



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

**III Всеукраїнської науково-освітньої internet-  
конференції**  
(Харків, 12 березня 2015 року)



Харків

2015

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

*III Всеукраїнської науково-освітньої internet-конференції*  
(Харків, 12 березня 2015 року)

Харків

2015

УДК: 615.12

**Редакційна колегія:**

Головний редактор: А.С. Немченко

Члени редакційної ради: Г. Л. Панфілова, В. М. Назаркіна, Л. С. Сімонян

Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2015 р.: Розділ науково-практичні конференції №6

**Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики:** матер. III Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 12 березня 2015 р. / ред. кол.: А.С. Немченко та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2015. – 272 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 тенденцій розвитку фармацевтичного ринку; досвіду впровадження системи оцінки технологій в охороні здоров'я (Health Technology Assessment - НТА); розробки сучасних механізмів ціноутворення на лікарські засоби; дослідження механізмів компенсації (реімбурсації) вартості ліків та методів їх впровадження в практику медичного страхування; підвищення якості фармацевтичної освіти; проведення сучасних фармакоекономічних досліджень.

Матеріали відредаговані членами редакційної ради.

# РОЗДІЛ І. ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. СТАТТІ ВІТЧИЗНЯНИХ НАУКОВЦІВ

УДК 615.1: 378 (091)

## ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ КРИЗОВОГО СТАНУ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ

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

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

**Резюме:** В кризовий період особливо актуальним є аналіз проблем розвитку фармацевтичного ринку та визначення основних напрямків формування НЛП. Показано, що за 1999-2014 рр. вітчизняний ринок збільшився в 16,5 разів, однак суттєво знизилась питома вага (на 10%) вітчизняних препаратів. Встановлено, що в країні створені об'єктивні передумови для впровадження програми імпортозаміщення. Виявлено тенденцію до стабільного зростання кількості аптек: за п'ятнадцять років їх кількість зросла практично у 2,4 рази. Обґрунтовані підходи до створення вітчизняного керівництва з оцінки ТОЗ, що включає аналіз клінічної ефективності, економічний аналіз та аналіз впливу на охорону здоров'я. Запропоновані сучасні принципи поетапного впровадження консолідованої (обов'язкової й добровільної) моделі соціального медичного страхування. Надано визначення терміна «страховий рецепт» та запропоновано показники, що його характеризують.

**Ключові слова:** Національна лікарська політика, медичне страхування, фармацевтичний ринок, оцінка технологій, лікарські засоби.

Ефективне формування національної лікарської політики (НЛП) потребує виконання цілого комплексу завдань, що реалізуються у площині нормативно-правових, професійних, соціально-економічних на інших відносин у суспільстві. При цьому у кожній країні існують традиційні підходи щодо організації надання фармацевтичної допомоги, а фармацевтичному ринку притаманні особливості, що пов'язані з історичними та соціально-економічними умовами розвитку.

В період кризової економіки, що має місце наразі в Україні, особливо актуальним є аналіз історичних передумов, стану та проблем розвитку

фармацевтичного ринку, а також визначення основних напрямків формування НЛП.

Серед країн колишнього СРСР Україна наприкінці 90-х років минулого століття займала лідируючі позиції за темпами розвитку фармацевтичної промисловості. Крім цього, в Україні був побудований та ефективно функціонував потужний науково-освітній базис у фармації. За роки незалежності у вітчизняній системі фармацевтичного забезпечення населення відбулись значні якісні та кількісні зміни. Зупинимось на аналізі впливу деяких з них на доступність фармацевтичної допомоги, що надається населенню в Україні.

Вітчизняний фармацевтичний ринок (ФР) є важливим елементом системи фармацевтичного забезпечення населення, що активно розвивається. Незважаючи на фінансову кризу та вкрай нестабільну ситуацію у країні, за 1999-2014 рр. вітчизняний ФР збільшився в 16,5 разів у національній валюті та в 11,3 рази у доларах США (рис.1).

Розраховані показники обсягу споживання лікарських засобів (ЛЗ), що припадає на одного мешканця країни, дорівнювали: 1999 р. – 8,1; 2005 р. – 30,5; 2010 р. – 48,6; 2014 р. – 99,5 дол. США. Тобто, зазначений показник зріс більше, ніж у 12 разів. Для порівняння, за останніми даними в США обсяг споживання ліків, що припадає на одного мешканця країни дорівнює 680 дол. США, в Японії – 601, а в Великобританії – 287.

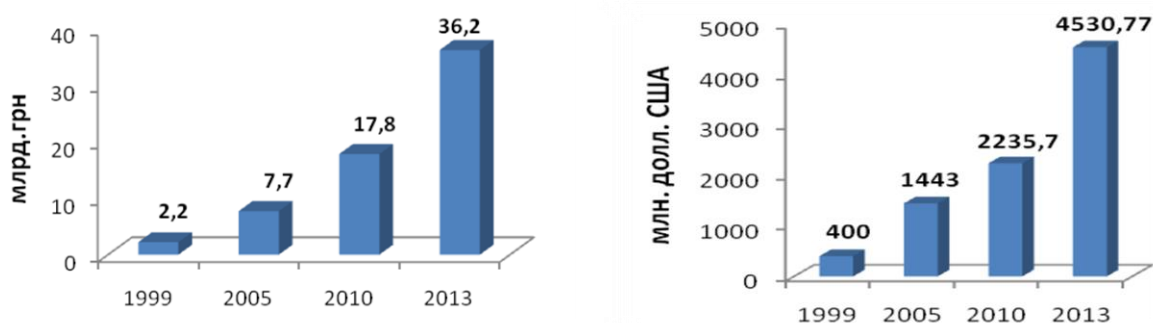


Рис. 1. Аналіз динаміки розвитку вітчизняного ФР за 1999-2013 рр.

Як бачимо, вітчизняні показники на порядок відстають від світових даних та не відповідають реальній потребі населення у доступній фармацевтичній допомозі. Як свідчить закордонний досвід та результати власно проведених на

кафедрі ОЕФ організаційно-економічних досліджень, дієвим механізмом вирішення зазначеної проблеми є впровадження соціальної моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС), у якій ефективно діють механізми референтного ціноутворення на ЛП та реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги.

Важливою характеристикою сучасного ФР є його імпортозалежність, яка сягає від 70 до 90% до різних фармакотерапевтичних груп ліків. На рис. 2 наведена динаміка кількості зареєстрованих лікарських препаратів (ЛП) за 1999-2014 рр. Як бачимо за представленими даними, кількість препаратів імпортного виробництва з 1999 р. збільшилась практично у 3 рази. Очікується тенденція до збільшення кількості імпортних ЛП в загальній структурі вітчизняного ФР буде спостерігатися й надалі. Негативною, з соціально-економічної точки зору, тенденцією розвитку вітчизняного ФР є поступове зниження питомої ваги препаратів вітчизняного виробництва у загальній структурі асортименту ЛП. Так, питома вага препаратів, що представляють на ФР вітчизняних виробників, складала за різними роками дослідження: 1999 р. – 39,8%; 2005 р. – 33,5%; 2010 р. – 32,2%; 2014 р. – 29,9%. Ефективним напрямком вирішення зазначеної проблеми є розробка та впровадження державної програми імпортозаміщення.

Слід зазначити, що за останні роки в Україні закладені об'єктивні передумови для ефективного впровадження програми імпортозаміщення, а саме:

- розроблено та введено в дію Державну Фармакопею України, гармонізовану з Європейською Фармакопесєю;
- Україна першою серед країн СНД вступила до міжнародної системи співпраці фармацевтичних інспекцій (PIC/S) і приєдналася до 37 провідних країн світу;
- створено належну систему реєстрації ЛП та міжнародний формат реєстраційного досьє;
- адаптовано та актуалізовано відповідні європейські настанови, що регламентують розробку і дослідження ЛЗ;
- у ліцензійних умовах на виробництво та реалізацію ЛЗ впроваджена обов'язковість виконання правил GMP та GDP.

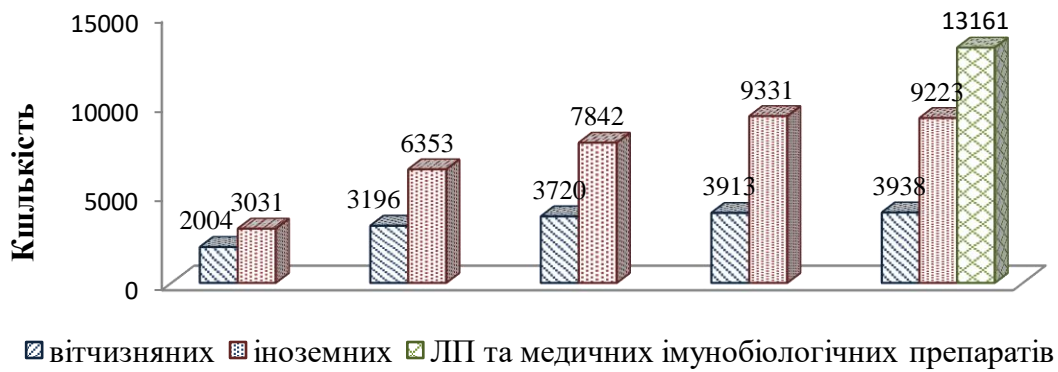


Рис. 2. Аналіз динаміки кількості зареєстрованих ЛПІ імпортного та вітчизняного виробництва

Для 761 найменування ЛЗ за міжнародними непатентованими назвами (МНН), що входять до складу Державного формуляру ЛЗ та Національного переліку основних ЛЗ і ВМП, на даний час немає вітчизняних аналогів, і вони представлені на ФР України виключно препаратами закордонного виробництва. За оцінкою фахівців, значні резерви імпортозаміщення препаратів мають місце в кардіології (63%), анестезіології та реаніматології (61%), ревматології (60%), організації протимікробної терапії (59%). Можливість поповнення асортименту ЛЗ за рахунок вітчизняних препаратів існує також у таких галузях медицини, як акушерство та гінекологія (26%), офтальмологія (30%), урологія та андрологія (31%), гематологія (32%).

За умов жорсткої конкуренції та ліцензування виробництва у відповідності до вимог GMP намітилась тенденція до зниження кількості фармацевтичних виробників. Так, якщо у 1999 р. в Україні налічувався 121 виробник ЛПІ та товарів аптечного асортименту, в 2005 р. – 133, в 2010 р. – 137, то в 2014 р. – 111 суб'єктів господарювання. На фоні зниження кількості виробників ЛПІ в Україні намітилась позитивна тенденція до планомірного збільшення фірм, що мають сертифікат GMP на виробництво препаратів за міжнародними вимогами якості. Так, станом на 01.01.2014 р. в Україні налічувалась 21 фірма-виробник, які сертифіковані за вимогами GMP та освоїли випуск більш ніж 500 торгових найменувань ЛПІ.



За умов спонтанного характеру розвитку вітчизняного ФР упродовж 1991-1999 рр. спостерігалось стрімке збільшення кількості компаній, що займались оптовою реалізацією ЛП та товарів аптечного асортименту.

Наприклад, за даними 1991 р. в країні налічувалося всього 40 оптових фармацевтичних фірм, а у 1999 р. ліцензію на проведення господарських операцій з оптовою реалізацією ліків отримали понад 1400 компаній різних форм власності. Слід зазначити, що, на відміну від роздрібного сегменту ринку, на якому протягом років дослідження спостерігалось планомірне збільшення кількості аптечних закладів, з 1999 р. в країні намітилась тенденція до зменшення кількості дистриб'юторів. Так, за даними 2005 р. оптовою реалізацією ліків та товарів аптечного асортименту на ФР займались 1184 суб'єкти господарювання, в 2010 р. їх кількість зменшилась практично у два рази та склала 623 компанії. За даними 2014 р., в Україні на ФР функціонувало уже 440 оптових компаній (70,6% від даних за 2010 р.). Зазначене можна пояснити посиленням конкуренції на оптовому ФР, перш-за все, внаслідок значної концентрації капіталу та формування дистриб'юторських мереж національного масштабу. За оцінкою фахівців, на даний час приблизно 5-6 національних дистриб'юторів контролюють понад 85% оптового ФР в Україні. Це світова тенденція у розвитку оптової ланки товаропровідної мережі на ФР. Наприклад, в США за останні 30 років спостерігалось зменшення кількості оптових фармацевтичних компаній з 150 до 50. У Франції налічується на національному ФР всього 6 потужних дистриб'юторів, в Великобританії – 9, Німеччині – 13, Іспанії – 58, Італії – 85. Непропорційний характер розвитку оптового та роздрібного сегментів вітчизняного ФР свідчить, що, наприклад, в країнах ЄС на одну оптову компанію припадає 390-450 аптечних закладів, а в Україні – 45.

Головною ланкою у системі фармацевтичного забезпечення населення є аптека. Фармацевтичне забезпечення населення в Україні станом на 1.01.2014 р. здійснювало близько 21439 аптечних закладів, понад 74,6% з них розташовані у містах. Згідно ліцензійних умов, відповідно до яких аптечні кіоски, як структурні підрозділи аптек повинні були ліквідовані, змінили

ситуацію на роздрібному сегменті фармацевтичного ринку. Так, станом на 1.01.2010 р. один аптечний заклад обслуговував приблизно 1971 мешканця країни, в 2011 р. (дані на 1.01) 2206, а в 2012 р. (1.10.) 2198 жителів. З 2007 р. по 2012 р. намітилась тенденція до планомірного зниження кількості аптечних закладів. Разом з цим порівняння даних у динаміці років (1999-2014 рр.) дозволило встановити тенденцію до стабільного зростання загальної кількості аптек. Так, за п'ятнадцять років їх кількість зросла практично у 2,4 рази, а аптечних пунктів на 36,7% (рис.3). Об'єктивнішими є результати аналізу динаміки кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця країни (рис. 4). Враховуючи негативний тренд щодо планомірного зменшення населення України, логічним виглядає тенденція до поступового зниження у період з 1999 р. по 2010 р. з кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця країни.

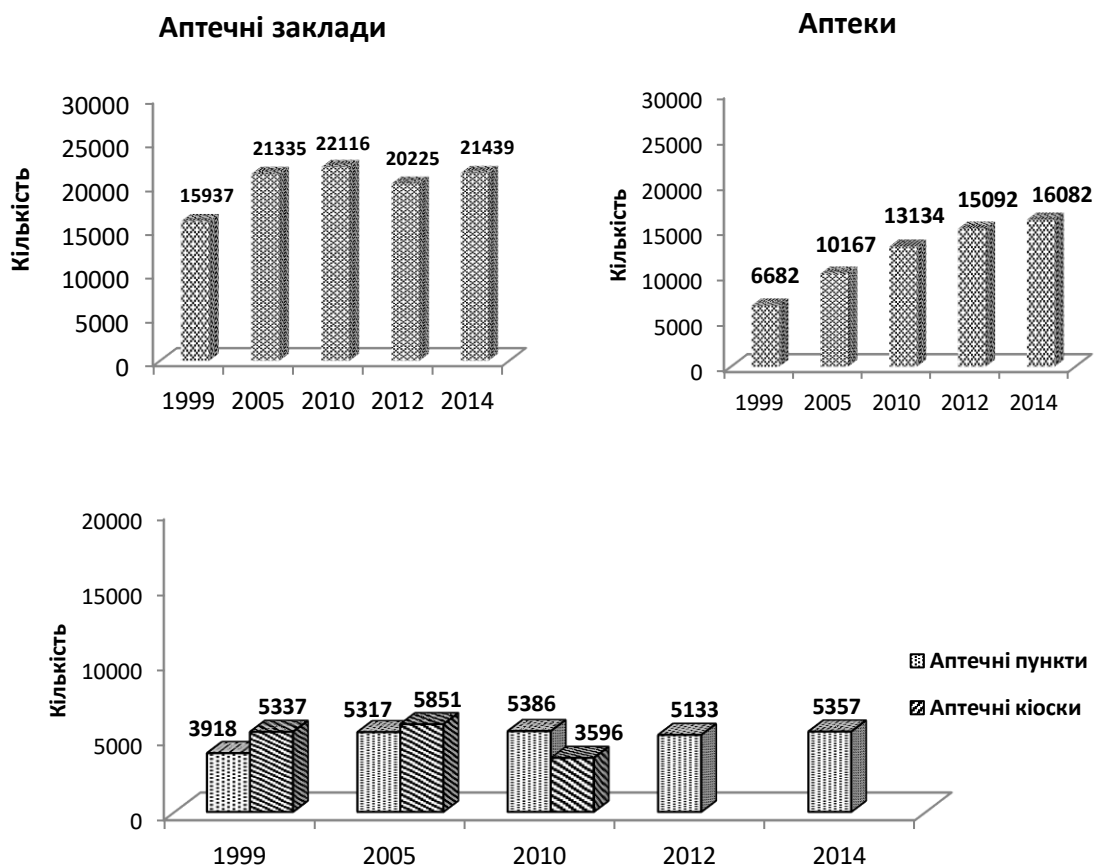


Рис. 3. Структура аптечних закладів в динаміці років

Так, якщо у 1999 р. на одного мешканця припадало 3132 аптечних закладів, то в 2014 р. – 2119, що дорівнювало всього 67,7% від даних базового (1999 р.).

З позитивної точки зору, слід оцінити ліквідацію у 2014 р. аптечних кіосків. Наступним важливим етапом в реформуванні аптечної служби країни, на нашу думку, повинно стати впровадження механізмів державного регулювання щодо розміщення аптечних закладів в містах та сільській місцевості (пішохідна доступність закладів та нормування за чисельністю мешканців навантаження на одну аптеку, зокрема аптек, що виготовляють екстемпоральні ліки).

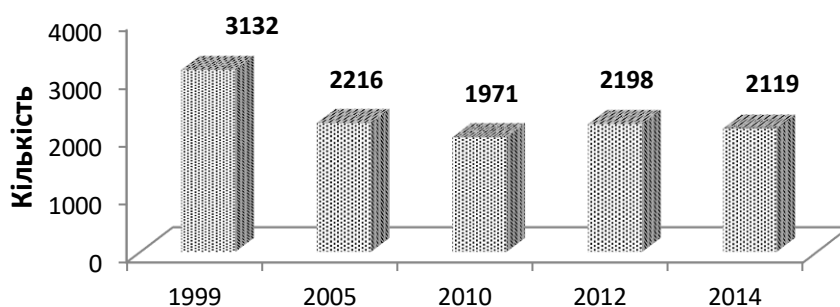


Рис.4 Динаміка кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця

Тенденції розвитку системи охорони здоров'я та фармацевції, що спостерігаються як у світі, так і в Україні такі: зростаюча вартість медичної та фармацевтичної допомоги при обмежених можливостях фінансування й нерационального використання ресурсів призвели до нагальної потреби формування сучасної методології оцінки технологій охорони здоров'я – НТА (Health Technology Assessment). Аналіз літературних джерел дозволив засвідчити, що поняття «технології охорони здоров'я» (ТОЗ) поширюється на лікарські та імунобіологічні препарати, а також стандарти надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим. Сьогодні в Україні практично відсутня оцінка ТОЗ як цілісна науково-практична методологія.

Система оцінки ТОЗ стала однією з найбільш ефективних систем, що використовують практично усі країни Європи, окрім країн колишнього Союзу, для обґрунтування пріоритетів у виборі ТОЗ та прийняття відповідних рішень.

Розповсюдженість систем НТА відображає підвищений попит на достовірну інформацію, яка потрібна для підтвердження ефективності ТОЗ на основі доказової медицини. Наразі органи НТА різних країн поставили задачу створити методологічну основу або стандартні вказівки з проведення ТОЗ, які б узагальнили передовий досвід.

Аналіз вітчизняних законодавчо-правових актів показав, що на цей час відсутня методологія, яка дозволила б комплексно оцінити ТОЗ з точки зору клініко-економічної доцільності. За результатами систематизації матеріалів спеціальної літератури та власно проведених на кафедрі організації та економіки фармації теоретико-прикладних досліджень були обґрунтовані підходи до створення **вітчизняного керівництва з оцінки ТОЗ** (проф. Немченко А.С., доц. Косяченко К.Л.). Системна оцінка ТОЗ повинна передбачати наступні методи: аналіз клінічної ефективності, економічний аналіз та аналіз впливу на охорону здоров'я й фармацевтичне забезпечення населення.

Одним з прикладів використання методології оцінки ТОЗ задля прийняття раціональних управлінських рішень в практиці охорони здоров'я є проведений клініко-економічний аналіз (КЕА) державних цільових програм (ДЦП) (проф. Немченко А.С., доц. Панфілова Г.Л., доц. Корж Ю.В.). Насамперед це «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 рр.» («Онкологія» далі), що затверджена розпорядження КМУ 10.07.2006 р. №393-р. Так, наприклад, було встановлено, що в 2013 р. на першій позиції за питомою вагою вартості придбаних ЛП був препарат трастузумаб, який займає монопольне положення на сегменті Ф, де представлені похідні рекомбінантних гуманізованих моноклональних антитіл. У рамках виконання державних гарантій за ДЦП «Онкологія» було придбано препарат Герцептин 150 мг №1 фл. компанії «F.Hoffmann La-Roche» (США) на суму 18118,8 тис. грн., що складало 11,21% від загальної суми придбання тендерних закупівель ЛП. За умов дефіциту коштів у вітчизняній системі охорони здоров'я наявність у складі закупівель на перших позиціях за вартісним показником оригінальних препаратів потребує ґрунтовних досліджень, насамперед з використанням НТА.

Також доведено, що характерною рисою складу тендерних закупівель ЛЗ, що здійснювалися протягом 2010-2013 рр. для онкогематологічних хворих, є монопольне положення препаратів з групи L01X-Інші протипухлинні засоби. Це насамперед, групи L01XB-Метилгідразини, L01XC-Моноклональні антитіла, L01XE-Інгібітори протеїнкінази, L01XX-Інші протипухлинні препарати. Питома вага вартості придбаних препаратів за вказаними групами коливалась у діапазоні від 64,8% (2010 р.) до 72,4% (2012 р.). За даними співставлення вимог протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гематологія», Державного формуляру ЛЗ шостого випуску та якісного складу закупівель ЛЗ встановлений факт непропорційного, по відношенню до різних груп онкогематологічних хворих, характеру розподілу коштів на закупівлю ЛЗ. Пріоритетне положення за сумою витрат (63,5%-71,2%) належало препаратам (12,5% від середнього значення придбаних асортиментних позицій ЛЗ), які у переважній більшості, використовуються у лікуванні хронічних форм лейкозів та лімфом.

Впровадження методології НТА передбачає комплексне застосування ефективних механізмів ціноутворення і реімбурсації, а також фармакоєкономічну оцінку ТОЗ, зокрема КЕА. Ефективне впровадження оцінки ТОЗ, як нової галузі наукових досліджень, в організацію вітчизняної охорони здоров'я, передбачає застосування спеціальних методик фармакоєкономічної оцінки (ФО), які не можуть бути безпосередньо перенесені із зарубіжної практики.

**Фармакоєкономічна оцінка** є складовою загальної методології оцінки ТОЗ та постає як метод ідентифікації, дослідження та порівняння показників клінічної ефективності та прямих медичних витрат (вартості фармакотерапії) у застосуванні ТОЗ з метою прогнозування їх переваг для окремого хворого та системи охорони здоров'я в цілому. Специфіка проведення ФО полягає у необхідності оперативного отримання результатів за умов об'єктивної обмеженості інформації.

Світовий досвід та власні наукові дослідження свідчать, що сучасні проблеми ціноутворення на ЛЗ та реімбурсації їх вартості потребують

комплексного вирішення в системі оцінки ТОЗ. Такий підхід дозволив нам запропонувати принципово нову методологію соціально ефективної цінової політики єдиних роздрібних цін на ЛЗ. Система НТА базується на ефективних механізмах ціноутворення МТ та реімбурсації їх вартості, що дозволяє проводити фармакоеконімічну оцінку та клініко-еконімічний аналіз нових і діючих ТОЗ. Головна ідея полягає у поєднанні уже діючих елементів, перш за все методів державного регулювання видів цін на ЛЗ – прямих та непрямих з перспективними ефективними методами (референтне ціноутворення, системний моніторинг, зовнішній моніторинг за індикативними цінами) з урахуванням світового досвіду й національних особливостей.

Одним із ключових завдань реформування сучасної системи ОЗ та фармації залишається необхідність **впровадження соціального медичного страхування**, процес якого в Україні явно затягнувся та в результаті чого країна є однією з небагатьох в Європі, де відсутня страхова медицина. Наразі впровадження медичного страхування (МС) потребує організації комплексу державних та громадських заходів, які потребують часу, а головне врахування політичної, адміністративної та еконімічної ситуації. Незважаючи на глибоку еконімічну кризу та значний дефіцит коштів на ОЗ, саме зараз потрібно визначитись з **основними принципами МС, страхувальником** (роботодавці, місцеві органи влади, ін.) та **страховиком** (фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування, ін. страхові фонди та компанії), **механізмами та джерелами фінансування**. Зазначені категорії треба обґрунтувати та вписати в українське законодавство, адаптувавши його з законодавчими нормами ЄС. При цьому треба зауважити, що враховуючи низький рівень розвитку вітчизняного ринку страхування, на нашу думку, доцільно використовувати термін «медичне страхування» замість «страхова медицина».

Аналіз систем страхової медицини в країнах ЄС та світу дозволив нам визначити їх переваги та недоліки, а також рекомендувати сучасні принципи системи МС в Україні, а саме:

- обґрунтування консолідованої (комплексної) моделі, яка повинна мати соціальне спрямування та яка включає обов'язкову й добровільну (приватну) форми;
- розробка базової програми медичної та фармацевтичної допомоги в рамках обов'язкової форми, що орієнтована тільки на соціальні групи (пенсіонери, інваліди, студенти та ін. малозабезпечені громадяни), а також надання екстреної невідкладної допомоги пацієнтам, передбачивши її фінансування за рахунок державних податків, різноманітних внесків – соціального страхування, благодійних та ін. ;
- опрацювання розвитку добровільної (приватної) форми на основі комплементарного (додаткового) страхування, передбачивши гнучку систему внесків – ощадні рахунки, прямі платежі громадян та ін. ;
- розробка поетапних методів впровадження системи МС, починаючи наразі прийняття відповідних законодавчих та нормативно-правових актів, при цьому їх реалізацію доцільно відстрочити на певний час до досягнення фінансово-економічної стабільності у державі та забезпечення нормативного рівня фінансування ОЗ (не менше 30% загального обсягу).

Перш за все, слід підкреслити доцільність введення сучасних **принципів комплементарного страхування** – розширеного страхового покриття для власників полюсів приватного страхування, що передбачає використання ефективних медичних та фармацевтичних послуг, спрямованих на інноваційні ТОЗ та покращення якості життя пацієнтів. Також комплементарне страхування дозволяє одержати ЛЗ, які не включені до регулюючих переліків або потребують страхового покриття понад максимальний рівень компенсації. Окрім цього, ця форма дозволяє одержати застрахованим препарати - off label, які призначаються для лікування рідких захворювань та експериментальних препаратів.

Організаційно-економічні дослідження, що проводяться на кафедрі ОЕФ з 1990-х р., з питань впровадження соціально адаптованих моделей фармацевтичного забезпечення населення в умовах МС дозволив нам зробити визначення терміна «страховий рецепт».

*Страховий рецепт – це медико-фармацевтична, соціально-економічна та правова категорія, що є складовою системи МС, основною функцією якої є компенсація (реімбурсація) вартості наданої фармацевтичної допомоги з страхових фондів або держбюджету.*

СР має різний пріоритет у виконанні функцій у системі страхових відносин. Так, у моделі обов'язкового МС СР треба розглядати, перш за все, як гарант з боку держави на одержання соціально незахищеними верствами населення пільгової й безоплатної фармацевтичної допомоги. В цій моделі СР виконує пріоритетну соціальну функцію.

За умов функціонування добровільного МС СР постає, як переважно ринкова категорія, а процес реімбурсації вартості спожитих ліків обумовлений умовами страхового договору та здійснюється за переліком ЛЗ, що затверджений страховиком. При здійсненні добровільного МС на СР покладена значною мірою економічна функція, ефективна реалізація якої дозволяє отримувати прибуток аптечного закладу від основної діяльності. За змістом СР вартість відпущених населенню ЛЗ повинна бути повернена аптечному закладу або персоніфіковано громадянину із страхових фондів.

Опрацювання й аналіз СР у різних моделях МС дозволив нам запропонувати наступні показники: баланс страхової діяльності аптеки; питома вага (%) СР у загальній рецептурі; середню вартість СР на ліки індивідуального та промислового виготовлення; середню тривалість операційного циклу СР; середній період накопичення; середній період платежу; питому вагу (%) сплати вартості ЛЗ індивідуально хворим або іншим платникам; коефіцієнт компенсації (реімбурсації); страховий коефіцієнт рецептури; коефіцієнт страхової активності аптеки; коефіцієнт ефективності компенсації, показники рентабельності.

Використання результатів аналізу показника СР за допомогою наведених показників дозволить, з одного боку, організувати більш ефективну, з економічної точки зору, модель функціонування аптечного закладу, з іншого – у повному обсязі виконувати основне завдання аптеки, що полягає у



забезпеченні населення, незалежно від матеріального та соціального статусу людини у суспільстві, якісною й доступною фармацевтичною допомогою.

Серед основних складових моделі СР нами визначені такі: **законодавчо-нормативна, адміністративно-управлінська, організаційна, фінансово-економічна, просвітницька, кадрова, інформаційно-статистична.**

### **Література**

1. Немченко А.С. Ціноутворення на лікарські засоби / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.А. Немченко. – Х: Вид-во Апостроф, 2012. – 304 с.
2. Панфілова Г.Л. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування / Г.Л. Панфілова, А.С. Немченко, О.А. Немченко. – Х: Авіста. ВЛТ, 2009. – 228 с.
3. Практичні аспекти оцінки технологій охорони здоров'я в Україні: матер. міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 5-6 березня 2013р. / Ред. кол. А.С. Немченко та ін. – Х: Вид-во НФау, 2013. – 283 с.

