показав, що під приціл підпадає працездатне населення близько 45% захворюваності, до якого відносять жінок від 18-55 років та чоловіків від 18-60 років.

Що ж стосується показників захворюваності на старші вікові категорії (особи віком: жінки-55 років та старші, чоловіки-60 та старші), то було виявлено, що кількість випадків захворювань на ССЗ зареєстрованих вперше в житті в середньому за три роки складає 19% від загальної кількості зареєстрованих хвороб, а середній показник перебування під диспансерним наглядом складає 50,2% відповідно.

У структурі захворюваності у старших вікових групах населення лідирують: ішемічна хвороба серця 69%, гіпертонічна хвороба близько 47%, цереброваскулярні хвороби близько 19%, мозкові інсульти — 9%; інфаркт міокарда (усі форми) – 3,5%.

Для успішної боротьби з ССЗ важливий кожен етап: профілактика, діагностика, доцільне амбулаторне лікування, максимально швидка діагностика гострих кардіологічних станів, своєчасне стаціонарне лікування, спостереження після хірургічного втручання, подальша реабілітація.

Слід зазначити, що для кожного етапу соціально важливими є обґрунтування, вибір та ефективне застосування раціональної фармакотерапії.

Також на наш погляд, одним із напрямків боротьби з ССЗ є інформаційно-просвітні заходи серед лікарів із залученням іноземних фахівців; розповсюдженість серед населення зрозумілої інформації щодо причин та симптоматики захворювань, та популяризації здорового активного способу життя.

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

АНАЛІЗ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@nuph.edu.ua

В умовах соціально-економічної кризи, характерної для сучасного суспільства, вирішення проблеми синдрому професійного «вигорання» набуває першочергового значення для представників практично всіх сфер трудової діяльності. Особливо нагальною проблемою це постає для професійної фармацевтичної діяльності, що відноситься до типу «людина-людина» та додатково ускладнюється підвищенням емоційним та комунікативним перевантаженням провізорів.

Професійне «вигорання» розвивається на фоні хронічного стресу фармацевтичних працівників та призводить до виснаження їх емоційних й особистих ресурсів, що в свою чергу негативно позначається на якості і ефективності фармацевтичної допомоги населенню.

Таким чином, аналіз синдрому професійного вигорання у професійній діяльності фармацевтичних працівників потребує детального аналізу та виділення основних напрямків щодо розв'язання та подальшого попередження.

З метою визначення показників, що характеризують синдром «професійного вигорання» фармацевтичних працівників, нами було проведено вибіркоче опитування серед провізорів 10 аптек різних районів м. Харкова за психологічною методикою В.В. Бойко, що діагностує їх рівень «емоційного вигорання». Слід відмітити, що джерелом «професійного вигорання» фахівців є рівень їх «емоційного вигорання».

Було встановлено, що рівень «емоційного вигорання» досліджуваних фахівців за результатами тестування за методикою В.В. Бойко є таким: «вигорання» відсутнє лише у 5 опитаних (16,67% вибірки); середній рівень

«емоційного вигорання» у 18 працівників (60% опитаних); високий рівень «вигорання» у 4 респондентів (13,33% опитаних) та критичний рівень «вигорання» у 3 працівників (10% опитаних) (рис.).

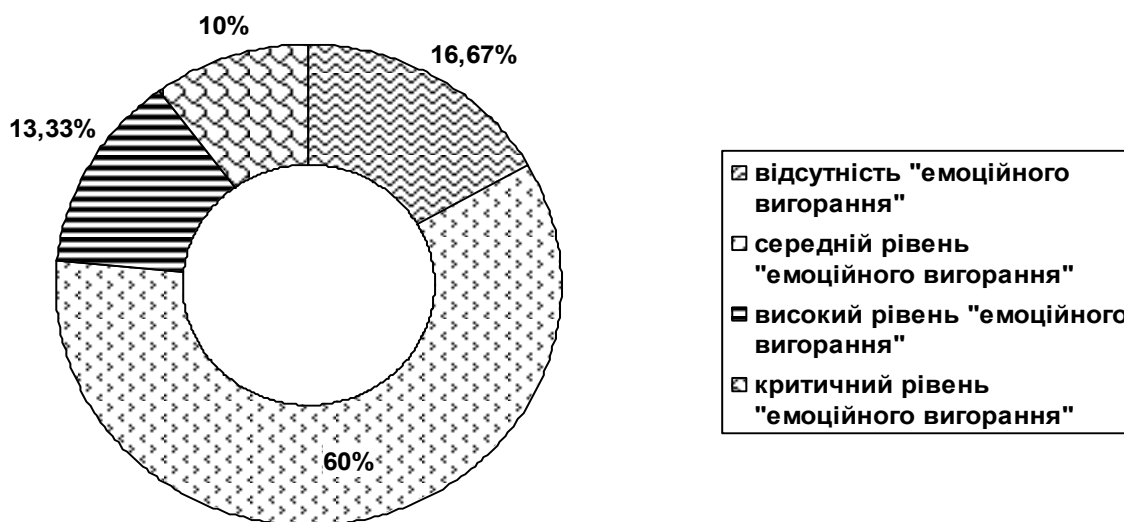


Рис. Характеристика рівня «емоційного вигорання» фармацевтичних працівників за методикою В.В. Бойко

Отже, за результатами проведеного тестування можна стверджувати, що дана проблема постає вельми актуальною та значущою для представників фармацевтичної галузі. При цьому основними заходами щодо профілактики «вигорання» фахівців має стати комплекс організаційно-мотиваційних заходів, направлених на попередження як зовнішніх, так і внутрішніх чинників «вигорання», а саме: перегляд керівником аптеки організаційної і мотиваційної складової робочого процесу; забезпечення регулярного психологічного супроводу робочого процесу фахівців; побудова довірливих міжособистісних взаємовідносин в аптечному колективі, що лежить у компетенції керівника аптеки. Це сприятиме вирішенню та попередженню проблеми «вигорання» у професійній діяльності фармацевтичних працівників, взаєморозумінню фахівців, формуванню та розвитку навичок колективної праці, що, безпосередньо знайде

відображення на підвищенні рівня надання фармацевтичної допомоги населенню.

Пестун І.В.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ CRM-СИСТЕМИ ОПТОВОЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЮ ФІРМОЮ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків
irynapestun@ukr.net

Будь-який інвестиційний проект потребує чіткого та прозорого обґрунтування своєї необхідності та життєздатності. Кожна ідентифікована бізнес-проблема, визначена бізнес-задача, як правило, має декілька способів успішного вирішення. Перед керівництвом фірми та її персоналом постає проблема вибору найбільш ефективного способу із запропонованих шляхом проведення його обґрунтування. Проблеми у сфері взаємовідносин з клієнтами та виявленні пріоритетів їх усунення можуть бути вирішені шляхом використання CRM-системи.

Метою нашого дослідження стало визначення потенційного ефекту від впровадження CRM-системи в діяльність оптової фармацевтичної фірми. Розрахунки вартості впровадження та ефективності використання виконано відповідно до критеріїв, представлених в літературних джерелах.

Обґрунтування інвестиційного проекту потребує використання фінансових методів. Вартість CRM-системи можна розрахувати на прикладі калькуляції, яка складається з витрат на впровадження та на експлуатацію системи протягом запланованого строку її використання. Витрати на впровадження містять низку послідовних етапів: встановлення та налаштування CRM-системи, імпорт даних, інтеграцію з зовнішніми додатками, з поштовими програмами, з поштовими сервісами, встановлення модулів автодозвону і автоінформатора, налаштування функції «дзвінок на відповідального», вбудовування програмного телефону, налаштування інтерфейсу, списків, довідників, документів, прав доступу, бізнес-логіки, розробку модулів, технічну підтримку. За нашими розрахунками впровадження CRM - системи може коштувати приблизно 100 тис. грн.

В свою чергу, вибір тих чи інших методик обґрунтування доцільності та ефективності CRM-проекту залежить від багатьох умов: строковість проекту, його складність, вимоги керівництва щодо якості обґрунтування, кваліфікація виконавців тощо. Успіх впровадження CRM-системи залежить від професіоналізму виконання обґрунтування, його повноти і достовірності. Нами проведені розрахунки показників оцінки ефективності впровадження CRM-системи на прикладі великої оптової фармацевтичної компанії.

По-перше, очікується збільшення об'єму реалізації товарів і послуг. Очікуваний економічний ефект від впровадження CRM- системи складе від 5–15% відсотків від обороту грошових коштів компанії. Для компанії-зразка ця сума складе від 22 до 70 млн. грн. на рік (що дозволить практично за півтора роки окупити витрати на її впровадження).

Прогнозується зростання лояльності клієнтів. Оскільки якість обслуговування і відсоток утримання старих клієнтів пов'язані безпосередньо, та висока якість обслуговування клієнтів дає можливість підвищити доход підприємства. Збільшення долі відсотка утримання клієнтів на 5 % за рахунок впровадження CRM- системи збільшує прибуток компанії на 20–50% (розрахунково для компанії від 8 до 20 млн. грн.). Підвищення лояльності клієнта у зв'язку з підвищенням якості обслуговування, - це перш за все довготривала цінність, що покращує імідж компанії і, дозволяє за інших рівних умов підняти ціни на продукцію і послуги. І саме цей чинник є головною причиною підвищення обсягу продажів. CRM- система дозволяє здійснювати контроль термінів оплати рахунків і різко знизити кількість випадків дебіторської заборгованості на 50–90%.

Впровадження CRM- системи дозволяє на 15–30% звільнити співробітників від рутинної праці. Цей же час можна направити на рішення прямих обов'язків з продажів і обслуговування клієнтів. Якщо ця діяльність буде ефективною хоч би на 40%-50%, то вигреш компанії складе 8–12 годин робочого часу менеджера - це прямий приріст продажів і пряме зростання ефективності

обслуговування. Таким чином, впровадження CRM- системи в діяльність оптової фармацевтичної компанії дозволить значно підвищити показники діяльності як матеріальні, так і якісні, незважаючи на досить високу вартість її впровадження.

Пестун І.В., Жадько С.В.

АНАЛІЗ ЗАХОДІВ СПРИЯННЯ РАЦІОНАЛЬНОМУ ВИКОРИСТАННЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

svzhadkopharm@gmail.com

Пріоритетом розвитку фармацевтичної допомоги як на міжнародному, так і національному рівнях є ініціативи і стратегії зі сприяння раціональному використанню (РВ) лікарських засобів (ЛЗ). Експертами ВООЗ ще у 2002 р. запропоновані 12 ключових положень щодо сприяння РВ ЛЗ, які повинні торкатися усіх ланок надання медичної і фармацевтичної допомоги і здійснюватися одночасно на усіх рівнях. Фармацевтичні працівники (ФП), роль яких у системі охорони здоров'я зростає у багатьох країнах світу, суттєво впливають на прийняття рішень щодо використання ЛЗ.

Мета дослідження – визначення заходів зі сприяння РВ ЛЗ у чинному і перспективному вітчизняному законодавстві, що торкаються діяльності ФП. Використані методи контент-аналізу, порівняння.

Спільна настанова Міжнародної фармацевтичної федерації і ВООЗ «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг» вимагає, щоб складовою частиною діяльності ФП було сприяння РВ ЛЗ. Три із чотирьох головних ролей ФП, а саме забезпечення ефективного ведення фармакотерапії, підтримка і поліпшення професійної діяльності, сприяння підвищенню ефективності системи медичної допомоги і охорони здоров'я, безпосередньо спрямовані на РВ ЛЗ. На даний час, коли національні стандарти належної аптечної практики не визначені, дані ролі ФП та функції, що їх підтримують, в Україні майже не виконуються.

У Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр. визначено, що РВ ЛЗ, поряд із формулярною системою і клінічними протоколами медичної допомоги, забезпечується за допомогою

фармацевтичного обслуговування і протоколів провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ. Останні носять інформаційний характер і не є обов'язковими для виконання.

Сприяння РВ ЛЗ є одним із основних завдань Національної політики (Проект постанови КМУ «Про затвердження Національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами на період до 2025 р.»). Для розв'язання проблеми РВ ЛЗ визначені адміністративні, регуляторні й освітні заходи та інформаційне забезпечення. Аналіз проекту документа показав, що значна частина адміністративних заходів торкається переважно діяльності медичних працівників і лікувально-профілактичних закладів, зокрема, процесів відбору і призначення ЛЗ: оновлення Національного переліку основних ЛЗ і галузевих стандартів; доступності для практикуючих лікарів переліку основних ЛЗ у вигляді довідника; діяльності фармакотерапевтичних комісій; забезпечення раціонального призначення ЛЗ за генеричною або міжнародною непатентованою назвою. Адміністративні заходи, що стосуються безпосередньо діяльності ФП, включають забезпечення раціонального відпуску ЛЗ в аптечних закладах та умов для відповідального самолікування, у т. ч. консультування пацієнтів щодо застосування ЛЗ. Регуляторні заходи, що торкаються діяльності ФП, передбачають перегляд і вдосконалення законодавства щодо просування ЛЗ (реклами); забезпечення дотримання принципів відповідального самолікування. Важливим напрямком є підготовка ФП, що здатні вирішувати завдання зі сприяння РВ ЛЗ. Освітні заходи й інформаційне забезпечення передбачають удосконалення до- і післядипломної освіти ФП, забезпечення можливості їх постійного професійного розвитку і розвиток кадрових ресурсів; удосконалення інформаційної політики у сфері застосування ЛЗ. Серед плану конкретних заходів, що торкаються діяльності ФП, у середньостроковій перспективі передбачено розроблення і впровадження належної практики промоції ЛЗ, у довгостроковій – забезпечення відкритого доступу до інформації щодо рівня доказової терапевтичної еквівалентності й ефективності ЛЗ, що, на нашу думку, сприятиме

РВ ЛЗ. Проте чинна законодавча база не містить достатнього переліку конкретних дій щодо участі ФП у процесі сприяння РВ ЛЗ.

Петкова І.Б., Прилипко Н.А., Вишницька І.В.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ТА РОЛЬОВІ ІГРИ - ШЛЯХ ДО ВИЩОГО РІВНЯ ЗНАНЬ І ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

natalia.anatolivna@gmail.com

У системі вищої фармацевтичної освіти лекційні, практичні та семінарські заняття реалізують декілька функцій. Основними з яких є: наукова (або методологічна), навчальна (або пізнавальна), стимулювальна та виховна. Навчальна функція найбільш повно реалізується на практичних і семінарських заняттях, забезпечує засвоєння студентами наукових знань, формування вмінь та навичок.

Семінарські заняття націлені систематизувати та поглибити знання за темою, розділом, поглибити уявлення, залучити до аналітичної, творчої діяльності та самостійного оперативного рішення. Так однією з форм проведення заняття може бути розгляд ситуаційних та рольових завдань.

Ситуаційна задача створює практичну модель робочої ситуації, що може зводитися до закріплення знань, умінь і навичок поведінки (прийняття рішень) майбутніх фармацевтичних працівників. Такі завдання повинні бути максимально науковими та детальними.