**УДК 615.1: 378 (091)**

## **ФОРМИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ ЭКОНОМИКИ УКРАИНЫ**

**В.П. Черных, А.С. Немченко, В.Н. Назаркина, А.Л. Панфилова,  
О.А. Немченко**

**Резюме:** В кризисный период особенно актуальным является анализ проблем развития фармацевтического рынка и определение основных направлений формирования НЛП. Показано, что за 1999-2014 гг. отечественный рынок увеличился в 16,5 раз, однако существенно снизился удельный вес (на 10%) отечественных препаратов. Установлено, что в стране созданы объективные предпосылки для внедрения программы импортозамещения. Обнаружена тенденция к стабильному росту количества аптек: за пятнадцать лет

их количество возросло практически в 2,4 раза. Обоснованы подходы к созданию отечественного руководства по оценке ТОЗ, включающего анализ клинической эффективности, экономический анализ и анализ влияния на охрану здоровья. Предложены современные принципы поэтапного внедрения консолидированной (обязательной и добровольной) модели социального медицинского страхования. Предоставлено определение термина «страховой рецепт» и предложены показатели, характеризующие его.

**Ключевые слова:** Национальная лекарственная политика, медицинское страхование, фармацевтический рынок, оценка технологий, лекарственные средства.

**FORMATION OF A NATIONAL MEDICINAL POLICY UNDER  
ECONOMIC CRISIS IN UKRAINE**

**Chernih V.P., Nemchenko A.S., Nazarkina V.N., Panfilova A.L.,  
Nemchenko O.A.**

**Summary:** Under crisis period particularly relevant analysis of the problems of the pharmaceutical market and the definition of the main directions of formation NLP. It is shown that for the 1999-2014 biennium. the domestic market increased by 16,5 once, but significantly decreased weight (10%) of domestic products. It is established that the country has created the objective conditions for the implementation of the import substitution program. A tendency to a stable increase in the number of pharmacies: fifteen years their number increased almost 2,4 once. Based approach to the creation of national guidelines for the assessment of HTA, including analysis of the clinical effectiveness, economic analysis and analysis of the impact on health. Proposed phased introduction of modern principles of consolidated (mandatory and voluntary) model of social health insurance. Provided by the definition of "insurance recipe" and suggested indicators that characterize it.

**Keywords:** national drug policy, medical insurance, the pharmaceutical market, technology assessment, drugs.

## ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ НА ПОЧАТКУ ХХІ ст.: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

Г. Л. Воскобойнікова, В. В. Довжук

Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка,  
м. Чернігів, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

[G\\_Vosk@ukr.net](mailto:G_Vosk@ukr.net), [dovika@ukr.net](mailto:dovika@ukr.net)

**Резюме:** В статті висвітлено аналітичний огляд інноваційного розвитку фармацевтичної галузі в Україні на початку ХХІ ст. Визначено основні напрями розвитку фармацевтичної науки і освіти, фармацевтичної розробки та впровадження інноваційних фармацевтичних препаратів та лікарських форм, новітні досягнення промислової фармації, трансфер фармацевтичних технологій, модернізація промислового виробництва ліків та лікарське забезпечення відповідно до сучасних запитів українського суспільства.

**Ключові слова:** інноваційний розвиток; фармацевтична галузь; фармацевтична наука і освіта; інноваційні фармацевтичні препарати, фармацевтична розробка, промислова фармація; трансфер фармацевтичних технологій; стандартизація; сертифікація; модернізація промислового виробництва ліків.

**Вступ.** На межі ХХІ ст. фармацевтична галузь України включає фармацевтичну науку, освіту, промислову фармацію, оптовий і роздрібний сегменти вітчизняного і зарубіжного фармацевтичного ринку, на якому позиціонують українські лікарські препарати, а також імпорт та лікарське забезпечення сучасними ефективними лікарськими засобами зарубіжних фармацевтичних виробників.

Фармацевтична освіта охоплює вищі навчальні заклади I-II та III-IV рівнів акредитації, які здійснюють поетапну професійну підготовку фармацевтичних кадрів відповідно до сучасних регуляторних вимог галузі та впровадження міжнародного досвіду на шляху євроінтеграції. Освітні заклади III-IV рівня акредитації є водночас науковими установами. Відповідно до нового Закону «Про вищу освіту та Закону України «Про наукову і науково-технічну

діяльність» з внесеними доповненнями (в редакції від 06.09.2014р.) освітні заклади III-IV рівня акредитації здійснюють фундаментальні та прикладні наукові дослідження та науково-технічну діяльність.

Необхідно відмітити, що українські університети мають багаторічний цінний досвід освітньої і наукової діяльності та професійної підготовки фармацевтичних кадрів, кращі традиції і стоять біля витоків інноваційного розвитку фармацевтичної галузі. Однак, недостатня матеріально-технічна база не надає можливості здійсненню фармацевтичних досліджень відповідно до світового рівня розвитку науки і техніки. Перш за все, це проблема нерівномірного економічного розвитку, існуючих наукових і освітніх комунікацій.

Тоді як промислова фармація має достатні ресурси для здійснення прикладних наукових досліджень, впровадження і трансферу технологій відповідно до світового рівня розвитку науки і техніки [2; 3], що надає можливість створення нових ефективних фармацевтичних препаратів і лікарських форм, ефективного пошуку нових біологічно-активних речовин, отже модернізації виробництва, прискореного науково-технічного прогресу та інноваційного розвитку галузі. Водночас науково-дослідні центри та лабораторії фармацевтичної розробки промислового сектору забезпечують якість, ефективність і безпеку застосування фармацевтичних препаратів.

Дослідження нешкідливості, біоеквівалентності, біодоступності, терапевтичної ефективності є першочерговими завданнями підприємств-виробників [21; 22; 23; 24; 25].

На сучасному етапі якість промислового виробництва лікарських засобів досягається шляхом впровадження належної виробничої практики (GMP) та міжнародних стандартів (ISO) [16; 17; 18; 19; 20].

**Мета.** Дослідження та системний аналіз інноваційного розвитку фармацевтичної галузі в Україні на початку XXI ст.

**Методи і матеріали:** теоретичний аналіз рівня розвитку фармацевтичної галузі в Україні на початку XXI ст.; системний аналіз наукових досліджень

фармацевтичної галузі в Україні та опублікованих першоджерел у наукометричних базах світового рівня розвитку науки і техніки; порівняльний аналіз розробки і впровадження нових фармацевтичних препаратів і технологій: статистичний аналіз та обробка результатів дослідження.

**Результати досліджень.** Здійснений теоретичний аналіз рівня розвитку фармацевтичної галузі в Україні на початку XXI ст. надає можливість визначити перспективні напрями, які відповідають сучасним запитам українського суспільства щодо якісного лікарського забезпечення населення: розробка і впровадження нових діючих речовин, наукове обґрунтування відбору ексципієнтів, введення у промислове виробництво нових лікарських форм, біофармацевтичні, доклінічні і клінічні дослідження на рівні досягнень світового розвитку науки і техніки, охорони здоров'я людини та безпеки. Перспективним напрямом фармацевтичних досліджень є нанотехнології, які на сучасному етапі відкривають нові можливості наукового обґрунтування терапевтичної ефективності, створення ліків цільової дії на клітинному рівні і дають людству перспективу подолання зляканих новоутворень [7; 8].

Біотехнології є не менш перспективним напрямом інноваційного розвитку фармацевтичної галузі, оскільки надають можливість створення лікарських засобів, найбільш ефективних і прийнятних для організму, в свою чергу новий етап синергічного розвитку прикладних та фундаментальних наукових досліджень – інноваційні розробки зумовлюють відповідний рівень хімічного аналізу (високочутлива детекція амінокислот, стандартизація рекомбінантних білків), надають перспективу людству щодо створення нових ефективних біопрепаратів, імунобіологічних препаратів, кровозамінників та ін. [4; 5; 6].

Нормативно-правове і програмно-технологічне забезпечення здійснення моніторингових досліджень результативності науково-технічної діяльності в Україні, підходів до визначення науково-технологічних пріоритетів у провідних країнах світу постійно оновлюється. У наукометричних базах (УкрНТІ) викладено результати аналізу наукового потенціалу і фінансового забезпечення наукової сфери України, результативності наукових робіт, виконаних за рахунок

коштів державного бюджету, стану впровадження результатів наукових досліджень, розробок і реалізації пріоритетних напрямів розвитку науки і техніки [13].

Постановою Кабінету Міністрів України від 22.06.2011 №725 затверджено Державну цільову науково-технічну програму розробки новітніх технологій створення вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011–2015 роки (далі – Програма). Її координатор – Державне агентство з питань науки, інновацій та інформатизації України, а МОЗ України виступає одним із державних замовників. Серед очікуваних результатів виконання Програми – створення дослідних зразків та розроблення технологічних регламентів виробництва нових хімічних сполук і люмінесцентних біомедичних діагностичних матеріалів із визначеною біологічною активністю, бактеріальних і вірусних вакцин, препаратів на їх основі, рекомбінантних білків та антитіл, виробництва препаратів, необхідних для запобігання виникненню епідемічних ситуацій та здійснення заходів з протидії біотероризму [14].

Системний аналіз наукових досліджень фармацевтичної галузі в Україні та опублікованих першоджерел у наукометричних базах світового рівня розвитку науки і техніки; порівняльний аналіз розробки і впровадження нових фармацевтичних препаратів і технологій надає можливість констатувати, що Україна протягом 2005-2014 рр. стала країною, яка має достатні можливості не тільки для впровадження передових технологій фармацевтичної галузі, а й створювати нові ефективні лікарські препарати та впроваджувати власні інноваційні технології, які сертифіковані за вимогами міжнародних стандартів фармацевтичного виробництва. Значно розширився асортимент лікарських засобів вітчизняного виробництва, українська фармацевтична продукція збільшує питому вагу експорту та позиціонування фармацевтичних препаратів на регульованих ринках. Це також підтверджено статистичними даними аналізу інтелектуальної та промислової власності українських наукових установ та фармацевтичних виробників [9; 10;11].

На сучасному етапі український ринок розробки інноваційних ліків дійсно має величезний науковий і технологічний потенціал. Але українському фармацевтичному виробникові слід пам'ятати, що ця галузь сьогодні транснаціональна. На думку науковців, перспективи розвитку R&D-сектора для України полягають якраз у тісній взаємодії зі світовим ринком фармацевтичних інновацій [12; 14, с. 42; 15].

Поширення інформації про нові розробки, технології, ноу-хау, винаходи, відкриття, вироби тощо УкрІНТЕІ здійснює не тільки по електронних каналах, але й у ряді періодичних видань України. У журналі УкрІНТЕІ "Науково-технічна інформація" введено рубрику "Трансфер технологій", в якій розміщуються статті й короткі повідомлення про новітні досягнення у різних галузях науки й техніки. Інформація про найцікавіші українські розробки публікується на сторінках щоквартального міжнародного журналу "Інформація й інновації" у рубриці "УкрІНТЕІ представляє". УкрІНТЕІ регулярно проводить круглі столи, виставки, семінари, конференції та інші заходи, на яких може бути презентована інформація про ту або іншу розробку, що представляє інтерес для потенційного споживача. УкрІНТЕІ запрошує авторів нових технологій і проектів, фахівців-новаторів до участі у формуванні баз даних, що входять до системи просування розробок на ринок технологій [13].

В умовах нерівномірного економічного розвитку, виробники ліків завжди відчують нестачу коштів і добре розуміють необхідність створення інноваційного портфеля. Вже зараз є прецеденти, коли вони починають інвестувати за наявності у препаратів певних ознак інноваційності. До кожної частини коштів, яку вони вкладають, держава могла б додавати ще й свою частку, це прийнята практика. Привабливість корпоративних венчурних фондів полягає в тому, що вони чекають результатів набагато довше. Якщо звичайний венчурний фонд хоче вийти через п'ять років, то корпоративний може чекати до семи. Більш того, якщо через обставини реалізація Проекту складається невдало, корпоративний венчурний фонд, на відміну від звичайного, переносить його позитивні елементи у новий Проект, тобто використовує створені активи



раціональніше. Отже, тільки створюючи відповідні умови для фінансування наукових розробок бізнесом і зацікавлюючи бізнесменів брати на себе венчурні ризики, можна досягти потрібного рівня фінансового забезпечення, а також ефективного використання коштів науково-технічних досліджень [7, с. 65].

**Висновки.** Українська фармацевтична галузь на сучасному етапі має достатній науковий та інформаційний потенціал для інноваційного розвитку. Однак інноваційні впровадження потребують значних затрат і можуть бути реалізовані в умовах інтеграційного розвитку й соціального та економічного партнерства українського суспільства, європейської і світової спільноти у досягненні мети якісного лікарського забезпечення населення.

Передумовою вирішення означеної проблеми є якісна професійна підготовка фармацевтичних кадрів в Україні та зарубіжне партнерство у вивченні та впровадженні досягнень світового рівня розвитку фармацевтичної галузі, можливість впровадження власних інноваційних розробок в освітнє середовище.

#### **Література:**

1. Березняк Н.В. Деякі питання розбудови інформаційної інфраструктури науково-технічної й інноваційної діяльності в Україні. / Березняк Н.В., Кваша Т.К., Новіцька Г.В. // Науково-технічна інформація, 2012. - №4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : [http://www.uintai.kiev.ua/viewpage.php?page\\_id=697](http://www.uintai.kiev.ua/viewpage.php?page_id=697).

2. Гой А. М. Совмещение и выделение производств готовых лекарственных форм. Риски и выгоды / А.М. Гой, Г. В. Костюк, Р. А. Смишко // Фармацевтическая отрасль: промышленное обозрение, 2009. – №5 (16). – С. 24 – 27.

3. Гой А.М. Научно-методические подходы к разработке и промышленному производству новых высокотехнологичных парентеральных лекарственных средств / А.М. Гой // Modern Science–Moderní věda. – Praha. – České Republika, Nemoros. –2015. – № 1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : <http://sried.at.ua>.

4. Головенко М.Я. Високопродуктивні технології вивчення та створення лікарських засобів. Синтез біологічно активних сполук // Вісник фармакології та фармації. - 2002. - № 3. - С. 2-8.
5. Головенко М.Я. Комбінаторна хімія: віртуальний скринінг // Вісник фармакології та фармації. - 2001. - № 12. - С. 11-14.
6. Головенко Н.Я. Доступные, качественные лекарства - залог успешного реформирования медицины // Новости медицины и фармации. - 2011. - № 16. – С .379.
7. Головенко М.Я. Філософія фармацевтичних новацій / М. Я. Головенко // [Електронний ресурс ]. – Вісник НАН України, 2012, № 3. - С. 59-66. – Режим доступу:: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vnanu\\_2012\\_3\\_6.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vnanu_2012_3_6.pdf).
8. Гуреева С. Н. Фармацевтическая разработка и внедрение в промышленное производство инновационных твердых лекарственных форм / С. Н. Гуреева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина и фармация. – Белгород, 2014. – Вып. 28. – №24(195). – С. 177-179.
9. Денисюк В.А. Винахідницька активність підприємств і організацій України./ Денисюк В.А., Кочеткова О.П., Богатень Н.В.// Науково-технічна інформація, 2013. - №4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : [http : // www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page\\_id=697](http://www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page_id=697).
10. Дослідження щодо визначення і функціонування основних складових інформаційно-технологічної платформи трансферу технологій./ Баланчук І.С., Іванова О.А., Михальченкова О.Є., Кухарець І.Г. // Науково-технічна інформація, 2014. – №1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : [http : // www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page\\_id=697](http://www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page_id=697).
11. Литвинова В.В. Формування інноваційної інфраструктури в Україні / Литвинова В.В., Поліщук В.І., Грабовський Б.О. // Науково-технічна інформація, 2012. - №4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : [http : // www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page\\_id=697](http://www.uitei.kiev.ua/viewpage.php?page_id=697).
12. Мусіна Л.А. Можливості й інструменти сприяння інноваційній модернізації промисловості України в контексті європейської інтеграції

Науково-технічна інформація, 2014. - №4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : [http://www.uinte.kiev.ua/viewpage.php?page\\_id=697](http://www.uinte.kiev.ua/viewpage.php?page_id=697).

13. Наука України: науковий потенціал, фінансове забезпечення, результативність, реалізація пріоритетних напрямів розвитку науки і техніки : монографія / За ред. Т.В. Писаренко; Держінформнауки, УкрІНТЕІ. – К.: УкрІНТЕІ, 2012. – 238 с.

14. Фармацевтичні новації / Фармацевтичний кур'єр, 2013. – №4. – С. 36-42.

15. A Review on parenteral production technology / B. Venkateswara Reddy, B.Rasmitha Reddy, K.Navaneetha, V.Sampath Kumar// International Journal of Pharmacy and Biological Sciences ( IJPBS). –Volume 3. –Issue 1, 2013. –P.596-610.

16. CPMP / EWP / QWP / 1401/98/ Rev.1. Guideline on the Investigation of Bioequivalence, 2010.

17. CPMP/QWP/054/98. – Decision Trees for the Selection of Sterilisation Methods. Annex to Note for Guidance on Development of Pharmaceuticals (CPMP/QWP/155/98), 2000.

18. CPMP/QWP/2819/00 (EMEA/CVMP/814/00). – Guideline on Quality of Herbal Medicinal Products / Traditional Herbal Medicinal Products.

19. CPMP/ICH/367/96 (ICH Topic Q6A). – Note for Guidance Specifications: Test Procedures and Acceptance Criteria for New Drug Substances and New Drug Products: Chemical Substances.

20. CPMP/BWP/328/97. – Development of Pharmaceuticals for Biotechnological and Biological Products – Annex to Note for Guidance on Development of Pharmaceuticals (CPMP/QWP/155/96).

21. Drugs and pharmaceutical sciences. Pharmaceutical Process Scale-Up / [edited by Michael Levin]/ New York – London, 2011. Vol.157. – 548p.

22. Drugs and pharmaceutical sciences. Generic Drug Product Development. Solid Oral Dosage Forms / [edited by Leon Shargel, Isadora Kanfer] / Marcel Dekker New York, 2011. Vol.143. – 381p.

23. Drugs and pharmaceutical sciences. Active Pharmaceutical Ingredients. Development, Manufacturing, and Regulation / [edited by Stanley H. Nusim ] / New York – London, 2008. Vol.151. – 538p.

24. Drugs and pharmaceutical sciences. Modified-Release Drug Delivery Technology / [edited by Michael J. Rathbone, Jonathan Hadgraf, Michael S. Roberts] / New York – London, 2008. Vol.151. – 538p.

25. Shugarts S. The Role of Transporters in the Pharmacokinetics of Orally Administered Drugs/ S. Shugarts, L.Z. Benet // Pharm. Res. – 2009. – № 26(9). – P. 2039–2054.

UDC:00.15:615.45:615.072

## **INNOVATIVE DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN UKRAINE XXI century .: ANALYTICAL REVIEW**

G. Voskoboynikov, V. Dovzhuk

**Resume:** In the article the state-of-the-art review of innovative development of pharmaceutical industry is reflected in Ukraine at the beginning XXI of century is Certain basic directions of development of pharmaceutical science and education, pharmaceutical development and introduction of innovative pharmaceutical preparations and medical forms, newest achievements of industrial of pharmacy, transfer of pharmaceutical technologies and modernization of industrial production of medications and medical providing accordingly of modern queries of Ukrainian society.

**Keywords:** innovative development; pharmaceutical industry; pharmaceutical science and education; innovative pharmaceutical preparations, pharmaceutical development, industrial of pharmacy; transfer of pharmaceutical technologies; standardization; certification; modernization of industrial production of medications.

УДК:00.15:615.45:615.072

## **ИНОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ В УКРАИНЕ НА НАЧАЛО XXI ст.: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

Г. Л. Воскобойникова, В. В. Довжук

**Резюме:** В статье освещен аналитический обзор инновационного развития фармацевтической отрасли в Украине в начале XXI ст. Определены основные направления развития фармацевтической науки и образования, фармацевтической разработки и внедрения инновационных фармацевтических препаратов и лекарственных форм, новейшие достижения промышленной фармации, трансфер фармацевтических технологий, модернизация промышленного производства лекарств и лекарственное обеспечение соответственно современных запросов украинского общества.

**Ключевые слова:** инновационное развитие, фармацевтическая отрасль, фармацевтическая наука и образование, инновационные фармацевтические препараты, фармацевтическая разработка, промышленная фармация; трансфер фармацевтических технологий; стандартизация, сертификация, модернизация промышленного производства лекарств.

УДК: 615.21

## **ХРОНОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕЗАВЕРШЕНИХ ЗАКОНОТВОРЧИХ ІНІЦІАТИВ З ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА**

М. С. Пономаренко, О. С. Соловійов, Ю. М. Григоруку

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ,  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця,  
Україна

**pms2054980@yandex.ua**

**Резюме.** Останніми роками в Україні спостерігається зростання активності та законотворчої продуктивності, що регулює порядок обігу лікарських засобів. Імплементация фармацевтичного права до стандартів Європейського Союзу у 2013 році складає понад 90%. Разом з тим, деякі закони України, зокрема "Про лікарські засоби" потребують докорінних змін та підготовки нової редакції цього закону. В межах даного дослідження йдеться про готовність доповнень, що стосуються системи удосконалення, перепідготовки, акредитації, ліцензування та атестації персоналу підприємств з виробництва лікарських засобів.

**Ключові слова:** ретроспективний аналіз, законотворчі акти, фармацевтичне право.

**Вступ.** *Удосконалення системи післядипломного навчання.* У "Фармацевтичному журналі" № 3 та № 4 за 2014 рік надруковано два повідомлення під назвою: "Нормативно-правові засади вдосконалення системи післядипломного навчання персоналу підприємств промислової фармації". Статті містять заключний варіант опрацьованого проекту "Положення про сертифікацію, ліцензування та атестацію персоналу підприємств фармацевтичної промисловості" та "Перелік посад, які підлягають сертифікації, ліцензуванню та атестації персоналу підприємств з виробництва лікарських засобів під авторством: академіка НАМН України, проф. Ю. В. Вороненка, доктора фарм. наук М. С. Пономаренка, кандидата мед. наук О. С. Соловійова, доктора фарм. наук, доктора хім. наук, член-кор. НАН України, проф. В. П. Черних, доктора фарм. наук, професора В. М. Толочка [1]. Доцільність, необхідність і невідкладність організації післядипломної освіти персоналу

підприємств підтверджувалась ще з першим випуском спеціалістів на факультеті промислової фармації при Національному фармацевтичному університеті у 1997 році. Однак, нововведена професія своєчасно і до цього часу не внесена як до Державного класифікатора ДК 003-95, так і Національного класифікатора ДК 003:2010. На теперішній час постає гостра необхідність докорінної зміни Закону України "Про лікарські засоби", у якому б було законодавчо закріплено конституційну гарантію держави на реалізацію права на післядипломну перепідготовку та удосконалення кадрів (ст. 43; ст. 53 Конституція України) [2; 4]. На сьогодні фармацевтична галузь – одна з небагатьох, яка має законодавство майже повністю адаптоване до європейського, тому пріоритети подальшого розвитку мають скеровуватись Угодою про асоціацію між Україною та Європейським союзом (ЄС), рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та європейським законодавством. Практичне запровадження засад національної лікарської політики потребує, як зазначалося, нової редакції основного Закону України "Про лікарські засоби", який має як за структурою, так і за змістом відповідати базовій Директиві Європейського Парламенту та Раді ЄС

№ 2001/83/ЄС від 06.11.2001 р. про Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів, призначених для споживання людьми (Directive 2001/83/ES of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use). Ласкутні зміни, інколи декоративного змісту до Закону України "Про лікарські засоби" 5-ть разів вносилися і раніше. Однак реальних змін не відбувалося. Однією з причин такої ситуації, що склалася, на наш погляд, є те, що в розробці законопроекту мали брати участь як визнані експерти та фахівці фармацевтичного профілю, так і досвідчені правознавці.

Слід підкреслити, що до цього часу не існує закону щодо обігу лікарських засобів, тобто "Про фармацевтичну діяльність". На даний час в Україні відсутній законодавчий акт, який би встановлював єдині вимоги безпеки виборів медичних, також не визначені права, обов'язки та повноваження суб'єктів

правовідносин у зазначеній сфері, стосовно адаптації вимог та стандартів GMP, GLP, GDP, GPP та інших належних практик відносно перманентної перепідготовки, удосконалення, ліцензування, сертифікації та атестації кадрів за їх займаною посадою, пов'язану з виробництвом та контролем якості лікарських засобів [3; 5-9; 13-15].

У статті 427 розділу V Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їїніми державами-членами, з іншого боку, керуючись підходом "охорона здоров'я у всіх політиках держави", закріплено важливість та пріоритет охорони здоров'я у суспільстві, її направленість на розвиток співробітництва з іншими секторами економічної та суспільної сфери із визначенням конкретної мети, а саме: покращення показників здоров'я населення. Невід'ємною складовою охорони здоров'я є гарантії держави на використання безпечних лікарських засобів та виробів медичних, які базуються на високому рівні знань, вмінь, навичок, що поповнюються на протязі усього життя. Ключовою фігурою у фармації, в т.ч. на заводі появи фальсифікованої продукції стала "Уповноважена особа", посада яка не внесена до Класифікатора професій ДК 003:2010 [3].

Отже, незавершеним юридично-правовим процесом є і те, що інститут та статус "Уповноваженої особи" окреслено лише галузевим нормативним актом (наказом МОЗ України), однак не має закріплених за посадою типових кваліфікаційних характеристик (КХ) як об'єкта державного адміністративно-деліктного права.

Відносно заключного проекту "Положення про сертифікацію, ліцензування та атестацію персоналу підприємств фармацевтичної промисловості" автори в кінцевій версії проекту вважають, що процес безперервної перепідготовки персоналу підприємств з виробництва лікарських засобів повинен здійснюватися за переліком визначених фармацевтичних посад, а не лише за фармацевтичною освітою [1].



На сьогодні нами підготовлені конкретні пропозиції щодо внесення змін до нової редакції Закону України "Про лікарські засоби", які б законодавчо врегулювали означені недоліки і знайшли відображення в оновленому законі.

Одночасно, за нашої безпосередньої участі, приймають у розробці нового проекту Закону України "Про виробництво медичних".

**Мета** – створення нових та доопрацювання й прискорення введення у практичну діяльність сучасних чинників, які регулюють взаємостосунки суб'єктів фармацевтичного права.

**Методика дослідження.** Ретроспективний аналіз та сучасний стан законотворчої діяльності, емпіричні методи дослідження, хронології, систематизації, кластеризації за юридично-правовими ознаками.

**Результати досліджень.** Згідно Концепції загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу та вимог Належної виробничої практики ЄС, для Персоналу підприємств промислової фармації встановлені відповідні нормативно-правові заходи щодо створення стандартних кваліфікацій професій, кваліфікаційних вимог, умов обов'язкової підготовки, перепідготовки та атестації Персоналу, задіяних у сфері виробництва, контролю якості та реєстрації лікарських засобів.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика вперше в Україні і країнах СНД в системі післядипломної освіти створила кафедру промислової фармації, яка з травня 1997 року здійснює роботу з цього напрямку. Актуальність, доцільність й своєчасність відкриття кафедри промислової фармації пов'язана з тим, що саме у 1997 році був перший випуск провізорів за спеціальністю "Технологія фармацевтичних препаратів" на створеному у 1992 році факультеті Промислової фармації при Національному фармацевтичному університеті.

Академією та відповідними кафедрами фармацевтичного профілю своєчасно, професійно й на сучасному рівні підготовлена учбово-методична база, розроблені й запропоновані для затвердження у встановленому порядку основні нормативно-правові чинники. Зокрема, Держкоммедбіопромом МОЗ

України, наказом № 103 від 30.09.1997 р. затверджено "Положення про атестацію спеціалістів у сфері розробки, створення, виробництва, контролю якості та оптової реалізації лікарських засобів", яке розроблено вченими НМАПО імені П. Л. Шупика. Положення отримало схвальну оцінку з боку підприємств з виробництва лікарських засобів. Це дало підставу НМАПО імені П. Л. Шупика для клопотання перед Міністерством охорони здоров'я України ще у 2003 році (лист № 12/1-1445 від 02.12.2003 р.; повторне звернення від 12.02.2004 р. за № 12/66-192) відносно затвердження цього Положення Кабінетом Міністрів України, яке б набуло статусу обов'язкового його дотримання усіма підприємствами фарміндустрії, незалежно від форм власності та їх підпорядкування. У відповідь на порушене клопотання керівництво МОЗ України доручило НМАПО імені П. Л. Шупика підготовку (розробку) кваліфікаційних характеристик для окремих професійних угруповань персоналу підприємств, у тому числі "Уповноваженої особи (осіб) (доручення-лист МОЗ України № 08.01-35/218 від 03.02.04 р.). Виконуючи доручення МОЗ України, НМАПО імені П. Л. Шупика розроблено, узгоджено, розглянуто й рекомендовано Вченою радою академії і відповідно затверджено Проблемною комісією "Фармація" МОЗ України та АМН України відповідні документи й направлені до МОЗ України (лист від 25.02.2004 р. № 12/66-312; повторно – лист за № 12/66-1196 від 07.06.2005 р.).

Виконуючи це доручення МОЗ України, нами на той час розроблено понад 150 кваліфікаційних характеристик окремих посад персоналу підприємств промислової фармації і направлено до МОЗ України для подальших процедурних погоджень, які відносяться до компетенції МОЗ України.

Вищезначені питання були порушені й на засіданні Вченої ради Міністерства охорони здоров'я України. Постановою Вченої медичної ради МОЗ України від 4 жовтня 2007 року вирішено – п. 7: "Доручити НМАПО імені П. Л. Шупика (Вороненку Ю. В.), Національному фармацевтичному університету (Черних В. П.), Державному фармакологічному центру МОЗ України (Чумаку В. Т.) розробити проект постанови Кабінету Міністрів України

щодо впровадження в Україні безперервної професійної підготовки працівників сфери виробництва ліків та лікарських засобів". Виконуючи це доручення, узгоджений проект постанови КМ України та Положення своєчасно було направлено до МОЗ України. Однак, до цього часу напрацьовані документи не набули нормативно-правового статусу у зв'язку з тим, що вони не скеровані до Кабінету Міністрів України, не внесені до Класифікатора професій вип. 78 ДК 003:2010 р. та не введені наказом МОЗ України.

Зважаючи на вимоги часу та стандарти GMP (Належної виробничої практики – розділ 2 "Персонал") щодо обов'язкового внутрішнього навчання персоналу та зовнішнього – в системі післядипломного навчання вченими НМАПО імені П. Л. Шупика, на цей час перероблено, доповнено змінами згадане "Положення" і запропоновано проект постанови Кабінету Міністрів України про затвердження "Положення про ліцензування та сертифікацію професійного рівня персоналу підприємств з виробництва лікарських засобів", підготовлено на базі відповідних інструктивно-методичних рекомендацій, які попередньо було погоджено з Асоціацією фармацевтичних виробників (01.04.08 р.); ЦК профспілки працівників охорони здоров'я України (26.12.07 р.); схвалено МОЗ України (26.12.07 р.). Рекомендовано Вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика (23.01.2008 р.); Проблемною комісією "Фармація" МОЗ України та АМН України (20.08.2008 р.). Після врахування доповнень, змін, тощо узгоджений документ – проект постанови КМ України та Положення нами було направлено до МОЗ України (лист за № 12/66-909 від 17.04.2008 р.) щодо подальшого процедурного погодження та клопотання перед Кабінетом Міністрів України щодо розгляду та прийняття постанови, якою було затверджено таке Положення.

У всіх випадках за основу проектів були взяті раніше розроблені інструктивно-методичні рекомендації кваліфікаційних характеристик.

Введення в дію Закону України "Про вищі навчальні заклади" інші чинники та нагальна необхідність пов'язана з виконанням умов Закону та вимог ЄС значно

прискорила й примусила терміново внести пропозиції щодо оновленої редакції Положення.

Кінцева версія Положення опрацьована у 2014 році разом з Державною службою України з лікарських засобів та Національним фармацевтичним університетом і опублікована у "Фармацевтичному журналі" № 3 та № 4 за 2014 рік. Одночасно слід відмітити, що на даний час розроблені кваліфікаційні характеристики (КП) на завідувача кафедрою, професора, доцента, асистента ("Фармація" доповнення до вип.78 ДК 003:2010), Головного державного інспектора України ("Фармація") та інші КП. На всіх етапах запропоновані кваліфікаційні характеристики та Положення були розглянуті на Вченій раді НМАПО імені П. Л. Шупика, затверджені Проблемною комісією "Фармація" МОЗ України та НАМН України, попередньо отримавши експертну оцінку як практичних фахівців, так і вчених.

Відповідно до Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо виконання Програми боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки, затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.03 № 411, Київській медичній академії післядипломної освіти (нині Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика) на виконання пункту 9 вищезначеної Програми було доручено 01.03.2004 р. опрацювати питання введення до Переліку провізорських посад у закладах охорони здоров'я – посади "Уповноваженої особи" (лист – доручення Першого заступника Міністра охорони здоров'я України В. Г. Передерія від 03.02.04 за № 08.01-35/218).

Відповідно до вищезначеного доручення вченими кафедр фармацевтичного профілю КМАПО (нині НМАПО) ім. П. Л. Шупика, разом з провідними фахівцями підприємств з виробництва лікарських засобів та органів фармацевтичного нагляду, розроблено кваліфікаційні характеристики за професійною назвою роботи (напрямом) "Уповноважена особа" для підготовки та внесення доповнень до Переліку провізорських посад у закладах охорони здоров'я та підприємствах промислової фармації – посади "Уповноважена

особа". Зважаючи на значимість та роль інституту "Уповноважених осіб" у реформуванні фармацевтичної галузі, вважаємо за доцільне (відмічалось у листі-відповіді за № 12/66-312 від 25.02.2004 р.) опублікувати проекти цих документів у професійних засобах інформації для широкого обговорення учасниками фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

Одночасно для залучення в обговоренні та експертної оцінки кваліфікаційних характеристик "Уповноважена особа" – ректор академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика проф. Вороненко Ю. В. листом за №12\66-286 від 24.02.2004 р. звернувся до Голови підкомітету з питань фармації комітету Верховної ради охорони здоров'я, материнства та дитинства кандидата фармацевтичних наук М. Л. Сятині (нині – д. фармац. н., професор); ректора Національного фармацевтичного університету член-кор. НАН України, професора В. П. Черних; Першого заступника Головного Державного інспектора України з контролю якості лікарських засобів МОЗ України – В. Г. Варченка; директора державного наукового центру лікарських засобів член-кор. НАН України, професора В. П. Георгієвського; начальника управління Інспекторату з належної виробничої, дистриб'юторської практики, контролю дотримання ліцензійних умов д. фармац. н., професора Ю. В. Підпружникова, Генеральних директорів ЗАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця" (нині ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця" - В. А. Загорія, "Фармак" – Ф. І. Жебровської, "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод" – Л. В. Безпалько, "Біофарма" – К. В. Курищука, КП "Фармація" Луганської облдержадміністрації О. П. Гудзенка, начальників держінспекцій з контролю якості лікарських засобів у м. Києві – Н. І. Паршиної, Чернігівської області – Л. О. Федорової, Чернівецької області – А. В. Турумбарова, голови представництва в Україні компанії "Пфайзер" – В. В. Страшного, хімічного заводу "Гедеон Ріхтер" – Я. Сабо. Таку експерту оцінку проводили при розробці та створенні усіх методичних рекомендацій кваліфікаційних характеристик професій працівників промислової та практичної фармації.

**Висновки.** На сьогодні є усі проекти базових розробок для затвердження Положення про ліцензування, сертифікацію та атестацію персоналу, зайнятого у сфері виробництва ліків. Внесення таких вимог до нової редакції Закону України "Про лікарські засоби" і прийняття покладе край гострим дискусіям відносно післядипломного удосконалення персоналу підприємств промислової фармації.

### **Література.**

1. Вороненко Ю. В. Нормативно-правові засади вдосконалення системи післядипломного навчання персоналу підприємств промислової фармації// Ю. В. Вороненко, М. С. Пономаренко, О. С. Соловйов [та ін.] // Фармацевтичний журнал. – 2014. – № 3. – С. 3-11; - 2014. – № 4. – С. 9-16 .

2. Закон України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 № 123/96-ВР (редакція від 28.04.2013) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр>.

3. Класифікатор професій ДК 003:2010. Вид-во "Соцінформ". – К., 2010. – 746 с.

4. Конституція України / Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року // Вид-во "Просвіта". – К., 1996. – 78 с.

5. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/13215>, <http://www.apteka.ua/article/13233>, <http://www.apteka.ua/article/13254>, <http://www.apteka.ua/article/13291>.

6. Наказ МОЗ України № 690 від 23.09.2009 "Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики" (редакція від 06.08.2012) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09/paran16#n16>.

7. Директива Європейського Парламенту та Ради ЄС № 2001/83/ЄС від 06.11.2001 р. про Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів, призначених для споживання людьми.

8. Настюха Ю. С. Організаційно-методичні засади створення та діяльності клініко-діагностичної служби у стаціонарних закладах охорони здоров'я України: автореф. дис. кандидата фармацевт. наук: 15.00.01 / Ю. С. Настюха. – Львів, 2013. – 27 с.

9. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – 4-те вид., переробл. та доповн. / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. – К.: Юридична думка, 2007. – 1184 с.

10. Directive 2011/62/EU of the European Parliament and of the Council of 8 June 2011 amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use, as regards the prevention of the entry into the legal supply chain of falsified medicinal products Text with EEA relevance / OJL – 2011. – № 174 from 1.7.2011. – P. 74-87.

11. Falsified medicines: [Електронний ресурс] / European Commission/ – Режим доступу: [http://ec.europa.eu/health/human-use/falsified\\_medicines/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/human-use/falsified_medicines/index_en.htm).

12. Godlee F. Time for global action on fake and substandard drugs [Електронний ресурс] / F. Godlee // British Medical Journal. – 2012. – Режим доступу: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7917>.

13. Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. Geneva:WHO, 1996 (WHO/PHARM/DAP/96.1). – 8 p.

14. Good pharmacy practice in Europe. Pharmaceutical Group of the European Union PGEU. – Community pharmacists, 1998. – 9 p.

15. Guedelines for the development of mesures to combat counterfeit drugs / Department of Essential Drugs and Other Medicines: WHO. – Geneva: WHO. 1999. – 61 p.

16. How to Achieve International Action on Falsified and Substandard Medicines [Електронний ресурс] / A. Attaran, D. Barry, S. Basheer and others // British Medical Journal. – 2012. – Режим доступу: <http://www.bmj.com/content/345/b383>.

17. New definition for "substandard medicines": WHO Working document QAS/10.344/Rev.1 from may 2010 [Електронний ресурс] / WHO. – 2010. – Режим

доступу: <http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/pharmprep/14052010NewDefinitionSubstandardMeds-QAS10-344Rev1.pdf>.

18. Report on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council amending Directive 2001/83/EC as regards the prevention of the entry into the legal supply chain of medicinal products which are falsified in relation to their identity, history and source. Session document. A7-0148/2010 dated 7.5.2000 [Электронный ресурс] / European Parliament: Committee of the Environment, Public Health and Food Safety – Режим доступа: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REP+T+A7-2010-0148+0+DOC+PDF+V0//EN&language=EN>.

UDC: 615.21

## **ANALYSIS CHRONOMETRIC UNFINISHED LEGISLATIVE INITIATIVES PHARMACEUTICAL LAW**

M. Ponomarenko, A. Soloviev, M. Grygoruk

**Summary.** In recent years Ukraine has seen increased activity and performance of legislative base concerning the trafficking of drugs. Implementation of pharmaceutical law to EU standards in 2013 is 90%. However, some laws of Ukraine, including "On Medicines" require radical changes and preparation of a new edition of the law. In this analysis, it is the willingness supplements relating to system improvement, training, accreditation, licensing and certification of personnel of enterprises producing medicines.

**Key words:** retrospective analysis, legislative acts, pharmaceutical law.

УДК: 615.21



# **ХРОНОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕЗАВЕРШЕННЫХ ЗАКОНОТВОРЧЕСКИХ ИНИЦИАТИВ ПО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМУ ПРАВУ**

Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, Ю. М. Григорук

**Резюме.** В последние годы в Украине наблюдается рост активности и законотворческой продуктивности, регулирующей порядок обращения лекарственных средств. Имплементация фармацевтического права к стандартам Европейского Союза в 2013 году составляет более 90%. Вместе с тем, некоторые законы Украины, в частности "О лекарственных средствах", требуют коренных изменений и подготовки новой редакции закона. В рамках данного исследования говорится о готовности дополнений, касающихся системы усовершенствования, переподготовки, аккредитации, лицензирования и аттестации персонала предприятий по производству лекарственных средств.

**Ключевые слова:** ретроспективный анализ, законотворческие акты, фармацевтическое право.

**НЕОБХІДНІСТЬ РОЗРОБКИ АДАПТИВНОЇ МОДЕЛІ ПРИЙНЯТТЯ  
УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ ЩОДО ФОРМУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО  
АСОРТИМЕНТУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ  
В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

В. О. Демченко, Н. Я. Дондик

Запорізький державний медичний університет, м Запоріжжя, Україна

**Резюме.** Для успішної реалізації основних напрямків охорони здоров'я пріоритетним стає вирішення проблеми доступності лікарських препаратів (ЛП) на всіх етапах надання лікарської допомоги, в тому числі і в умовах впровадження медичного страхування. У зв'язку з цим істотно зростає роль керівників різного рівня управління, які приймають рішення щодо формування асортименту ЛП, необхідних для підтримки повноцінного процесу лікування з урахуванням соціально-економічної, медико-демографічної ситуації, що впливає на структуру і рівень захворюваності населення конкретного регіону.

У статті обґрунтовано необхідність розробки адаптивної моделі прийняття управлінських рішень щодо формування раціонального асортименту в аптечних закладах регіонального рівня в умовах впровадження медичного страхування.

**Ключові слова:** медичне страхування, управлінське рішення, аптечні заклади.

**Вступ.** Одним з головних завдань соціальної політики держави є охорона здоров'я громадян, до основних напрямків якої відносяться зниження рівня захворюваності, а також збільшення середньої тривалості життя хворих. Для успішної реалізації поставлених завдань пріоритетним стає вирішення проблеми доступності лікарських препаратів (ЛП) на всіх етапах надання лікарської допомоги (амбулаторної, стаціонарної, у сфері забезпечення необхідними лікарськими засобами), у тому числі і в умовах впровадження медичного страхування. У зв'язку з цим істотно зростає роль керівників різного рівня управління, які приймають рішення щодо формування асортименту ЛП, необхідних для підтримки повноцінного процесу лікування з урахуванням соціально-економічної, медико-демографічної ситуації, що впливає на структуру і рівень захворюваності населення конкретного регіону. Вказана обставина

обумовлює необхідність обґрунтування сучасних підходів до підвищення ефективності управлінських рішень у сфері лікарського забезпечення та управління асортиментною політикою на регіональному рівні [1,2,3].

**Мета.** Обґрунтування необхідності розробки адаптивної моделі прийняття управлінських рішень щодо формування раціонального асортименту в аптечних закладах регіонального рівня в умовах впровадження медичного страхування.

**Методика досліджень.** Дослідження проводилися на використанні методів семантичного оцінювання наукових документів, порівняння, системного та структурно-логічного аналізу.

**Результати досліджень.** Необхідно відзначити, що в більшості випадків управління асортиментом зводиться лише до евристичного прийняття рішень, що дозволяє досягти тільки деякого покращення структури товарного портфеля. В умовах динамічно мінливого зовнішнього середовища і відповідних змін в аптечних організаціях керівникам буває складно врахувати всі чинники, що впливають на формування асортименту аптечних товарів. У зв'язку з цим асортимент формується без достатнього опрацювання, без оцінки наслідків від реалізації прийнятих рішень, що в кінцевому підсумку знижує доступність та якість лікарської допомоги [1].

Таким чином, системні підходи в області прийняття управлінських рішень щодо формування раціонального асортименту в аптечних закладах вимагають постійного удосконалення.

Раціональна асортиментна політика – це комплекс обґрунтованих управлінських рішень в області формування структури асортименту реалізованої продукції, що дозволяє максимально задовольняти попит населення на товари аптечного асортименту, створювати можливості для реалізації затратно-ефективних технологій лікування [4].

Відповідно до процесного підходу концептуальна модель розробки управлінських рішень (УР) щодо формування раціональної асортиментної політики складається з послідовних взаємопов'язаних етапів [5,6].

На етапі підготовки УР включається ситуаційний аналіз факторів прямого і непрямого впливу, що визначають обсяг і структуру споживання лікарських засобів. На даному етапі формуються також стратегічні цілі та основні напрямки здійснюваної асортиментної політики.

На етапі прийняття рішення на основі даних про зовнішнє середовище, особливостей регіонального ринку і сформульованих цілей включається розробка груп товарів, фармакотерапевтичних груп лікарських засобів, орієнтованих в першу чергу на лікування найбільш поширених захворювань. Надалі на основі комплексу маркетингових, фармакоеконімічних критеріїв проводиться відбір.

На етапі реалізації УР конкретизується і доводиться до виконавців, здійснюється контроль за ходом його виконання, дається оцінка отриманого результату від виконання рішення.

У даній моделі процес розробки та реалізації управлінських рішень є циклічним, тобто у разі низької ефективності передбачається його перегляд, починаючи з першого етапу. Крім того, представлена модель є багатоцільовою, так як припускає досягнення кількох цілей асортиментної політики.

У структурі управлінської діяльності ефективність виконання будь-якої функції визначає процес прийняття УР. З урахуванням цього, однією з найважливіших компетенцій керівника є здатність і вміння приймати ефективні УР. Така якість фахівця формується вже в період навчання на базі проблемно-орієнтованого підходу і повинна розвиватися протягом усієї професійної діяльності.

У зв'язку з цим процес формування готовності керівників аптечних закладів до прийняття УР розглядається з позицій як загальної готовності до професійної фармацевтичної діяльності, так і готовності до управлінської діяльності.

Забезпечення такої готовності відбувається з використанням поведінкового та компетентнісного підходів, психологічної теорії особистості та теорії діяльності, концепції системно-цілісного підходу до формування

особистості. При цьому готовність фармацевтичних фахівців до управлінської діяльності, у тому числі до розробки УР, складатиметься з мотиваційного та змістовного компонентів, які визначають сутність їх готовності і знаходяться у взаємодії [7].

Фахівці в галузі охорони здоров'я все частіше проводять фармакоекономічні дослідження, використовуючи метод моделювання, перевагою якого є не тільки аналіз розглянутої проблеми з різних сторін і можливість його проведення на основі результатів власних або опублікованих досліджень.

Моделювання – це сучасний, інформативний комплексний метод аналізу, який є одним з найважливіших принципів створення та розвитку системи управління якістю в охороні здоров'я, що дозволяє заповнити клінічні дані для прямого порівняння оцінюваних медичних технологій. При використанні тієї чи іншої медичної технології моделювання дозволяє проводити аналіз на підставі математичних (логічних) моделей, що представляють собою спрощений формалізований опис досліджуваного об'єкта (пацієнта, захворювання, епідеміологічної ситуації) і його динаміку.

**Висновки.** Таким чином, необхідно розробити теоретичні та методичні засади моделювання управлінських рішень щодо формування раціональної асортиментної політики аптечних закладів, спрямованих на застосування ефективної і безпечної лікарської терапії, з урахуванням людського ресурсу, які впроваджуються в практичну діяльність на регіональному та адміністративному рівні. При цьому модель необхідно будувати чітко з урахуванням прозорості даних, що вводяться, що дозволить достовірно обґрунтувати прийняття рішення в питанні формування асортиментної політики аптечних закладів на регіональному рівні в умовах впровадження медичного страхування.

### **Література:**

1. Лаврентьева Л.И. Методологические основы моделирования управленческих решений по формированию рациональной ассортиментной

политики аптечных организаций на региональном уровне: дисс. ... доктора фарм. наук: 01.03.02 / Лаврентьева Лариса Ивановна. – М., 2012. – 273 с.

2. Кричковська А.М. Науково-методичні підходи до формування фармацевтичної складової медичного страхування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 „Технологія ліків та організація фармацевтичної справи" /А. М. Кричковська. — Київ, 2008. — 25 с

3. Модель створення системи державної страхової медицини в Україні / А.М. Кричковська, Н.Г. Марінцова, В.Г. Червецова [та ін.] // Фармацевтичний часопис. – 2007. – № 2. – С. 26-30.

4. Пузак Н.О. Використання економічної складової у формуванні асортиментної політики аптечних підприємств / Н. О. Пузак, Т.І. Алексеева, О.А. Пузак // Управління, економіка та забезпечення з якості в фармації. — 2014. — № 1 (33).— с. 23—27.

5. Прийняття управлінських рішень : навч. посіб. / [Ю. Є.Петруня, В. Б. Говоруха, Б. В. Літовченко та ін.]. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 216 с.

6. Левяков О.М. Модели процесса разработки управленческих решений. - Режим доступа : <http://www.src-master.ru/article26259.html>.

7. Елисеев В.А. Разработка модели управления аптечным ассортиментом иммуномодуляторов, применяемых для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний (на примере Краснодарского края) : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. фарм. наук: спец. 14.04.03 „Организация фармацевтического дела" /В. А. Елисеев. — М., 2013. — 24 с.

UDC: 005.311.6 : [658.628 : 614.27]] : 615.12 : 368.9.06

**THE NEED OF DEVELOPING OF ADAPTIVE MANAGEMENT  
DECISION-MAKING MODEL FOR THE FORMATION OF A RATIONAL**

## **RANGE IN RETAIL ESTABLISHMENTS AT THE REGIONAL LEVEL UNDER INFLUENCE OF IMPLEMENTATION OF HEALTH INSURANCE**

V. Demchenko, N. Dondyk

**Resume.** For successful implementation of the main areas of public health priority becomes the problem of availability of medical supplies in all stages of drug assistance, including in the context of implementing health insurance. In this regard, significantly increases the role of managers at various levels of management, decision on formation of the drugs range needed to maintain full treatment process, taking into account the socio-economic, medical and demographic situation that affects the structure and level of morbidity of the population of a particular region.

The article substantiates the need for adaptive management decision-making model for the formation of rational range in retail establishments at the regional level in terms of implementation of health insurance.

**Keywords:** health insurance, management decisions pharmacies.

УДК: 005.311.6:[658.628 : 614.27]:615.12:368.9.06

### **НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ АДАПТИВНОЙ МОДЕЛИ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ РАЦИОНАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА В АПТЕЧНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В. А. Демченко, Н. Я. Дондик

**Резюме.** Для успешной реализации основных направлений здравоохранения приоритетным становится решение проблемы доступности лекарственных препаратов (ЛП) на всех этапах оказания лекарственной помощи, в том числе и в условиях внедрения медицинского страхования. В связи с этим существенно возрастает роль руководителей различного уровня управления, принимающих решения по формированию ассортимента ЛП, необходимых для поддержания полноценного процесса лечения с учетом социально-экономической, медико-демографической ситуации, влияющей на структуру и уровень заболеваемости населения конкретного региона.

В статье обоснована необходимость разработки адаптивной модели принятия управленческих решений по формированию рационального ассортимента в аптечных заведениях регионального уровня в условиях внедрения медицинского страхования.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, управленческое решение, аптечные учреждения.

УДК: 378:159.9.07:614.1

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Н. Ш. Довжук

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

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

**Резюме:** В статті розкрито психолого-педагогічні засади формування професійної мотивації у процесі підготовки управлінських кадрів медичної галузі, підвищення якості професійної підготовки спеціалістів, оптимізації учбово-виховного процесу в медичних закладах.

**Ключові слова:** медична галузь; управлінські кадри; медична освіта; система охорони здоров'я; медичні кадри; професійна мотивація.

**Вступ.** Зацікавленість у збереженні та зміцненні здоров'я еволюціонує протягом багатовікової історії людства, починаючи з стародавніх цивілізацій. Ця необхідність була одним з поштовхів до появи медицини взагалі та системи охорони здоров'я зокрема. На межі ХХІ століття охорона здоров'я населення постає одним з першочергових завдань й поставленої мети у розвитку суспільства.

У ХХ ст. сформувались і стали розвиватися чотири наукові школи менеджменту (школа наукового управління, адміністративна школа, школа психології та людських відносин, школа наукової організації управління). Розвиток і вдосконалення заходів, спрямованих на збереження та покращення здоров'я людини потребує першочергово належної медичної допомоги та участі медичних працівників в індивідуальному здоров'язбереженні, які безумовно забезпечує розвиток менеджменту – організації охорони здоров'я. Успішний менеджмент у медичній галузі вирішують управлінські кадри. Підвищуються вимоги до рівня їх фахової підготовки, зростає роль цих працівників у вирішенні



різних медико-соціальних проблем, психологічних та етичних аспектів, які виникають у конкретної особистості, в певних групах населення тощо.

**Мета.** Висвітлення психологічно-педагогічних аспектів у формуванні професійної мотивації управлінських кадрів медичної галузі.

**Методики дослідження:** теоретичний аналіз розвитку менеджменту медичної галузі; аналіз регуляторних документів реформування освітньої галузі; аналіз формування системи підготовки управлінських кадрів для медичної галузі; анкетування студентів п'ятого курсу медико-психологічного факультету і тестові оцінки сформованості професійної мотивації у майбутніх фахівців.

**Результати досліджень.** Одним з важливих завдань перед системою охорони здоров'я і медичною освітою є комплексне забезпечення населення країни належним рівнем кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги.

Вирішення цього відповідального завдання неможливе без розвитку спеціальності лікувальної справи та якісної професійної підготовки лікарів, яка є складовою частиною охорони здоров'я. В умовах реформування системи охорони здоров'я і системи вищої медичної освіти в Україні зростає попит на кадри медичних працівників різної кваліфікації та освітнього рівня. В умовах реформування системи освіти відбуваються якісні зміни у професійній підготовці фахівців. Міністерством освіти і науки презентовано проект Концепції розвитку освіти на період 2015-2025 років, розроблений Стратегічною дорадчою групою "Освіта" для надання консультативної та експертної підтримки Міністерству освіти і науки у розробці Дорожньої карти освітньої реформи. Концепція охоплює п'ять основних напрямів розвитку освітньої галузі, реформування яких здійснюватиметься впродовж наступних років.

*Першим напрямом* Концепції розвитку освіти є приведення структури освіти у відповідність до потреб сучасної економіки та інтеграції України в європейський економічний та культурний простір.

*Другим напрямом* Концепції розвитку освіти є реформування змісту освіти. У цьому напрямку, зокрема, планується розробити і запровадити впродовж 2015-

2017 років національний курікулум для 12-річної школи. Запровадити єдині стандарти/індикатори знань, умінь і навичок в галузі ІКТ для учнів та викладачів – сумірних з міжнародними показниками: PISA in computer skills, індустріальні міжнародні тести Microsoft Certified Educator тощо. Також упродовж 2015-2017 років буде розроблене та запроваджене нове покоління стандартів вищої освіти на компетентнісній основі з урахуванням модельних стандартів Євробакалаврів та Євромагістрів, у 2020-2025 роках здійснюватиметься поступова відмова від стандартів вищої освіти.

*Четвертим напрямом*, визначеним концепцією, є реформування системи підготовки та перепідготовки педагогічних, управлінських кадрів в освітньому секторі та забезпечення високих соціальних стандартів для працівників освітньої сфери.

*П'ятим напрямом* Концепції розвитку освіти на 2015-2025 роки є реорганізація системи управління, фінансування та менеджменту освіти шляхом децентралізації, дерегуляції, запровадження інституційної, академічної та фінансової автономії навчальних закладів, дотримання принципу відповідальності навчальних закладів за результати освітньої та виховної діяльності.

Таким чином профільна і компетентнісна спрямованість навчання у загальноосвітніх навчальних закладах сприяє підготовленості випускників до навчання у вищих навчальних закладах, їх професійній орієнтації та у подальшому – формуванню професійної мотивації у здобутті вищої освіти. Галузеві стандарти вищої освіти (ГОСВО) нового покоління сприятимуть формуванню і розвитку професійної компетентності майбутніх фахівців. За таких умов має бути чітко означеною і професійна компетентність управлінських кадрів медичної галузі.

Професійна мотивація майбутнього менеджера медичної галузі формується у процесі професійної підготовки студентів у вищих навчальних закладах на засадах особистісної мотивації [2; 4].

На нашу думку, професійна підготовка управлінських кадрів медичної галузі має включати спеціальні дисципліни психолого-педагогічного блоку на яких ґрунтується якість професійної освіти [1; 3], вивчення яких сприятиме сформованості професійної мотивації до вирішення проблем управлінського характеру, постійного удосконалення медичної допомоги для населення та впровадження кращого світового досвіду менеджменту медичної галузі. Має бути обов'язкове стажування у зарубіжних медичних закладах, у яких впроваджені кращі моделі управління за умови якісного медичного обслуговування.

У контексті нашого дослідження важливою складовою є моніторинг професійної мотивації менеджменту медичної галузі. Так, нами здійснено анкетування студентів п'ятого курсу медико-психологічного факультету і тестові оцінки сформованості професійної мотивації у майбутніх фахівців. Динаміка формування професійної мотивації та якісних професійних ознак менеджменту медичної галузі у студентів п'ятого курсу медико-психологічного факультету (2014-2015рр.) наведена на рис.1.

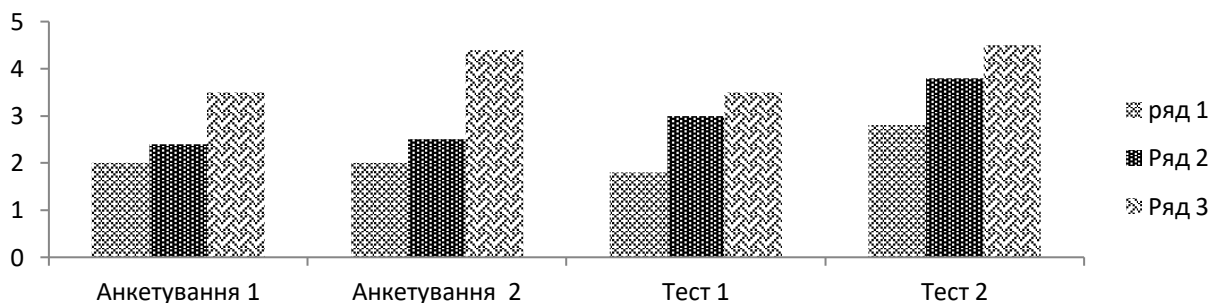


Рис.1. Диференційне оцінювання формування професійної мотивації та якісних професійних ознак менеджменту медичної галузі у студентів п'ятого курсу медико-психологічного факультету (2014-2015рр).

Анкетування 1 – Анкета 1 за методикою вивчення мотивації до навчання у вищому навчальному закладі [5].

Анкетування 2 – Анкета 2 за методикою вивчення мотивів навчальної діяльності студентів [5].

Тест 1 – Тест самооцінки лідерських якостей (авторський доробок).

Тест 2 – Тест самооцінки практичних навичок менеджера медичної галузі відповідно освітньо-кваліфікаційної характеристики ГОСВО (авторський доробок).

1 ряд – діапазон 1,8- 2,8 бали - низький рівень сформованості професійної мотивації та практичних навичок менеджера медичної галузі;

2 ряд – 2,8- 3,7 бали початковий рівень сформованості професійної мотивації та практичних навичок менеджера медичної галузі;

3 ряд – 3,5-4,5 бали – достатній рівень сформованості професійної мотивації та практичних навичок менеджера медичної галузі.

### **Висновки**

Професійна підготовка управлінських кадрів медичної галузі потребує реформування і модернізації відповідно кращого зарубіжного досвіду менеджменту медичних установ різних форм власності, які надають якісні медичні послуги населенню.

Формування професійної компетентності менеджера медичної галузі зумовлене професійною мотивацією студентів у процесі професійної підготовки у вищому навчальному закладі.

Розвиток професійної компетентності продовжується у процесі професійної діяльності, післядипломної освіти, стажування у додипломній освіті та у процесі практичної діяльності за умови впровадження кращого досвіду у вітчизняну медичну практику.

Перспективами подальшого розвитку наряду досліджень є вивчення психологічних характеристик менеджера медичної галузі за спеціалізаціями.

### **Література:**

1. Загальна психологія : підручник / за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова книга, 2004. – 704 с.
2. Заток С. Психология мотивации / С. Заток. – К. : Эльга-Н ; Ника-центр, 2002. – 352 с.

3. Зязюн І. А. Концептуальні засади теорії освіти в Україні // Педагогіка і психологія професійної освіти / І. А. Зязюн. – 2000. – № 1. – С. 12–13.

4. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу ; пер. с англ. Гутман Т., Мухина Н. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 352 с.

5. Практикум по возрастной психологии : Учеб. пособие / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2002. – 694 с.

UDC 378:159.9.07:614.1

**PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL ASPECTS OF FORMING  
MOTIVATION MANAGEMENT TRAINING  
MEDICAL INDUSTRY**

N. Dovzhuk

**Resume:** In the article psychological and pedagogical principles of forming of professional motivation are exposed in the process of training of administrative personals of medical industry, improve the quality of professional training, optimization of the educational process in medical schools.

**Keywords:** medical industry; administrative shots; medical education; system of health protection; medical shots; professional motivation.