Нами проведено тестування рівня знань 70 студентів двох груп, в одній з яких (група А) проводилися заняття з максимальним використанням ситуаційних завдань та рольових ігор, а у другій (група В) – з підготовкою доповідей та рефератів. За результатами дослідження правильно прийнятих рішень було на 35% більше у групі А.

Таким чином, постійне впровадження ситуаційних завдань та рольових ігор на заняттях з дисципліни «Етика та деонтологія у фармації» підвищило зацікавленість і позитивно впливало на засвоєння матеріалу студентами першого курсу.

Подколзіна М.В., Калайчева С.Г.

ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ЦІН НА ГІПОГЛІКЕМІЧНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В АПТЕЦІ М. ХАРКОВА

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Цукровий діабет (ЦД) це надзвичайно широко поширене у світі та надзвичайно небезпечне захворювання. За статистикою, кожні 13-15 років кількість хворих на цукровий діабет у країнах Європи зростає удвічі. Згідно Резолюції Генеральної Асамблеї ООН витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги хворим на ЦД, оцінюються більш як у 2-3% загальних видатків з охорони здоров'я; близько 78% припадає на лікування ускладнень, 20% - на закупівлю цукрознижувальних препаратів і систем контролю рівня глюкози у крові. В Україні близько 8% дорослого населення страждає на ЦД, тому дослідження економічної доступності гіпоглікемічних ЛЗ для населення є актуальним.

Метою дослідження стало дослідження динаміки цін на лікарські засоби для лікування діабету II типу у аптеці м. Харкова, яке проводилось в період з липня 2014р. по грудень 2016 р.

За результатами дослідження аналізу динаміки цін гіпоглікемічних ЛЗ групи похідні сульфонілсечовини виявлено, що найбільше зростання ціни за період березень-жовтень 2015 р. відбулося по препарату українського виробництва Діаглізид MR т. 30мг №30 - на 14%. Також за період березень-жовтень 2015 р. спостерігалось зниження цін по імпортним препаратам Олтар т. 3мг №30 (Німеччина), Олтар т. 2мг №30 (Німеччина) та Манініл т. 5мг №120 (Німеччина) – на 55%, 39% та 35% відповідно. Препарати Амарил т. 2мг №30 (Італія/Німеччина/Франція), Діаглізид т. 80мг №30 (Україна) та Манініл т. 3,5мг №120 (Німеччина) у період березень-жовтень 2015 року зникли з асортименту аптеки, станом на серпень-грудень 2016 р. ці препарати знов з'явилися в аптеках,

але ціни збільшилися на 12-15 % і становлять (28.12.2016) 102,9 грн, 90,20 грн. та 84,20 грн відповідно.

За результатами дослідження аналізу динаміки цін гіпоглікемічних ЛЗ у групі бігуаніди + похідні сульфонілсечовини виявлено, що за березень-жовтень 2015 р. найбільше зростання цін відбулося по препарату Глібофор т. 500мг/5мг №60 виробництва України – на 47%. Ціна імпортного препарату Глюкованс т. 500мг/5мг №30 (Франція/Австрія) у період березень-жовтень 2015 року зросла на 28%. Ціна на препарат Глюкованс т. 500мг/2,5мг №30 (Франція/Австрія) у період березень-жовтень 2015 р. залишалася незмінною. Варто відзначити, що ціна препарату Глібомет т. №40 (Німеччина) за період жовтень 2014 р.-березень 2015 р. зросла більше, ніж у 2 рази.

За результатами дослідження динаміки цін на гіпоглікемічні ЛЗ групи бігуаніди виявлено, що найбільше зростання цін у період березень - жовтень 2015 р. спостерігалось на препарати імпортного виробництва: Глюкофаж т. 850мг №60 (Франція/Австрія) та Сіофор т. 850мг №60 (Німеччина) – 60% та 36% відповідно, а також на препарат українського виробництва Діаформін SR табл. 1000мг №60, ціна якого у березні-жовтні 2015 року зросла на 41%. Препарат Глюкофаж табл. 500мг №60 (Франція/Австрія) у березні 2015 року зник з асортименту аптеки, а у жовтні 2015 року з'явився з новою ціною, яка перевищила минулорічну (за жовтень 2014 р.) майже у 2,5 рази.

У групі похідні сульфонілсечовини, до якої увійшли препарати що містять діючі речовини трьох МНН (хлорпропамід, глібенкламід, гліклазид), у період липень 2015р. – квітень 2016р. з 16 найменувань були відсутні 7 найменувань (Глінова табл. 1 мг № 13 (Укр.), Олтар т. 2 мг №30 (Імп.), Олтар т. 3 мг №30 (Імп.), Манініл т. 3,5мг №120 (Імп.) та ін.), при цьому, кожне МНН було представлено як мінімум одним ЛЗ українського та імпортного виробництва, що пов'язано із асортиментною політикою аптеки. Таким чином, протягом усього досліджуваного періоду в аптеці були наявні ЛЗ усіх трьох МНН групи сульфонілсечовини як вітчизняного, так і імпортного виробництва.

Посилкіна О.В., Братішко Ю.С.

ДІЛОВА РЕПУТАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

bratishko@i.ua

Сьогодні одним з найбільш ефективних інструментів підвищення лояльності та утримання прихильності клієнтів, споживачів та бізнес-партнерів фармацевтичних підприємств (ФП) є ділова репутация (ДР).

Метою наших досліджень є розробка науково-практичних засад ефективного управління ДР вітчизняних ФП.

Методами дослідження, які використовувались у наукових пошуках, були: системний метод наукового пізнання, аналіз і синтез, метод вибіркового дослідження, контент-аналіз, метод експертної оцінки та інші. В результаті проведених дослідження встановлено, що ДР ФП – це одне з нематеріальних благ, яке являє собою оцінку конкурентних якостей суб'єкта фармацевтичної галузі. ДР ФП – важлива складова нематеріальних активів підприємства. У практиці розвинених закордонних країн цей термін трактується як різниця між ринковою вартістю ФП (або ціною реалізації, з якою згодні покупець і продавець) і вартістю (або підсумком ринкових цін) її активів. Оцінка такого показника відбивається у звітності (балансі) ФП та має назву гудвілу. У ФП, які є провідними гравцями світового фармацевтичного ринку, частка гудвілу в активах компанії може сягати 40 % та більше. ДР ФП значною мірою впливає на рівень лояльності клієнтів і споживачів фармацевтичної продукції, і в багатьом визначає кінцеві фінансові результати їх діяльності.

Отже, з огляду на думку фахівців, які відзначають, що підвищення індексу ділової репутации підприємства на 1% дає приріст її ринкової вартості на 3%, вартість ділової репутации ФП зростає, якщо це стимулює довіру та лояльність споживачів, клієнтів, бізнес-партнерів, персоналу та інших стейкхолдерів. Саме

тому ефективне управління та формування позитивної ДР вітчизняних ФП є вадливим напрямком управління діяльністю суб'єктів фармацевтичної галузі.

Рев'яцький І.Ю.

**АКТУАЛЬНІСТЬ НЕОБХІДНОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЛЬНОГО
ДОСТУПУ ДО ІНФОРМАЦІЇ ДИСТРИБ'ЮТОРСЬКИХ ЦІННИКІВ ТА
ЗАТВЕРДЖЕНИХ ДЕРЖАВНИХ ПЕРЕЛІКІВ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ
ПРОЦЕСІВ ЦІНОУТВОРЕННЯ, НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, У ЦИФРОВИХ
ФОРМАТАХ СТАНДАРТУ РЕЛЯЦІЙНИХ БАЗ ДАНИХ ЧИ СТАНДАРТУ
XML (EXTENSIBLE MARKUP LANGUAGE)**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.

Львів, Україна

iwan.revyatskyu@i.ua

Понад 2/3 країн, що входять у склад Європейського Союзу (ЄС) впровадили систему референтного ціноутворення, яка забезпечує прозорість процесу ціноутворення на лікарські засоби (ЛЗ) та вироби медичного призначення (ВМП). Це призводить до значного зниження витрат на реімбурсацію при функціонуванні системи обов'язкового медичного страхування (СОМС). Процеси референтного ціноутворення та регулюючого формування цін повинні враховувати, що відпускні ціни формуються на основі закупівельних. В ЄС, з метою зниження закупівельних цін, "паралельний імпорт" дозволений між країнами-учасниками, проте в Україні на законодавчому рівні відсутнє визначення цього поняття, узаконення якого дало б змогу також знизити ціни на ЛЗ. Загалом, процес регулювання ціноутворення на ЛЗ та ВМП передбачає оперування інформацією про роздрібні, оптові та регулююче встановлені ціни не лише в межах власної країни, а й країн-сусідів, а також країн із схожим економічним рівнем розвитку.

Метою роботи було оптимізувати методологічні підходи до визначення системи оптово-відпускних, референтних та роздрібних цін на ЛЗ та ВМП шляхом можливого впровадження автоматизованих розрахунків на основі використання комп'ютерних технологій.

В Україні реєстр оптово-відпускних цін (РОВЦ) на ЛЗ та на ВМП наявні у відкритому онлайн доступі на офіційному сайті МОЗ України та доступні для скачування у форматі pdf. Структура інформації в цих файлах не відповідає сучасним стандартам (таблиць реляційних баз даних чи / та структурі XML) зберігання та передачі інформації, що забезпечило би можливість її подальшого опрацювання з використанням автоматизованих комп'ютерних розрахунків аналітиками та науковцями у фармацевтичній сфері.

При здійсненні порівняння цін враховують певні фактори. До таких факторів, зокрема, відносяться: фактор торгових назв ЛЗ (виготовлений на одній виробничій лінії ЛЗ буде відпускатися в різних країнах у різних упаковках та під різною торговою назвою); фактор логістики (ЛЗ на територію однієї держави або на території сусідніх держав можуть потрапляти по різних логістичних ланцюгах); фінансовий фактор (кожна країна має свою державну грошову одиницю, тому перед порівнянням цін здійснюють процес їх стандартизації); фактор купівельної спроможності населення (впливає на формування асортименту ЛЗ); фактор відмінності стандартів (в різних країнах переліки дозволених до використання ЛЗ і, відповідно, стандартів та протоколів лікування відрізняються).

Такий значний об'єм різнопланової інформації повинен опрацьовуватися лише в автоматизованому режимі із використанням сучасних стандартів комп'ютерних технологій. Враховуючи їх надзвичайно швидкий розвиток, а також різноманітність цифрових пристроїв, операційних систем та їх програм, для реалізації розробки та впровадження автоматизованого аналізу в основу його механізму слід закласти лише актуальні стандарти зберігання, передачі та опрацювання цифрової інформації.

Впровадження автоматизованих процесів із використанням міжнародних стандартів щодо опрацювання цифрової інформації у методологічні підходи до системи ціноутворення на ЛЗ та ВМП дозволить зменшити фінансові і трудові затрати на здійснення цих процесів та уніфікувати алгоритми їх проведення,

забезпечити зниження частоти виникнення помилок при одержанні кінцевих результатів та значно пришвидшити їх одержання.

Садогурська К.В., Музика Н.Я., Шлюсар О.І.

РОЛЬ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

sadogurska.katya@mail.ru

Сучасна освіта є одним із найважливіших факторів стійкого розвитку суспільства та національної безпеки нашої держави. Нові вимоги системи фармацевтичної освіти ставлять перед нами певні завдання щодо підготовки майбутніх фахівців, зокрема, зумовлюють докорінні зміни стратегій і тактики навчання у вищому навчальному закладі.

Метою такої підготовки є формування спеціаліста який досконало володіє своєю спеціальністю є ініціативним, комунікабельним, легко адаптується до змін, має навички ділового спілкування. У зв'язку з цим, важливим і актуальним є впровадження у навчальний процес нових підходів та методів навчання.

Серед передових методів навчання велику увагу приділяють інтерактивним методикам («снігова куля», «ділова гра», «мозковий штурм», «активатори дій 3-2-1» тощо), основаних на особистісно орієнтованому підході до студента, спрямованих на розвиток не лише творчого потенціалу вивчаючого, але й на вміння мислити та швидко реагувати, покращуючи комунікаційні навички. Такий підхід до викладання сприяє переосмисленню відносин викладач – студент. Головною метою методичних інновацій є створення комфортних умов навчання, таких, при яких студент відчуває свою успішність, інтелектуальну самостійність, що робить продуктивним сам процес навчання.

Отже, використання інтерактивних методів навчання у вищій школі сприяє істотному підвищенню теоретичної і практичної підготовки студентів, внаслідок чого знання, уміння й навички студентів перетворюються в засіб розвитку їх пізнавальних і особистісних якостей, забезпечують їх здатність бути суб'єктом інноваційної професійної діяльності.

Ткачова О.В., Паршутіна К.О.

**ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ
5-АМІНОСАЛІЦИЛАТІВ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ТЕРАПІЇ
НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ**

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

ph-econom@nuph.edu.ua

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – хронічне захворювання мультифакторної етіології, в основі якого лежить аутоімунний запальний процес слизової оболонки товстого відділу кишечника, що починається в прямій кишці і поширюється в проксимальному напрямку. Одним із основних напрямків терапії НВК є пригнічення запалення за допомогою 5-аміносаліцилатів.

Метою даної роботи став розрахунок показників адекватності платоспроможності ($C_{a.s.}$) для 5-аміносаліцилатів, представлених на фармацевтичному ринку України протягом 2015-2016 років.

Показник $C_{a.s.}$ розраховували як відсоток від середньої заробітної плати, який необхідно сплатити пацієнту за 1 упаковку препарату.

Отримані результати показали, що на фармацевтичному ринку України препарати групи 5-аміносаліцилатів (A07EC) представлені лише двома ММН: месалазін та сульфасалазін, що налічують 18 торгових найменувань 6 іноземних виробників. У 2015 р. на ринку були присутні 17 ТН, а у 2016 р. – 18 ТН 5-аміносаліцилатів. Розрахунок показників $C_{a.s.}$, дозволив встановити, що протягом 2015-2016 рр. на фармацевтичному ринку були представлені лише мало- та середньодоступні препарати з групи 5-аміносаліцилатів. У 2015 р. до середньодоступних увійшли 6 ТН ЛЗ (35%), а до малодоступних – 11 ЛЗ (65%), у 2016 р. до середньо доступних віднесено 5 ТН ЛЗ (28 %), а до малодоступних – 13 ЛЗ (72%) . Високодоступних препаратів серед даної групи не виявлено.

Отже, для лікування НВК на фармацевтичному ринку України більшість препаратів з групи 5-аміносаліцилатів відноситься до малодоступних, а високодоступних для споживача серед даної групи не виявлено.

Толочко В.М., Зарічкова М.В.

ОБГРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ПАСПОРТУ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ

Кафедра управління та економіки фармації

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

uef-ipksf@nuph.edu.ua

Сучасний етап розвитку соціальної сфери України характеризується не тільки активним реформуванням, але і впровадженням якісно нових форм організації роботи органів управління соціальною сферою. Тому, одним з пріоритетних напрямків є соціальна паспортизація організацій та підприємств України, зокрема і аптечних закладів.