УДК: 378:159.9.07:614.1

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ**

Н. Ш. Довжук

**Резюме:** В статье раскрыты психолого-педагогические аспекты формирования профессиональной мотивации в процессе подготовки управленческих кадров в медицинской отрасли, повышения качества профессиональной подготовки специалистов, оптимизации учебно-воспитательного процесса в медицинских вузах.

**Ключевые слова:** медицинская отрасль, управленческие кадры, медицинское образование, система здравоохранения, медицинские кадры.

## РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ У ФОРМУВАННІ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В УКРАЇНІ

О.В. Цурікова, Г.Л. Панфілова

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

**Резюме.** За офіційними даними МОЗ України обсяги державного фінансування цільових програм та комплексних заходів програмного характеру збільшуються з кожним роком. У 2013 р. на виконання державних гарантій з організації надання медичної та фармацевтичної допомоги онкологічним хворим з державного бюджету було витрачено 510 835,5 тис. грн. (в т.ч. на лікування онкохворих дітей – 215 961,9 тис. грн.), що у 1,6 разів вище, ніж за даними попереднього 2012 р. [3,9]. Проте, за оцінкою фахівців, представників громадських та благодійних організацій, рівень фармацевтичного забезпечення онкологічних хворих в Україні не відповідає реальній потребі пацієнтів у високоефективних ЛЗ, вартість яких, у свою чергу, повинна компенсуватись за державні кошти [2,9,15,18].

**Ключові слова:** ретроспективний аналіз, медичне страхування, гемабластози

**Вступ.** Високий рівень смертності хворих на гемабластози (ГБ), особливо у дитячому віці, та тяжкість розвитку патологічного процесу обумовлюють особливе соціально-економічне та медико-етичне значення досліджень з розробки та впровадження моделей раціонального використання державних коштів при здійсненні тендерних закупівель ЛЗ для задоволення потреб вітчизняної онкогематологічної служби. Важливим етапом у проведенні досліджень з означеного кола питань є аналіз державних закупівель ЛЗ за різними параметрами з метою визначення основних проблем у фармацевтичному забезпеченні хворих на ГБ та розробка напрямків їх вирішення. Останнім часом у науковій літературі досить багато уваги приділяється розгляду питань оптимізації державних закупівель, що здійснюються в охороні здоров'я [5,6,8,13-15,18]. Проте аналіз складу тендерних закупівель ЛЗ, що здійснювалися для хворих на ГБ у розрізі фармакотерапевтичних груп, а також на відповідність

діючим в Україні та світі відповідним законодавчо-нормативним та правовим актам, не проводився.

Представлена робота є продовженням комплексних досліджень, що проводяться вже декілька років науковцями за різними напрямками на кафедрах організації та економіки фармації (проф. Немченко А.С.) та менеджменту та маркетингу у фармації (проф. Мнушко З.М.) НФаУ.

**Мета роботи** полягала у вивченні нормативно-правових, фармакотерапевтичних підходів, на яких здійснювалися тендерні закупівлі ЛЗ для хворих на ГБ в Україні протягом 2010-2013 рр., визначенні основних проблем у фармацевтичному забезпеченні вітчизняної онкогематологічної служби та окресленні напрямків їх вирішення. Для досягнення вказаної мети необхідно було вирішити такі завдання: проаналізувати склад тендерних закупівель ЛЗ у динаміці років на відповідність вимогам Зразкового (модельного) переліку ЛЗ ВООЗ та комплексу нормативних-правових актів, що регулюють питання обігу ЛЗ в Україні та Російській Федерації (РФ); провести структурний аналіз тендерних закупівель за фармакотерапевтичними групами за різними рівнями АТС-класифікаційної системи та визначити структурні зрушення у загальній сумі закупівель ЛЗ; за даними інтегрованого ABC/VEN-аналізу тендерних закупівель, що був проведений раніше, визначити та оцінити основні тенденції у змінах статусу препаратів відповідно до їх INN та приналежності до фармакотерапевтичних груп; за результатами проведених досліджень окреслити коло проблемних питань в організації фармацевтичного забезпечення хворих на ГБ та визначити основні напрямки їх вирішення.

**Методи і матеріали.** Об'єктами дослідження були обрані дані річних планів, реєстрів державних закупівель ЛЗ, що представлені на офіційному веб-сайті МОЗ України у рубриці "Централізована закупівля і постачання", а також результати раніше проведеного авторами інтегрованого ABC/VEN-аналізу тендерних закупівель ЛЗ [4,20,21]. Так, відповідно до методики проведення клініко-економічного аналізу (КЕА) тендерних закупівель ЛЗ, що запропонована вітчизняними вченими у 2010 р., кожному препарату за даними інтегрованого

ABC/VEN-аналізу присвоюється статус (A/V, A/E, A/N, B/V, B/E, B/N, C/V, C/E, C/N) [14]. Зміни у статусі препарату, що відбулись за певний період часу, дозволяють визначити не лише якісні характеристики сукупності препаратів, що досліджуються, а й окреслити основні тенденції у формуванні складу тендерних закупівель ЛЗ.

Під час проведення досліджень використовувалися редакції нормативно-правових актів, що за терміном дії співпадали з датами проведення тендерних закупівель ЛЗ. Так, аналізувався склад Зразкового (модельного) переліку ЛЗ ВООЗ 16, 17 та 18-тої редакції (Перелік ЛЗ ВООЗ), Національного переліку ОЛЗ і ВМП (постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333), так званого «Бюджетного переліку ЛЗ» (постанова КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 зі змінами та доповненнями), Державного формуляру ЛЗ (ДФ ЛЗ) 2-ої, 3-ої, 4-ої та 5-ої редакцій (Накази МОЗ України від 28.01.2010 р. №59, 23.03.2011 р. №159, 28.03.12 р. №209, 29.03.2013 р. відповідно), а також клінічних протоколів, що затверджені за спеціальністю «Гематологія» та «Дитяча гематологія» [1,11,12,16,17]. У Переліках ЛЗ ВООЗ були переглянуті пункти 6.2. Антибактеріальні засоби, 6.3. Протигрибкові засоби, 8,1 Імуносупресори, 8.2. Цитотоксичні та ад'ювантні препарати, 10.3 Інші препарати для лікування гемоглобінопатії. Для порівняльного аналізу використовувався також Перелік життєво необхідних та найважливіших ЛП (розпорядження Уряду РФ від 07.12.2011 №2199-р) та Перелік ЛЗ, що мають стратегічне значення (розпорядження Уряду РФ від 06.07.2010 №1141-р), що діють у РФ [22]. Вибір нормативно-правових документів, які регулюють питання обігу ЛЗ у РФ обґрунтований на підставі наступних тверджень.

**Результати досліджень.** У РФ з 1991 р. діє соціальна модель обов'язкового медичного страхування (ОМС), яка кардинально змінила не лише фінансово-економічні підходи до діяльності закладів охорони здоров'я, а й методи державного регулювання в організації медичного та фармацевтичного забезпечення населення країни. За даними публікацій, що представлені на офіційному сайті МОЗ, в Україні планується впровадження ОМС вже у 2015 р.



Крім цього, внаслідок спільного, протягом декількох десятиріч, соціально-економічного розвитку у складі колишнього СРСР та незважаючи на наявність якісних відмінностей у процесі державотворення, сучасним системам охорони здоров'я в Україні та РФ притаманно багато спільних проблем. Наприклад, нецільове використання бюджетних коштів, відсутність матеріальної зацікавленості медичних й фармацевтичних працівників у результатах своєї роботи, надмірна комерціалізація фармацевтичного ринку та недосконалі механізми регулювання його розвитку, тощо. Тому результати аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ на відповідність нормативно-правовій базі, що діє в РФ, мають певне практичне значення за умов перспектив впровадження соціальної моделі ОМС в Україні.

При проведенні досліджень були використані логічний, системно-аналітичний, математико-статистичний та порівняльний методи аналізу. Для наочного подання результатів проведених досліджень застосовувався графічний метод, а обробка статистичних даних здійснювалась за допомогою комп'ютерних програм (STATISTICA, V.6; Microsoft Office Excel 2007) та з використанням стандартних методик варіаційної статистики [19].

За результатами аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ на відповідність вимогам Переліку ЛЗ ВООЗ, Національного переліку ОЛЗ і ВМП, Бюджетному переліку ЛЗ та перелікам, що регулюють обіг ЛЗ в РФ (Перелік життєво необхідних та найважливіших ЛП, Перелік ЛЗ, що мають стратегічне значення) встановлено наступне (табл. 1).

У складі тендерних закупівель ЛЗ по різних роках досліджень були присутні від 16 (2012 р.) до 20 (2010 р.) найменувань ЛЗ, які представлені у складі Переліку ЛЗ ВООЗ та від 14 (2012 р.) до 19 (2010 р.) препаратів з Національного переліку ОЛЗ і ВМП. З 2012 р. спостерігається планомірне зниження питомої ваги ЛЗ, придбаних для хворих на ГБ за державні кошти, які входять до складу Переліку ЛЗ ВООЗ (з 50,0% до 41,3%) та Національного переліку ОЛЗ і ВМП (з 44,1% до 32,6%). Найнижче значення питомої ваги препаратів з Переліку ЛЗ ВООЗ у складі закупівель спостерігалось у 2013 р. (41,3%), а найвище у 2011 р.

(50,0%). У свою чергу, аналогічні показники за даними порівняння зі складом Національного ОЛЗ і ВМП становили 32,6% (2013 р.) та 44,1% (2011 р.). Цікавим, на нашу думку, є той факт, що склад закупівель ЛЗ значно більшою мірою, порівняно з Національним переліком ОЛЗ і ВМП, відповідає вимогам Переліку життєво необхідних та найважливіших ЛП, який діє у РФ. Зазначений перелік ЛЗ є нормативно-правовим аналогом Національного переліку ОЛЗ і ВМП. Зазначені переліки розроблялись та впроваджувались у національних системах охорони здоров'я для реалізації єдиної мети. Так, відповідно до розробленої ВООЗ Концепції ОЛЗ до життєво необхідних та найважливіших ЛЗ відносяться препарати, які відповідають пріоритетним потребам медичного обслуговування населення та визначаються з урахуванням значущості для суспільної охорони здоров'я, доказів ефективності та порівняльної економічної ефективності.

Враховуючи структуру вже діючих стандартів надання медичної допомоги та тих, що формуються з онкогематології (2012 р.) у РФ, окрім іматинібу, додатково до складу вищезазначеного переліку ЛЗ були включені протипухлинні препарати дазатиніб та нілотиніб [22]. Зазначені препарати використовуються у лікуванні хронічного мієлолейкозу, а також гострого лімфоїдного лейкозу з позитивною філадельфійською хромосомою [7,11,12]. У складі Національного переліку ОЛЗ і ВМП зазначені препарати відсутні. Як бачимо за даними таблиці 1, тендерні закупівлі по різних роках досліджень містили у своєму складі від 73,9% (2013 р.) до 86,45(2010 р.) найменувань ЛЗ, що представлені у російському Переліку життєво необхідних та найважливіших ЛП. Аналогічна за характером тенденція спостерігалася за результатами співставлення змісту тендерних закупівель ЛЗ та Переліку ЛЗ, що мають стратегічне значення.

У РФ зазначений перелік ЛЗ розроблявся з метою підвищення економічної доступності ЛЗ, які застосовуються у лікуванні найбільш поширених захворювань та виробництво яких має стратегічне значення для країни (всього 57 найменувань препаратів). Так, встановлено, що склад тендерних закупівель ЛЗ у значно ширшому діапазоні найменувань відповідає змісту російського Переліку ЛЗ, що має стратегічне значення (від 50,0%-2013 р. до 69,4% у 2012 р.),

ніж діючого в Україні Національного переліку ОЛЗ і ВМП (від 32,6% за даними 2013 р. до 44,1% у 2011 р.).

Таблиця 1

**Аналіз складу тендерних закупівель ЛЗ з онкогематології відповідно до вимог міжнародної та вітчизняної нормативно-правової бази**

Наявність препаратів (кількість ЛЗ за INN та питома вага) у нормативних-правових актах по роках дослідження			
2010	2011	2012	2013
<b>Зразковий (модельний) перелік ЛЗ ВООЗ відповідної до років закупівель ЛЗ редакції</b>			
20 (45,5%)	17 (50,0%)	16 (44,4%)	19 (41,3%)
<b>Національний перелік ОЛЗ і ВМП (постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333)</b>			
19 (43,2%)	15 (44,1%)	14 (38,9%)	15 (32,6%)
<b>Бюджетний перелік ЛЗ (постанова КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 зі змінами та доповненнями, внесеними відповідними наказами МОЗ України)</b>			
2010	2011	2012	2013
44 (100%)	34 (100%)	36 (100%)	46 (100%)
<b>Державний формуляр ЛЗ відповідної до років закупівель ЛЗ редакції</b>			
44 (100%)	34 (100%)	35 (97,2%)	44 (95,7%)
<b>Перелік життєво необхідних та найважливіших ЛП (розпорядження Уряду РФ від 07.12.2011р. №2199-р, відповідно до розпорядження № 1378-р от 30.07.2012, у 2013 перелік залишився незмінним)</b>			
38 (86,4%)	29 (85,3%)	30 (83,3%)	34 (73,9%)
<b>Перелік ЛЗ, що мають стратегічне значення (розпорядження Уряду РФ від 06.07.2010 №1141-р)</b>			
27 (61,4%)	23 (67,7%)	25 (69,4%)	23 (50,0%)
<b>Загальна кількість асортиментних позицій ЛЗ за INN , що закуплені за тендерами</b>			
<b>44 (100%)</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>	<b>46 (100%)</b>

Основною метою розробки, впровадження та постійного перегляду Бюджетного переліку ЛЗ є забезпечення ефективного використання бюджетних коштів і підтримка вітчизняного виробника у фармацевтичній галузі. За результатами аналізу встановлено, що по всіх роках дослідження склад тендерних закупівель ЛЗ на 100% за асортиментними позиціями відповідав

вимогам зазначеного нормативного акту. Тобто можна констатувати про повну відповідність закупівель ЛЗ нормі діючого законодавства, яке закріплене у постанові КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 зі змінами та доповненнями [16].

За результатами співставлення даних закупівель з вимогами ДФ ЛЗ різних редакцій встановлено таке. У повному складі ЛЗ, що закуповувалися за державні кошти у 2010 та 2011 рр., були представлені у ДФ ЛЗ за розділами «Гематологія», «Лікарські засоби для лікування онкологічних новоутворень», «Імуномодулятори та протиалергічні засоби», «Протимікробні засоби та антигельмінтні засоби». У 2012 р. для потреб онкогематологічної служби був придбаний пегфілграстим 50 мг, який відсутній за INN у складі ДФ ЛЗ 4-ої редакції. Пегфілграстим належить до групи L03AA–Колонієстимулюючі фактори та є ковалентним кон'югантом філграстиму (рекомбінантний людський гранулоцитарний колонієстимулюючий фактор) [7]. На фармацевтичному ринку України пегфілграстим представлений під торговою назвою Неуластим компанії «Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд», Швейцарія. Цікавим є той факт, що препарат Неуластим представлений в ДФ ЛЗ 4-ої редакції у переліку торгових найменувань філграстиму. За даними 2013 р. у складі закупівель ЛЗ були представлені лише два препарати, які відсутні у ДФ ЛЗ 5-ої редакції (пегфілграстим та ломустин).

У таблиці 2 представлені результати аналізу динаміки кількості ЛЗ (INN препаратів з урахуванням одиниці дозування) та суми їх закупівель за фармакотерапевтичними групами. Логічним виглядає значне домінування за кількістю придбаних асортиментних позицій та сумою закупівлі препаратів з групи L01 – Протипухлинні препарати.

За різні роки дослідження питома вага препаратів із зазначеної групи у загальній кількості придбаних для онкогематологічних хворих ЛЗ коливалась у діапазоні від 63,0% (2013 р.) до 84,1% (2010 р.), а за вартісними показниками від 87,0% (2013 р.) до 89,1% (2011 р.).

Таблиця 2

**Структурний аналіз тендерних закупівель ЛЗ для хворих на ГБ за ДЦП  
«Онкологія» за 2010-2013 рр.**

Склад закупівель за фармакотерапевтичними групами ЛЗ за III-м рівнем АТС- класифікаційної системи							
2010 р.		2011 р.		2012 р.		2013 р.	
N*	Σ, (тис. грн.)	N*	Σ, (тис. грн.)	N*	Σ, (тис. грн.)	N*	Σ, (тис. грн.)
<b>V03A – Інші антианемічні препарати</b>							
2	2248,8	–	–	1	944,6	1	734,6
<b>L01A – Алкілюючі сполуки</b>							
8	2626,2	5	1828,0	4	997,4	7	9338,4
<b>L01B – Антиметаболіти</b>							
10	6475,4	4	8457,8	5	4431,3	7	8480,1
<b>L01C – Алкалоїди рослинного походження та інші препарати природного походження</b>							
3	1324,6	3	1437,1	3	1571,7	1	901,6
<b>L01D – Протипухлинні антибіотики</b>							
6	3580,4	5	3915,0	6	3126,4	5	2722,2
<b>L01X – Інші протипухлинні препарати</b>							
10	40199,1	9	42759,8	9	50146,8	9	94422,9
<b>L03A – Імуностимулятори</b>							
2	3734,1	2	4884,4	3	5153,8	4	9002,3
<b>L04A – Імуносупресанти</b>							
1	15,0	2	687,8	2	587,5	1	673,3
<b>J01C – Бета-лактамі антибіотики, пеніциліни</b>							
–	–	–	–	–	–	1	264,8
<b>J01 D – Інші бета-лактамі антибіотики</b>							
–	–	–	–	1	1129,6	3	2379,0
<b>J02A – Протигрибкові засоби для системного застосування</b>							
–	–	2	349,4	–	–	4	3294,2
<b>M05B – Засоби, які впливають на структуру та мінералізацію кісток</b>							
1	1795,0	2	1232,7	2	1129,5	1	933,0
<b>V03 AF – Всі інші лікарські засоби</b>							
1	20,2	–	–	–	–	2	83,8
<b>Всього за групами ЛЗ</b>							
<b>44</b>	<b>62018,8</b>	<b>34</b>	<b>65552,0</b>	<b>36</b>	<b>69218,6</b>	<b>46</b>	<b>133230,2</b>

Примітка: \*- кількість асортиментних позицій ЛЗ за INN з урахуванням одиниці дозування препаратів

Слід зазначити, що протягом 2010-2013 рр. спостерігався досить стабільний характер складу фармакотерапевтичних груп-лідерів за вартістю закуплених ЛЗ. Першу позицію за вартістю закуплених ЛЗ протягом 2010-2013 рр. стабільно займали препарати з групи L01X-Інші протипухлинні препарати. Так, питома вага вартості препаратів з групи L01X коливалась у діапазоні від

64,8% (2010 р.) до 72,5% (2012 р.). У 2010 та 2011 рр. другу позицію займали препарати з групи L01B-Антиметаболіти (10,4% та 12,9% по роках відповідно), а третю L03A-Імуностимулятори (6,0 % та 7,45%). За даними 2012 р. зазначені групи помінялися місцями у рейтингу.

Так, друге місце за вартістю придбання займали препарати з групи L03A-Імуностимулятори (7,5%), а третє – L01B-Антиметаболіти (6,4%). У 2013 р. друге місце зайняли ЛЗ, що належали до групи L01A-Алкілюючі сполуки (7,0%), а третє – L03A-Імуностимулятори (6,8%). Як бачимо, у структурі державних закупівель ЛЗ спостерігається безумовне домінування ЛЗ (кількість асортиментних позицій, вартість їх придбання), які застосовуються у патогенетичному лікуванні ГБ та входять до складу схем поліхіміотерапії (ПХ). Препарати, що використовуються у симптоматичному лікуванні ГБ були представлені у державних закупівлях або фрагментарно, або на їх придбання витрачались незначні кошти. Це ЛЗ, що належать до таких груп, як V03A-Інші антианемічні препарати (питома вага у сумі закупівель коливалася у діапазоні від 0,6% до 3,6%), J01C-Бета-лактамі антибіотики, пеніциліни (0,2%), J02A-Протигрибкові засоби для системного застосування (0,5%-2,5%), J01D-Інші бета-лактамі антибіотики (1,6%-1,8%), M05B-Засоби, які впливають на структуру та мінералізацію кісток (0,7%-2,9%) та V03 – Всі інші лікарські засоби (<0,1%).

Наступним етапом наших досліджень став аналіз структурних зрушень у статусі препаратів, які були нами отримані за результатами інтегрованого ABC/VEN-аналізу [15]. Зазначені зрушення пов'язані зі зменшенням або збільшенням питомої ваги у сумі закупівель вартості придбаних препаратів протягом 2010-2013 рр. Кожному препарату за роками дослідження присвоювалися наступні статуси: A/V; A/E; B/V; B/E; C/V; C/E. Слід зазначити, що препарати зі статусом A/N, B/N та C/N у складі тендерних закупівель ЛЗ були відсутні. Всі ЛЗ у відповідності до отриманих ними статусів у динаміці років були класифіковані на умовні групи. Так, до першої були віднесені препарати зі статусом, що не змінювався протягом всього періоду спостережень

(18 препаратів). Другу групу сформували ЛЗ, які закупувалися нерегулярно та мали постійний (27 препаратів) статус. Випадки збільшення питомої ваги у загальній сумі закупівель ЛЗ (перехід препаратів з групи С до В або А; з В до А) або зменшення (від А до В або С та від В до С) дозволили сформувати третю групу аналізу (13 препаратів). Для препаратів з четвертої групи був характерний зигзагоподібний характер змін питомої ваги у загальній сумі закупівель ЛЗ внаслідок структурних зрушень у статусі препаратів за даними інтегрованого ABC/VEN-аналізу (5 препаратів). Результати розподілу препаратів за умовними групами наведені у таблиці 3.

На нашу думку, постійний статус препаратів (перша група ЛЗ) протягом всього періоду спостережень вказує на наявність чітко визначеного ставлення фахівців до питання доцільності їх закупівель та ефективності використання в онкогематології. Навпаки, нерегулярний (друга група препаратів) або зигзагоподібний (відповідно до динаміки змін у статусі препаратів з четвертої групи) характер закупівель ЛЗ є наслідком відсутності обґрунтованого підходу щодо доцільності їх придбання за умов обмеженості державного фінансування. Збільшення або зменшення питомої ваги (третя група аналізу) у загальних витратах, спрямованих на закупівлю ЛЗ, може бути наслідком дії цілого комплексу факторів.

Таблиця 3

**Розподіл препаратів на групи відповідно до їх статусу за результатами інтегрального ABC/VEN-аналізу**

<i>Групи препаратів за їх статусом</i>		
<i>Перша група</i>	<i>Друга група</i>	<i>Третя група</i>
Антитимоцитарний глобулін (конячий) 250 мг С/В	Амфотерицин В 50 мг С/В	<b>Зниження питомої ваги (%)</b> : Блеоміцин 15 мг В/В→С/В Даунорубіцин 20 мг В/Е→С/Е Децитабін 50 мг А/Е→В/Е→С/Е Доксорубіцин 50 мг L01DB В/В→С/В Еритропоедин альфа 40 000 МО А/Е→В/Е→С/Е
Бортезоміб 3,5 мг А/Е	Амфотерицин В ліп. компл 50 мг С/В	
Вінбластин 5 мг С/В	Бендамустин 100 мг А/Е	
Вінкрестин 1 мг С/В	Бусульфан 2 мг С/Е	
Дакарбазид 200 мг С/В	Вориконазол 200 мг В/Е	
Етопозид 200 мг В/В	Доріпенем 500 мг В/Е	
Ідарубіцин 5 мг В/Е	Еритропоедин бета 30 000 МО В/Е	
Іматиніб 400 мг А/Е	Ертапенем 100 мг В/Е	
Іфосфамід 1 г С/Е	Ібадренова кислота 6 мг В/Е	

Леногратим 33,6млн.МО А/Е Ломустин 40 мг С/Е Метотрексат 50 мг С/В Нілотиніб 200 мг А/Е Прокарбазин 50 мг С/В Ритуксимаб 500 мг А/Е Третиноїн 10 мг С/Е Флударабін 50 мг А/Е Циклоспорин 100 мг С/В	Іматиніб 100 мг В/Е Іміпенем у комб. з циластитіном 500мг/500мг С/В Інтраконазол 10 мг В/Е Кальція фолінат 30 мг С/В Кладрибин 10 мг С/Е Мелфаран 2 мг С/В Меркаптопурин 50 мг С/В Месна 400 мг С/Е Метотрексат 10 мг С/В Метотрексат 500 мг С/В Метотрексат 1000 мг С/В Пег-аспаразіназа 3,75 МО С/Е Піперацилін та інг. фер. С/Е Посаконазол 105 мл (40мг.мл) В/Е Тіогуанін 40 мг С/Е Флударабін 10 мг В/Е Хлорамбуцил 2 мг С/В Циклофосфамід 200 мг С/В	Ідарубіцин 10 мг А/Е→В/Е Інтерферон альфа 2b 30 млн. МО А/Е→В/Е Мітоксантрон 20 мг В/Е→С/Е Цитарабін 1000 мг В/В→С/В Філгратим 480 мг А/Е→В/Е  <b>Збільшення питомої ваги (%):</b> Пегфілгратим 50 мг В/Е→А/Е Ритуксимаб 100 мг В/Е→А/Е Циклофосфамід 1000 мг С/В→В/В
<b>Четверта група</b>		
Аспарагіназа 10 000МО С/Е→В/Е→С/Е→С/Е Гідроксикарбамід 500 мг В/Е→А/Е→В/Е→В/Е Золедронова кислота 4 мг А/Е→С/Е→В/Е→В/Е Талідомід 100 мг В/Е→С/Е→*→В/Е Цитарабін 100 мг В/В→В/В→С/В→В/В		

Примітка: \*- відсутність закупівель препарату у 2012 р.

Наприклад, змін у тактиці лікування онкогематологічних хворих, збільшення обсягів фінансування, структурні асортиментні зрушення на фармацевтичному ринку та ін. В цілому, збільшення питомої ваги вартості закуплених препаратів у сумі тендерних закупівель ЛЗ вважаємо доцільним оцінити позитивно, а зменшення негативно. Детальніше зупинимося на характеристиці складу визначених груп ЛЗ.

Характерною рисою першої групи є домінування препаратів зі статусом С/В (7 препаратів) та А/Е (6 препаратів). П'ять препаратів (бортезоміб 3,5 мг, іматиніб 400 мг, нілотиніб 200 мг, ритуксимаб 500 мг та флударабін 50 мг), на придбання яких було витрачено за тендерами від 63,5% (2010 р.) до 71,2% (2013 р.) коштів, були у повному обсязі представлені у складі першої групи препаратів. Привертає на себе увагу той факт, що на закупівлю таких важливих за даними клінічних протоколів та ДФ ЛЗ препаратів для онкогематологічних



хворих, як вінкристин 1 мг (С/У), вінбластин 5 мг (С/У), метотрексат 50 мг (С/У), ломустин 40 мг (С/Е), прокарбазин 50 мг (С/У), циклоспорин 100 мг (С/У) та іфосфамід 1 г (С/Е) був витрачений незначний обсяг коштів. Такі препарати, як вінкристин, вінбластин, метотрексат, іфосфамід широко використовуються у лікуванні різних груп онкологічних хворих. Тому часткова потреба онкогематологічних хворих у зазначених препаратах може бути задоволена за рахунок закупівель ЛЗ, що здійснюються для онкологічних хворих взагалі.

У найчисельнішій за кількістю препаратів другій групі переважну більшість асортиментних позицій зайняли ЛЗ зі статусом С/У (11 найменувань). Вкрай негативним постає той факт, що у складі даної групи були представлені препарати, без яких проведення хіміотерапії гострих форм лейкозів у відповідності до вимог клінічних протоколів виявляється неможливим. Це такі препарати, як метотрексат 10 мг, 500 мг, 1000 мг, циклофосфамід 200 мг, кальцію фолінат 30 мг, тіогуанін 40 мг, меркаптопурин 50 мг. Цікавим постає також той факт, що станом на 01.01.2013 р. була відсутня державна реєстрація на препарати меркапторурину, що змушує представників благодійних фондів та членів родин онкологічних хворих нелегальним шляхом ввозити їх на територію України. Залишається відкритим питання за фактом закупівлі у 2013 р. препарату бендамустину 100 мг-А/Е на значні за обсягом суми (сума закупки 5438564,56 грн або 4,1% від загальної вартості придбаних препаратів).

На фоні перманентного збільшення сум державних закупівель ліків для онкогематологічних хворих зниження питомої ваги вартості (третья група аналізу) спостерігалось по 10 препаратах, а збільшення – всього по трьох найменуваннях ЛЗ. Факт домінування у третій групі препаратів, для яких була характерна тенденція до зниження питомої ваги у загальних витратах, також слід оцінити негативно. Особливо це стосується препаратів, що входять до складу схем ПХ онкогематологічних хворих (даунорубіцин 20 мг, доксорубіцин 50 мг, ідарубіцин 10 мг, мітоксантрон 20 мг, цитарабін 1000 мг, хлорамбуцил 2

мг, кладрибин 10 мг, децитабін 50 мг, інтерферон альфа 2b 30 млн. МО). Важливою позитивною рисою третьої групи є наявність препаратів, що використовуються у ПХ як гострих, так й хронічних форм лейкозів та для яких характерним є збільшення питомої ваги вартості придбання у сумах закупівель ЛЗ. Насамперед, це ритуксимаб 100 мг (зміна статусу від В/Е до А/Е) та циклофосфамід 1000 мг (зміна статусу від С/В до В/В).

У складі четвертої групи препаратів представлені чотири препарати, які за даними клінічних протоколів застосовуються у лікуванні ГБ [11,12]. Це аспарагіназа та цитарабін, що використовуються у ПХ гострих форм лейкозів, гідроксикарбамід – хронічних лейкозів та талідомід – множинної мієломи у разі відсутності терапевтичного ефекту від лікування за стандартними схемами. Для аспарагінази та гідроксикарбаміду було характерне зниження питомої ваги у закупівлях з 2011 р. (зміна статусу від В/Е до С/Е та А/Е до В/Е відповідно). Лише один препарат зі складу четвертої групи, а саме золедронова кислота (інгібітор остеокластичної кісткової резорбції) застосовується у лікуванні симптоматичних проявів розвитку пухлинного процесу, а саме у лікуванні гіперкальціємії [7]. Питома вага закупівель по зазначеному препарату, на відміну від інших ЛЗ з даної групи, навпаки, у 2013 р. збільшилась (зміна статусу від В/Е-2011 р. до С/Е-2013 р.). Позитивною тенденцією у формуванні четвертої групи препаратів є збільшення питомої ваги закупівель за цитарабіном 100 мг у 2013 р. (зміна статусу від С/В до В/В). Зазначений препарат входить до складу багатьох схем ПХ гострих та хронічних форм лейкозів [7,11,12].