Тому нашою метою є обґрунтування актуальності впровадження соціальної паспортизації аптечних закладів, з використанням загальнонаукових та прикладних методів дослідження, в тому числі: формально-логічного, методу системного аналізу, аналогії і порівняльних методів та безпосереднього вивчення.

Актуальність запровадження соціального паспорту аптечного закладу підтверджується державними реформами, зокрема основними положеннями наказу №53 від 30.03.2001 р. «Про запровадження в дію форми «соціальний паспорт регіону, міста, району». Він покликаний вирішувати проблеми соціального характеру, шляхом впровадження єдиних соціальних стандартів.

Слід відзначити, що згідно з чинним законодавством, соціальні паспорти необхідно впроваджувати для всіх підприємств і організацій, як статистичний документ, в якому міститься інформація щодо трудового потенціалу підприємства (організації) з метою забезпечення ефективного соціально-правового захисту його працівників.

Актуальність створення соціального паспорту аптечного закладу обумовлена: необхідністю підвищення ефективності соціального захисту спеціалістів фармації (СЗСФ); важливістю впровадження моніторингу соціальних процесів в фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я; відсутністю ефективних моделей інформаційно-аналітичного забезпечення процесу управління соціальним розвитком аптечного закладу.

Базуючись на проведених дослідженнях, нами опрацьовано категоріальний апарат з цієї тематики та запропоновано наведено нижче визначення «соціального паспорту аптечного закладу».

Соціальний паспорт аптечного закладу – це документ, який містить кількісні та якісні дані про соціально-демографічні характеристики СФ, стан дотримання соціальних гарантій та організацію СЗСФ, відомості, що відображають соціальні процеси в аптечному закладі, а також іншу інформацію з питань організації та здійснення СЗСФ.

Мета соціального паспорту аптечного закладу полягає в розробці алгоритмів дій уповноваженої особи з соціальних питань в практичній реалізації технології соціального захисту. Соціальний паспорт аптечного закладу забезпечує збір, облік, аналіз і поширення інформації правового, економічного і соціального характеру, що в кінцевому підсумку, є інформаційною складовою при розробці та прийнятті управлінських рішень з питань СЗСФ, як на мікрорівні (аптечний заклад), так і на макрорівнях (державному та галузевому).

Головними завданнями розробки соціального паспорту аптечного закладу є: 1) виявлення критичних точок щодо стану СЗСФ в аптечних закладах; 2) виявлення резервів розвитку СЗСФ; 3) визначення оптимальних форм і змісту надання СЗСФ.

Таким чином, можна зробити висновок, що на основі соціальної паспортизації аптечних закладів з'являється можливість в співставленні показників соціального паспорту з нормативними значеннями соціальних параметрів, визначення загроз соціально-економічної безпеки аптечного закладу

та є основою для розробки соціальної стратегії фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я в цілому.

Толочко В.М., Музика Т.Ф.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАНЬ ОБЛІКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ
ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ**

Кафедра управління та економіки фармації ІПКСФ

Національного фармацевтичного університету

м. Харків, Україна

uef-ipksf@.nuph.edu.ua

У сучасних умовах, коли галузь охорони здоров'я гостро відчуває недостатнє державне фінансування одним з важливих завдань лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) є раціональність використання державних коштів на фармацевтичне забезпечення (ФЗ) та пошук позабюджетних джерел фінансування лікування громадян за рахунок введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗДСМС). Тому ці питання являються цікавими для дослідження науковцями та аналізуються практичними медичними та фармацевтичними працівниками.

Проблеми ФЗ в рамках запровадження ЗДСМС для ЛПЗ висвітлюються в фахових виданнях та потребують деталізації окремих чинників цього складного комплексного процесу. На сьогоднішній день в Україні, поки що в умовах безоплатної медицини (Конституційне право) медичне страхування залишається видом державного соціального страхування. Але потреби покращення рівня ФЗ ЛПЗ об'єктивно диктують необхідність ефективного забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) і виробами медичного призначення (ВМП), сучасним діагностичним обладнанням тощо.

Метою наших досліджень стало визначення питань обліку ФЗ ЛПЗ в умовах впровадження медичного страхування у сучасних умовах на базі ЛПЗ Харківського регіону.

Методом опитування виконавців ФЗ ЛПЗ нами проаналізовано алгоритм його здійснення з урахуванням діючого добровільного медичного страхування.

За результатами дослідження встановлено, що перехід ЛПЗ на принципи ЗДСМС на сьогоднішній день вже поступово здійснюється.

У багатьох ЛПЗ добровільною формою медичного страхування охоплені ті пацієнти, котрі звернулись до лікувально-профілактичних закладів за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата в таких випадках має вигляд компенсації вартості необхідного лікування., згідно з якими страхова компанія несе фінансову відповідальність.

Згідно з чинним законодавством у ЛПЗ регламентується загальний алгоритм проведення обліку ЛЗ і ВМП, в місцях постійного зберігання, у відділеннях, починаючи з кабінетів старших медичних сестер і до безпосередніх їх споживачів – пацієнтів.

Тобто, йдеться про предметно-кількісний облік на усьому шляху використання ЛЗ і ВМП, що з однієї сторони ускладнює діяльність медичних працівників, а з другої – чітко забезпечує контроль за використанням не тільки бюджетних коштів, а й страхових. Безумовно при відсутності електронного обліку в більшості ЛПЗ це перетворюється в трудомісткий напружений облік, який займає більше половини робочого часу медичного та фармацевтичного персоналу. На сьогодні це поки вирішується у кожному ЛПЗ по різному.

В перспективі ЗДСМС розглядається як основний вид фінансування надання медичних послуг, тому мають визначатися принципи та структура ЗДСМС; коло осіб, які підлягають ЗДСМС; платники страхових внесків, їх права та обов'язки.

Вищевикладене свідчить, що наявність чіткого обліку ЛЗ і ВМП в ЛПЗ є належною базою для укладання договорів відносно медичного страхування у сучасних умовах з страховими компаніями, в подальшому з державними страховими фондами.

Тригубчак О.В.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ГРУПИ СТАТИНІВ

ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна

trigubchak@mail.ru

За даними закордонних дослідників впровадження фармакоекономічного аналізу в систему охорони здоров'я та лікарське забезпечення дозволяє зменшити вартість медичних послуг, фармакотерапії на 10-20 % без зниження ефективності лікування завдяки використанню більш ефективних, безпечних ліків, дотримання хворими вимог фармакотерапії.

З метою впровадження страхової медицини в Україні провели фармакоекономічну оцінку використання статинів при ішемічній хворобі серця.

Для раціонального вибору препарату з групи статинів з позиції фармакоекономіки використовували методи «мінімізація витрат», «витрати-ефективність» та «вартість-корисність».

За допомогою методу «мінімізація витрат» розраховано, що найменш витратними є Симвастатин табл. п/о 40 мг №28, Zentiva (Чеська республіка); Етсет® табл. п/о 40 мг №28, Кусум Фарм (Україна); Розарт табл. п/п/о 40 мг №90, Actavis (Ісландія); Ловастатин табл. 20 мг №30, Київмедпрепарат (Україна). Методом фармакоекономічних досліджень «витрати-ефективність» підтверджено найнижчі витрати на одиницю ефективності для Розарт табл. п/п/о 40 мг №90, Actavis (Ісландія). Методом «вартість-корисність» доведено, що найкраще задовольняє потреби споживачів Етсет® табл. п/о 40 мг №28, Кусум Фарм (Україна).

На основі проведених фармакоекономічних розрахунків серед препаратів з групи статинів рекомендовано до раціонального використання Симвастатин табл. п/о 40 мг №28, Zentiva (Чеська республіка); Етсет® табл. п/о 40 мг №28,

Кусум Фарм (Україна); Розарт табл. п/п/о 40 мг №90, Actavis (Ісландія);
Ловастатин табл. 20 мг №30, Київмедпрепарат (Україна).

Феденько С.М.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

fedenkosm5@mail.ru

У вітчизняній системі охорони здоров'я (ОЗ) в останні роки відчутний дефіцит коштів. Бюджетне фінансування лікувально-профілактичних заходів здійснюється у обмежених розмірах, що значно ускладнює їхнє функціонування. За багатьма напрямками лікувальної та профілактичної діяльності медичні послуги є платними. Відбувається нерегульоване та неконтрольоване зростання цін на медичну та фармацевтичну допомогу. У результаті загострюються проблеми медичного обслуговування населення, які можуть перетворитися на джерело гострого соціального напруження і потребують великої уваги з боку держави. Тому, вивчення медичного страхування як одного із механізмів формування додаткових фінансових ресурсів (ФР) для надання доступної медичної та фармацевтичної допомоги є на часі.

Реформи в галузі ОЗ є однією з важливих складових тих перетворень, що здійснюються в Україні. При цьому серед проблем, вирішення яких дозволить підвищити рівень ОЗ, можна виділити проблему пошуку нових позабюджетних джерел фінансування необхідних витрат на ОЗ громадян, на фармацевтичне забезпечення. Власне подолання двох основних проблем системи ОЗ України – недостатності ФР і низької якості медичного обслуговування – спонукає до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країнах світу. Досвід зарубіжних країн свідчить, що запровадження страхової медицини може стати вагомим джерелом фінансування медичного та фармацевтичного забезпечення, а механізм формування і витрачання коштів, сформованих на медичне страхування може

забезпечити саме його адресність, тобто фінансування не загалом медичних закладів, а конкретних жителів. Медичне страхування - це вироблений світовою практикою страхової справи механізм формування і витрачання грошових фондів, який забезпечує: обґрунтованість розміру грошових внесків страхувальників і виплат із фонду специфічною системою математично-статистичних та економічних розрахунків (актуарні розрахунки); мінімізацію внесків страхувальників шляхом солідарного розподілу витрат між усіма учасниками страхування; забезпечення цільової мобілізації засобів, адресного витрачання їх, контролю вартості медичного обслуговування; відокремленість коштів від державного бюджету. Зміст страхування, як і інших економічних категорій, розкривається в його функціях. До основних функцій медичного страхування відносяться ризикова, акумуляційна та компенсаційна, а до додаткових – превентивна, інвестиційна. Якщо розглядати страхування як економічну категорію та елемент фінансової системи, яка знаходиться у взаємозв'язку з категорією фінансів, і виходити з визначення фінансів як економічного інструменту розподілу і перерозподілу вартості валового внутрішнього продукту (ВВП), а в окремих випадках і національного доходу, то, необхідно виділити ще функцію контролю за цільовим використанням перерозподіленої частки ВВП та контролю за їх ефективним і доцільним використанням у ході повторного перерозподілу сформованих страхових фондів між учасниками страхових відносин.

Забезпечення державних гарантій за допомогою впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні дасть можливість досягнути таких результатів, як розподіл функцій виробника, покупця та споживача медичних послуг; демонополізацію управління ОЗ; залучення до системи ОЗ додаткових коштів на основі внесків на медичне страхування; ефективне і раціональне використання обмежених ФР та втримання зростання невиправданих витрат; підвищення якості медичної допомоги; збереження

принципів соціальної справедливості і рівності щодо отримання медичної та фармацевтичної допомоги при одночасному розширенні споживчого вибору.

Чечотка О.В., Котлярова В.Г.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАВИЛ ВИКЛАДКИ ЛІКУВАЛЬНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ У АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

За дослідженнями фахівців викладка товару на вітрині має велике значення при прийнятті рішення споживача щодо його придбання. Споживачі схильні до імпульсних покупок - до 90% рішень про вибір товару або бренду покупець приймає не удома, а стоячи перед стелажем в торговому залі. Маркетологами розроблена низка правил викладки. До таких правил відносяться: товар «обличчям», корпоративного блоку, «стіни замку», цінників, Парето, масовості викладки, ідеальності упаковки, ранжиру, «золотої» полиці, пропорціональності кількості фейсингів обсягам продажу, балансу, дублювання товарів та рядів, кольорової гами, чересполосиці, логічності, розташування однакового товару поруч та ін.

Мета дослідження - встановлення правил викладки лікувально-косметичних засобів у аптечних закладах.

Дослідження проводилося методом експертних оцінок. В дослідженні приймали участь фахівці-провізори.

Дослідження можливості застосування цих правил для викладки лікувально-косметичних засобів (ЛКЗ) довело, що не всі перелічені правила можуть застосовуватися. У табл. 1 наведений перелік правил, які не застосовуються при викладці ЛКЗ.

Таблиця 1

Аналіз причин невикористання окремих правил викладки ЛКЗ

Правило (приєм) викладки	Причина невикористання
1	2
Правило кольорової гами	Упаковка ЛКЗ, в основному, має білий колір.

	Тому це правило викладки для ЛКЗ немає сенсу
Правило чересполосиці	Чередування ЛКЗ різних виробників з різними

Продовження табл. 1

1	2
	цінами обмежено правилом корпоративного блоку, яке відносно ЛКЗ повинно виконуватися обов'язково
Правило дублювання ряді	Всі виробники ТМ ЛКЗ мають по декілька товарних лінійок - в середньому по 3-4 засоби. В цих умовах, дублювання рядів вимагає великих площ для викладки
Правило логічності	Викладку ЛКЗ різних виробників здійснюють різні суб'єкти: по деяким ТМ, наприклад, Vichy, цю функцію виконують фармпредставники; за більшістю ТМ цю функцію виконують провізори. Це ускладнює дотримання уніфікованих правил викладки для ЛКЗ різних ТМ
Засоби з однією діючою речовиною повинні розміщуватися поряд	Діюча речовина ЛКЗ різних ТМ - різне, тому в використанні цього правила для викладки ЛКЗ немає сенсу
Розміщення товару за цінovими категоріями	Всі ЛКЗ приблизно однакової цінovої категорії
Правило розміщення нового товару поряд з ходовим	Використання цього правила обмежено правилом корпоративного блоку
За віком	В листках-вкладишах до ЛКЗ, як правило, вікові обмеження не вказані (крім засобів анти вікового догляду та догляду за грудними дітьми), тому це правило у викладці ЛКЗ практично не використовується
За видом захворювання	Більшість захворювань шкіри: дерматози, купероз, екзема та ін. є наслідком сухої, чутливої чи обезводненої шкіри, тому потреба класифікації ЛКЗ за видом захворювання недоцільна, тому що необхідно лікувати стан шкіри
За принципом дії	Відсутня відповідна класифікація ЛКЗ

Отже, аналіз причин невикористання багатьох правил викладки товарів, які приведені в наукових джерелах, показав, що на виникнення цих причин впливають особливості ЛКЗ як товару.

Таким чином, перелік правил викладки певного товару повинен формуватися з врахуванням особливостей товару.

Харцій О.М.

АСПЕКТИ ОБСЛУГОВУВАННЯ СПОЖИВАЧІВ В АПТЕЦІ

Національний Фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Harley_99@ukr.net

Фармацевтична галузь посідає значне місце в економіці України, є важливим сегментом національного ринку, багато в чому визначає національну й оборонну безпеку країни, вирізняється великою наукомісткістю та розвинутим кооперуванням. На даний час важливе значення мають форми обслуговування споживачів в фармацевтичній промисловості.

Мета нашого дослідження - оцінка рівня обслуговування споживачів аптеки. Нами було розглянуто ряд завдань: визначити основні стандарти обслуговування споживачів в аптеці; провести маркетингові дослідження за допомогою анкетування; провести аналіз складових факторів, які впливають на рівень обслуговування в аптеці.

В ході проведення маркетингового дослідження щодо оцінки рівня обслуговування в аптеці був проведений метод опитування споживачів за допомогою анкетування. Також були задіяні такі методи: метод угруповання для побудови дерева сегментації; графічний метод для побудови діаграм.

Проведено опитування-анкетування споживачів, а саме 50 респондентів в ході маркетингових досліджень щодо оцінки рівня обслуговування споживачів.

Розроблено дерево сегментації протягом дослідження для визначення типового споживача аптеки. Спираючись на отримані показники дерева сегментації, можна стверджувати, що типовий портрет споживача в аптеці - це жінки у віці 31-40, які одружені та працюють. Із всіх опитуваних ця категорія становить найбільший відсоток - 32 %.

Обрано в процесі опитування споживачами 4 фактори, які впливають на рівень обслуговування в аптеці, а саме:

- кваліфікація провізорів(20%);

- ввічливість персоналу(20%);
- швидкість обслуговування(16%);
- сприятлива атмосфера, як у колективі підприємства, так і в спілкуванні з відвідувачем(8%).

Споживачі більше уваги приділили факторам кваліфікації провізорів та ввічливості обслуговування.

Зростання конкуренції на фармацевтичному ринку змушує аптеки вносити зміни в діяльність: запровадження системи самообслуговування; розширення сервісних послуг; присутність консультантів у торговому залі; організація цілодобової роботи; використання інноваційних технологій автоматизації роботи аптеки.

Ми вважаємо, що основними напрямками підвищення ефективності роботи в аптечних закладах є:

- підвищення культурно-технічного рівня працівників аптек і підготовка кваліфікованих кадрів;
- поліпшення організації і обслуговування робочих місць;
- поліпшення умов праці, розроблення оптимальних режимів праці та відпочинку;
- удосконалення форм розподілу і кооперації праці, суміщення професій, спеціальностей і функцій в масштабах відділень аптеки;
- поліпшення трудової дисципліни, підвищення рівня творчої активності працівників;
- удосконалення організації праці допоміжних робітників;
- удосконалення форм і систем оплати праці і економічного стимулювання;
- удосконалення праці управлінського персоналу.

На сьогоднішній день проблема підтримки конкурентних переваг аптечних установ за рахунок надання якісних послуг та постійного вдосконалення рівня

обслуговування клієнтів стає однією з найбільш значущих для добробуту аптек і вимагає подальшого вивчення.

Цурікова О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ СХЕМ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЇДНИЙ ЛЕЙКОЗ В УКРАЇНІ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

nuph.edu@ukr.net

У 2017 р. планується проведення цілого комплексу державних заходів, щодо підвищення доступності лікарських препаратів (ЛП), серед яких особливе місце займає проведення державних закупівель з участю міжнародних організацій. За цих умов особливої актуальності мають роботи, що присвячені аналізу сучасних підходів до організації фармацевтичного забезпечення хворих на онкогематологічні патології, які за життєвими показниками потребують проведення своєчасної патогенетичної терапії. Тому дослідження фармацевтичної складової протоколів (далі - протоколів) надання медичної допомоги, що затверджені за спеціальністю «Гематологія» мають соціально-економічне значення. Нами у дослідження використовувалися логічний, порівняльний, історичний та інші методи наукового пошуку й аналізу.

За даними проведених досліджень вітчизняного протоколу лікування хронічного лімфоїдного лейкозу (ХЛЛ), а також спеціальної літератури нами встановлено наступне. У випадках відсутності симптомів та швидкого прогресування захворювання на ранніх стадіях розвитку захворювання у побудові схеми лікування хворих особливе значення має можливість дотримання тактики вичікування та спостереження ("waiting & watching"). Цітостатична терапія здійснюється у дві лінії. Так, у лікування 1-ої лінії (хворі у віці <70 років) застосовують схеми: флударабін/кладрибін-циклофосфамід-ритуксимаб (FCR); флударабін/кладрибін-циклофосфамід (FC); флударабін/кладрибін-ритуксимаб. У разі застосування флударабіну або кладрибіну з метою профілактики герпесної інфекції, пневмоцистної пневмонії протоколом передбачено профілактичне

застосування ацикловіру та ко-тримоксазолу відповідно. У хворих >70 років (лікування 1-ої лінії) застосовують схеми ХТ: хлорамбуцил-преднізолон; циклофосфамід-вінкристин-преднізолон (СОР); флударабін-ритуксимаб. Лікування 2-ої та наступних ліній терапії хворих на ХЛЛ здійснюється за двома напрямками. Перший напрямок передбачає повторне застосування схем ХТ 1-ої лінії щонайменше через рік у разі розвитку рецидиву та прогресії. У другому випадку, на фоні більш раннього рецидивування, рефрактерності чи прогресії клінічним протоколом рекомендовані наступні опції лікування: схема FCR (флударабін-циклофосфамід-ритуксимаб), після хлорамбуцилу, схеми СОР (вінкристин-циклофосфамід-преднізолон) чи іншого лікування без вмісту аналогів пурину, наприклад флударабіну і ін; схема СНОР (циклофосфан-доксорубіцин-вінкристин-преднізолон)+ритуксимаб (у хворих з рефрактерних до аналогів пурину чи рецидивах після флударабін-вмісних режимів); алемтузумаб-флударабін, схеми CFAR (циклофосфамід-флударабін-ритуксимаб); схема OFAR (оксаліплатин-флударабін-цитарабін-ритуксимаб), високі дози метилпреднізолону-ритуксимаб (при повторних рецидивах). Слід зазначити, що у ХТ хворих на ХЛЛ застосовують чималий за кількістю найменувань арсенал ЛЗ протипухлинної дії, які мають різні механізми дії. Так, протоколом рекомендовано застосування моносхем ХТ з використанням флударабіну, хлорамбуцилу, метилпреднізолону, алемтузумабу, бендамустину. Можуть бути використані схеми ХТ: циклофосфамід-доксорубіцин-преднізолон (САР); вінкристин-доксорубіцин-циклофосфамід-преднізолон (mini-СНОР); флударабін-циклофосфамід (FC); флударабін-циклофосфамід-мітоксантрон (FCM); кладрибін-циклофосфамід-ритуксимаб (PCR); флударабін-алемтузумаб (FluCam); бендамустин-ритуксимаб (BR).

Незважаючи на значні досягнення сучасної онкогематології та суміжних з медициною галузей знань проблема ефективного лікування та реабілітації хворих на лейкози залишається є найактуальнішою та розглядається у більшості

країн світу у площині вирішення цілого комплексу медико-фармацевтичних та соціально-економічних питань.

Шуванова¹ О.В., Самборський¹ О.С., Слободянюк² М.М.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КВОТНОЇ ВИБІРКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДОСЛІДЖЕНЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Національний фармацевтичний університет, м. Харків

aptekar05@ukr.net

Достовірність результатів маркетингових досліджень забезпечується низкою факторів, які можуть бути враховані дослідником на етапах планування, проведення дослідження та обробки його результатів. Перш за все для отримання достовірних даних повинні бути застосовані адекватні методи та інструменти, релевантні цілям та завданням дослідження. Доволі значний вплив на достовірність отриманих результатів чинять такі фактори, як метод формування вибірки та її кількісні показники.

Метою дослідження є аналіз адекватності застосування окремих методів формування вибірки для досліджень, що проводяться на фармацевтичному ринку.

Тип вибірки буде залежати від цілей дослідження, а також необхідності подальшого статистичного аналізу отриманих даних. Фактори, які впливають на обрання виду вибірки – необхідність особистого контакту з респондентами, географічний розподіл учасників дослідження, природа бази вибірки тощо.

При формуванні випадкової вибірки кожен з елементів генеральної сукупності має однакову вірогідність попасти до неї. Тобто і результати такого дослідження будуть з певною мірою достовірності характеризувати усю генеральну сукупність. Але для реалізації випадкових методів вибірки потрібно мати базу вибірки, тобто перелік елементів генеральної сукупності, на основі якого формується випадкова вибірка.

При формуванні детермінованої вибірки, ступінь попадання до неї кожного з елементів невідома. На її основі можна робити певні узагальнення, але

вони не будуть статистично достовірними. Єдиною з детермінованих вибірок, яка може дати досить високий рівень репрезентативності, є вибірка за квотою, або квотна вибірка, оскільки вона відображає нерівномірність розподілення елементів генеральної сукупності шляхом введення квот.

Для формування квотної вибірки необхідно розподілити генеральну сукупність на групи, з урахуванням мети дослідження та конкретних завдань, яке воно вирішує і розрахувати квоту для кожної групи, спираючись на статистичні дані або дані попередніх досліджень.

Якщо ми проводимо дослідження особливостей діяльності аптечних підприємств України, спланувати квотну вибірку можна наступним чином. Ґрунтуючись на даних статистики про кількість роздрібних торгових точок (аптек і аптечних пунктів), що провадять роздрібну реалізацію ЛЗ за регіонами розраховуємо їх долю у кожному з регіонів, потім, якщо це потрібно, у кожному регіоні долю окремо аптек і аптечних пунктів. На наступному етапі визначений обсяг вибірки необхідно розділити у відповідності з визначеними відсотками і розрахувати кількість аптек і аптечних пунктів, діяльність яких потрібно дослідити у кожному з регіонів.

Обрання методу формування вибірки залежить від того, наскільки повно дослідник у змозі охопити генеральну сукупність і від вимог до ступеню репрезентативності результатів дослідження у відношенні до генеральної сукупності. Найвищий ступінь репрезентативності дає випадкова вибірка, але для її формування потрібна база вибірки, яка являє собою пронумерований список усіх одиниць генеральної сукупності. Якщо база вибірки відсутня, слід скористуватися детермінованими методами формуванні вибірки. Серед них найвищий рівень репрезентативності здатна забезпечити квотна вибірка, за умов наявності статистичних даних про розподіл у ній елементів за ознаками, які є суттєвими для даного дослідження.

За результатами досліджень розроблено методичні рекомендації для практичного використання у побудові програми, виборі методу, завдань та етапів дослідження фармацевтичного ринку.

Амирханова А.Ш., Устенова Г.О., Тургумбаева А.А.

**ЧАСТИ ОСТРОЛОДОЧНИКА ГЛАДКОГО (*OXYTROPIS GLABRA*
LAM.DC)**

Казахский Национальный Университет имени С.Д. Асфендиярова,
фармацевтический факультет, кафедра «Технология лекарств и инженерных
лекарств», г. Алматы, Казахстан

akerke 1706@mail.ru

Богатейший опыт использования растений в народной и традиционной медицине является надежным ориентиром для выбора новых перспективных видов лекарственного сырья. Большой интерес представляет изучение средств тибетской медицины, которая имеет огромный опыт по использованию лекарственных растений в лечебной практике. К перспективным растениям, образующим достаточные для заготовки запасы на территории Казахстана с возможностью введения в культуру, относятся виды остролодочника (*Oxytropis*) семейства бобовые (*Fabaceae*, *Leguminosae*). Представляет интерес *Oxytropis glabra* Lam.DC., которая типична для флоры Казахстана и встречается во всех географических зонах. КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова кафедра «Технология лекарств и инженерных дисциплин» совместно кафедрой «Фармакогнозии» с Гданьского медицинского университета г. Гданьск (Польша) проведется полномасштабные исследования травы остролодочника гладкого, запасы которого достаточны в Казахстане. Нами планируется разработать технологию получения экстракта остролодочника гладкого.

Цель настоящей работы – определение технологических параметров остролодочника гладкого.

Методы и материалы - объектам исследования служила надземная часть остролодочника гладкого, собранная в период цветения в окрестности Балхашского района, (лесничество Аккольский), Республики Казахстан в 2016 г.

Определяли следующие технологические показатели: удельный вес, объемная и насыпная масса, пористость, порозность, свободный объем слоя, коэффициент поглощения экстрагента. Сырье высушивали методом естественной воздушно-теневого сушки и измельчали, определяли влажность остролодочника гладкого согласно требованиям РК Фармакопеи.

Результаты исследований – в таблице представлены результаты определения технологических показателей: удельный вес, объемная и насыпная масса, пористость, порозность, свободный объем слоя, коэффициент поглощения экстрагента. Испытания проводилось трижды, на одной серии было проведена статистическая обработка данных.

№ п/п	Удельная масса, d_y (г/см ³)	Объемная масса, d_o (г/см ³)	Насыпная масса, d_n (г/см ³)	Пористость (г/см ³)	Порозность (г/см ³)	Свободный объем слоя, (г/см ³)	Коэффициент поглощения экстрагента, мл/г
1	1.367	0,914	0.909	0.303	0.083	0.354	2,2
2	1.367	0,914	0.909	0.303	0.083	0.354	2,4
3	1.367	0,914	0.909	0.303	0.083	0.354	2,6
Σ	1.367	0,914	0.909	0.303	0.083	0.354	2,4

Для более эффективного процесса экстрагирования, прогнозирования и нормирования качества экстракта остролодочника в результате исследований установлены технологические свойства остролодочника гладкого: удельная масса – 1,367 г/см³, объемная масса – 0,917 г/см³, насыпная масса – 0,909 г/см³, порозность – 0,303 г/см³, пористость – 0,083 г/см³, свободный объемной слой – 0,354 г/см³, коэффициент поглощения экстрагента – 2,4 мл/г. Полученные результаты будут использованы в ходе исследований по разработке технологии и схемы производства экстракта остролодочника гладкого.

Бондарева И.В., Малый В.В., Турдалиев Ш.

АНАЛИЗ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

fmm@nuph.edu.ua

В последнее время для украинских фармацевтических предприятий (ФП) актуальной является проблема адаптации к изменениям внешней среды. ФП не могут контролировать изменения в макроокружении, поэтому должны быстро адаптироваться к ним в своей деятельности. Производственные ФП вынуждены проводить реорганизацию и имплементировать изменения, что является важнейшим условием для их эффективного функционирования.

Целью данной работы является анализ процесса управления изменениями на производственных фармацевтических предприятиях.

Для исследования был проведен экспертный опрос сотрудников фармацевтических предприятий. Проанализированы значения основных изменений, которые произошли в работе украинских ФП за последние 10 лет. Установлено, что основными изменениями, которые получили наибольшее количество баллов, а соответственно являются наиболее важными для ФП являются: изменение организационной структуры, расширение ассортимента, введение новых должностей и совершенствование системы поощрения сотрудников. Стоит обратить внимание, что некоторые предприятия не оценили должным образом влияние таких изменений, как создания CRM-системы (системы управления взаимоотношениями с клиентами), создание МИС и программного обеспечения маркетингового анализа, что свидетельствует о неосведомленности их относительно этих показателей или об отсутствии средств на внедрение этих изменений.