Констатуючи результати проведених досліджень, можна зазначити наступне. Вирішення проблем у фармацевтичному забезпеченні хворих на ГБ потрібно розглядати у двовекторному напрямку, а саме у впровадженні соціальної моделі ОМС та розробці й реалізації спеціалізованої до потреб онкогематологічних хворих в Україні ДЦП «Гематологія». Ефективна реалізація організаційно-економічних та соціальних принципів, які покладені в основу ОМС, дозволить формувати раціональну витратну політику у системі

охорони здоров'я за умов обмеженого характеру державного фінансування цільових програм та зростаючої кількості онкогематологічних хворих в Україні.

## **Висновки**

1. За результатами досліджень встановлено, що склад тендерних закупівель ЛЗ, які здійснювалися для хворих на ГБ за ДЦП «Онкологія» протягом 2010-2013 рр., за кількістю найменувань відповідав Переліку ЛЗ ВООЗ на 41,3% (2013 р.) – 50,0% (2011 р.).

2. Доведено, що тендерні закупівлі ЛЗ за якісним складом найменувань препаратів значно більшою мірою відповідали вимогам російської нормативно-правової бази (Перелік життєво необхідних та найважливіших ЛП та Перелік ЛЗ, що мають стратегічне значення), ніж діючому в Україні Національному переліку ОЛЗ і ВМП.

3. Результати аналізу тендерних закупівель ЛЗ для хворих на ГБ діючих в Україні клінічних протоколів (спеціальність «Гематологія», «Дитяча гематологія»), а також сучасних тенденцій у тактиці лікування онкогематологічних хворих дають змогу стверджувати про необхідність внесення змін до Національного переліку ОЛЗ і ВМП за такими позиціями, як іматиніб, дазатиніб та нілотиніб.

4. Доведено, що склад тендерних закупівель ЛЗ за асортиментними позиціями препаратів за INN по всіх роках дослідження на 100% відповідав вимогам Бюджетного переліку ЛЗ.

5. За даними співставлення складу закупівель ЛЗ та ДФ різних редакцій встановлено наступне. Всі найменування ЛЗ, що закуповувалися у 2010 та 2011 рр., були представлені у складі ДФ ЛЗ. У 2012 р. за державні кошти було придбано лише одне найменування ЛЗ (пегфілграстим), а у 2013 р. – два (пегфілграстим, ломустин) препарати, які відсутні у складі ДФ ЛЗ відповідної редакції.

6. У структурі тендерних закупівель ЛЗ як за кількістю асортиментних позицій, так й за сумою їх придбання встановлене значне домінування препаратів з групи L01-Протипухлинні препарати

7. За питомою вагою придбаних ЛЗ у загальній сумі закупівель доведений стабільний характер складу фармакотерапевтичних груп-лідерів (I–III місця). Так, першу позицію за вартістю закупівлі протягом 2010-2013 рр. займали препарати з групи L01X-Інші протипухлинні препарати. Другу та третю позиції по різних роках дослідження займали препарати з груп L01A-Алкілюючи сполуки, L01B-Антиметаболіти, L03A-Імуностимулятори.

8. Вставлено, що препарати, які використовуються у симптоматичному лікуванні ГБ, закуповувалися нерегулярно, а питома вага вартості їх придбання у загальній сумі закупівель ЛЗ коливалась у незначному діапазоні значень (від <0,1% до 2,5%).

9. Характер структурних зрушень у статусі препаратів, які були одержані нами за даними інтегрованого ABC/VEN-аналізу, дозволили сформуванню чотири умовні групи ЛЗ. Встановлено, що для значної більшості препаратів були притаманні негативні, з позиції формування раціональної витратної політики та відповідності сучасним вимогам онкогематології, характеристики закупівель ЛЗ.

10. Доведено, що характерною рисою першої групи є домінування препаратів зі статусом C/V (7 препаратів) та A/E (6 препаратів). Негативні наслідки для хворих на ГБ має стабільний характер незначних за обсягом закупівель таких необхідних препаратів, як вінкрисдин, вінбластин, метотрексат, ломустин, прокарбазин, циклоспорин та іфосфамід.

11. За результатами досліджень встановлено, що у найчисельнішій за кількістю препаратів другій групі переважну більшість асортиментних позицій зайняли ЛЗ зі статусом C/V (11 найменувань).

12. Вкрай негативною характеристикою другої групи є наявність у її складі препаратів, без яких проведення ПХ гострих форм лейкозів у відповідності до вимог клінічних протоколів та ДФ ЛЗ, виявляється неможливим (метотрексат, циклофосфамід, кальція фолінат, тіогуанін, меркаптопурин).

13. Встановлено, що на фоні перманентного збільшення сум державних закупівель ліків, що здійснювалися протягом 2010-2013 рр. для

онкогематологічних хворих, для значної більшості препаратів третьої групи було характерне зниження питомої ваги вартості їх придбання (10 препаратів). У свою чергу позитивно слід оцінити факт збільшення питомої ваги вартості придбання у загальній сумі закупівель ЛЗ таких важливих для онкогематології препаратів, як ритуксимаб 100 мг та циклофосфамід 1000 мг.

14. Позитивною тенденцією у формуванні четвертої групи препаратів є збільшення питомої ваги закупівель за цитарабіном 100 мг, який використовується у багатьох схемах лікування гострих та хронічних форм лейкозів.

## Література

1. Архів наказів про затвердження Державного формуляру лікарських засобів"[Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: [http://www.dec.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180&Itemid=253&lang=uk](http://www.dec.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=253&lang=uk)
2. Бугайова О. Лікування гемобластозів в Україні. Погляд фахівця. / О. Бугайова // Здоров'я України. – 2009. – № 1/1 – С. 30-31
3. Бюджетні призначення на 2013 рік по бюджетній програмі за КПКВК 2301400 "Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру"[Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: [www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20130205\\_4.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130205_4.html)
4. Державні закупівлі МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtsp\\_plansofpurchases/?CID=73&\\_pg=4&\\_cnt=30&\\_sort=dPublicate\\_raw&\\_order=-1](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtsp_plansofpurchases/?CID=73&_pg=4&_cnt=30&_sort=dPublicate_raw&_order=-1). – Назва з екрану.
5. Євтушенко О. М. Моделювання вибору бюджетної організації-споживача лікарських засобів з використанням оцінки ризику /О. М. Євтушенко//Фармацевтичний журнал. – 2008.– № 6.– С. 21–27.
6. Карнаух М. Державні закупівлі ліків [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://amm.net.ua/2011-09-07-07-06-55.html>

7. Компендиум 2012 с обновлениями от 30.08.2013 – лекарственные препараты / – К.: Морион 2012./ [Электронный ресурс]. – Режим доступа до документа: <http://www.morion.ua/>

8. Косяченко К.Л. Науково-методичні підходи до проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами // К.Л. Косяченко, А.С. Немченко, О. В. Коваленко // Фармацевтичний журнал – 2011. – №1. – С. 13–18.

9. МОЗ тримає на контролі цільове використання лікарських засобів, що закуповуються за державні кошти [Електронний ресурс]. – Режим доступа до документа:

[http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=246489422&cat\\_id=244277212](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246489422&cat_id=244277212)

10. Мнушко З. М. Визначення економічної доступності лікарських препаратів, що закуповуються за державні кошти/З. М. Мнушко, Н. В. Шолойко //Інформаційний лист. –Х.: Вид-во НФаУ, 2008. – 6 с.

11. Наказ МОЗ №364 від 20.07.2005 р «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» із змінами, внесеними згідно з Наказом № 617 (2010 р.) «Про внесення змін до наказу МОЗ №364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» [Електронний ресурс]. – Режим доступа до документа: [http://www.moz.gov.ua/en/portal/dn\\_20050720\\_364.htm](http://www.moz.gov.ua/en/portal/dn_20050720_364.htm)

12. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 №647 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія» із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ №72 від 30.01.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступа до документа: документа: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100730\\_647.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_647.html)

13. Немченко А.С. Дослідження стану організації фармацевтичної допомоги хворим за державними цільовими програмами «Туберкульоз», «СНІД», «Онкологія» та «Дитяча онкологія» / А.С.Немченко, Г.Л. Панфілова, Ю.В. Корж

// Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 3(5). – С. 65-71.

14. Немченко А.С. Методика проведення клініко-економічного аналізу тендерних закупівель ЛЗ за державними цільовими програмами: метод. рек. / А.С Немченко, К.Л. Косяченко, Г.Л. Панфілова. – Х.: НФАУ, 2011. – 26 с.

15. Панфілова Г. Л., Цурікова О. В. Результати дослідження тендерних закупівель ЛЗ для онкогематологічних хворих в Україні / Г. Л. Панфілова, О. В. Цурікова // Запорізький медичний журнал. – 2014. – № 1. – С.

16. Постанова КМУ від 5 вересня 1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.apteka.ua/article/64839>. – Назва з екрану.

17. Постанова Кабінету міністрів України від 25.03.2009 р. N 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.ua-tenders.com/legislation/decisions/p333/> – Назва з екрану.

18. Раціоналізація використання бюджетних коштів, призначених для закупівлі лікарських засобів / О.Р. Левицька, О.Б. Борецька, М.М. Заяць М.Я. // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – № 3–4. – С. 127-133.

19. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2003. – С. 208–216.

20. Реєстр держзакупівель МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.apteka.ua/article/43237>. – Назва з екрану.

21. Річний план держзакупівель МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: [http://www.moz.gov.ua/portal/tend\\_20100802\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/portal/tend_20100802_0.html). – Назва з екрану.

22. Утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 г. "Фармацевтический вестник" [Електронний ресурс]. –

Режим доступа до документа: <http://cml-stop.ru/viewtopic.php?id=227> – Назва з екрану

UDK: 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

**ANALYSIS OF THE LEGAL AND REGULATORY  
PHARMACOTHERAPEUTIC APPROACHES IN THE FORMATION OF  
PUBLIC PROCUREMENT OF MEDICINES FOR PATIENTS WITH  
HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES IN UKRAINE**

A.L. Panfilova, O.V. Tsurikova

**Resume:** The article presents the results of studies of drug procurement tenders, which were carried out during the years 2010-2013 for patients with hematological malignancies by pharmacotherapeutic groups, and to meet the requirement of the Model (model) a list of drugs, as well as the standards of regulatory and legal framework that regulates the circulation of drugs in Ukraine and Russia. Found that the qualitative composition of names of medicines tender purchase drugs at INN are more compatible to requirements of the Russian legal base (List of Essential drugs and the list of drugs that are of strategic importance) than the National lists of main drugs and medical devices. In the structure of drug procurement dominant position, as the number of assortment positions, and the cost of acquisition took drugs from the group L01-Antineoplastic drugs. For the purchase of drugs, which are used in the symptomatic treatment of hematological malignancies have been spent little money and purchase themselves were irregular. The nature of the structural changes in the status of drugs that are assigned to them according to the integrated ABC/VEN-analysis allowed us to determine positive and negative trends in the tactics of the formation of drug procurement tenders. The studies identified the main directions of improving the efficiency of pharmaceutical ensure cancer patients in Ukraine.

**Keywords:** retrospective analysis, health insurance, hemablastozy.

УДК: 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

**АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ  
И ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ФОРМИРОВАНИИ  
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ  
БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УКРАИНЕ**

А.Л. Панфилова, О.В. Цурикова

**Резюме.** В статье представлены результаты исследований состава тендерных закупок ЛС, которые осуществлялись в течение 2010-2013 гг. для больных гемобластозами по фармакотерапевтическими группам и на



соответствие требованиям Образцового (модельного) перечня ЛС ВОЗ, а также нормам действующей нормативно-правовой базы, регулирующей обращение ЛС в Украине и России. Установлено, что по качественному составу наименований препаратов по INN тендерные закупки ЛС в большей степени отвечали требованиям российской нормативно-правовой базы (Перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП и Перечень стратегически значимых ЛС), чем Национальному перечню ОЛС и ИМН. В структуре закупок ЛС доминирующие позиции как по количеству ассортиментных позиций, так и стоимости их приобретения, занимали препараты из группы L01-Противоопухолевые препараты. На приобретение ЛС, которые используются в симптоматическом лечении гемобластозов, были затрачены небольшие средства, а сами закупки имели нерегулярный характер. Характер структурных сдвигов в статусе препаратов, которые присваивались им по данным интегрированного ABC/VEN-анализа, позволил определить позитивные и негативные тенденции в тактике формирования тендерных закупок ЛС. В результате проведенных исследований обозначены основные направления повышения эффективности фармацевтического обеспечения онкогематологических больных в Украине.

**Ключевые слова:** ретроспективный анализ, медицинское страхование, гемобластозы

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ  
НЕДОСТАТНІСТЬ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ**

О. С. Яковлева

Запорізький державний медичний університет

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

**Резюме.** На підставі аналізу літературних джерел та статистичних даних досліджено сучасний стан фінансування фармацевтичного забезпечення хворих на хронічну хворобу нирок. Актуальність досліджень обумовлена специфікою цього захворювання, значними витратами на надання діалітичної допомоги та необхідністю розробки дієвих механізмів забезпечення її доступності у вітчизняній охороні здоров'я. Встановлено, що, не зважаючи на появу за останній час певних позитивних змін основних складових надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні, відставання від європейських країн за величиною основних параметрів, які визначають доступність та ефективність лікування хвороб сечовивідальної системи, є більше, ніж значним.

**Ключові слова:** ниркова недостатність, нефрологія, фармацевтичне забезпечення.

**Вступ.** Проблема захворювання населення вторинними нефропатіями (особливо при цукровому діабеті та артеріальній гіпертензії), токсичними нефропатіями та хронічною нирковою недостатністю (ХНН) знаходиться в центрі уваги світової нефрології. Це обумовлено високою летальністю, виходом на інвалідність нефрологічних хворих та складністю технічного забезпечення сучасними методами лікування. До відомих на сьогоднішній день методів лікування хронічної ниркової недостатності відносяться гемодіаліз (ГД), перитонеальний діаліз (ПД) і трансплантація нирки. На практиці кожен з цих методів може зберегти життя хворого і замінити втрачену функцію власних нирок протягом багатьох років. Однак всі види ниркозамісної терапії є високовитратними способами лікування, їх використання пов'язане зі значними фінансовими видатками системи охорони здоров'я.

Існуючи на сьогодні у нефрології, проблеми організаційного та фінансового характеру суттєво впливають не тільки на якість самого лікування хворих, але й на своєчасне виявлення захворювання. За оцінками фахівців, навіть цільове спрямування бюджетних коштів, як державних, так і місцевих, є вкрай недостатнім для гарантованого забезпечення доступності спеціалізованої допомоги. Подальший розвиток нефрологічної служби викликає необхідність створення та забезпечення функціонування стабільного механізму диверсифікації фінансування ниркової замісної терапії [1,2,4].

Впровадження соціально орієнтованих форм і методів обслуговування хворих, а саме медичного страхування, дозволить залучити додаткові джерела фінансування та гарантувати надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги, що є вкрай важливо для хворих на ХНН. За таких умов розробка ефективної моделі фінансового забезпечення фармацевтичної допомоги хворим нефрологічного профілю потребує цілої низки організаційно-економічних досліджень.

**Мета.** Дослідження сучасного стану фінансування спеціалізованої медичної допомоги хворим на ХНН у світі та в Україні.

**Матеріали та методи.** Сьогодні на ХНН у світі страждають більше 3 млн. людей, при цьому тільки один з п'яти одержує необхідне лікування. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно на 1 млн. населення з'являються від 65 до 100 нових хворих з даною патологією. В Україні темп приросту таких хворих за останні 4 роки склав 22% і суттєво випереджає цей показник в інших країнах [4].

Життєзабезпечувальне лікування хворих за допомогою діалізу дозволяє врятувати їх життя, але вимагає значних фінансових витрат протягом тривалого періоду. Вирішення цього питання у різних країнах залежить від національних систем охорони здоров'я та їх економічних можливостей.

Доступність діалізної допомоги для хворих на ХНН в США забезпечується значною кількістю лікувальних закладів для проведення замісної терапії ниркової недостатності. Це дозволяє здійснювати ГД 83,3% пацієнтів, ПД –

14,63%, а на інші методи лікування припадає 4%. Застосування ГД коштує в середньому 35 тисяч доларів на одного хворого за один рік. Щорічні витрати на проведення ГД та трансплантації нирки коштують 86 тисяч доларів на одного хворого, а у подальшому знижуються до 7000 доларів. Витрати на проведення одного діалізу є постійними протягом декількох років. При цьому враховуються витрати на діаліз, оплата праці медперсоналу, вартість супутньої терапії. Необхідно зазначити, що протягом перших двох місяців витрати на діаліз та медичне обслуговування сплачує хворий, за винятком осіб, які готуються до трансплантації нирки та старші, ніж 65 років. З третього місяця лікування 80% витрат на надання діалісної допомоги відшкодовується за рахунок соціальних програм медичного страхування, решту сплачує хворий. Щорічно витрати на надання допомоги хворим на ХНН складають 1,23% від всіх видатків, які виділяються на охорону здоров'я. Така система фінансування, за якою існують фіксовані ціни на виконання діалізу та державні гарантії відшкодування вартості лікування, дозволяє враховувати фінансові можливості пацієнта і зробити діаліз доступним для всіх, навіть для іноземних хворих.

У Канаді діаліз і трансплантація нирки є безоплатними для хворого. На 1 млн. жителів припадає 43,5 діалізного місця. Допомога надається хворим віком від 1 місяця до 93 років. Із загальної кількості хворих на ХНН 37% пацієнтів отримують ПД. Витрати на лікування одного хворого із застосуванням ГД протягом 1 року складають 39 000 доларів США, ПД – 34000 доларів. Після трансплантації нирки на надання діалісної допомоги протягом 1-го року замісної терапії необхідно витратити 34000 доларів, а протягом наступних років, за умов задовільного стану хворого, витрати значно скорочуються.

У Великобританії надання спеціалізованої діалісної допомоги забезпечується за рахунок державних джерел фінансування. На програми замісної терапії витрачається 1% бюджетних видатків на медицину. Більш широко, ніж в інших країнах, використовувався ПД (43,7% пацієнтів). Вартість лікування одного хворого із застосуванням діалізу протягом року становить 35 000 доларів США, вартість трансплантації нирки з витратами у найближчому

післяопераційному періоді – 19 700 доларів, в подальшому щорічні витрати на надання допомоги при неускладненому перебігу віддаленого післяопераційного періоду становлять 6800 доларів. Особливістю фінансування замісної ниркової терапії у Великобританії є те, що кошти держбюджету розподіляють спеціальні комісії.

У Франції видатки на надання замісної терапії хворим на ХНН становить 1,1% від загальних витрат на охорону здоров'я. Особливістю відшкодування витрат на лікування нефрологічних хворих є подіалізне фінансування, тобто кошти за проведення діалізу надходять до лікувального закладу відповідно до кількості проведених сеансів. На відміну від інших країн, у Франції непередбачувана фіксована ціна на діаліз, вона залежить від типу лікувального закладу і його розташування, а оплата за лікування здійснюється за рахунок державних джерел або фондів медичного страхування. Мінімальні витрати на лікування із застосуванням діалізу протягом 1 року в умовах стаціонару складають 72322 долара, в центрі самообслуговування – 40997 доларів, на дому – 38875 доларів, з використанням ПД – 29 661 долар. Найбільш дорогим є лікування в умовах університетських клінік – 162189 доларів на рік. Подальше удосконалення надання допомоги хворим на ХНН передбачає розширення програми трансплантації нирок, що дозволить значно скоротити витрати на проведення замісної терапії.

В Італії діаліз застосовують у 0,05% жителів країни. У країні 65% місць для діалізу припадає на державні, а 35% – на приватні установи. На надання діалізної допомоги одному хворому на ХНН витрачається 1236 доларів США на рік. Загальні видатки на надання нефрологічної допомоги становлять 7,7% національного доходу. Окрім вартості діалізаторів, враховуються вартість витратних матеріалів, дезінфікуючих засобів, амортизація діалізного устаткування, вартість лікарських засобів, що вводяться під час діалізу, лабораторних аналізів, оплата праці медпрацівників. Для проведення одного сеансу діалізу необхідно витратити 137,5 долара США. У подальшому витрати можуть збільшуватись у зв'язку з підвищенням коефіцієнта якості. Параметрами

якості, за наявності яких вартість лікування підвищується на 1,5%, є кооперація відділення діалізу та відділення інтенсивної терапії або кардіології; на 0,5% – за участю співробітників відділення у дослідницькій роботі, а також якщо відділення входить до національного діалізного реєстру. З урахуванням зазначених коефіцієнтів вартість лікування із застосуванням діалізу висока, вона знижується при погіршенні якості лікування або обмеженні показань до його застосування [1].

Витрати на надання діалізної допомоги в Україні у різних регіонах суттєво відрізняються. Насамперед, це пов'язано з тим, що кожна область розробляє та затверджує власну програму надання спеціалізованої допомоги нефрологічним хворим, відповідно до якої здійснюється фінансування лікувальних заходів за рахунок місцевих бюджетів.

Поширеність ХНН серед населення України має певні міжрегіональні відмінності. За даними «Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок» у 2013 р. в Україні було зареєстровано 490234 таких пацієнтів – 10785,6 на млн. Загалом у 13 областях показник перебуває у межах 1151 – 2690 на млн. У 10 областях поширеність ХНН коливається від 1524 у Херсонській до 9878 – у Миколаївській, а у м. Києві вона становила лише 283 на млн. (рис. 1).

У 2012 р. в Україні функціонувало 97 центрів нефрології та діалізу, що на 36,6 % більше, ніж у 2009 р., а за останній час розпочали роботу 20 нових. Проте незважаючи на зростання кількості центрів нефрології та діалізу, практично половина адміністративних територій в Україні мають лише 1–2 таких центри.

Аналіз забезпеченості населення України нирковою замісною терапією в цілому та за окремими її видами свідчить про позитивну динаміку. За чотири останніх роки кількість хворих, які мали можливість лікуватись методами замісної терапії, зростає на 43,8 %.

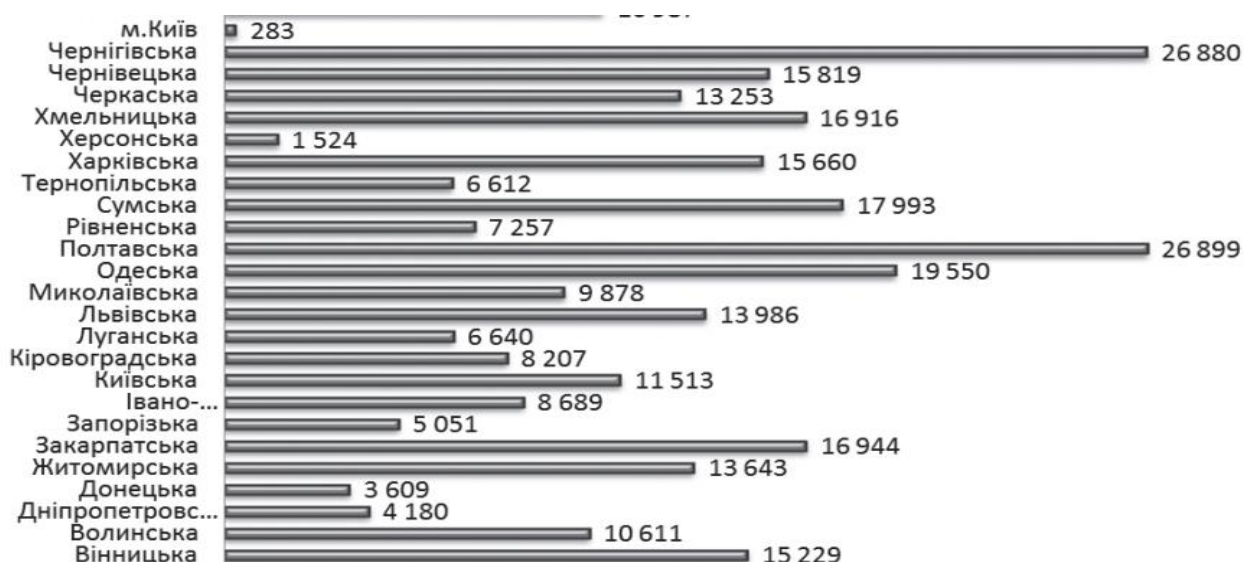


Рис. 1. Поширеність на 1 млн. населення (2013 р.)

Однак залишилась нерівномірність забезпечення заміною терапією за адміністративними територіями. Так, у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Сумській, Кіровоградській, Луганській, Херсонській, Чернівецькій областях цей показник на 10–50 % менший, ніж в цілому по країні. Загалом рівень забезпеченості становив від 71 на 1 млн. у Луганській області до 278 на 1 млн. у Івано-Франківській. Забезпеченість ГД-машинами по Україні становила у середньому 21 на 1 млн. населення, величина показника коливалась від 7, у Луганській, до 44, в Одеській області.

Рівень забезпечення ГД становив 109 на 1 млн. населення, що на 43,4 % більше, ніж за минулі роки. Показник забезпечення коливався від 49, у Луганській області, до 246, в Івано-Франківській. Серед пацієнтів переважали особи працездатного віку: віком 18-44 роки їх було 37,4 %; 45-64 роки – 52,3%; старших за 64 роки – 9,6%, а віком 17 років і молодше – 0,9%. Розподіл за віком хворих, які вперше розпочали ГД, суттєво не відрізнявся.

Щодо тривалості лікування ГД, то за останній час питома вага пацієнтів, які отримували зазначену терапію протягом 6-10 років, складає 21,3%, 11-15 років – 6,85 % та 16-20 – 0,9 %.

Порівнюючи показники, які визначають доступність, ефективність лікування та якість діагностики хвороб сечововидільної системи, можна стверджувати, що, не зважаючи на появу за останній час певних позитивних змін

основних складових надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні, відставання від європейських країн, за величиною основних параметрів, є більше ніж значним (табл.1).

*Таблиця 1*

**Величина основних параметрів організації  
спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю,  
на 1 млн. населення**

Показник	Європа	Україна
Кількість лікарів-нефрологів	48	10
Кількість ліжок	47	35
Кількість центрів (відділень)	16,4	2
Розповсюдженість ХН,%	8,5	1,1
Розповсюдженість ниркової замісної терапії	741	144,8
Ниркова замісна терапія уперше протягом року	123	27,2
Основні причини ХНН:		
Діабетична нефропатія	28	5,1
Гіпертензивна нефропатія	22,8	5,3
Хронічний гломерулонефрит	14,5	7,2

З метою зменшення розповсюдженості хвороб сечовидільної системи, поліпшення якості життя та рівня соціальної реабілітації, зниження рівня інвалідності і смертності в Україні була затверджена «Державною програмою розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю на 2006-2010 роки». Передбачалось, що виконання сприятиме значному підвищенню ефективності та якості надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю. Як свідчать дані спеціальної літератури, програма не була виконана у повному обсязі, а її реалізація не призвела до очікуваних епідеміологічних покращень.

На сьогодні доступність спеціалізованої допомоги хворим з ураженням нирок досить низька, у тому числі через відсутність необхідної кількості медичного обладнання, високої вартості витратних матеріалів та ліків, які є переважно іноземного виробництва. В умовах обмеженого фінансування закладів охорони здоров'я висока вартість ліків та витратних матеріалів



ускладнює надання медичної та фармацевтичної допомоги в повному обсязі та потребує впровадження з боку держави цільових програм імпортозаміщення.

Таким чином, подальше удосконалення надання діалізної допомоги хворим в Україні викликає необхідність формування ефективної законодавчої бази по врегулюванню діяльності вітчизняної нефрологічної служби та відповідного фармацевтичного забезпечення хворих. У зв'язку з вищезазначеним для покращення рівня фінансування першочергово необхідно удосконалити механізми державного регулювання цін та організацію процесу безперебійного постачання необхідними витратними матеріалами та лікарськими засоби для гарантованого забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги хворим на ХНН.

### **Висновки.**

1. Надання діалізної допомоги хворим на ХНН відноситься до найбільш високовартісних видів медичної допомоги. Забезпечення її доступності у різних країнах залежить від національних системи охорони здоров'я та їх економічних можливостей.

2. В Україні у кожній області цільове фінансування діалізної допомоги здійснюється відповідно до затверджених місцевих програм надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю. Доступність спеціалізованої допомоги хворим з ураженням нирок є достатньо низькою, у тому числі через відсутність необхідної кількості медичного обладнання, високої вартості витратних матеріалів та ліків.

3. Встановлено, що за показниками, які визначають доступність, ефективність лікування та якість діагностики хвороб сечовивідної системи, нефрологічна допомога в Україні суттєво відстає від допомоги хворим на ХНН у європейських країнах.

4. Практично всі витратні матеріали та лікарські засоби, які необхідні для проведення діалізу, є препаратами іноземного виробництва, що обумовлює доцільність впровадження з боку держави цільових програм імпортозаміщення.

5. Подальше удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на ХНН в Україні викликає необхідність формування ефективної законодавчої бази, у якій будуть враховані регіональні відмінності та передбачена розробка та впровадження механізмів стабільного фінансування діалізної допомоги.

### **Література**

1. Денісов В. К. Шляхи підвищення ефективності міждисциплінарної взаємодії в трансплантології / В. К. Денісов // Медицина сьогодні і завтра. – 2011. – № 1-2 (50-51). – С. 62-65.

2. Медико-профілактична допомога хворим нефрологічного профілю // М. О. Колесник, Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 2(3). – С. 78-87.

3. Немченко А. С. Дослідження систем реїмбурсації (компенсації) вартості лікарських засобів у міжнародній практиці / А. С. Немченко, А. А. Котвицька // Вісн. фармації. – 2007. – № 4. – С. 24-49.

4. Перитонеальний діаліз в Україні: 2009-2013 / Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко, Н. М. Степанова // Український журнал нефрології та діалізу. – 2014. – № 3 (39). – С. 3-14.

5. Яковлева О. С. Маркетингові дослідження сучасного ринку засобів для перитонеального діалізу / О. С. Яковлева : матеріали I Міжнар. наук.-практ. інтернет конференції «Технологічні та біофармацевтичні аспекти створення лікарських препаратів різної направленості дії. – Х.: НФаУ. – 2014. – С. 193-194.