Таким образом, для успешного функционирования промышленных ФП необходимо постоянно анализировать процесс управления изменениями в фармацевтических организациях.

Датхаев У.М., Бисенбаев Э.М., Ибадуллаева Г.С.,

Умурзахова Г.Ж.

**ВВЕДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАЦИЯ» В КАЗАХСТАНЕ**

Казахский Национальный медицинский университет имени

С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

galiaum@mail.ru

Введение образовательной траектории по клинической фармации на уровне бакалавриата, магистратуры и докторантуры с 2016-17 учебного года в Казахском Национальном медицинском университете имени С.Д. Асфендиярова, которая реализуется на базе многопрофильных клиник, даст возможность получить высококвалифицированных специалистов - клинических фармацевтов. Многочисленные встречи и дискуссии с работодателями фармацевтической отрасли, международные научно - практические конференции подтверждают перспективность подготовки специалистов с углубленными знаниями в области клинической фармации.

Материалами исследования служили данные литературных источников отечественной и зарубежной медицинской литературы. В качестве методов исследования использовались: аналитический, логический и социологический.

Совершенно очевидно, что на территории Германии, Франции, Италии, США, Канады, Японии, Украины клиническая фармация прочно заняла свое место среди других фармацевтических специальностей. В современную номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей РК введена новая специальность «Клиническая фармация» (Приказ № 1036 от 05 декабря 2016 года МЗиСР РК), этой специальности необходим свой стандарт образования на всех этапах дипломного и постдипломного профессионального образования фармацевта. Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова располагает современной материально-технической

базой и способен обеспечить проведение всех видов клинической, практической, лабораторной и научно-исследовательской работ для подготовки обучающихся по специальности «Клиническая фармация».

В результате изучения зарубежного опыта и анализа соответствующей литературы, нами были сформированы и предложены основные компетенции к уровню подготовки клинического фармацевта. На основании разработанных компетенций и каталога элективных дисциплин по специальности «Клиническая фармация», нами были разработаны и внедрены в учебный процесс кафедры фармацевтических дисциплин Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова десять рабочих программ по элективным дисциплинам траектории обучения «Клиническая фармация»:

1. «Рациональное использование лекарств с учетом возрастных категорий пациентов», специальность – 6М110400- «Фармация»;

2.«Регистрация лекарственных средств с требованием ЕАЭС», специальность – 6М110400-«Фармация»;

3. «Государственное регулирование обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», специальность – 6D10400 – «Фармация»;

4. «Лекарственная терапия и консультирование пациентов в аптеке»- 6D10400 – «Фармация»;

5. «Мониторинг побочных действий лекарственных средств», специальность – 6D10400 – «Фармация»;

6.Надлежащая практика фармаконадзора (GVP)- 6D10400 – «Фармация»;

7. «Регистрация лекарственных средств с требованием ЕАЭС», специальность – 6D10400 – «Фармация»;

8.«Основы клинической фармации» -5В 110300- «Фармация»;

9. «Менеджмент QCM (система управления качеством)»- 5В 110300- «Фармация»;

10.«Фармаконадзор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»- 5В 110300- «Фармация».

Дрёмова Н.Б., Соломка С.В.

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ К ФАРМАКОТЕРАПИИ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

dremova@mail.ru

В настоящее время ассортимент лекарственных препаратов (ЛП) на фармацевтическом рынке большинства развивающихся стран велик и насчитывает десятки тысяч наименований. Это позволяет использовать при подборе фармакотерапии персонализированный подход к каждому пациенту, с учетом особенностей больного и течения заболевания для благополучного выздоровления.

Вместе с тем, встречаются случаи затяжного течения болезни, переход в хроническую форму, а иногда и летальный исход. Причинами таких фактов могут быть и поздний срок обращения к врачу, и неверные лекарственные назначения. Однако нередко неэффективность фармакотерапии обусловлена низкой приверженностью пациентов к лекарственным назначениям врачей.

Приверженность пациентов в последние десятилетия относится к числу актуальных медицинских и фармацевтических проблем, что обусловило цель настоящего исследования.

В качестве метода выбран дистанционный социологический опрос с применением современных коммуникационных технологий. Желающим принять участие в исследовании была предложена оригинальная анкета «Лекарства в нашей жизни», подготовленная на базе продукта Google.Forms. Опрос проводился в августе-декабре 2016 г., в нем приняли участие 300 человек. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета Google.Appsc применением методов вариационной статистики, группировки, структурного, логического анализов, ранжирования.

В процессе исследования получены следующие факты отношения пациентов к современной фармакотерапии. Преобладающая часть респондентов – 68%, на наш взгляд, честно ответили, что не всегда соблюдают режим лекарственных назначений врачей. Иногда они могут пропустить прием ЛП, изменить назначенную дозу, не соблюдать время приема ЛП и т.п. Только четверть респондентов – 26,4% ответили утвердительно, что всегда соблюдают рекомендованный врачом лекарственный режим. В сумме обе эти категории составляют долю 94,4% в сегменте респондентов. Остальные не соблюдают режим назначений вообще или не принимают ЛП.

К наиболее распространенным видам нарушений лекарственного режима по результатам исследования можно отнести следующие (в порядке уменьшения): 1) пропуск времени приема ЛП – 64,8%; 2) 26,4% - замена назначенного ЛП на другой; 3) 24% - сокращение срока приема ЛП (например, из 5 назначенных дней только 3); 4) 19,2% отказ от приема ЛП; 5) 15,2% - уменьшение или увеличение назначенной дозы ЛП; 6) 4,8% - вообще не принимают ЛП по назначению врачей; 7) 3,2% - другое.

Полученный научный факт является свидетельством серьезных нарушений режима фармакотерапии, что приводит к неэффективной терапии, увеличению сроков болезни, появлению резистентности у возбудителей инфекционных болезней и возможным другим побочным эффектам.

Пациенты прекращают прием ЛП в следующих случаях: 1) 71,2% респондентов, если у ЛП есть побочные действия (эффекты), влияющие на качество жизни (например, сонливость, головные боли, тошнота и др.); 2) 45,6% - если станет известна негативная информация о назначении ЛП; 3) 16% - если другой врач посоветует иной метод лечения или иной ЛП; 4) 13,6% - если положительный эффект при приеме ЛП не наступает так быстро, как ожидает пациент.

Полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о необходимости активизации деятельности врачей и провизоров в рамках

фармацевтической помощи для формирования у пациентов высокого уровня приверженности к лекарственной терапии. При этом необходимы воспитательные, информационные, санитарно-просветительные мероприятия и развитие навыков самосохранительного отношения к здоровью.

Елекен Г.К., Устенова Г.О.

ВЭЖХ АНАЛИЗ ДИСПЕРГИРУЕМЫХ В ПОЛОСТИ РТА МИНИТАБЛЕТОК С ЛОРАТАДИНОМ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

г. Алматы, Казахстан

eleken-gulnur@mail.ru

В данной работе приведены результаты проведенных биофармацевтических исследований диспергируемых в полости рта минитаблеток.

Целью данной работы является проведение технологических и биофармацевтических исследований диспергируемых в полости рта минитаблеток с лоратадином.

Проведение исследований по идентификации активного вещества использовали методику ВЭЖХ, ГФ РК I, т. 1, 2.2.29. Так как метод ВЭЖХ является наиболее перспективный вариант классической колоночной хроматографии в современном приборном исполнении. На хроматограмме испытуемого раствора время удерживания основного пика должно совпадать с временем удерживания пика лоратадина на хроматограмме раствора сравнения. Расчеты проводили используя вышеуказанные формулы. По данным хроматографических исследований однородность дозированных единиц показал результаты 101 % тогда когда пределы допускаются от 85 до 115 %. Также проводимые на родственные примеси исследования показали 0,03 % тогда когда допускается $\leq 0,2$ %. Количественный анализ дал результаты равные 1,01 мг, по теоретическим данным в одной минитаблетки содержание действующего вещества составляет 1 мг. Таким образом, минитаблетки с лоратадином биофармацевтические параметры которого показали достоверные результаты с помощью метода ВЭЖХ на базе лаборатории химических исследований в ТОО

«Антиген» могут быть предложены для применения в педиатрии и гериатрии, и пациентов с нарушениями функции глотания.

Кузнецов Д.А.¹, Коржавых Э.А.²

ПРИНЦИП НЕПРИЯТИЯ РИСКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

¹Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань, Россия, оef@pharm.rzn.ru

²Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия, о_kea@mail.ru

В условиях фармацевтического рынка эффективность управления фармацевтической организацией (ФО) во многом зависит от «агрессивности» внешней среды, от угроз с ее стороны для экономической безопасности (ЭБ) ФО, а также от понимания руководством ФО целей и рисков обеспечения ЭБ. Такими целями, как правило, выступают реальные достижения ФО в экономической и социальной сфере. При этом существенную роль в управлении ФО играет отношение руководства организации к риску, готовность или неготовность рисковать для повышения прибыли.

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования явилось изучение использования принципа неприятия риска при управлении ЭБ в ФО.

В ходе исследования использовались логический и системный подход, социологические и статистические методы, приложения теории нечетких множеств. Предусматривалось выполнение следующих стадий: 1) выявление и анализ факторов внешней среды (на примере Рязанской области); 2) изучение мнений руководства ФО о факторах – угрозах для ЭБ; 3) оценка значимости угроз, 4) оценка отношения руководителей ФО к рискам в экономической деятельности.

Установлено, что негативным фактором внешней среды по отношению к ЭБ ФО является высокая скорость изменения нормативно-правовой базы – в среднем за каждые 5 лет количество регуляторных документов возросло на

27%. Демографический показатель числа жителей на 1 аптеку снизился за период 2002-2014 гг. до 2000 чел., это обусловлено снижением численности населения при относительно постоянном количестве ФО. При росте объемов аптечных продаж (2003-2012 гг.) в 8 раз, индексы объемов в сопоставимых ценах обнаруживают тенденцию к снижению. В целом, большинство выявленных факторов благоприятны в социальном аспекте, но нейтральны или негативны – для ЭБ ФО, следовательно, могут быть отнесены к угрозам.

Опрос руководителей разного уровня управления в ФО (78 чел.; обработано 780 анкет) позволил выбрать факторы, наиболее важные для формирования и поддержания ЭБ, а также выявить наиболее значимые, по мнению опрошенных, угрозы. Оценка значимости проведена путем расчета весовых коэффициентов для каждого фактора.

Установлено, что наиболее важными руководители ФО считают финансовые, кадровые и технико-технологические факторы ЭБ. Самые большие весовые коэффициенты получены для факторов «конкурентоспособность» (весовой коэффициент – 0,212), «степень развития системы правовой защиты фармацевтического бизнеса со стороны государства» (0,244), «степень использования в ФО современных технологий» (0,244). Наибольшую угрозу, считают респонденты, представляют банкротство, поглощение и ликвидация ФО (0,242); низкая степень использования новых информационных технологий (0,237); несовершенство нормативно-правовой базы фармацевтического рынка (0,236). Расчет уровня угроз для ЭБ опрошенных ФО свидетельствует о том, что данный показатель (по специальной оценочной шкале) составил 33,1% – «уровень ниже среднего». Степень ЭБ – 69,6%, что квалифицируется как «высокая степень безопасности».

Таким образом, проведенное исследование указывает на взвешенное, с позиций риска для ЭБ, управление ФО, что косвенно говорит о практическом применении принципа неприятия риска большинством руководителей ФО.

Мищенко В.И., Тимофеев С.В., Винник Е.В.

АНАЛИЗ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАН И ДИЕТИЧЕСКИХ ДОБАВОК В УКРАИНЕ

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина;

economica@nuph.edu.ua

В начале 90-х годов XX века практически во всех странах постсоветского пространства появились биологически активные добавки (БАД). Они уверенно укрепились на витринах аптек и прилавках магазинов, стали частью рекомендаций врачей, заняли прочное место в сетевом маркетинге. На мировом рынке БАД, начиная с начала XX века, наблюдается постоянный рост их применения на 7–8% в год.

Целью работы стал анализ методов регулирования рынка биологически активных пищевых добавок (БАПД) в Республике Азербайджан (РА) и диетических добавок (ДД) в Украине.

При исследовании в работе были применены контент-анализ, сравнительный и графический. Объектами стали законодательные и нормативно-правовые акты анализируемых стран.

Терминологическое определение БАПД регламентирует Комитет по здравоохранению Милли Меджлиса в 14-1 статье в Законе РА №208-IIIQ от 22.12.2006 г. «О лекарственных средствах»: «Биологически активные пищевые добавки могут быть рекомендованы врачом в целях укрепления организма, обогащения питания, однако не заменяют лекарственные средства, которые назначаются в целях предотвращения или лечения заболеваний. Указание биологически активных пищевых добавок в рецепте врача запрещено. Биологически активные пищевые добавки не могут иметь состав, идентичный составу лекарственного средства. В целях определения идентичного

лекарственным средствам состава биологически активной пищевой добавки соответствующий орган исполнительной власти проводит экспертизу биологически активных пищевых добавок». Согласно указанного выше Закона АР относительно реализации БАПД осуществляется в аптечных учреждениях, продуктовых магазинах и предназначенных для этого специальных киосках с соблюдением санитарно-гигиенических требований.

Терминологическое определение ДД регламентирует Закон Украины №1602-VII от 22.07.2014 г «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Украины относительно пищевых продуктов» (Закон Украины «Об основных принципах и требования к безопасности пищевых продуктов»), согласно которому «диетическая добавка – пищевой продукт, потребляемый в небольших определенных количествах дополнительно к обычному пищевому рациону, который является концентрированным источником питательных веществ, в том числе белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ (этот перечень не является исключительным), и изготовлен в виде таблеток, капсул, драже, порошков, жидкостей или других формах».

Согласно Приказу МОЗ Украины «Об утверждении Гигиенических требований к диетическим добавкам» № 1114 от 19.12.2013 г. установлено, что «ДД не следует использовать как замену полноценного рациона питания; этикетирование и реклама ДД не должны содержать высказывания относительно возможного лечебного действия, утоления боли; письма благодарности, признания, советы, если они связаны с лечением или облегчением условий хода заболеваний, а также ссылки на такую информацию; выражения, которые вызывают или способствуют возникновению ощущения негативного психологического состояния, а так же не должны содержать каких-либо прямых или в завуалированной форме утверждений о том, что полноценный рацион питания не может обеспечить получение необходимого для организма человека количества питательных веществ».

Закон АР «О рекламе» №1281-IVQ от 15.05.2015 г. регулирует отношения, возникающие в процессе производства и реализации БАПД. В статье 30 Закона установлено, что «В рекламе биологически активных добавок, пищевых добавок, продуктов искусственного питания для младенцев и детей младшего возраста» не допускается рекламирование лекарственных препаратов, ИМН, медицинской техники, при отсутствии разрешения на их производство и продажу, методов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, если не дано разрешение соответствующими органами исполнительной власти на оказание этих услуг.