6. Delphine M. De Smedt. Economic evaluation of different treatment modalities in acute kidney injury / Delphine M. De Smedt., Monique M. Elseviers., et al. // *Nephrol Dial Transplant* – 2012. – V. 27. – P. 4095-4101.

7. Dor A, Pauly MV, Eichleay MA, Held PJ. End-stage renal disease and economic incentives: the International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF). *Int J Health Care Finance Econ* 7(2-3):73-111, 2007.

8. Roggeri D. P. Chronic Kidney Disease: Evolution of Healthcare Costs and Resource Consumption from Predialysis to Dialysis in Piedmont Region, Italy / D. P. Roggeri [et al.] [Електронний ресурс] // *Advances in Nephrology*. – 2014. – Vol.

2014, Article ID 680737, 6 p. – Режим доступа: <http://www.hindawi.com/journals/an/2014/680737>.

9. United States Renal Data System, 2012 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States / National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases // Am. J Kidney Dis. – 2013. – Vol. 61. – P. 248-258.

UDC: 616.25:616.61-008.64-036.1-082]-047.37(100)

### **RESEARCH OF THE FINANCING OF PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY IN THE WORLD AND IN UKRAINE**

The issue of availability of medical and pharmaceutical care of the patients with chronic kidney disease have been studied on the basis of literature and statistics. The relevance of the research is based on the specifics of the disease, significant costs of providing care and the need to develop effective mechanisms to ensure the availability of dialysis care to the patients in home health care. It is established that despite the appearance of some positive changes in the main components of specialized care providing to patients with renal profile in Ukraine in recent years, lagging from European countries due to the value of the basic parameters that determine the availability and effectiveness of treatment of the urinary system diseases, is more than significant according to the research's results.

**Keywords:** renal failure, nephrology, pharmaceutical software.

УДК 616.25:616.61-008.64-036.1-082]-047.37(100)

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В МИРЕ И В УКРАИНЕ**

На основании анализа литературных источников и статистических данных изучены вопросы обеспечения доступности медицинской и фармацевтической помощи больным с хроническими заболеваниями почек. Актуальность исследований обусловлена спецификой этой болезни, значительными затратами на оказание помощи и необходимостью разработки действенных механизмов обеспечения доступности диализной помощи больным в отечественном здравоохранении. Установлено, что, несмотря на появление в последнее время определенных позитивных изменений основных составляющих оказания специализированной помощи больным нефрологического профиля в Украине, показатели, которые определяют доступность и эффективность лечения заболеваний мочевыделительной системы в европейских странах являются более высокими.

**Ключевые слова:** почечная недостаточность, нефрология, фармацевтическое обеспечение.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО  
ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО  
РОЗШИРЕННЯ ВЕН ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ**

Л.С. Сімонян, І.М. Грубник, О.А. Немченко

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[glad\\_e@i.ua](mailto:glad_e@i.ua)

**Резюме.** Досліджено показники темпів росту цін на лікарські препарати в період з 2007 по 2014 р. і встановлено, що спостерігається значне збільшення оптових цін, яке можна пояснити домінуванням на вітчизняному фармацевтичному ринку імпортованих ліків, вартість яких залежить від коливання курсу валют та специфіки вітчизняного виробництва. Аналіз показника соціально-економічної доступності дає змогу стверджувати, що за весь період досліджень найбільш оптимальні значення показника доступності відмічаються у період з 2010 до 2013 р. Значне зниження досліджуваного показника у 2014 р. пов'язано зі зниженням рівня доходів населення та значним зростанням курсу валют. У середньому показники доступності за вітчизняними лікарськими засобами за 2014 р. склав 0,8, а за імпортованими – 0,7.

**Ключові слова:** фармакоэкономика, варикозне розширення вен, доступність лікарських засобів.

**Вступ.** При розробці нового лікарського засобу аналіз фармацевтичного ринку та цінових характеристик лікарських засобів (ЛЗ) набуває особливого значення. На підставі вищезазначеного метою наших подальших досліджень став фармакоэкономичний аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку ЛЗ. Враховуючи попередньо визначені характеристики нового препарату, що пропонується до розробки та подальшого впровадження, необхідно було визначити основні показники асортименту, які підлягають подальшому дослідженню.

На кафедрі промислової фармації НФаУ розроблений м'який ЛЗ «Живітан». Завдяки діючим речовинам, які входять до складу розробленого гелю, а саме сухого екстракту насіння кінського каштану (есцин) та екстракту окопника, даний препарат пропонується застосовувати при наступних

захворюваннях: варикозне розширення вен, травми, забої, запальні захворювання суглобів [1, 3, 6, 7, 8]. Крім цього даний препарат пропонується у м'якій лікарській формі. Тому основними показниками, що характеризують асортимент ЛЗ, стали фармакотерапевтичні характеристики препаратів та їх лікарські форми.

**Метою** досліджень став фармакоекономічний аналіз оптового ринку лікарських засобів, що застосовуються для лікування варикозного розширення вен та запальних захворювань суглобів.

**Методи та матеріали.** Аналіз асортименту препаратів проводився згідно з Державним реєстром лікарських засобів України та класифікаційною системою АТС. Об'єктами дослідження були засоби, що застосовуються при варикозному розширенню вен та запальних захворюваннях суглобів. Як інформаційні джерела використовували Державний реєстр лікарських засобів України, Компендіум 2007-2014 рр. [2, 4].

Ретроспективний аналіз оптового ринку ЛЗ проводили в період 2007-2014 рр. Предметом дослідження були дані прайс-листів «Щотижневика Аптека», «Фарм-бюлетеня» та оптових операторів фармацевтичного ринку «Оптимфарм», «Бізнес центр фармація», «ВВС-ЛТД», «БАДМ». В аналізі використовувались різні статистичні методи, обробка інформації здійснювалася за допомогою спеціального програмного забезпечення (Microsoft Office Excel).

**Результати досліджень.** Відповідно до уніфікованої анатомо-терапевтичної та хімічної класифікаційної системи АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) ЛЗ, що досліджуються, відносяться до груп С05В – засоби, що застосовуються при варикозному розширенні вен, С05С – капіляростабілізуючі засоби та М02А – засоби, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болю.

Нами був проведений моніторинг середніх оптових цін ЛЗ, які були присутні на вітчизняному ринку. Середню оптову ціну обчислювали за формулою:

$$P_i = \frac{\sum p_i \times f_i}{\sum f_i}, \quad (1)$$

де,  $p_i$  – ціна  $i$ -го препарату;

$f_i$  – частота, з якою зустрічаються препарати по цій ціні.

Результати проведеного моніторингу середніх оптових цін на групи ЛЗ, які були присутні на вітчизняному ринку представлені у таблиці 1.

За 2007-2014 рр. нами були розраховані темпи росту цін окремо за вітчизняними та іноземними препаратами (рис. 1 та 2). Так наприклад ціни у 2014 р, на препарат Ескувен® гель 1 % 50 мг № 1 «Тернопільська ФФ» Україна (з групи C05CX – капіляростабілізуючі засоби) збільшилися по відношенню до 2007 р. на 55,86 %, а на препарат іноземного виробництва з цієї ж групи Венитан, гель 1 % туба 50 г компанії «Sandoz», Швейцарія зросли у ціні на 80,08 %. Середні оптові ціни на препарати з групи гепарин та гепариноїди для місцевого застосування (C05BA) також збільшились. Наприклад, ціна на вітчизняний препарат Есфатил гель туба 40 г, № 1, «Лубнифарм», Україна зросла на 75,7 %, а на препарат іноземного виробництва Венітан Форте, гель 1% 50 мг № 1 компанії «Sandoz», Швейцарія на 74,79 %. Середні оптові ціни на препарати групи (M02A) засоби, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болю також значно збільшились.

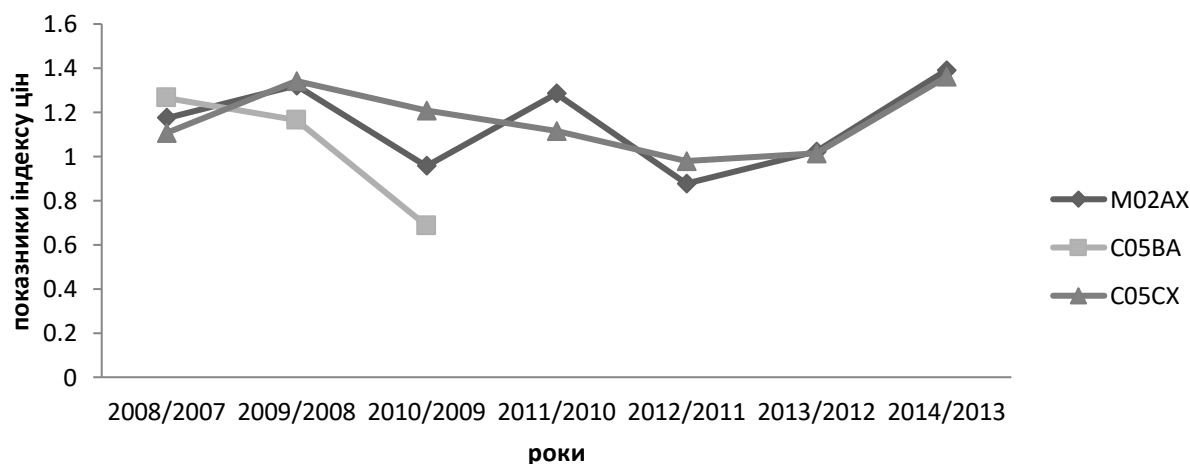


Рис. 1. Динаміка темпів росту цін на вітчизняні препарати груп противарикозної та капіляростабілізуючої дії, а також засобів, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болях за 2007-2014 рр.

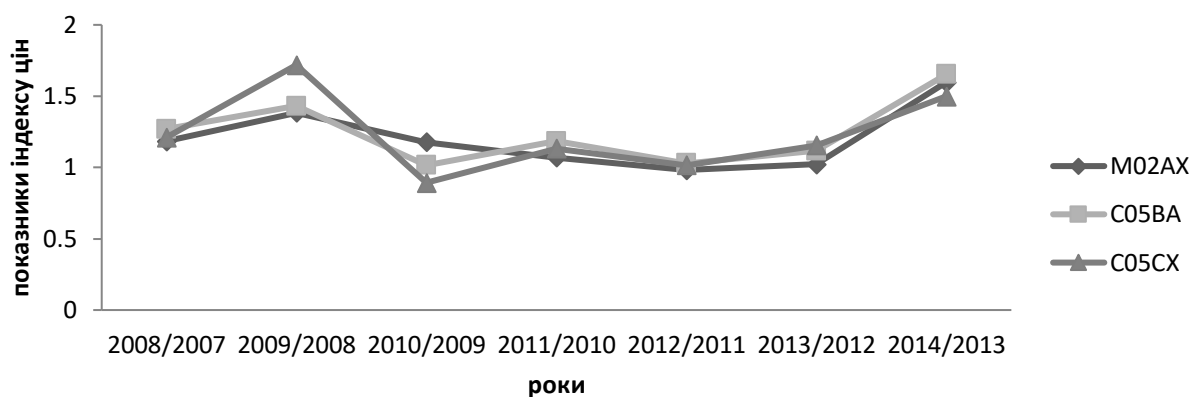


Рис. 2. Динаміка темпів росту цін на імпортні препарати груп противарикозної та капіляростабілізуючої дії, а також засобів, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болях за 2007-2014 рр.

Справедливо зазначити, що за період 2007-2014 рр. для усіх ЛП зазначених груп спостерігалось значне збільшення середніх оптових цін. Загальну тенденцію до збільшення цін можна пояснити домінуванням на вітчизняному фармацевтичному ринку імпортних ліків, вартість яких залежить від коливання курсу валют та специфіки вітчизняного виробництва ЛЗ, яке базується на застосуванні ЛЗ імпортних субстанцій.

Наступним етапом наших досліджень був аналіз коефіцієнту ліквідності ціни ( $C_{liq}$ ) (таблиця 2). Зазначений показник розраховувався за формулою:

$$C_{liq} = \frac{C_{max} - C_{min}}{C_{min}}, \quad (2)$$

де,  $C_{max}$  – ціна максимальна;

$C_{min}$  – ціна мінімальна.

Як відомо,  $C_{liq}$  відображає ступінь конкуренції на фармацевтичному ринку та деякою мірою характеризує доступність препарату. Результати аналізу показників коефіцієнту ліквідності представлено у таблиці 3. Значення  $C_{liq}$ , що перевищує значення 0,5 було відмічене у 2014 р. тільки на препарат з групи M02AX (засоби, що застосовуються при суглобових та м'язових болях) – мазь

Др. Тайсса з Окопником, мазь банка 100 г, № 1, компанії ТОВ «Натурпродукт-Вега», Україна, досліджуваний показник  $C_{liq}$  дорівнював 0,570.

У цілому для більшості ЛЗ  $C_{liq}$  цін не відрізнявся значними коливаннями, що характеризувало деякою мірою стан конкуренції на ринку як стабільний (таблиця 3).

Таблиця 3

Динаміка коефіцієнтів ліквідності ЛЗ за 2007-2014 рр.

АТС- код Рік	C05BA		C05CX		M02AX	
	Коефіцієнти ліквідності ( $C_{liq}$ )					
	імпортні	вітчизняні	імпортні	вітчизняні	імпортні	вітчизняні
2007	0,072	0,114	0,156	0,147	0,130	0,272
2008	0,191	0,179	0,199	0,191	0,167	0,262
2009	0,133	0,270	0,224	0,194	0,133	0,262
2010	0,196	0,343	0,167	0,157	0,204	0,226
2011	0,131	-	0,108	0,254	0,162	0,271
2012	0,142	-	0,187	0,251	0,282	0,153
2013	0,139	-	0,115	0,165	0,130	0,126
2014	0,145	0,138	0,177	0,185	0,191	0,407

У цілому результати аналізу динаміки  $C_{liq}$  за групами засобів, що застосовуються при варикозному розширенні вен, забоях та м'язових болях, свідчать про наявність тенденції до зменшення показника  $C_{liq}$  у більшості груп, що є наслідком стабільного рівня конкуренції у досліджуваному сегменті ринку.

Доступність ЛЗ є важливим показником ефективності фармацевтичного забезпечення населення, тому нами був проведений аналіз показників доступності за 2007-2014 рр. Доступність розраховувалась за формулою (1.3):

$$D = \frac{I_x \times Z_{\min}}{I_s \times V_k}, \quad (3)$$

де,  $I_x$  – індекс зміни середньої заробітної плати за визначений період;

$I_s$  – зведений індекс цін на лікарські препарати за той же період;

$Z_{\min}$  – мінімальна заробітна плата у країні;

$V_k$  – вартість споживчого кошика за досліджуваний період.

Даний показник було введено у 2002 р. науковцями кафедри організації та економіки фармації НФаУ під керівництвом професора Немченко А.С.



Згідно з даними літературних джерел встановлено, що для досягнення гарантованої державою межі доступності ЛЗ показник доступності повинен бути більшим за одиницю або дорівнювати одиниці ( $D \geq 1$ ) [5]. Розрахунки показників, а саме індексу зміни середньої заробітної плати, мінімальної заробітної плати, вартість споживчого кошика за 2007-2014 рр., здійснювались відповідно до даних Державної служби статистики України. Показник доступності був розрахований лише для тих препаратів, які були присутні на ринку протягом всього періоду, що досліджується (таблиця 4).

Результати розрахунків доступності на імпорتنі та вітчизняні ЛЗ наведені на рис. 3 та 4.

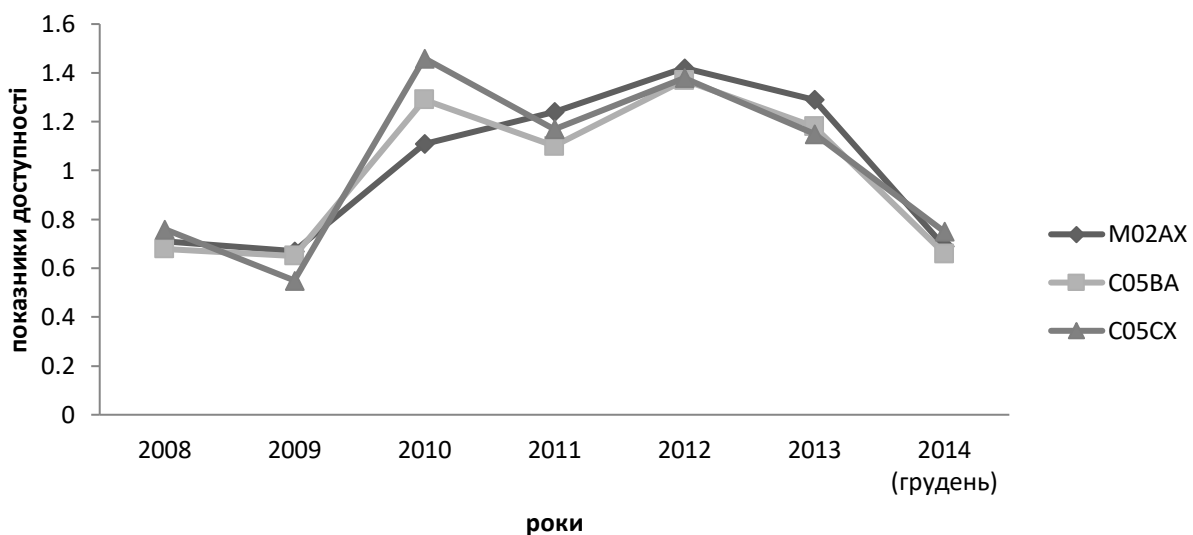


Рис. 3. Показники доступності на імпорتنі препарати груп противарикозної та капіляростабілізуючої дії, а також засобів, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болях за 2007-2014 рр.

В аналізі ЛЗ іноземного виробництва, було встановлено, що найбільш високі значення показників доступності мають препарати з групи C05BA – гепарин або гепариноїди для місцевого застосування та C05CX – інші капіляростабілізуючі засоби у період 2010-2014 рр.

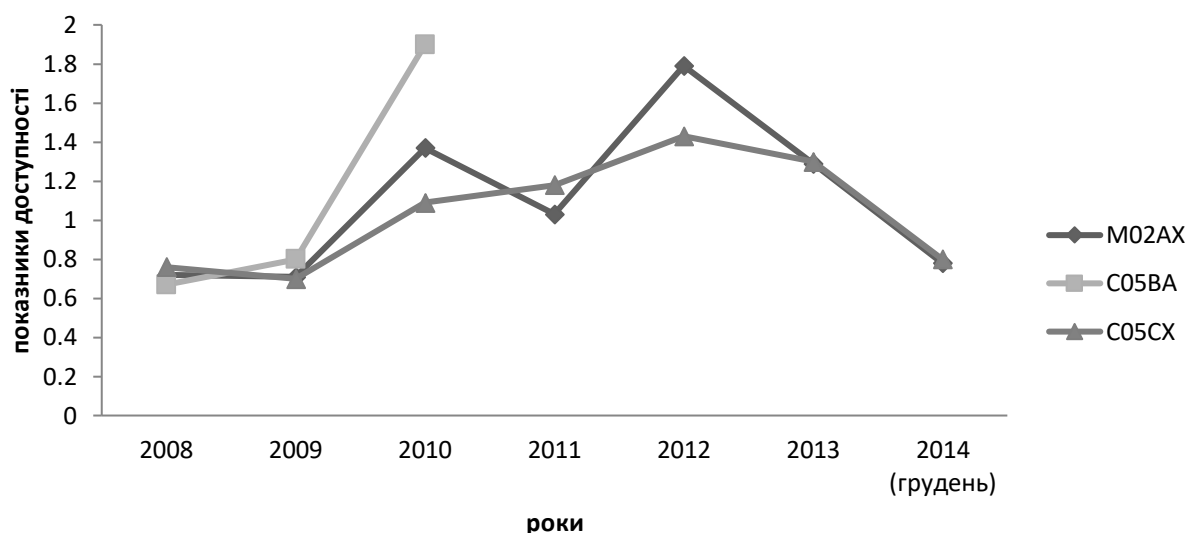


Рис. 4. Показники доступності на вітчизняні препарати груп противарикозної та капіляростабілізуючої дії, а також засобів, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болях за 2007-2014 рр.

Низькі показники доступності відмічаються у 2008-2009 рр., що є наслідком збільшення розміру мінімальної заробітної плати та наближенням її до вартості споживчого кошика. При цьому значення індексу росту цін на ЛЗ не перевищувало значення індексу росту середньої заробітної плати в Україні.

За весь період досліджень рівень доступності мав оптимальні показники (вищі 1) у період з 2010 до 2013 рр. У 2014 р. відмічається тенденція до значного зниження показників доступності, як для імпортованих, так і для вітчизняних препаратів, це пов'язано як зі значним зниженням рівня доходів населення, так і з стрімким зростанням курсу валют в зазначений період.

Для показників доступності на вітчизняні ЛП також характерна тенденція підвищення доступності у період з 2010-2013 рр. Максимальні показники доступності належать групі M02AX – засоби, що застосовуються місцево при суглобовому та м'язовому болю, доступність даної групи препаратів збільшилась у 2013 р. по відношенню до 2007 р. на 54,43%.

У середньому показник доступності за вітчизняними ЛЗ за 2014 р. склав 0,8, а за імпортованими – 0,7. Необхідно відмітити, що за період 2010-2014 рр. показники

доступності ЛЗ вітчизняного виробництва більші, ніж на ліки імпортного виробництва.

Таким чином, виходячи з результатів проведених досліджень, можна стверджувати, що в умовах фінансово-економічної кризи та низькій платоспроможності населення, зростає потреба у підвищенні конкурентоспроможності вітчизняного виробництва за групами препаратів противарикозної та капіляростабілізуючої дії шляхом впровадження програм імпортозаміщення, що в свою чергу сприятиме зростанню доступності препаратів даного сегменту ринку.

## **Висновки**

1. Розраховані показники темпів росту цін на ЛП у 2014 р. свідчать про значне збільшення оптових цін, яке можна пояснити домінуванням на вітчизняному фармацевтичному ринку імпортних ліків, вартість яких залежить від коливання курсу валют та специфіки вітчизняного виробництва ЛЗ, яке базується на застосуванні ЛЗ імпортних субстанцій.

2. У цілому результати аналізу динаміки  $C_{liq}$  за групами засобів, що застосовуються при варикозному розширенні вен, забоях та м'язових болях, свідчать про наявність тенденції до зменшення показника  $C_{liq}$  у більшості груп, що є наслідком стабільного рівня конкуренції у досліджуваному сегменті ринку.

3. Проведений аналіз показника соціально-економічної доступності (D) ЛЗ дає змогу стверджувати, що за весь період досліджень найбільш оптимальні значення ( $D \geq 1$ ) показника доступності відмічаються у період з 2010 до 2013 рр.

4. Значне зниження досліджуваного показника у 2014 р. пов'язано зі зниженням рівня доходів населення та значним зростанням курсу валют. У середньому показники доступності за вітчизняними ЛЗ за 2014 р. склав 0,8, а за імпортними – 0,7.

5. За період 2010-2014 рр. показники доступності ЛЗ вітчизняного виробництва вищі, ніж на ліки імпортного виробництва. Це свідчить про необхідність впровадження процесів імпортозаміщення груп препаратів противарикозної та капіляростабілізуючої дії, що у свою чергу дасть змогу

отримувати більш доступну фармацевтичну допомогу хворим на варикозне розширення вен та зменшить залежність вітчизняного фармфармацевтичного ринку від препаратів іноземного виробництва.

## Література

1. Богачев В.Ю. Системная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Современное состояние вопроса // РМЖ. – 2004. – № 17.
2. Державний реєстр лікарських засобів України. [Електронний ресурс]. - режим доступу: <http://vwww.drlz.kiev.ua/>
3. Золотухин И.А. Алгоритм лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Consilium-medicum. – 2005. – Т. 7, № 6.
4. Компендіум. [Електронний ресурс]. - режим доступу: <http://compendium.com.ua/>
5. Науково-методичні підходи до проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закупаються за державними цільовими програмами / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко, О.В. Коваленко, І.В. Кубарева // Фармац. журн. – 2011. № 1 – С. 13-18.
6. Савельев В.С., Кириенко А.Н., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы: мифы и реальность // Флебологическая. – 2000. – № 11. – С. 5–10.
7. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. – М.: Изд-во «Берег», 1999. – 128 с.
8. Eklof B. Revision of the CEAP classification/ 10 years after its introduction in 1994 // Medicographia. – 2006. – V. 28, № 2. – P. 175–180.

UDC 614.272.339:616.14-007.63

# PHARMACOECONOMIC EVALUATION OF DRUGS USED FOR TREATMENT OF VARICOSE VEINS AND INFLAMMATORY OF JOINT DISEASES

L.S. Simonjan, I.M. Grubnik

**Summary.** Studied growth rates of drug prices during the period from 2007 to 2014 and found that there is a significant increase in the wholesale prices, which can be explained by the dominance of imported drugs on the domestic pharmaceutical market, the cost of which depends on currency fluctuations and specificity of domestic production. Analysis of the socio-economic affordability allows to assert that for the entire period of research the optimal values of the availability index observed in the period from 2010 to 2013. A significant reduction of the studied indicator in 2014 associated with a decrease level of income and a significant increase in the exchange rate. On average availability rate for the domestic medicines in 2014 was 0.8, and for import – 0.7.

**Keywords:** pharmacoeconomics, varicose veins, availability of medicines.

УДК 614.272.339:616.14-007.63

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

Л.С. Симонян, И.М. Грубник

**Резюме.** Исследованы показатели темпов роста цен на лекарственные препараты в период с 2007 по 2014 и установлено, что наблюдается значительное увеличение оптовых цен, которое можно объяснить доминированием на отечественном фармацевтическом рынке импортных лекарств, стоимость которых зависит от колебания курса валют и специфики отечественного производства. Анализ показателя социально-экономической доступности позволяет утверждать, что за весь период исследований наиболее оптимальные значения показателя доступности отмечаются в период с 2010 до 2013 г. Значительное снижение исследуемого показателя в 2014 г. связано со снижением уровня доходов населения и значительным ростом курса валют. В среднем показатель доступности по отечественным лекарственными средствами в 2014 г составил 0,8, а по импортным – 0,7.

**Ключевые слова:** фармакоэкономика, варикозное расширение вен, доступность лекарственных средства.

Темпи росту (зниження) середніх оптових цін на препарати противарикозної та капіляростабілізуючої дії, та засобам які застосовуються місцево при суглобових та м'язових болях (станом на 2007-2014 рр.)

АТС - код	Торговельне найменування ЛЗ	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013
M02AX10	КОНТУЗИН ГЕЛЬ, гель туба 90 г, №1, Herbamed (Швейцарія)	-	-	-	-	-	1,056	1,353
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, мазь банка 100 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна.)	1,200	1,175	0,889	1,368	1,142	1,030	1,379
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, банка 50 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	1,209	1,276	0,912	1,115	0,970	1,014	1,402
M02AX10	РЕВМА-ГЕЛЬ, гель туба 50 г, Alpen Pharma AG (Швейцарія),	1,139	1,474	1,149	0,954	0,992	1,011	1,426
M02AX10	РЕВМА-МАЗЬ ІНТЕНСИВ ДР. ТАЙСС, мазь туба 50 мл, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна),	1,113	1,513	1,070	1,370	0,520	-	-
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С ГЕЛЬ, гель туба 50 г, №1, Heel (Німеччина),	-	-	-	-	-	1,091	1,811
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	1,217	1,410	1,279	0,997	0,958	0,961	1,770
M02AX10	ЦЕЛЬ Т, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	1,196	1,268	1,106	1,256	0,996	0,994	1,630
C05BA53	ВЕНОСАН БОСНАЛЕК, гель туба 40 г, Bosnalijek (Республіка Боснія-Герцеговина),	1,453	1,376	1,116	1,129	0,952	1,073	1,613
C05BA53	ВЕНІТАН® ФОРТЕ, гель туба 50 г, №1, Sandoz (Швейцарія)	1,085	1,485	0,914	1,241	1,109	1,158	1,692
C05BA53	ЕСФАТІЛ, гель туба 40 г, №1, Лубнифарм ПАО (Україна)	1,264	1,165	0,686	-	-	-	-
C05CX08	ВЕНІТАН®, гель 1 % туба 50 г, Sandoz (Швейцарія),	1,216	1,696	0,921	1,146	1,027	1,311	1,715
C05C 08	ВЕНІТАН®, крем туба 50 г Sandoz (Швейцарія),	1,096	1,691	0,909	1,163	1,038	1,258	1,685
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 30 г, №1, (Україна),	1,075	1,212	1,307	1,271	0,983	1,018	1,913
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 50 г, №1 (Україна)	-	-	-	1,081	0,997	1,002	1,004
C05CX10	ВЕНОСАЛ ПЛЮС ГЕЛЬ, Dr. Muller Pharma гель туба 100 г (Чеська Республіка)	-	1,951	0,869	0,915	-	-	-
C05CX10	ГЕРБІОН® ЕСКУЛУС, гель туба 40 г, KRKA (Словаччина)	1,439	1,772	0,866	1,457	0,965	1,165	1,382
C05CX51	АЕСЦИН, гель туба 40 г, Teva (Ізраїль),	1,062	1,599	0,975	1,013	1,037	1,019	1,033
C05CX51	ВЕНЕН ТАЙСС ГЕЛЬ, гель туба 100 мл Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	1,136	1,470	1,109	0,994	0,958	1,023	1,162
C05CX51	РЕПАРИЛ®-ГЕЛЬ Н, гель туба 40 г, №1 Rottapharm (Італія),	1,240	1,600	0,819	1,102	1,009	1,017	1,680

Динаміка показників ліквідності на препарати проти варикозної та капіляростабілізуючої дії, та засобам які застосовуються місцево при суглобових та м'язових болях ЛЗ (2007-2014 рр.)

АТС - код	Торговельне найменування ЛЗ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
M02AX10	КОНТУЗИН ГЕЛЬ, гель туба 90 г, №1, Herbamed (Швейцарія)	-	-	-	-	-	0,428	0,176	0,185
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, мазь банка 100 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна),	0,525	0,419	0,429	0,381	0,155	0,156	0,117	0,571
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, банка 50 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	0,129	0,159	0,187	0,161	0,177	0,152	0,136	0,158
M02AX10	РЕВМА-ГЕЛЬ, гель туба 50 г, Alpen Pharma AG (Швейцарія),	0,072	0,140	0,088	0,112	0,156	0,134	0,106	0,117
M02AX10	РЕВМА-МАЗЬ ІНТЕНСИВ ДР. ТАЙСС, мазь туба 50 мл, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна),	0,165	0,209	0,172	0,137	0,484	-	-	0,493
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С ГЕЛЬ, гель туба 50 г, №1, Heel (Німеччина),	-	-	-	-	-	0,728	0,124	0,350
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	0,166	0,206	0,168	0,170	0,171	0,149	0,135	0,164
M02AX10	ЦЕЛЬ Т, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	0,154	0,158	0,145	0,155	0,162	0,118	0,110	0,140
C05BA53	ВЕНОСАН БОСНАЛЕК, гель туба 40 г, Bosnalijek (Республіка Боснія-Герцеговина),	0,003	0,203	0,059	0,226	0,123	0,119	0,129	0,127
C05BA53	ВЕНІТАН® ФОРТЕ, гель туба 50 г, №1, Sandoz (Швейцарія)	0,141	0,180	0,207	0,167	0,140	0,167	0,150	0,163
C05BA53	ЕСФАТІЛ, гель туба 40 г, №1, Лубнифарм ПАО (Україна)	0,115	0,179	0,271	0,343	-	-	-	0,138
C05CX08	ВЕНІТАН®, гель 1 % туба 50 г, Sandoz (Швейцарія),	0,146	0,197	0,414	0,198	0,116	0,145	0,141	0,186
C05CX08	ВЕНІТАН®, крем туба 50 г Sandoz (Швейцарія),	0,150	0,202	0,161	0,196	-0,148	0,402	0,123	0,387
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 30 г, №1, (Україна),	0,161	0,212	0,246	0,173	0,191	0,179	0,180	0,189
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 50 г, №1 (Україна)	-	-	-	-	0,388	0,170	0,170	0,212
C05CX10	ВЕНОСАЛ ПЛЮС ГЕЛЬ, Dr. Muller Pharma гель туба 100 г (Чеська Республіка)	-	0,318	0,163	0,181	0,205	-	-	0,056
C05CX10	ГЕРБІОН® ЕСКУЛУС, гель туба 40 г, KRKA (Словаччина)	0,144	0,144	0,205	0,131	0,137	0,094	0,084	0,127
C05CX51	АЕСЦИН, гель туба 40 г, Teva (Ізраїль),	0,153	0,168	0,152	0,142	0,156	0,104	0,082	0,132
C05CX51	ВЕНЕН ТАЙСС ГЕЛЬ, гель туба 100 мл Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	0,134	0,170	0,142	0,143	0,184	0,174	0,146	0,157
C05CX51	РЕПАРИЛ®-ГЕЛЬ Н, гель туба 40 г, №1 Rottapharm (Італія),	0,187	0,170	0,191	0,155	0,185	0,191	0,150	0,176

Аналіз показників доступності на препарати проти варикозної та капіляростабілізуючої дії, та засобам які застосовуються місцево при суглобових та м'язових болях ЛЗ (станом на 2007-2014 рр.)

АТС - код	Торговельне найменування ЛЗ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
M02AX10	КОНТУЗИН ГЕЛЬ, гель туба 90 г, №1, Herbamed (Швейцарія)	-	-	-	-	-	1,25	0,81
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, мазь банка 100 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна,)	0,71	0,80	1,47	0,96	1,23	1,28	0,80
M02AX10	МАЗЬ ДР. ТАЙССА З ОКОПНИКОМ, банка 50 г, №1, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	0,70	0,73	1,43	1,17	1,45	1,30	0,78
M02AX10	РЕВМА-ГЕЛЬ, гель туба 50 г, Alren Pharma AG (Швейцарія),	0,74	0,64	1,14	1,37	1,41	1,31	0,77
M02AX10	РЕВМА-МАЗЬ ІНТЕНСІВ ДР. ТАЙСС, мазь туба 50 мл, Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна),	0,76	0,62	1,22	0,96	2,70	-	-
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С ГЕЛЬ, гель туба 50 г, №1, Heel (Німеччина),	-	-	-	-	-	1,21	0,61
M02AX10	ТРАУМЕЛЬ С, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	0,70	0,66	1,02	1,31	1,46	1,37	0,62
M02AX10	ЦЕЛЬ Т, мазь туба 50 г, Heel (Німеччина)	0,71	0,74	1,18	1,04	1,41	1,33	0,67
C05BA53	ВЕНОСАН БОСНАЛЕК, гель туба 40 г, Bosnalijek (Республіка Боснія-Герцеговина),	0,58	0,68	1,17	1,16	1,47	1,23	0,68
C05BA53	ВЕНІТАН® ФОРТЕ, гель туба 50 г, №1, Sandoz (Швейцарія)	0,78	0,63	1,43	1,05	1,27	1,14	0,65
C05BA53	ЕСФАТІЛ, гель туба 40 г, №1, Лубнифарм ПАО (Україна)	0,67	0,80	1,90	-	-	-	-
C05CX08	ВЕНІТАН®, гель 1 % туба 50 г, Sandoz (Швейцарія),	0,70	0,55	1,42	1,14	1,37	1,01	0,64
C05CX08	ВЕНІТАН®, крем туба 50 г Sandoz (Швейцарія),	0,77	0,55	1,44	1,13	1,35	1,05	0,65
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 30 г, №1, (Україна),	0,79	0,77	1,00	1,03	1,43	1,30	0,63
C05CX08	ЕСКУВЕН, Тернопільська ФФ гель 1 % туба 50 г, №1 (Україна)	-	-	-	1,21	1,41	1,32	0,84
C05CX10	ВЕНОСАЛ ПЛЮС ГЕЛЬ, Dr. Muller Pharma гель туба 100 г (Чеська Республіка)	-	0,48	1,50	1,43	-	-	-
C05CX10	ГЕРБІОН® ЕСКУЛУС, гель туба 40 г, KRKA (Словаччина)	0,59	0,53	1,51	0,90	1,45	1,13	0,79
C05CX51	АЕСЦИН, гель туба 40 г, Teva (Ізраїль),	0,80	0,59	1,34	1,29	1,35	1,30	1,06
C05CX51	ВЕНЕН ТАЙСС ГЕЛЬ, гель туба 100 мл Натурпродукт-Вега ТОВ (Україна)	0,75	0,64	1,18	1,32	1,46	1,29	0,94
C05CX51	РЕПАРИЛ®-ГЕЛЬ Н, гель туба 40 г, №1 Rottapharm (Італія),	0,68	0,59	1,59	1,19	1,39	1,30	0,65



## РОЗДІЛ II. ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. СТАТТІ ЗАРУБІЖНИХ НАУКОВЦІВ

УДК: 005.95/96:615.1

### ОЦЕНКИ БАЗОВЫХ ЛИЧНОСТНО-ДЕЛОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СОТРУДНИКОВ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

К. В. Пузанкова, И.М. Яковлева

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Белгородский национальный исследовательский университет», г. Белгород, ул. Победы, 85, Россия

[c.semenova@yandex.ru](mailto:c.semenova@yandex.ru)

**Резюме.** Представлені результати дослідження базових особистісно - ділових компетенцій співробітників аптечних організацій із застосуванням методів парних порівнянь, експертної оцінки, інтерв'ювання, анкетування. Виявлено особистісно-ділові компетенції, що дозволяють фармацевтичному працівнику найбільш успішно справлятися зі своїми трудовими обов'язками.

**Ключові слова:** особистісно-ділові компетенції, експертна оцінка, метод парних порівнянь.

**Вступление.** Определяя миссию своей организации, стратегию развития, основные цели и задачи, руководство неизбежно встает перед определением основной (ключевой) компетенции организации, которая отражает ресурсы и возможности бизнеса, обеспечивающие его конкурентоспособность. Деловые компетенции сотрудников определяют требования к профессиональным навыкам и социальным их характеристикам, призванных реализовать основную компетенцию компании для выполнения миссии организации.

Во многих фармацевтических организациях именно деловым компетенциям отводится важная роль в управлении персоналом, так как в настоящее время огромное внимание уделяется требованиям к качественному обслуживанию и квалифицированной фармацевтической помощи. Именно деловые компетенции позволяют фармацевтическому работнику наиболее эффективно справляться со своими трудовыми обязанностями, в некоторых

случаях найти компромисс с посетителем аптеки в каких-либо ситуациях, а также наиболее качественно и быстро оказать фармацевтическую помощь, поэтому развитию деловых компетенций у работников аптек отводится немаловажная роль.

**Цель исследования** - определение комплекса деловых компетенций работников аптек, которые позволяют успешно выполнять свои трудовые обязанности, добиваться высоких результатов в работе.

**Методы и материалы.** В качестве методов оценки деловых качеств фармацевтических работников были выбраны следующие: метод анкетирования, интервьюирования, метод парных сравнений, экспертная оценка.

Объектами исследования стали сотрудники и руководители аптечных организаций Белгородской области.

**Результаты исследования.** На первом этапе исследования деловых компетенций был проведен опрос 30 сотрудников аптек и 10 руководителей фармацевтических организаций «Что такое компетенции? Какими компетенциями, на ваш взгляд, вы обладаете?» Результаты исследования выглядят следующим образом:

-40% респондентов считают, что компетенции – это те знания и навыки, необходимые для эффективной работы в какой-либо отрасли;

-60% опрошенных при характеристике термина компетенции предпочтение отдают личностным качествам, таким как дисциплинированность, ответственность, а также совокупность опыта и навыков в какой-либо сфере деятельности. Далее было проведено интервьюирование вначале сотрудников первого стола, а затем руководителей аптечных организаций, с целью определения наиболее значимых для них компетенций. Для этого сотрудникам было дано задание: перечислить наиболее приоритетные для них деловые компетенции, которыми должен обладать каждый сотрудник аптечной организации для наиболее эффективного выполнения работы.

Проанализировав перечень компетенций, которыми, по мнению респондентов, должны обладать работники аптек, были выделены 12 наиболее

значимых деловых качеств фармацевтических работников. Это такие качества, как контактность, уверенность в себе, способность к обучению (обучаемость), ответственность, дисциплинированность и организованность, командность, лидерство, нацеленность на результат, гибкость в общении, стаж и уровень знаний, активность, коммуникабельность.

На следующем этапе выявления наиболее приоритетных деловых компетенций аптечных работников, на основании выбранных работниками аптек деловых качеств, с помощью разработанных анкет, путем ранжирования были выявлены 6 качеств, которые, по мнению сотрудников первого стола, помогают успешно выполнять трудовые обязанности. Это уверенность в себе, стаж и уровень знаний, гибкость в общении, способность к обучению, нацеленность на результат и лидерство.

Анкетирование, проведенное среди 10 руководителей фармацевтических организаций, показало, что наиболее приоритетными качествами, которыми должен обладать подчиненный для более эффективной трудовой деятельности, являются следующие: способность к обучению, нацеленность на результат, стаж и уровень знаний, ответственность, уверенность в себе, дисциплинированность и организованность.

Далее с помощью метода парных сравнений [1,2] было проведено ранжирование и выбор наиболее значимых деловых компетенций фармацевтов – первостольников.

Для проведения метода парных сравнений была создана группа экспертов среди сотрудников первого стола в количестве 10 человек (таблица 1).

Таким образом, с помощью метода парных сравнений, экспертами были выделены наиболее значимые деловые компетенции для работников фармацевтических организаций: уверенность в себе, стаж и уровень знаний и способность к обучению.

Таблица 1

**Метод парных сравнений деловых компетенций фармацевтов -  
первостольников**

	Уверен- ность в себе	Стаж и уровень знаний	Способ - ность к обучению	Нацелен- ность на результат	Лидерство	Гибкость в общении	Итог в бал -лах
Уверенность в себе		0	0	2	2	1	55
Стаж и уровень знаний	2		1	2	2	2	99
Способность к обучению	2	1		2	2	1	88
Нацеленность на результат	1	0	0		2	1	44
Лидерство	0	0	0	0		1	1
Гибкость в общении	1	0	0	1	2		44

Также, благодаря этому методу, было проведено ранжирование деловых компетенций, которыми должен обладать подчиненный для эффективной трудовой деятельности, экспертной группой из 10 руководителей фармацевтических организаций (табл. 2).

Исходя из вышеуказанного, руководители фармацевтических организаций, считают наиболее приоритетными деловыми качествами своих подчиненных стаж и уровень знаний, обучаемость, нацеленность на результат и ответственность.

При проведении данного исследования у 10 сотрудников первого стола и у 10 руководителей аптечных организаций были выявлены некоторые совпадения в полученных результатах: и первостольники, и руководители аптек единогласно выделяют такие компетенции, как стаж и уровень знаний и способность к обучению. Далее мнения разделяются: сотрудники первого стола считают, что для наиболее успешной трудовой деятельности фармацевтам также необходимы такие качества, как уверенность в себе, в то время как руководители аптек хотят видеть в своих подчиненных, помимо обучаемости, стаж и уровень знаний, еще и нацеленность на результат и ответственность.

Таблица 2

### **Метод парных сравнений деловых компетенций руководителей аптечных организаций**

	Нацеленность на результат	Стаж и уровень знаний	Обучаемость	Ответственность	Дисциплинированность и организованность	Уверенность в себе	Итог в баллах
Нацеленность на результат		1	0	1	1	1	4
Стаж и уровень знаний	2		1	1	2	2	8
Обучаемость	2	1		1	2	2	8
Ответственность	2	0	0		1	1	4
Дисциплинированность и организованность	1	0	0	1		1	3
Уверенность в себе	1	0	0	1	1		3

Таким образом, проанализировав полученные результаты исследований методом парных сравнений деловых компетенций экспертными группами сотрудников первого стола и руководителей аптек, совместив мнения экспертов, были выделены следующие деловые компетенции: уверенность в себе, стаж и уровень знаний, способность к обучению, нацеленность на результат, ответственность.

Оценка деловых компетенций позволяет определить их уровень развития для того, чтобы наиболее эффективно использовать кадровый потенциал организации, а также помочь руководителю подобрать именно такую команду, которая будет способна достигать стратегические и реальные цели организации.

### **Литература.**

1. Володина, Н. Модель компетенций – это не сложно/Н. Володина//Kadrovik. – 2007. - №6. – С. 26 – 29
2. Круглова, М. Методики оценки: сравнительный анализ/М. Круглова//Кадровая служба и управление персоналом предприятия. – 2010. - №7. – С. 66 – 75.

UDC 005.95/96:615.1

## ASSESSMENT OF THE BASIC PERSONALITY- BUSINESS COMPETENCE EMPLOYEES OF PHARMACY

K. Puzankova , I. Yakovleva

**Resume.** The results of the study of basic personality - business competencies of staff pharmaceutical organizations using methods of paired comparisons, peer review, interviews, questionnaires. Identified personality - business competence, allowing pharmaceutical workers most successfully cope with their work responsibilities.

**Keywords:** personal – business competence, expert evaluation, the method of paired comparisons.

УДК: 005.95/96:615.1

## ОЦЕНКИ БАЗОВЫХ ЛИЧНОСТНО-ДЕЛОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СОТРУДНИКОВ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

К. В. Пузанкова, И. М. Яковлева

**Резюме.** Представлены результаты исследования базовых личностно-деловых компетенций сотрудников аптечных организаций с применением методов парных сравнений, экспертной оценки, интервьюирования, анкетирования. Выявлены личностно-деловые компетенции, позволяющие фармацевтическому работнику наиболее успешно справляться со своими трудовыми обязанностями.

**Ключевые слова:** личностно-деловые компетенции, экспертная оценка, метод парных сравнений.

## РАЗРАБОТКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

И. В. Спичак, О. В. Белоусова, Е. А. Белоусов, В. О. Бондаренко

Белгородский государственный национальный исследовательский  
университет, г. Белгород

[spichak@bsu.edu.ru](mailto:spichak@bsu.edu.ru)

**Резюме.** У статті представлені результати медико-соціального дослідження споживачів, які користуються продукцією ЗАТ «Евалар», проведеного на базі аптечної мережі «Аптечний дім». Була складена оригінальна анкета, що включала 20 питань. Проведено опитування 368 відвідувачів аптек. Розроблено медико-соціальний портрет споживача продукції, прихильності до товарів ЗАТ «Евалар».

**Ключові слова:** Біологічно активні добавки, медико-соціальний портрет, платоспроможність.

**Вступление.** В настоящее время выявляемые нарушения рациона питания современного человека объективно регистрируют снижение пищевой ценности продуктов, необходимость ограничения количества потребляемой пищи на фоне гиподинамии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около трети населения планеты подвержена дефициту витаминов и минералов, который носит круглогодичный характер и нуждается в обязательной коррекции, в частности путем внедрения в рацион питания человека биологически активных добавок [1].

С целью формирования лояльности потребителей, создания оптимального ассортимента товаров в аптечных учреждениях, актуальным является разработка детализированного медико-социального портрета потребителя БАД и его предпочтений.

**Цель:** разработка медико-социального портрета потребителя БАД (на примере, производимых компанией ЗАО «Эвалар».

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 368 посетителей аптечной сети «Аптечный дом» г. Белгорода в возрасте от 20 до 58 лет. Составлена оригинальная анкета, включавшая 20 вопросов. Проведен опрос методом анкетирования, в ходе которого определился медико-социальный портрет потребителя товаров компании ЗАО «Эвалар». Также была изучена приверженность к тем или иным группам товаров покупателей, отношение к своему здоровью, образу жизни и пристрастие к вредным привычкам.

Концепция анкеты включает несколько блоков вопросов.

1) определение медико-социальных характеристик посетителя; 2) степень приверженности пациентов к биологически активным добавкам, 3) отношение к собственному здоровью; 4) ценностные приоритеты готовности платить за аптечные товары ту или иную сумму, отношение к самолечению и способности взять на себя ответственность за самолечение.

Второй блок вопросов анкеты касался доступности фармацевтической помощи, лояльности к аптечному учреждению, его внутренней атмосферы и наружного оформления, отношения к работнику аптеки.

Часть анкеты посвящена изучению образа жизни покупателей, в связи с чем подробно проанализированы ответы анкетированных о наличии вредных привычек.

**Результаты и обсуждение.** По результатам опроса получена медико-социальная характеристика посетителей аптеки. 66,5% из них принадлежит женскому полу, 33,5% - мужскому, 64,8% респондентов состоят в браке, 10,7% - никогда не состояли в браке, 24,5% -разведены.

Анализ ответов показал, что 59,7% опрошенных имели высшее образование, 25,2% - среднее специальное образование, 15,1% - среднее. Большая часть ответивших на вопрос является служащими (58,2%). Доля предпринимателей и рабочих - (18% и 11,4% соответственно), 7,8%- студенты, 4,6% -безработные.

Была проанализирована численность семьи респондентов (число людей, с которыми респондент проживает или совместно ведет хозяйство – имеет общие



доходы и расходы). Большинство опрошенных живут вдвоем 43,4%, вчетвером (19,8%) и вдвоем (28,3%).

С целью детализации социально-экономического статуса потребителей товаров компании ЗАО «Эвалар» проанализированы ответы об их среднемесячных доходах. У большинства он составил до 15 тыс. рублей (47%), до 30 тыс. рублей (29%) и до 50 тыс. рублей (24%).

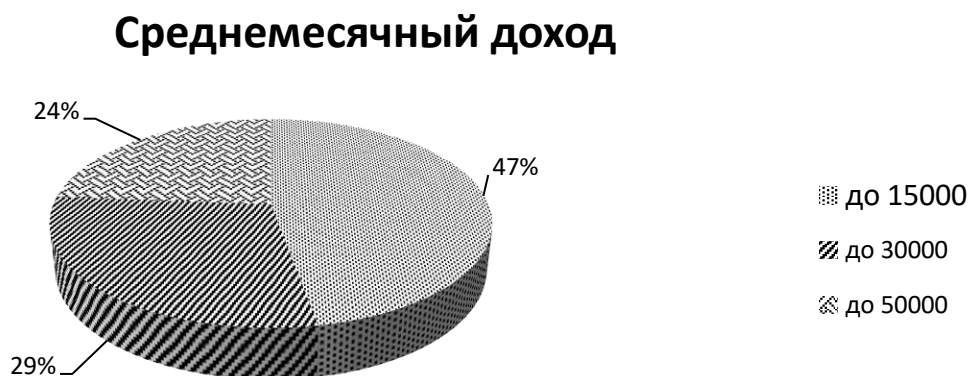


Рис. 1 Результаты оценки платежеспособности потребителей биологически активных добавок, производимых ЗАО «Эвалар»

Выявлено, какой процент ежемесячного совокупного дохода семья готова тратить на лекарства и медицинские услуги для членов семьи. До 5% готовы тратить 58,7% респондентов, 6-10% - 33,3% респондентов, 8%- свыше 10% своего дохода.

Большинство респондентов (95,1%) субъективно оценивает свое здоровье как хорошее или удовлетворительное. Однако у половины ответивших имеются хронические заболевания(52,5). Обращаются за фармацевтической помощью в аптеку не чаще 2 раз в месяц (61,4% респондентов), более 2 раз-23,2%, менее 1 раза-15,4% посетителей.

С развитием фармацевтической отрасли и появлением на рынке новых лекарственных препаратов, с возрастанием риска полипрагмазии, был задан вопрос о количестве принимаемых препаратов. Выяснилось, что 54,9% опрошенных регулярно не принимает лекарственных препараты, 34,8% - принимают 1 –2 лекарственных препарата, 6,9% от 3 до 5, 3,4% - от 6 до 10.

Заданы вопросы об образе жизни опрошенных и о наличии вредных привычек. Ответы респондентов относительно образа жизни показали, что большая часть респондентов оценили свою физическую активность как умеренную и невысокую (44,3% и 27,9% соответственно). Выяснилось, что только 24,6% респондентов не курит, а 15,8% - бросили курить, 25,7%-никогда не курили. Среди курящих у 22% стаж 5-8 лет, у 43% - стаж 8-15 лет, по 16% отметили свой стаж курени как 16-25 лет и более 25 лет.

Большинство опрошенных (83,5%) считает, что наибольшая ответственность за собственное здоровье лежит лично на них, 8,2% респондентов полагают, что на системе здравоохранения, 8,3% ответивших считают ответственным за собственное здоровья государство.

Нас интересовало, какое место отводят собственному здоровью в собственной иерархии жизненных ценностей респонденты. Выяснилось, что 62,5% опрошенных ставят собственное здоровье на 1 первое место, 24,5% – отводят ему второе место, 11,7% - третье, 1,3% - четвертое.

**Выводы.** Портрет посетителя аптеки - потребителя БАД: женщина, состоит в браке(64,8%), имеет высшее образование (59,7%), служащая (58,2%), семья состоит из трех человек (43,4%), с доходом в месяц до 15 тыс. рублей (47%), из которых 9% она может потратить и тратит на лекарственные товары и фармацевтические услуги для себя и членов семьи. Покупатель оценивает свое здоровье как удовлетворительное, он обращается за фармацевтической помощью в аптеку не чаще 2 раза в месяц.

Потребители биологически активных добавок считают себя лично ответственными за сохранение и укрепление собственного здоровья, выбирая среди своих приоритетов здоровый образ жизни и ставя его на 1 место в собственной шкале иерархии ценностей.

Результаты исследования положены в основу формирования ассортимента аптечного предприятия, который будет способствовать удовлетворению платежеспособного спроса населения, привлечения новых и развитию старых клиентов.

## **Литература:**

1. Гичев. Ю.Ю. Руководство по микронутриентологии. Роль и значение биологически активных добавок к пище. - М.: «Триада-Х», 2006. – 345 с

UDC: 614.27.007

## **DEVELOPMENT OF SOCIAL HEALTH PORTRAIT OF CONSUMERS OF BIOLOGICAL ACTIVE ADDITIVES**

**I. Spichak, O. Belousova, E. Belousov, V. Bondarenko**

**Resume.**The article presents the results of medical and social research of consumers who use the products of JSC "Evalar" conducted on the basis of the pharmacy network "Pharmacy house". Was composed original questionnaire including 20 questions. Conducted a survey of 368 visitors to pharmacies. Developed medical and social portrait of the consumer products, commitment to the goods CJSC "Evalar".

**Keywords:** Dietary supplements, medical and social portrait solvency.

УДК: 614.27.007

## **РАЗРАБОТКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК**

**И. В. Спичак, О. В. Белоусова, Е. А. Белоусов, В. О. Бондаренко**

**Резюме.** В статье представлены результаты медико-социального исследования потребителей, пользующихся продукцией ЗАО «Эвалар», проведенного на базе аптечной сети «Аптечный дом». Была составлена оригинальная анкета, включавшая 20 вопросов. Проведен опрос 368 посетителей аптек. Разработан медико-социальный портрет потребителя продукции, приверженности к товарам ЗАО «Эвалар».

**Ключевые слова:** Биологически активные добавки, медико-социальный портрет, платежеспособность .

**СОСТОЯНИЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН**

К.М. Елшибекова, А.Р. Шобабаева, С.В. Хименко

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

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**[e.karla.m@mail.ru](mailto:e.karla.m@mail.ru)**

**Вступление:** Главной задачей Программы по развитию фармацевтической промышленности на 2010-2014 гг. (Астана, 2010) является модернизация действующих фармацевтических производств и строительство новых фармацевтических предприятий, а также обеспечение отрасли квалифицированными кадрами [1]. Решением Министерства здравоохранения РК казахские производители должны были перейти на стандарт GMP к концу 2014 года. Внедрение этого стандарта – важный шаг к существенному повышению качества выпускаемой продукции, способной конкурировать на международном фармацевтическом рынке. Развитие отечественного фармацевтического производственного сектора – сложный, трудоемкий, дорогостоящий и в то же время необходимый для обеспечения здоровья и благополучия казахов процесс. Обсуждая результаты развития и проблемы функционирования фармацевтического сектора экономики, нередко недооценивают одну из главных составляющих функционирования отрасли – фармацевтические кадры.

Эффективная работа предприятия во многом зависит от персонала и определяется уровнем его профессионализма, образованности и компетентности, высококвалифицированным менеджментом. Персонал является основным потенциалом предприятия, той неотъемлемой частью, внутренним

движущим ресурсом, благодаря которому осуществляется достижение поставленных стратегических целей.

Разумеется, при постановке задачи кадрового обеспечения высокотехнологичного производства в первую очередь возникает необходимость следования целям компании на рынке, под которые уже выбираются критерии формирования коллектива, структура штатного расписания производства и других служб организации. Чем серьезнее намерения, чем инновационнее проект – тем профессиональнее требуется команда и тем тщательнее следует производить отбор кадров. Если ведется речь о лидерстве фармацевтической отрасли, то без кадрового обеспечения ее деятельности осуществить это маловероятно. Более того, это должны быть максимально квалифицированные кадры, способные заниматься новыми технологиями, разработками и исследованиями, комплексом производственных задач, самим воспроизводством кадров.

**Цель:** Анализ состояния обеспеченности фармацевтическими кадрами фармацевтических производств в РК и в странах Таможенного Союза.

**Методы и материалы:** логического обобщения, экономико-статистического и сравнительного анализа. В качестве информационной базы использовались нормативно-правовые документы, официальные статистические материалы о состоянии и развитии фармацевтической промышленности РК.

**Результаты исследования.** Фармацевтический рынок Республики Казахстан представляет собой важный сектор экономики и является критерием её экономического и социального развития, уровня благосостояния населения. Развитую фармацевтическую промышленность страны считают показателем высокой инновационности её экономики. В современных условиях фармацевтика стала наиболее прибыльной индустрией, что привлекает инвесторов. В настоящее время проблемой является дефицит квалифицированных кадров в фармацевтической промышленности, а также относительно высокие затраты для подготовки опытных специалистов. Производители лекарственных средств РК предлагают улучшить подготовку

кадров в этой области: финансировать обучение за рубежом и привлекать иностранных специалистов (особенно с опытом GMP), сделав это одним из национальных приоритетов [2].

В докладе Международной фармацевтической федерации (FIP) «Глобальный доклад FIP о фармацевтических кадрах и их миграции: призыв к действию», приуроченном ко Всемирному Дню здоровья (7 апреля 2006 г.), приведены программы непрерывного профессионального развития и повышения квалификации для фармацевтов, и затрагиваются следующие актуальные проблемы: распределение фармацевтических работников; недостаточная численность и неравномерное распределение фармацевтов по странам и профессиональному направлению; регулирующие положения, подготовка и сертификация специалистов.

Анализ трудоустройства выпускников фармацевтических факультетов и институтов в мировой практике показывает, что более 50% выпускников фармацевтических факультетов медицинских ВУЗов устраиваются работать в промышленности и научных организациях.

Главную тему 71-го Конгресса Международной фармацевтической федерации (3–8 сентября 2011 г.) можно представить следующим образом: «Пренебречь безопасностью и качеством – значит встать на рискованный путь». Имеется в виду безопасность и качество работы специалистов в сфере лекарственного обеспечения, а не только самих препаратов. Т.е. основным направлением признано обеспечение безопасности пациентов путем надлежащего выполнения специалистами своих обязанностей в разработке, производстве, обеспечении качества и распределении лекарств [3]. Современная фармацевтическая технология принципиально изменилась. Работа фармацевтических предприятий регламентируется профессиональным кодексом «Надлежащая производственная практика» (GMP). С учетом этих изменений в 80 % высших фармацевтических учебных заведений мира готовят специалистов по направлению «Промышленная фармация». Особо следует выделить консорциум европейских университетов (ULLA) для обучения специалистов в

области фармацевтических наук, основной целью которого является расширение сотрудничества в области образования и научных исследований в фармации между европейскими университетами [4].

За 20 лет независимости Казахстана фармацевтическая отрасль прошла большой путь. Были трудности, допускались ошибки, в бизнес приходили случайные люди. Но сегодня сформирован значительный потенциал для развития фармацевтической деятельности и повышения ее уровня до мировых стандартов. В ходе рыночных реформ в отрасли, к сожалению, уделялось недостаточно внимания вопросам подготовки фармацевтических кадров, не проводился анализ потребности действующих фармацевтических предприятий в специалистах. Поэтому затруднительно назвать точную цифру потребности в них. В программе по развитию фармацевтической промышленности РК на 2010-2014 годы (постановление Правительства РК от 4 августа 2010 г. №791) определена потребность в квалифицированных ресурсах при реализации крупных инвестиционных проектов в фармацевтической промышленности на 2012-2014 годы: всего - 427, в том числе с высшим образованием - 169, со средним – 258. По мнению Ассоциации Международных фармацевтических производителей, в РК, для подготовки более 400 специалистов требуется государственная поддержка в виде квот и образовательных грантов [5].