Закон АР «О лекарственных средствах» №360-VQD от 14.10.2016 г внес изменения и дополнения по вопросу рекламирования БАПД, а именно: на БАПД и сопровождающих их аннотациях должно быть четко, жирными, нестирающимися, печатными буквами написано «нелекарственное средство»; БАПД могут быть рекомендованы врачами для укрепления организма и обогащения пищи, но не заменять ЛС, назначенных для предотвращения или лечения болезней; запрещено прописывать БАПД по рецептам врачей.

На сегодняшний день в РА присутствует одна из форм реализации БАПД – сетевой маркетинг (распространение «из рук в руки»). В области оборота БАПД одной из основных проблем остаётся их реализация при помощи прямых или онлайн-продаж (сетевые компании, телемагазины), что отрицательно влияет на информацию об основной цели их применения – профилактике заболеваний. Так как распространением БАПД не всегда занимаются люди, имеющие медицинское или фармацевтическое образование.

Как видно из данных рисунка, большая часть ПАБД, поступающих на азербайджанский рынок по каналам сетевого маркетинга, принадлежит БАД из США – 34,9%, средняя – 4,7% – Ирландии, Италии, Чехии, Швейцарии; а наименьшая – 2,3% – Великобритании, Дании, Испании.

Это свидетельствует о том, что США – страна с наиболее передовыми формами и методами продвижения американских БАД по каналам сетевого маркетинга.

В Украине реализация ДД через Интернет магазины, онлайн-продажи, продовольственные магазины, пересылка почтой не законны.

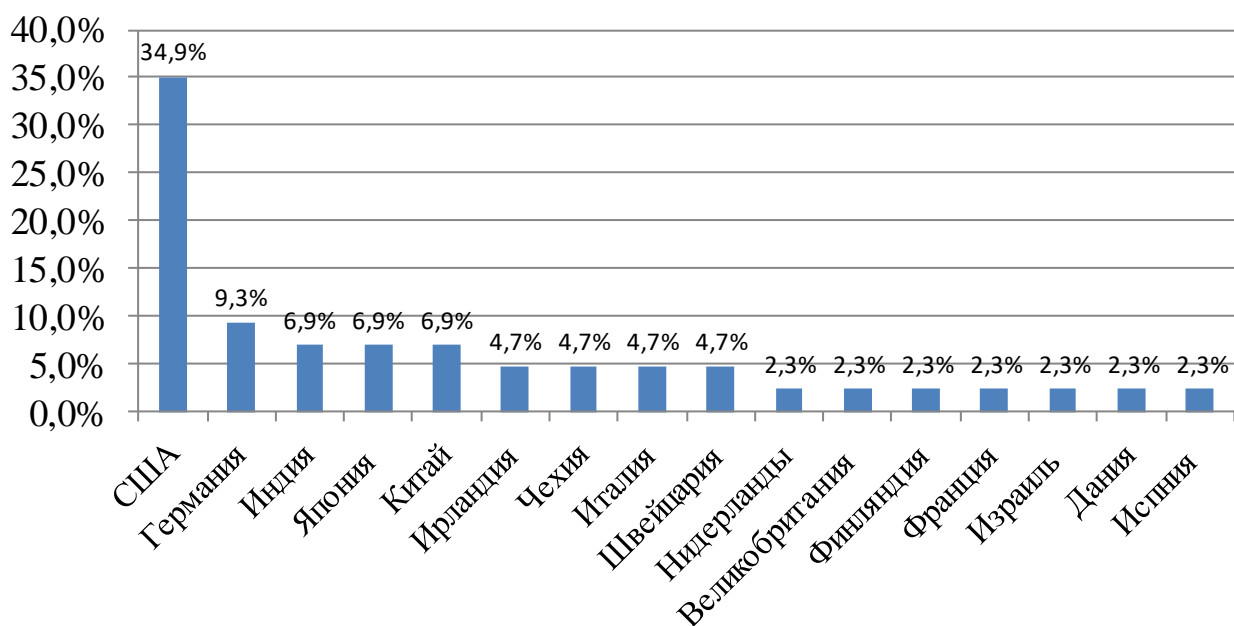


Рис. Ранжирование стран по реализации БАПД по каналам сетевого маркетинга в Азербайджанской Республике

На пленарном заседании Милли меджлиса недавно был рассмотрен Проект об административных наказаниях в связи с нарушениями рекламы БАПД, где рекомендовано применение штрафа на должностные лица от 300 до 500 манатов (от 4669,29 грн до 7782,15 грн), юридические лица от 1000 до 2000 манатов (от 15564,30 грн до 31128,60 грн по курсу НБ Украины на 31.10.2016).

Таким образом, на сегодняшний момент наблюдается усовершенствование нормативно-правовой базы относительно регулирования обращения анализируемых товаров в АР и Украине. При сравнении терминологии БАПД в АР и ДД в Украине установлено, что под ними подразумеваются пищевые начала или пищевые продукты, являющиеся источником биологически активных веществ и применяющиеся исключительно как дополнение к рациону питания. Согласно законодательству, реклама анализируемых товаров в АР и Украине

должна содержать только лишь рекомендательную информацию с целью профилактики заболеваний. Запрещается ссылаться или намекать на то, что они имеют лечебные свойства.

Мусоев С.М., Алиев З.М.

МОНИТОРИНГ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Таджикский национальный университет, г. Душанбе, Таджикистан

musoev_safol@mail.ru

Несмотря на бурное развитие фармацевтического производства и рынка лекарственных препаратов, большинство стран мира испытывают серьезные проблемы, связанные с лекарственным обеспечением населения. ВОЗ констатирует недостаточную доступность основных лекарственных средств для значительной части населения многих стран. Основываясь на рекомендациях ВОЗ, стала широко распространяться стратегия, названная национальной лекарственной политикой. В Республике Таджикистан (РТ), как и во многих странах мира, система здравоохранения подвергается реформе и с учетом рекомендаций ВОЗ и международного опыта принята Государственная лекарственная политика (ГЛП).

Целью данной работы является проведение мониторинга реализации ГЛП Республики Таджикистан.

Использованы методики нормативно-правового и сравнительного анализа.

Анализ показывает, что Парламентом страны принят Закон РТ «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», нормы которого гармонизированы с ГЛП. В стране создан орган, который регламентирует обращение лекарственных средств (ЛС) и осуществляет государственный контроль за их качеством. Список основных лекарственных средств (СОЛС) каждые два года издается Министерством здравоохранения и социальной защиты населения и тендеры проводятся только на ЛС, входящие в СОЛС. Разработана Стратегия закупа и распределения ЛС. Система контроля использования ЛС находится на раннем этапе своего формирования. Мониторинг побочных эффектов ЛС носит локальный характер.

Таким образом, проведенный мониторинг показывает, что элементы ГЛП в РТ присутствуют и существует тенденция регулирования обращения ЛС в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Панфилова А.Л., Беккер Н.А., Сокуренок И.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГЕРМАНИИ

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

nuph.edu@ukr.net

Германия является для многих стран мира образцом в построении социально взвешенной системы медицинского и фармацевтического обеспечения населения. Поэтому на современном развитии украинского общества и системы здравоохранения особую актуальность имеют работы целью которых является анализ современной системы фармацевтического обеспечения населения экономически и социально-развитых государств, к которым, с полной ответственностью можно отнести Германию. Нами в исследованиях использовались сравнительный, исторический, логический методы научного поиска, а обработка материала осуществлялась с помощью современной информационной техники.

В результате исследований нами установлено следующее. В Германии доля расходов государства на здравоохранение составляло в 2015 г. около 76,9%, а коммерческих структур и физических лиц, соответственно, 23,1%. В среднем, на нужды здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения приходится около 11,0% от ВВП страны, что является одним из наивысших показателей в мире. Законодательно-нормативная база, регулирующая вопросы организации фармацевтического обеспечения населения в Германии находится в развитии и характеризуется постоянным обновлением, которое отвечает современному уровню развития фармацевтического рынка и запросам населения в оказании эффективной фармацевтической помощи. Установлено, что в Германии разрешено функционирование аптек, где владельцами могут быть лица исключительно с фармацевтическим образованием, а функционирование аптечных сетей запрещено. Один фармацевт может иметь в собственности не

более 4-х аптек. Дистанционная реализация лекарственных препаратов (ЛП) в Германии разрешена только через сеть лицензированных аптек. Установлено, что Германия имеет одну из самых развитых систем реимбурсации стоимости потребления препаратов по утвержденным перечням лекарств. Реимбурсируется стоимость потребления только рецептурных препаратов, цена на которые также регулируются государством. Безрецептурные препараты не подлежат компенсации и регулированию их розничных цен со стороны государства. Максимально разрешенные надбавки на цену фирмы-производителя, предусмотренные для оптовой (Gro handel) и аптечной (Apothekenhandel) реализации ЛП могут составлять от 6,0% до 17,4%, а розничная – от 8,0% до 68,0%. Оптовый ФР характеризуется высоким уровнем монополизации. Так, 5-основных национальных дистрибьюторов, имеющих развитую сеть филиалов (97 филиалов – 80,83% из 120 – 100,0% функционирующих в стране) контролируют 66,46% (в долларах США) и 72,24% (в евро) продаж ЛП и товаров аптечного ассортимента в стоимостном выражении. Крайне негативной в розничном сегменте ФР является наличие тенденции к планомерному уменьшению количества аптек. Так, в Германии с 2010 по 2015 гг. количество аптек уменьшилось на 1192 единицы – с 21441 (2010 г.) до 20249 (2015 г.). На фоне планомерного уменьшения количества аптечных учреждений, в течении 2010-2015 гг. наблюдалось увеличение количество жителей, приходящихся на 1 аптеку. Так, за указанный период данный показатель возрос с 3814 человек до 4037 человек, т. е на 5,85%. Таким образом, можно аргументировано утверждать, что в Германии с 2010 по 2015 года темп уменьшения количества аптек опережает темпы увеличения количества жителей, приходящихся на 1 аптеку.

В заключении можно сделать вывод о том, что в условиях реформирования украинского здравоохранения и системы фармацевтического здравоохранения, исследование опыта функционирования немецкого здравоохранения имеет важнейшее значение. Поэтому научная работа в данном направлении будет продолжена и в дальнейшем.

Панфилова А.Л., Корж Ю.В., Жиленко А.В.

ОЦЕНКА ПРОБЛЕМ УКРАИНСКОЙ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

nuph.edu@ukr.net

После революционных событий 2014 г. в отечественной системе фармацевтического обеспечения населения (ФОН) обнажился целый комплекс проблем, решить которые невозможно без системной перезагрузки организационно-экономических подходов в функционировании всего здравоохранения в целом. Поэтому работа, целью которой является анализ проблем ФОН, имеет актуальность и практическое значение. В исследовании использовались различные методы научного анализа, а именно логический, исторический, сравнительный методы.

Для Украины характерно низкое значение потребления лекарственных препаратов (ЛП) и товаров аптечного ассортимента (ТАА), по сравнению с другими странами СНГ, на фоне прогрессирующего роста фармацевтического рынка (ФР) в национальной валюте в течении 2010-2016 гг.. Так, по данным Госкомстата Украины, сумма расходов, связанных с приобретением ЛС и ТАА занимают всего 4-5 место в общей структуре расходов домохозяйств украинских семей. В течение последних пяти лет Украина стабильно занимает IV позицию по объемам продаж, приходящихся на одного жителя страны, пропуская впереди себя Россию, Казахстан и Беларусь (I, II, III позиции соответственно). Важнейшей характеристикой отечественного ФР является его импортозависимость. Так, соотношение (%) «импортный/отечественный препарат» в общей совокупности зарегистрированных ЛП по годам равнялось: 2009 г. – 63,6:36,4; 2010 г. – 67,8:32,2; 2011 г. – 72,9:27,1; 2012 г. – 71,3:28,7; 2013 г. – 70,5:29,5; 2014 г. – 70,4:29,6; 2015 г. – 69,7:30,3. В 2016 г. (по состоянию на 01.05.2016 г.) было зарегистрировано 12528 наименований ЛС,

среди которых 8769 (70,0%) наименований представляли иностранные производители препаратов, а 3759 (30,0%) отечественные фармацевтические заводы и фабрики.

За исследуемый период количество аптечных учреждений, получивших лицензию на осуществление розничной реализации ЛС и ТАА, колебалось в незначительном диапазоне значений. Наибольшее количество аптек в Украине было зарегистрировано по данным 2010 г. (22116 учреждений), а наименьшее – в 2012 г. (20225 аптек). Как известно, с 2012 г. в Украине деятельность аптечных киосков была запрещена. Несмотря на это, уже в 2013 г. ситуация на розничном сегменте национального ФР стабилизировалась. Количество аптечных учреждений увеличилось, по сравнению с 2012 г., на 689 (3,4%), а число жителей, приходящихся на одну торговую точку – на 22 человека или 1,1% от показателей предыдущего периода. В 2014 г. 1,03% меньше, по-сравнению, с предыдущим годом. В 2015 г. указанный показатель увеличился на 5,3% и равнялся 2210 жителя/аптечного учреждение. В структуре аптечных учреждений значительную часть (до $\frac{3}{4}$ от общего количества зарегистрированных аптек) составляют юридические лица. Преимущественно аптечные учреждения, зарегистрированные в статусе «юридических лиц», функционируют в городах. Приблизительно 80% аптечных учреждений сконцентрировано в мегаполисах, городах, поселках городского типа. Одно аптечное учреждение в сельской местности обслуживает 3,9 тыс. жителей, при среднем значении аналогичного показателя в Украине 2,12 тыс. нас. (2013 г.). Невозможно не указать факт планомерного уменьшения производственных аптек в структуре аптечных учреждений. По состоянию на декабрь 2016 г. в Украине изготовлением ЛС занималось всего 389 аптек, что составило 2,8% от их общего количества. Все вышеперечисленные характеристики развития системы ФОН в целом указывают на необходимость разработки и введения комплексной программы реформирования фармацевтической отрасли в соответствии с социально ориентированными принципами развития общества.

Олейникова Т.А., Дрёмова Н.Б.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА ПРОВИЗОРА С ПОЗИЦИИ УЧАСТНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

dremova@mail.ru

В условиях современного фармацевтического рынка важным мотивирующим фактором обращения населения в аптечную организацию (АО) является квалификация провизора, одной из главных задач которого является удовлетворение реальных и скрытых потребностей клиентов в качественной фармацевтической помощи. При этом для покупателя существенное значение имеет наличие и профессиональных компетенций, и комплекса качеств, определяющих поведение работника аптеки с потенциальным потребителем. В связи с этим значительный интерес представляет мнение участников фармацевтического рынка о профессионально важных качествах (ПВК) провизора, необходимых ему для оказания квалифицированной помощи населению. Острая конкурентная борьба предопределяет наличие у работника первого стола перечня ключевых ПВК как важного фактора успешного аптечного бизнеса.

С целью определения набора приоритетных ПВК провизора в Курском государственном медицинском университете (КГМУ) проведено социологическое исследование с участием пяти групп респондентов: провизоров (50), покупателей (50), руководителей (30) аптек г. Курска, студентов (250) и преподавателей (28) фармацевтического факультета КГМУ.

Методы исследования: социологический опрос в форме заочного анкетирования, экспертные оценки, логический анализ.

В процессе исследования сформирован перечень ПВК, включающий 20 известных качеств, которыми должен обладать современный провизор. С

помощью логического анализа ПВК были систематизированы в три следующие группы (в скобках приведен средний балл значимости по пятибалльной шкале):

1. Профессиональные: высокий уровень компетенций в области фармакологии, товароведения и других фармацевтических наук (4,8); высокий уровень эрудированности (4,7); навыки продаж (4,6).

2. Коммуникативные: общительность (готовность к общению с покупателями) (4,7); культура обслуживания (4,7); вежливость (4,7); внимательность (4,7); уважение (4,7); доброжелательность (4,6); выдержка/уравновешенность (4,5); самоконтроль (4,5); толерантность/терпимость (4,5); психологическая компетентность (4,4).

3. Личностные: дисциплинированность (4,7); ответственность (4,7); внешний вид (4,7); любовь к профессии (4,6); уверенность в себе (4,5); умение противостоять утомлению (4,4); оптимизм (4,4).

Анализ полученных результатов установил, что, по мнению участников фармацевтического рынка, работник первого стола АО должен обладать перечнем профессиональных, коммуникативных и личностных ПВК, обеспечивающих компетентное общение и квалифицированную помощь покупателям. Работодатели единодушны во мнении - ПВК позволяют выпускнику вуза проявить конкурентные преимущества на рынке труда. Для руководителей АО очень важно, чтобы претендент на работу умел себя позиционировать, имел развитые коммуникативные навыки, обладал потенциалом к самообучению и саморазвитию. В настоящее время все чаще отмечается факт, что после окончания вуза выпускник не обладает необходимым перечнем ПВК, не готов к успешной самостоятельной деятельности, не способен быстро включаться в работу. Для эффективного решения данной проблемы грамотный руководитель должен постоянно проводить мониторинг качества работы специалистов, внедрять систему мотивации персонала, общие принципы кадровой политики, корпоративную идеологию, культуру, разрабатывать стандарты обслуживания клиентов. Наличие ПВК лежит в основе

идентификации сотрудника как части компании. Удовлетворенность провизора своим трудом, чувство собственной значимости в бизнесе на выходе обеспечат высокую лояльность покупателей к аптеке.

Проценко М.В., Зубарев П.Д., Угрехелидзе Д.Т., Куликов А.Ю.

**АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-
ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ НА БАЗЕ
НАУЧНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ БИБЛИОТЕКИ «ELIBRARY.RU» (РИНЦ) ЗА
ПЕРИОД С 2005 ПО 2015 ГГ.**

г. Москва, Россия

zubarevpavel@bk.ru

С целью оценки уровня развития фармакоэкономики как науки в условиях Российской Федерации был проведен анализ фармакоэкономических и клинико-экономических исследований, опубликованных на базе научной электронной библиотеки «eLIBRARY.RU» за период времени с 2005 по 2015 гг.

В ходе информационного поиска выяснилось, что не существует ни одного опубликованного анализа, отражающего актуальное количество фармакоэкономических и клинико-экономическими исследований, но есть базы данных, которые позволяют его провести.

Наиболее крупной платформой для поиска данных исследований оказалась научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU».

Поиск опубликованных исследований осуществлялся за период с 2005 по 2015 гг. Поиск научных работ по российским и зарубежным фармакоэкономическим и клинико-экономическим исследованиям был выполнен по состоянию на 01.09.2016 г. по ключевым словам «фармакоэконом*», «клинико-эконом*» с соответствующими окончаниями.

В результате данного информационного поиска было найдено и проанализировано 1425 находящихся в открытом доступе и имеющих полный текст научных источника, что составило около 60% от всех обнаруженных исследований.

С каждым годом количество фармакоэкономических и клинико-экономических исследований неуклонно растет. За последние десять лет количество публикаций увеличилось в 4 раза. Большинство фармакоэкономических и клинико-экономических исследований за указанный временной интервал было посвящено сердечно-сосудистым, пульмонологическим, онкологическим и эндокринологическим заболеваниям.

На портале «eLIBRARY.RU» представлены публикации ученых из 12 стран с наибольшим приоритетом у России - 88,1%, далее следуют Украина - 5,7% и Беларусь - 2,7%, на остальные страны приходится меньший процент работ, который в сумме составляет - 3,1%.

Согласно опубликованным данным, фармакоэкономические и клинико-экономические исследования проведены в 52 субъектах Российской Федерации на базе 63 ВУЗов, лидером среди которых является ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

В результате были проанализированы работы более 2000 авторов, среди которых был составлен скрининговый рейтинг исследователей с наибольшей публикационной активностью в период с 2005 по 2015 гг. включительно, а также за последние три года в период с 2012 по 2015 гг.. и наукометрический рейтинг по данным Российского индекса научного цитирования с учетом количества имеющихся цитирований работ автора с указанием индекса Хирша. Важно отметить, что только треть из опубликованных исследований вообще цитируется.

Среди методов фармакоэкономического анализа наиболее популярным в опубликованных исследованиях является анализ «затраты–эффективность», который используется приблизительно в 45% имеющихся исследований.

Практически пятая часть авторов, при проведении фармакоэкономического и клинико-экономического анализа не использовала никаких методов фармакоэкономического анализа в своем исследовании.

Серикбаева Э.А., Айдарханова А.Б.

ВЛИЯНИЕ ЕАЭС НА КАЗАХСТАНСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УЧАСТИЯ РЕСПУБЛИКИ В ЕАЭС

Казахский Национальный медицинский Университет

им. С.Д. Асфендиярова

г. Алматы, Казахстан

elmira.asyl@mail.ru

В Евразийский экономический союз были заложены различные основы взаимодействия в экономических сферах. В их числе энергетика, фармацевтика, промышленность, сельское хозяйство, транспорт. Рассмотрены перспективы развития участия Республики Казахстан в ЕАЭС и последствия влияния ЕАЭС на фармацевтический рынок.

Известно, что Единый рынок лекарственных средств в ЕАЭС начал функционировать с 1 января 2016 г. и после этого целью перед странами-участницами ЕАЭС было создание эффективного производства, реализации совместных проектов, разработке различных качественных отечественных брендов и их продвижению, как на внутреннем рынке, так и на внешнем.

Данная система или, другими словами, совместная работа фармацевтических рынков имеет свои плюсы. Например, способствует достаточно большому притоку инвестиций, не только иностранных компаний, но и местных, снятию взаимных барьеров, взаимному использованию совместных ресурсов, увеличению объема рынка, объединению капитала и в целом укреплению как экономических, также и политических связей между странами-участницами.

Для казахстанских предпринимателей и производителей в области фармацевтики откроются новые рынки, новые возможности в целом. Но, наряду

с плюсами есть также и минусы. По мнению аналитиков, данное объединение государств – участниц имеет и свои минусы для Казахстана.

Таким образом, для отечественных фармацевтических компаний на едином экономическом пространстве будет сложнее конкурировать, так как придут новые игроки со своими технологиями и ноу-хау. По данным экспертов, выживут при данной системе лишь те компании, которые идут в ногу со временем, внедряя новые технологии и инновации, совершенствуя производственный процесс и в конечном итоге сам продукт, что несомненно повысит как качество выпускаемой продукции, так и ее безопасность, и эффективность.

Необходимо время для того, чтобы отработать все схемы взаимодействия, и выйти на один уровень с другими странами, а в будущем и опередить их. Это и является тем самым стимулом для роста и развития общего фармацевтического рынка.

В рамках единого фармацевтического рынка лекарственных средств ЕАЭС будет создана новая система проверки лекарственных средств, которая позволит государствам-участницам взаимно признавать результаты работы фармацевтических инспекторов, что является немаловажным при сотрудничестве на таком уровне.

Это значит, что если специалист одной из стран-участниц провел инспекцию, то результатам его исследования должен доверять весь Евразийский экономический союз.

Таким образом, фармацевтический рынок стран ЕАЭС представляет собой один из наиболее динамичных и быстрорастущих мировых рынков, поэтому соответствующие договоренности придадут дополнительный импульс для модернизации и развития фармацевтической экономики Казахстана в целом.

Султанбеков А.А., Шопабаета А.Р., Жакипбекова Г.С.

ДИНАМИКА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В РК

Казахский Национальный медицинский университет им.

С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,

г. Шымкент, Казахстан

almarsh@mail/ru

Интенсивное развитие социальной и промышленной инфраструктуры в стране, способствует возникновению чрезвычайных ситуаций и происшествий различного происхождения.

Целью наших исследований явилось изучение динамики распространения чрезвычайных ситуаций (ЧС) различного происхождения в Республике Казахстан.

Изучение динамики ЧС в РК за последние 5 лет показало, что первое место принадлежит производственным и бытовым пожарам, взрывам, а также несчастным случаям техногенного характера. Доля этих видов происшествий составила около половины всех случаев (50,0% и 46,6%).

Отмечено возрастание доминирования техногенных аварий над природными и социально-биологическими катастрофами в десять с лишним раз.

При детализации этой информации установлено, что наблюдается рост на 9,8% пораженных в дорожно-транспортных происшествиях, на 1% в производственных и бытовых пожарах и взрывах и на 0,3% в производственных авариях.

В то же время отмечено статистически достоверное уменьшение доли опасных инфекционных заболеваний и отравлений на 2,7%, пораженных при происшествиях на водах на 5,1%, при опасных гидрометеорологических и геологических явлениях на 3,3%.

В целом за весь анализируемый период по РК отмечен темп прироста

техногенных ЧС и происшествий по выровненным показателям: $T = +35,4\%$, темп убыли социально-биологических ЧС $T = -41,5\%$, природных ЧС $T = -90,33\%$.

Анализ особенностей распространения вышеописанных явлений по территории страны на основе интенсивных показателей заболеваемости вследствие ЧС показал, что в ЮКО и в г. Алматы стабильно высок показатель заболеваемости в ЧС и происшествиях, в то время как в Павлодарской, Атырауской, Северо-Казахстанской, Западно-Казахстанской и Актюбинской областях он в среднем 1,5-2 раза ниже.

На протяжении всего анализируемого периода среднегодовые коэффициенты смертности были достоверно выше, чем в целом по стране, в Акмолинской, Алматинской и Жамбылской областях и значимо ниже - в Кызылординской, Костанайской, Западно-Казахстанской и в г. Алматы.

Сохранялась резкая смена ранговых мест отдельных областей в трехлетние временные периоды, что является отражением непредсказуемости развития ЧС, выделяются наиболее тревожные регионы и те, где ситуация выглядит спокойнее.

Установлено, что при производственных и бытовых пожарах и взрывах газа, несчастных случаях техногенного характера, взрывах в целом по стране погибало на месте около половины всех пораженных.

Резкий рост показателей в отдельные годы позволяет утверждать, что в каждой области, даже благополучной, в течение какого-то отрезка времени развиваются чрезвычайные ситуации, резко увеличивающие количество пораженных.

Таким образом техногенные чрезвычайные ситуации в РК преобладают над не техногенными. В общей структуре ЧС первое место принадлежит производственным и бытовым пожарам, взрывам, а также несчастным случаям техногенного характера.

Каждая из областей РК имеет свои характерные особенности, как по видам происходящих ЧС, так и по их динамике во времени.

Терещенко Л.В., Калайчева С.Г., Жирова И.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СЕКТОРА В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

economica@nuph.edu.ua

В настоящее время Азербайджан находится на этапе социально-экономических реформ. Республика все больше интегрируется в цивилизованные мирохозяйственные связи, где ведущими тенденциями стали глобализация экономических отношений и становление постиндустриального общества, социальная переориентация научно-технического потенциала, что делает необходимым поставить вопрос о новой стратегии, базирующейся на современной концепции здравоохранения (ЗО) и фармацевтического обеспечения населения. Необходимость внедрения новой стратегии обусловлена также разработкой и внедрением Концепции развития «Азербайджан-2020: взгляд в будущее». В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования стало изучение организационно-экономических проблем и механизмов регулирования и функционирования фармацевтического рынка Азербайджанской республики (АР).

Среди стран европейского региона, в том числе и стран СНГ, в Азербайджане одни из самых низких расходы на ЗО, что негативно сказывается на состоянии здоровья населения страны и служит предпосылкой реформирования ЗО. Средние расходы ЗО на душу населения в Азербайджане также отстают от других стран. Особенность фармацевтического рынка АР заключается в том, что развитие в основном происходит за счет импортных ЛС. Несмотря на имеющиеся возможности, серийное производство ЛС в Азербайджане не налажено, поэтому рынок лекарственных средств на 97-99% зависит от импорта, что угрожает стратегической безопасности страны.

Согласно рекомендации ВОЗ, стратегическая безопасность страны обеспечивается при 20% доле отечественной фармацевтической продукции на рынке. К проблемам фармацевтического обеспечения населения АР следует отнести: недоступность многих лекарственных препаратов (как физическую, так и экономическую); увеличение стоимости фармацевтической составляющей лечения; отсутствие реестров больных по группам социально значимых заболеваний (рекомендации ВОЗ); низкий уровень разработки и производства ЛС; отсутствие мониторинга эффективности применения ЛС (характерно для большинства стран СНГ).

Нами изучены и проанализированы основные законодательные и нормативно-правовые акты, регулирующие фармацевтическую деятельность в АР. Анализ показал, что ситуация изменяется: в 2015 году в Азербайджане был принят «План мероприятий по улучшению обеспечения лекарственными препаратами и усилению контроля над фармацевтической деятельностью», а с 15 сентября 2015 г. Тарифным (ценовым) советом утверждаются цены на ЛС, контроль за соблюдением которых осуществляет Министерство экономики и промышленности Азербайджана.

Таким образом, анализ состояния фармацевтического сектора Азербайджана подтвердили необходимость совершенствования механизма правового регулирования лекарственного обеспечения населения на современном этапе развития республики. Этот механизм должен отличаться комплексностью и согласованностью всех составляющих, строиться с учетом современных условий, а также отечественного и зарубежного опыта. Основными задачами в связи с этим являются: обеспечение доступности лекарственной помощи всем слоям населения через внедрение государственных программ, формулярной системы, медицинского страхования, регулирование ценообразования на ЛС, стимулирование разработок и развитие собственного производства ЛС, в том числе за счет создания дополнительных механизмов финансирования; обеспечение лекарственной безопасности АР согласно перечня

основных ЛС; повышение качества ЛС на всем пути его продвижения от производителя к потребителю.

Тухтаева А.М, Зайнутдинов Х.С.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ

Ташкентский фармацевтический институт,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

azizatukhtaeva@gmail.com

С переходом на рыночную экономику и планирование ограниченного бюджета государства, фармакоэкономика призвана решать вопросы связанные с использованием имеющихся в наличии ресурсов, наиболее оптимальным путем. Для этого необходимо разработать программу рационального отбора и использования лекарственных средств.

Целью работы стали фармакоэкономические исследования нейродермита заключаются в том, чтобы выявить те способы лечения и лекарственные средства, которые заслуживают финансовой поддержки, с тем, чтобы совокупная польза была максимальной.

Методы: обычно при фармакоэкономическом анализе мы сталкиваемся с двумя вариантами эффективности: когда одно из сравниваемых средств более дешево и обладает более высокой эффективностью; оно является более предпочтительным и рассматривается как препарат первого выбора; и когда один из препаратов является высокоэффективным средством, но значительно более дорогостоящим. При этом необходимо проведение фармакоэкономического анализа для определения соответствия дополнительных расходов повышенному эффекту препарата. При анализе минимизации затрат и анализе стоимость/выгода эффективность медицинского вмешательства выражается в денежных единицах, поэтому при сравнении терапий оцениваются разности этих оценок.

Результаты: исследования проводились в клинических условиях НИИ дерматологии и венерологии республики Узбекистан. В настоящее время встречаются свыше 30 разновидностей дерматовенерологических заболеваний.

Средний рост по нейродермиту составляет 107%. В клинических условиях были изучены более 80 историй болезней, схемы и расходы на лечение. Поэтому взяты средние значения общих затрат, а также изучены номенклатура отечественных и зарубежных лекарственных средств. Показатель стоимость/эффективность исследуемых терапий равнялся 1,2.

Включение в контрольную схему лечения местного препарата кобавит, для местного лечения кожи раствора новопассит, мази элоком приводит к исключению некоторых лекарственных средств. С применением кобавита повышается антитоксическая функция печени и регенераторный потенциал тканей, снижается активность печеночных ферментов, при первом курсе лечения способствует быстрому снижению титро HBs – антигена, регулирует синтез лимфоцитов и вызывает полицитемию. Кобавит хорошо сочетается со всеми препаратами.

Таким образом, данные подтверждают, что препараты кобавит, раствор новопассит, мазь элоком являются клинически эффективными и экономическими лекарственными средствами.

Выводы: выявлены наиболее фармакоэкономически выгодные лекарственные препараты для лечения нейродермит в клинике.

В результате проведения фармакоэкономических исследований оказалось возможным исключение применения дополнительных лечебных мероприятий, уменьшения общих затрат, улучшение качества жизни больных.

Таким образом, фармакоэкономические данные подтверждают, что в целях рационального использования бюджетных средств на контрольное лечение вполне оправдывает выбор клинически эффективных и экономичных лекарственных средств.

Умурзахова Г.Ж., Ибадуллаева Г.С., Бисенбаев Э.М.,

Датхаев У.М.

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ – ОСНОВНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ФАРМАЦЕВТОВ – СПЕЦИАЛИСТОВ

Казахский Национальный медицинский университет имени

С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

galiaum@mail.ru

В 2008 году в Казахстане введен государственный стандарт РК GPP (Надлежащая аптечная практика), основными требованиями которого являются: оказание качественных фармацевтических услуг; ориентация каждого элемента фармацевтической услуги на отдельную личность; ориентация на пациента в целях сохранения здоровья человека. Качество фармацевтической услуги зависит от того, где, как и кем, она была предоставлена. Иными словами, качество фармацевтической услуги во многом зависит от личности фармацевта и обстоятельств, в которых она действует. А это значит, что правильно организованная фармацевтическая деятельность, профессиональные кадры, которые обладают коммуникативными навыками - неперенные условия эффективной работы фармацевтической организации. В этих условиях для результативной деятельности фармацевтических организаций все большая роль отводится повышению коммуникативной компетенции фармацевтов. Изучение основ коммуникативных навыков расширяет возможности будущих фармацевтов в сфере получения необходимых знаний, умений и практических навыков по культуре и этике общения с потребителями фармацевтических услуг, коллегами и медицинскими работниками, способствуя комплаенсу (удовлетворенности) потребителей фармацевтических услуг.

Объектами исследования стали фармацевтические организации и предприятия городов Казахстана – Алматы, Актау, Актобе, Шымкент (около 400 респондентов). Был сделан выбор в сторону анонимного анкетирования

специалистов фармацевтической отрасли, чтобы наилучшим образом решать поставленные задачи. При этом, для получения репрезентативных результатов, согласно формуле бесповоротной выборки, исходя из общей численности фармацевтов, достаточно анкетирования 400 респондентов.

Нами изучалась потребность работодателей и специалистов сферы обращения лекарственных средств в образовательных программах обучения. Для этого был сформулирован вопрос: «Какие темы обучения фармацевтического персонала наиболее востребованы в Вашей организации?». Респонденты выразили желание повысить свою профессиональную компетенцию по следующим тематикам «Коммуникативные навыки фармацевта» (30%), «Фармакология» (42%), «Нормативно-правовые аспекты» (28%). Необходимость в обучении коммуникативным навыкам общения с пациентами и аспектам фармакологии очевидна. В связи с чем, в анкете были сформулированы следующие вопросы: «Обучаются ли фармацевты навыкам работы с пациентами в Вашей организации» и «Существует ли в Вашей компании «Правила фармацевтических услуг для потребителей аптечных организаций»?». Около 52 % респондентов ответили отрицательно, что говорит о необходимости обучения правилам общения фармацевта с пациентами аптек.

Исходя из этого, нами были разработаны и предложены «Правила обслуживания потребителей фармацевтических услуг», которые представляют собой свод методов общения фармацевтов с пациентом аптеки. Основная цель правил - обучить персонал правилам обслуживания потребителей фармацевтических услуг, а затем оценить, насколько принятые правила выполняются и соответствуют потребностям населения. Исходя из этих правил, нами разработан алгоритм правил обслуживания потребителей фармацевтических услуг.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение на практике знаний и умений по коммуникативным навыкам, позволит повысить профессиональный уровень современного фармацевта, а также улучшит качество обслуживания

пациентов, привлечет покупателей, тем самым увеличивая объем реализации и конкурентоспособность фармацевтических организаций.

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

ИЗУЧЕНИЕ ПОПУЛЯЦИОННОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА 163А/С ГЕНА *CYP1A2* В ВЫБОРКЕ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

maya4ok777@yahoo.com

Цитохром *CYP1A2* (изоформа цитохрома Р450) является одним из важных ферментов печени, участвующем в метаболизме большого количества лекарственных средств, в том числе кофеина, теофиллина, верапамила, мелатонина, клозапина, аминопирина, пропранолола и др. Полиморфизм 163А/С гена *CYP1A2* связан с распространенными заболеваниями человека, в частности, вследствие индукции данного гена и изменения активности вырабатываемого фермента. Установлено, что большую роль данный полиморфизм играет в предрасположенности к онкологическим заболеваниям. Целью исследования было изучение популяционного распределения полиморфизма 163А/С гена *CYP1A2* в выборке населения Украины.

Участниками исследования были 102 жителя Украины (48 мужчин, 54 женщин), не состоящие в родственных отношениях друг с другом. Биологическим образцом служил буккальный эпителий. Генотипирование добровольцев на полиморфизм *CYP1A2* (rs762551) проводили с использованием стандартных методик молекулярной генетики, в частности, полимеразной цепной реакции.

Генотипирование испытуемых на полиморфизм 163А/С гена *CYP1A2* показало, что в изучаемой выборке меньше всего было медленных (СС, 15 из 102), а больше всего – промежуточных (АС, 50 из 102) метаболитаторов. Выявленный в украинском населении генетический полиморфизм является основанием для рекомендации проведения генетического тестирования

полиморфизма 163A/C гена *CYP1A2* при назначении соответствующих лекарственных средств.

Nemchenko A.S., Podgaina M.V., Balynska M.V.

**ANALYSIS OF EFFICACY OF PROBIOTIC USE IN ACUTE VIRAL
DIARRHEA IN CHILDREN (REVIEW OF TRIALS)**

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

economica@nuph.edu.ua

Pneumonia and diarrhea together account for 29% of all child deaths globally, resulting in the deaths of more than two million children each year. The Integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD), by WHO/UNICEF, goes to the heart of the challenge by recognizing that the only way to combat these two preventable diseases is to not address them separately, but fight them together in an integrated approach. Acute diarrhea from viral (mostly rotaviruses) infection is still a major health problem worldwide and a frequent cause of death, especially in hospitalized children and in developing countries. But infectious diarrhea is not only a problem of developing countries. Up to 30% of the population in developed countries is affected by diarrheas each year. Recently, probiotic therapy has been investigated in several studies in which the therapeutic effect on virus-associated diarrhea in children was distinguished, so they have been included in the recent guidelines for the management of acute diarrhea in children of the European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID). World Gastroenterology Organization gives next definition: “probiotics” - are live microbes that can be formulated into many different types of products, including foods, drugs, and dietary supplements. Species of *Lactobacillus* and *Bifidobacterium* are most commonly used as probiotics, but the yeast *Saccharomyces cerevisiae* and some *E. coli* and *Bacillus* species are also used as probiotics in international medicinal pediatric practice.

Thus, the aim of our investigation was the analyses of domestic market of probiotics and review of the randomized trials of founded medicines with future indicating of their efficiency for viral diarrhea in children.

Following methods were used in the study: analytical, statistical, historical, method of comparative analyses etc.

Analyses of State Formulary (8th edition, 2016) specifies a presence on domestic market of three medicines in two international non-patent names: *Saccharomyces boulardii* and bifidobacteria. In numerous studies probiotics were administered as nonfood preparations, e.g., as a powder or suspended in oral rehydration solutions. The PubMed, Cochrane Controlled Trial Register (CCTR) and Ovid (Wolters Kluwer Health) were searched between 1980 to June, 2013. Randomized controlled trials including the administration of probiotics for treatment of rotavirus diarrhea in infants and children were reviewed. 12 studies located in 11 countries have been seen for review: Iran (Abbaskhaniyan et al. 2012), India (Dutta et al. 2011) Turkey (Dalgic et al. 2011), Bolivia (Grandy et al. 2010), Australia (Ritchie et al. 2010) India (Narayanappa D, 2008), Poland (Szymanski et al. 2006), Bangladesh (Sarker et al. 2005), Denmark (Rosenfeldt et al. 2002), Thailand (Simakachorn et al. 2000), Russia (Shornikova et al. 1997), Finland (Kaila et al. 1992). Probiotic therapies with different strains demonstrated some beneficial effects, although some studies did not show any significant effects. This study assessed systematically the current knowledge on the effect of probiotic bacteria on duration of acute rotavirus diarrhea in children compared with control.

Finally, it's established: the outcomes from each study were considered in the duration of diarrhea. The pooled estimate of efficacy of probiotics in prevention or treatment of disease yielded in all studies a mean difference of 0.41 (CI 95%: -0.56 to -0.25; $p < 0.001$). In line with the recent finding, it was noted that the use of probiotics can reduce the period of diarrhea, especially rotavirus diarrhea between 20 to 24 hours.

Obtained data will be used in future pharmacoeconomic investigations with purpose of finding of costs of unit of effectiveness/utility of each analyzed medicine to formulating of propositions for most cost-effective and/or cost-utility probiotic for viral diarrhea treatment in children.

Podkolzina M.V., Yurchenko G.M.

STUDY OF THE MOST FREQUENT COMPLICATIONS TYPE 2 DIABETES IN HUMANS

National Pharmaceutical University, Kharkiv, Ukraine

economica@ukr.net

Diabetes mellitus (DM) is extremely widespread in the world and extremely dangerous disease. According to statistics, every 13-15 years the number of diabetics in Europe increased twice.

Diabetes mellitus type 2 (formerly noninsulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) or adult-onset diabetes) is a metabolic disorder that is characterized by hyperglycemia (high blood sugar) in the context of insulin resistance and relative lack of insulin. This is in contrast to diabetes mellitus type 1, in which there is an absolute lack of insulin due to breakdown of islet cells in the pancreas.

The most significant symptoms of diabetes are: polyuria (frequent urination), polydipsia (increased thirst), polyphagia (increased hunger), and weight loss. Other symptoms that are commonly present at diagnosis include a history of blurred vision, itchiness, peripheral neuropathy, recurrent vaginal infections, and fatigue. Many people, however, have no symptoms during the first few years and are diagnosed on routine testing. People with type 2 diabetes mellitus may rarely present with hyperosmolar hyperglycemic state (a condition of very high blood sugar associated with a decreased level of consciousness and low blood pressure).

Diabetic ketoacidosis (DKA) is an acute and dangerous complication that is always a medical emergency and requires prompt medical attention. Low insulin levels cause the liver to turn fatty acid to ketone for fuel (i.e., ketosis); ketone bodies are intermediate substrates in that metabolic sequence. This is normal when periodic, but can become a serious problem if sustained. Elevated levels of ketone bodies in the blood decrease the blood's pH, leading to DKA. On presentation at hospital, the patient in DKA is typically dehydrated, and breathing rapidly and deeply. Abdominal pain is

common and may be severe. The level of consciousness is typically normal until late in the process, when lethargy may progress to coma. Ketoacidosis can easily become severe enough to cause hypotension, shock, and death. Ketoacidosis is much more common in type 1 diabetes than type 2.

Hyperosmolar non ketotic state (HNS) is an acute complication sharing many symptoms with DKA, but an entirely different origin and different treatment. A person with very high (usually considered to be above 300 mg/dl (16 mmol/L)) blood glucose levels, water is osmotically drawn out of cells into the blood and the kidneys eventually begin to dump glucose into the urine. This results in loss of water and an increase in blood osmolarity. If fluid is not replaced (by mouth or intravenously), the osmotic effect of high glucose levels, combined with the loss of water, will eventually lead to dehydration. The body's cells become progressively dehydrated as water is taken from them and excreted. Electrolyte imbalances are also common and are always dangerous. As with DKA, urgent medical treatment is necessary, commonly beginning with fluid volume replacement. Lethargy may ultimately progress to a coma, though this is more common in type 2 diabetes than type 1.

Hypoglycemia, or abnormally low blood glucose, is an acute complication of several diabetes treatments. The patient may become agitated, sweaty, weak, and have many symptoms of sympathetic activation of the autonomic nervous system resulting in feelings akin to dread and immobilized panic. Consciousness can be altered or even lost in extreme cases, leading to coma, seizures, or even brain damage and death. In patients with diabetes, this may be caused by several factors, such as too much or incorrectly timed insulin, too much or incorrectly timed exercise (exercise decreases insulin requirements) or not enough food (specifically glucose containing carbohydrates). The variety of interactions makes cause identification difficult in many instances. The iatrogenic hypoglycemia is typically the result of the interplay of absolute (or relative) insulin in type 1 and advanced type 2 diabetes.

Therefore, as a result of the study, it found that diabetic ketoacidosis, hyperosmolar non ketotic state, hypoglycemia are the most common acute

complications of type 2 diabetes, which demand immediate medical attention and medical correction.

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

МАТЕРІАЛИ

**IV Всеукраїнської науково-освітньої конференції
(Харків, 15 березня 2017 року)**

Відповідальний за випуск:
Панфілова Г.Л.

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