В настоящее время практика свидетельствует, что для фармацевтической отрасли РК требуются следующие фармацевтические специалисты: для аптечной службы - информаторы, менеджеры, в меньшей степени – технологи и аналитики; фармацевтическим производствам – менеджеры, технологи, аналитики, в меньшей степени – информаторы; административно- контрольной службе (государственной, казенной) – организаторы, информаторы, аналитики, инспекторы; медицинским подразделениям требуются информаторы, организаторы. Очевидно, что наибольшая потребность в организаторах, информаторах и технологах.

В Российской Федерации согласно стратегии «Фарма-2020», потребность в высококвалифицированных кадрах, необходимых для реализации

инновационного сценария развития фармацевтической отрасли, покрыта только на 10%, и в период до 2015 г. необходимо подготовить и привлечь для работы в инновационной сфере 10-11 тыс. специалистов (3500 исследователей – химиков и биологов, 1,550 тыс. специалистов по доклиническим и клиническим испытаниям, 2 тыс. технологов, 3,950 тыс. менеджеров инновационной и научной сферы, в т.ч. 450 - имеющих опыт работы в индустриальной науке на международном уровне). В принятой федеральной целевой программе (ФЦП) в качестве одного из показателей социально-экономической эффективности ее реализации значится создание 10 тыс. новых высокотехнологичных рабочих мест, что согласуется с оценкой потребности в кадрах, фигурирующей в стратегии. В то же время число специалистов, которые должны быть подготовлены в 2011-2020 гг., снижено в ФЦП до 5 тыс. и относится, по-видимому, к результатам проведения курсов повышения квалификации и переподготовки кадров, запланированного в ФЦП за счет внебюджетных средств. Логично предположить, что остальные специалисты должны быть подготовлены прежде всего за счет бюджетных ресурсов и привлечены в инновационную сферу со студенческой скамьи.

Помимо решения проблемы подготовки кадров для инновационной сферы, важную задачу для фармацевтической промышленности представляет также ликвидация кадрового дефицита как такового. Он является, с одной стороны, следствием естественной смены поколений работников отрасли, с другой – результатом процессов модернизации и строительства новых фармацевтических предприятий, которые достаточно активно протекали в новом столетии. Несмотря на очевидную актуальность изучения этого вопроса, пока никому не удалось достаточно точно рассчитать число специалистов, работающих в отрасли, не говоря уже о планировании потребности в кадрах в долгосрочной перспективе. В стратегии «Фарма - 2020» РФ указывается на то, что в фармацевтической промышленности в настоящее время работает 65 тыс. человек. Иногда называются и более значительные цифры – до 100 тыс. Дефицит



кадров на уже действующих предприятиях с учетом сферы R&D различными экспертами оценивается в диапазоне от 10 до 30 тыс. человек [6].

В фармацевтической отрасли Республики Беларусь занято более 8 тысяч специалистов разного уровня и широкого спектра квалификации. Ежегодно их число пополняется за счет дополнительного выпуска учебными заведениями порядка 500 молодых специалистов, что создает устойчивую основу для кадровой подпитки новых производств и сегментов отрасли.

Таблица 1

Трудовые ресурсы фармацевтической отрасли  
Республики Беларусь в 2012 г.

<b>Трудовые ресурсы</b>	
Всего специалистов, чел.	<b>8303</b>
Ежегодный выпуск студентов фармацевтического профиля, чел.	<b>500</b>
Специалисты, занимающиеся НИОКР, чел.	<b>372</b>
Специалисты научной степенью, чел.	<b>58</b>

Фармацевтическая отрасль Республики Беларусь отличается серьезной конкурентоспособностью в части оплаты труда. Для сравнения, средняя заработная плата специалистов отрасли за 2012 года составила 477 долл. США, что на 12% и 46% меньше, чем в Казахстане и в России соответственно [7].

В настоящее время в Республике Казахстан осуществляют фармацевтическую деятельность 11149 объектов: фармацевтических производств - 108, аптечных складов - 1781, аптек – 7074, аптечных пунктов - 1205, аптечных киосков - 454, магазинов и отделов оптики - 423, магазинов МТ и ИМН – 104 [7]. При этом на долю 6 наиболее крупных фармацевтических заводов приходится более 90% всех выпускаемых в Казахстане лекарств в денежном выражении. Отечественное предприятие: Santo Member of Polpharma Group, торговое название АО «Химфарм», образовалась в 2011 году с поступлением инвестиций группы Polpharma, которые были направлены на

обновление и модернизацию данного фармацевтического производства. ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм», АО «Нобел АФФ», фармацевтические компании «Ромат», ТОО «Нур-Май Фармация», ТОО «Карагандинский фармацевтический комплекс» сегодня представляют собой предприятия полного производственного цикла.

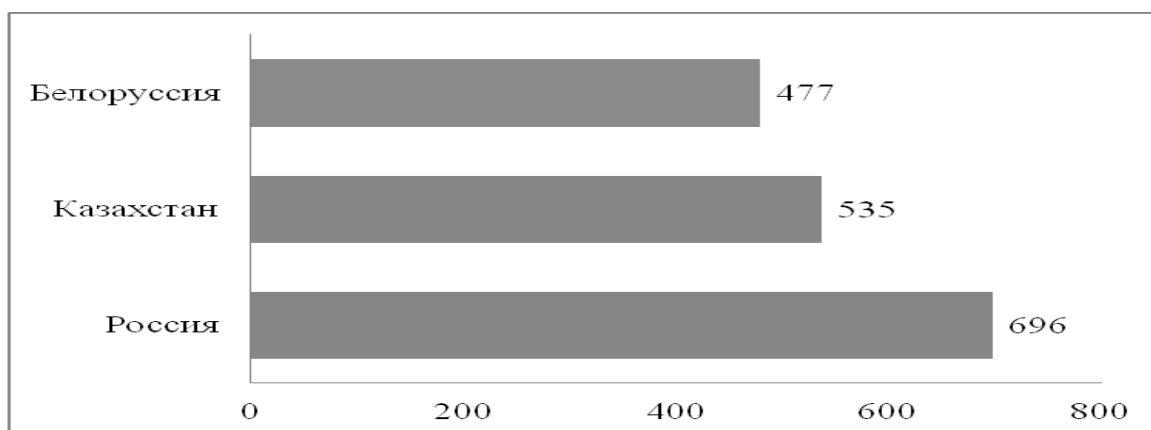


Рисунок 1 - Средняя заработная плата в долл. США специалистов фармацевтической отрасли стран ТС за 2012 год

Таблица 2

Обеспеченность провизорами на 10 тыс. населения (данные ВОЗ)

Страны	Показатель обеспеченности									
	2009		2010		2011		2012		2013	
Индикаторы	Общее кол-во фарм. работников.	Численность фарм. работников на 10 тыс. населения	Общее кол-во фарм. работников.	Численность фарм. работников на 10 тыс. населения	Общее кол-во фарм. работников.	Численность фарм. работников на 10 тыс. населения	Общее кол-во фарм. работников.	Численность фарм. работников на 10 тыс. населения	Общее кол-во фарм. работников.	Численность фарм. работников на 10 тыс. населения
Казахстан	12230	8,27	12651	8,6	*	*	*	8,3	*	8,3
Россия	11521	1	11521	0,8	*	*	*	0,8	*	0,8
Беларусь	3053	3,2	2994	3,1	*	*	*	3,1	*	3,1

\*Данные отсутствуют

По данным ВОЗ, в странах Таможенного Союза отмечается дефицит фармацевтических работников по сравнению с другими странами [8].

Нами был проведен анализ численности и структуры персонала фармацевтических предприятия ТОО «Нур-Май Фармация», ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм» и ТОО «ФитОлеум» за период 2011-20133 гг.

Таблица 3

Динамика численности персонала за период 2011 – 2013 гг. ТОО «Нур-Май Фармация», ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм», ТОО «ФитОлеум»

Годы	Численность персонала, чел., в том числе			
	Общая численность	Руководители	Специалисты	Остальные
<b>ТОО «Нур-Май Фармация»</b>				
2013	68	10	23	35
<b>ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм»</b>				
2011	141	27	30	84
2012	171	26	46	99
2013	208	29	52	127
<b>ТОО «ФитОлеум»</b>				
2011	50	11	11	31
2012	50	11	8	31
2013	50	10	10	30

Как показал анализ, численность персонала ТОО «Нур-Май Фармация» составляет на начало 2014 года 68 человек так, как завод заново был запущен в 2013 году. Численность персонала ТОО «Абди Ибрахим Глобал Фарм» увеличилась по сравнению с 2010 годом на 67 человек и на начало 2014 года составила 208 человек.

Численность персонала ТОО «ФитОлеум» на 2010 год составило 50 человек; по сравнению с 2010 годом численность персонала на начало 2014 года не изменилось.

На данном предприятии нами была определена потребность в специалистах с высшим фармацевтическим образованием, таких, как фармацевт,

фармацевт-технолог, фармацевт-аналитик и инспектора по международным стандартам.

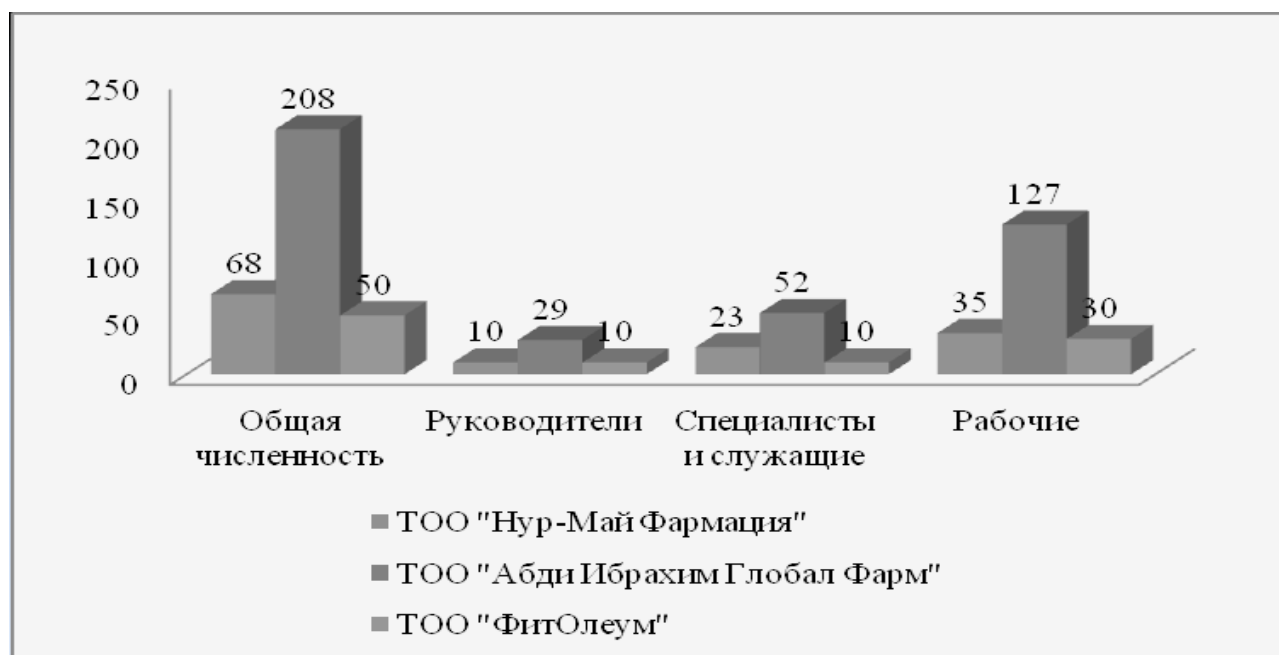


Рисунок 2 - Структура персонала фармацевтических производств РК за 2013 г.

Данные, представленные на рис. 1, свидетельствуют о том, что основную долю в структуре работающего персонала составляют рабочие: ТОО «Нур-Май Фармация» - 35 или 51 %, ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм» - 127 или 61 % и ТОО «ФитОлеум»- 30 или 60 % от общей численности всех работников. Численность административно-управленческого персонала: ТОО «Нур-Май Фармация» - 10 или 15 %, ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм» - 29 или 14 % и ТОО «ФитОлеум»- 10 или 20 %; специалисты и служащие - ТОО «Нур-Май Фармация» - 23 или 34 %, ТОО«Абди Ибрахим ГлобалФарм» - 52 или 25 % и ТОО «ФитОлеум» – 10 или 20 %.

Организация и функционирование производства и системы обеспечения качества лекарственных препаратов во многом зависят от персонала. Производители фармацевтических препаратов должны соблюдать правила надлежащей производственной практики (GMP) и обеспечивать такой уровень процесса производства и всех связанных с производством процессов, который будет гарантировать выпуск высококачественного, эффективного и безопасного

продукта. Предприятие должно иметь достаточное количество работников соответствующей квалификации. Служебные обязанности каждого работника должны быть оформлены документально и осознаны. Все работники также должны знать принципы GMP, относящиеся к сфере их деятельности, и проходить первичное и повторное обучение в полном объеме, в том числе правилам личной гигиены [6]. С этой целью фармацевтические предприятия Республики Казахстан проводят повышение квалификации и обучение сотрудников по мере необходимости. В ТОО «Нур-Май Фармация», ТОО «Абди Ибрахим ГлобалФарм» и ТОО «ФитОлеум» сотрудники прошли специализацию по международному стандарту «Надлежащая производственная практика» (GMP) за рубежом и с участием приглашенных иностранных специалистов.

Таблица 4

Обучение специалистов по международному стандарту «Надлежащая производственная практика» (GMP) за 2013 г.

Предприятия		
	Общая численность	Специализация по международному стандарту Надлежащая производственная практика (GMP)
ТОО «Нур-Май Фармация	68	10
ТОО«Абди Ибрахим ГлобалФарм»	50	6
ТОО «ФитОлеум»	208	119

Современные условия промышленного производства фармацевтической продукции с его сложным оборудованием и научно-исследовательской базой потребовали подготовки специалистов с новым профессиональным мировоззрением и подходами к производству лекарств, способных осуществлять не только технологический процесс и контроль за ним, но и проводить маркетинговые исследования, разрабатывать мероприятия по охране труда и окружающей среды, участвовать в проектировании новых производств, планировать организационные мероприятия по управлению качеством

продукции, участвовать в разработке и проведении валидационных исследований и т.д.

Основным поставщиком кадров для фармацевтической отрасли Республики Казахстан остаются отечественные высшие учебные заведения, которые должны в условиях современной, постоянно развивающейся науки готовить и выпускать профессионалов в области фармацевтической технологии. Одним из лидеров в этом направлении является Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова.

В 2011 году по инициативе и при непосредственном участии руководства КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова на фармацевтическом факультете была открыта специальность «Технология фармацевтического производства» с лицензированным объемом приема 100 человек. Это первая специальность, открытая университетом на основании классической специальности «Фармации», которая будет стимулом к созданию различных направлений в подготовке кадров фармацевтической отрасли.

Задачей внедрения данной специальности стала подготовка специалистов широкого профиля для производственной, научно-технической и организационно-руководящей деятельности в сфере производства лекарственных средств и биофармации. На сегодняшний день подготовкой специалистов в данном направлении осуществляет Южно-Казахстанская фармацевтическая академия (г. Шымкент) и КарГУ им. ак. Е.А. Букетова (г. Караганда), но в условиях постоянно развивающегося рынка фармации необходимость в высококвалифицированных кадрах растет в геометрической прогрессии. И используя все свои преимущества, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова может выйти в лидеры по подготовке кадров специальности «Технология фармацевтического производства».

### **Литература**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 августа 2010 года № 791 «О программе по развитию фармацевтической промышленности РК на 2010-2014 годы»

2. Маркетинговый обзор по фармацевтической промышленности РК - [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.inti.kz>
3. Мешковский А.П. Хайдарабад – 71-й конгресс Международной фармацевтической федерации // Еженедельник «Аптека». – 2011. –№ 43. – С. 322–371.
4. Пятигорская, Н.В. Непрерывное образование специалистов фармацевтической отрасли /Пятигорская Н.В., Мешковский А.Л., Аладышева Ж.И. // Новости GMP. – №1. – 2012 – С. 5-8.
5. Проблема фармацевтических кадров. Возможные пути решения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.generic.kz>
6. Журнал "Ремедиум" № 6 (2011) - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru>
7. Преимущества инвестирования в фармацевтическую отрасль Беларуси - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://investinbelarus.b>
8. Всемирная статистика здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who>

## **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА**

И. В. Спичак, О. В. Белоусова, Е. А. Белоусов, Д. И. Ястребинская  
Белгородский государственный национальный исследовательский  
Университет, г. Белгород, Российская Федерация

[spichak@bsu.edu.ru](mailto:spichak@bsu.edu.ru)

**Резюме.** У статті представлені результати фармакоеконічного аналізу застосування лікарських засобів для алергічного риніту в лікувально-профілактичних установах міста Белгорода. Виявлені терапевтично ефективні та економічно вигідні комбінації груп для лікування даної нозології.

**Ключові слова:** алергічний риніт, фармакоеконіка, терапія.

**Вступление.** Аллергический ринит – заболевание, которое клинически проявляется зудом в носу и чиханием, сопровождающимся появлением водянистого отделяемого из носа, першением в горле, заложенностью носа, зудом глаз и слезотечением. Все эти симптомы аллергического ринита появляются вскоре после контакта слизистой носа с аллергенами [1].

По данным эпидемиологических исследований, от 10 до 25% населения страдает сезонным или круглогодичным аллергическим ринитом.

По статистике в лечебно-профилактические учреждения обращается только от 0,1 до 0,4% населения.

Постоянно заложенный нос и прочие симптомы аллергического ринита, беспокоят пациентов каждый день, способствуют их невротизации, а также снижению их физической и профессиональной активности, создавая плохой сон. Этим самым очень понижается качество жизни больных аллергическим ринитом[2].

В настоящее время фармакотерапия АР предусматривает использование значительного количества ЛС. Из-за большого разнообразия ЛП на фармацевтическом рынке России и врач, и пациент, страдающий ринитом,



испытывают затруднения при назначении и выборе ЛС. Актуальным является анализ назначений ЛС при лечении АР с позиций фармакоэкономики и формирования списков ЛП оптимальных, с точки зрения «фармакотерапевтическая эффективность-цена», для врачей поликлиник.

**Цель исследования:** фармакоэкономический анализ ассортимента лекарственных средств (ЛС) для терапии аллергического ринита.

**Объекты исследования:** 100 амбулаторных карт пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в поликлинике № 1 г. Белгорода с диагнозом АР в период с 1 марта по 15 сентября 2014 года.

**Методы исследования:** контент-анализ, структурный, графический, АВС-анализ, функционально-стоимостной анализ.

**Результаты исследования.** Рост заболеваемости аллергическим ринитом наблюдается в начале мая и держится на протяжении трех месяцев.

На представленном графике (рис.1) видно, что более 60% пациентов составляют трудоспособную часть населения. Поэтому для сокращения экономических затрат особенно важно проводить рациональную терапию аллергического ринита.

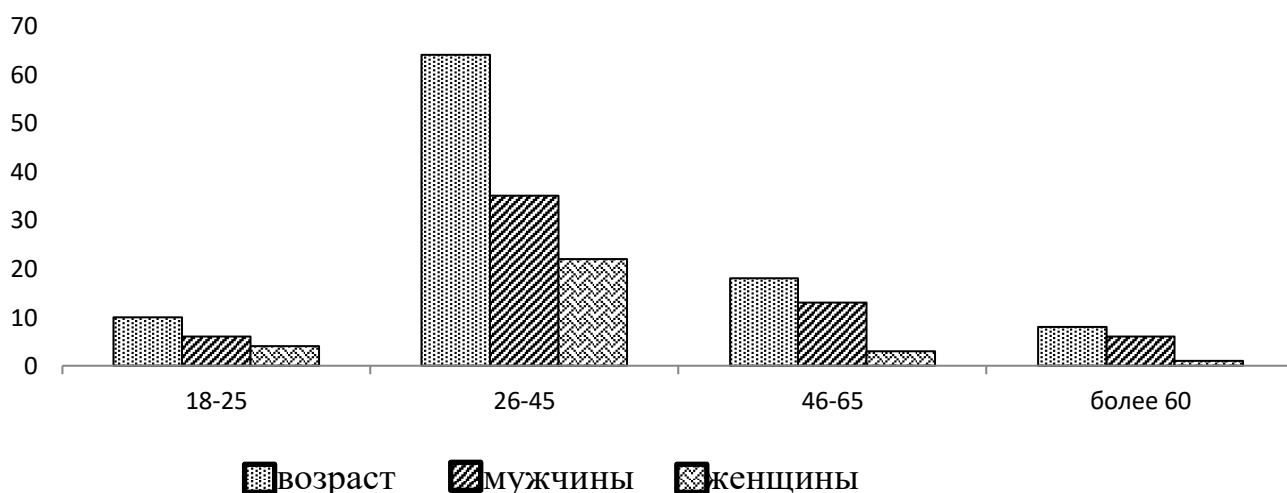


Рис. 1. Градация больных по возрасту и полу

На первом этапе с помощью контент-анализа амбулаторных карт пациентов сформирован информационный массив лекарственных средств, назначаемых при АР в амбулаторных условиях, который включает 14ЛП по МНН, 19 торговых наименований, количество упаковок ЛП – 51.

Проведен структурный анализ ассортимента ЛС по АТХ-классификации. Выявлено, что структуру ассортимента формируют 4 группы ЛС, применяемых для лечения аллергического ринита. Среди них лидирующую позицию занимают «Антигистаминные препараты системного действия» (R06), на которую приходится 52,6% в общем объеме ассортимента ЛС. На втором месте - «Деконгестанты и другие назальные препараты» (R01)- 26,3% по количеству наименований, на третьем месте «Глюкокортикостероиды», они занимают 15,8%.

На следующем этапе исследования проведен ABC- анализ ассортимента лекарственных средств с целью ранжирования лекарственных препаратов по частоте назначений.

В ходе анализа проведен расчет коэффициента назначения (Кн) путем определения доли назначений каждого препарата. Ранжирование ЛП проведено по степени убывания Кн.

Определение групп по частоте назначения осуществлено по принципу Парето с определением часто назначаемых (А), средне назначаемых (В), редко назначаемых (С) препаратов (табл. 1).

*Таблица 1*

**Результаты ABC - анализа ассортимента по частоте назначений ЛС при АР у взрослых в условиях поликлиники**

Группа	Значение Кн	Кол-во наименований ЛС
А (часто назначаемые)	27,6-9,8	7
В (средне назначаемые)	9,79-3,93	8
С (редко назначаемые)	Менее 3,92	4

Так, выявлено, что к «часто назначаемой» группе «А» относятся 7 ЛП (Кн от 27,6 до 9,8): Цетрин 10 мг №30, Эриус 5 мг №10, Зодак 10 мг №30, Зиртек 10 мг №7, Кромогексал 15 мл, Аква Марис 30 мл, Виброцил 15 мл.

«Средне назначаемую» группу «В» формируют 8 ЛП (Кн 9,79-3,93): Кларитин 10 мг №30, Тафен 50 мкг/доза 10 мл, Лоратадин 10 мг №30,

Диазолин 100 мг №10, Телфаст 120 мг №10, Синупрет 100 мл, Кестин 20 мг №10, Долфин №30.

«Редко назначаемую» группу «С» составляют 4 ЛС с Кн менее 3,92: Супрастин 25 мг №20, Насобек 200 доз, Тавегил 1 мг № 20, Лазолван рино 10 мл.

На следующем этапе исследования проведен АВС-анализ ассортимента ЛС по денежным затратам, связанным с приобретением ЛП на курс лечения.

Информационной базой о стоимости лекарственных препаратов служили прайс-листы фармацевтических дистрибьюторов региона: ЗАО НПК «Катрен» г. Воронеж и ЗАО ЦВ «Протек» г. Курск, а также программное обеспечение «Аналит-фармация»

Сумма затрат определена как произведение стоимости ЛС и числа упаковок ЛС на курс лечения за выбранный промежуток времени. С целью сегментирования ассортимента ЛС по затратам на приобретение назначенных врачом ЛС при АР осуществлено ранжирование ЛП с выделением групп препаратов: высоко затратные (А), средне затратные (В), низко затратные (С) (табл. 2).

В ходе анализа установлено, что группу «высоко затратных» ЛС формируют 7 препаратов, удельный вес которых в общих затратах составляет 50,3%. К этой группе относятся препараты: Эриус 5 мг №10, Кромогексал 15 мл, АкваМарис 30 мл, Виброцил 15 мл, Тафен 10 мл, Телфаст 120 мг №10, Кестин 20 мг №10.

В группу «средне затратных» входят 5 ЛС, на которые приходится 38,7% в общих затратах. Такие препараты, как Кларитин 10 мг №30, Синупрет №50, Долфин №30, Лазолван рино 10 мл.

Группу «низко затратных» составляют 7 ЛС с долей в общих затратах 11,5%. Среди них Цетиризин 10 мг №30, Зодак 10 мг №30, Лоратадин 10 мг №30, Диазолин 100 мг №10, Супрастин 25 мг №20, Насобек 200 доз, Тавегил 1 мг №20.

**Результаты ABC-анализа ассортимента ЛС по затратам на курс  
лечения у взрослых в условиях поликлиники**

Группа	Кол-во ЛП	Затраты на курс лечения, руб.	Удельный вес, %
А (высоко затратные)	7	5380,38	50,23%
В (средне затратные)	8	4119,948	38,27%
С (низко затратные)	4	1238,42	11,50%
Итого	19	10738,748	100%

**Выводы.** Таким образом, в ходе анализа определена структура ассортимента ЛС, назначаемых для лечения АР в амбулаторных условиях, выявлены группы препаратов повышенного спроса, а также осуществлена сегментация ассортимента по затратам на курс лечения. Результаты положены в основу разработки формулярных списков ЛС для лечения аллергического ринита.

**Литература:**

1. Горячкина Л.А., Передкова Е.В., Храмова Е.В. Поллинозы. Учебное пособие для врачей. Москва, 2004. С.24.
2. Лопатин А.С. Медикаментозное лечение полипозного риносинусита // Consilium medicum. 2002. № 9. С. 461–468.

UDC 614.2:339.138:615.2:616.211-002

**PHARMACOECONOMIC RESEARCH AS A METHOD OF ESTIMATING  
THE EFFECTIVENESS OF THERAPY ALLERGIC RHINITIS**

I. Spichak , O. Belousova, E. Belousov, D. Yastrebinskii

**Resume.** The article presents the results of pharmacoeconomic analysis of taking medication for allergic rhinitis in medical institutions of the city of Belgorod. Revealed a therapeutically effective and cost-effective combination treatment groups for this nosology.

**Keywords :** allergic rhinitis, pharmacoeconomics , therapy.

УДК: 614.2:339.138:615.2:616.211-002

**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК  
СПОСОБ ОЦЕНКИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА**

И. В. Спичак, О. В. Белоусова, Е. А. Белоусов, Д. И. Ястребинская

**Резюме.** В статье представлены результаты фармакоэкономического анализа применения лекарственных средств для аллергического ринита в лечебно-профилактических учреждениях города Белгорода. Выявлены терапевтически эффективные и экономически выгодные комбинации групп для лечения данной нозологии.

**Ключевые слова:** аллергический ринит, фармакоэкономика, терапия.

## **РОЗДІЛ III. ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

### **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СИСТЕМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ І АТЕСТАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ**

Артюх Т.О.

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

[Uef-ipksf@mail.ru](mailto:Uef-ipksf@mail.ru)

Гармонізація нормативно-правової бази України відповідно до стандартів та вимог GMP, GDP і GPP Європейського Союзу пов'язана з рядом проблем. Не виключенням стали й питання, пов'язані з системою післядипломної освіти фармацевтичних кадрів, яка є невід'ємною складовою концепції безперервної фармацевтичної освіти. Реалізація цієї концепції надає можливість підвищувати рівень професійної підготовки спеціалістів фармації шляхом впровадження досягнень науково-технічного прогресу в фармації та інших галузях. Таку пильну увагу якості підготовки спеціалістів фармації надають саме у фармацевтичній галузі тому, що від якості підготовки персоналу аптечних закладів, їх професійних знань, умінь, навичок напряду залежить рівень забезпечення населення якісними лікарськими засобами. Проте в розвитку системи післядипломної фармацевтичної освіти є ще ряд проблемних питань, які потребують науково обґрунтованих рекомендацій. Особливої уваги заслуговує атестація спеціалістів фармації, яка передбачає визначення рівня професійної підготовки провізорів та підвищення їх кваліфікації.

Саме на етапі атестації на отримання чи підтвердження кваліфікаційної категорії виникає найбільше проблем. Проведені анкетні опитування виявили широке коло таких проблем. Нами були проведені соціологічні опитування серед спеціалістів фармації з 8 регіонів України, які обіймають різні посади та мають різні категорії та передбачають їх отримання у майбутньому. Респондентами, зокрема, було відмічено, що ускладнює роботу та отримання (підтвердження)

кваліфікаційної категорії необхідність проходження атестації з різних фармацевтичних спеціальностей. Особливо це стосується провізорів-організаторів, які втрачають свою категорію як організатори при переведенні їх на рядову посаду, не зважаючи на те, що вони мають глибокі знання з усіх фармацевтичних дисциплін, що дозволяли їм обіймати керівну посаду.

По-друге, потрібно зазначити й проблеми при формуванні атестаційних комісій, які працюють при регіональних Державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів. Оскільки, як відмітили спеціалісти фармації, до складу комісій, на жаль, можуть входити й фахівці інших професій і галузей, тобто вони не мають достатньої компетенції стосовно фармацевтичної галузі, проте мають можливість впливати на результати атестації з вірогідною наявністю некомпетентних рішень.

Респондентами також було зазначено, що на якість рішень також впливає і є важливим такий чинник, як кількість представників від підприємства.

На додаток до вищезазначеного була виявлена також нагальна потреба у виділенні не менш важливих проблем і, насамперед, проблем негативної мотивації самих працівників до підвищення своєї кваліфікації, які не тільки часто змушені самотійно сплачувати за курси підвищення кваліфікації, а й суміщати курси з основною роботою за спеціальністю.

Не додає спеціалістам фармації позитивної мотивації й відсутність матеріального підтвердження наявності кваліфікаційних категорій, оскільки у сучасних умовах для багатьох працедавців це не є підґрунтям для підвищення оплати праці чи кар'єрного росту. Підбиваючи підсумок, можна сказати, що розвиток системи післядипломної освіти вимагає ретельного аналізу й розробки оптимальних моделей на основі синтезу вітчизняного і закордонного досвіду як стосовно самого процесу проведення атестації спеціалістів фармації, так і підвищення рівня їх мотивації до отримання кваліфікаційних категорій на законодавчому рівні, а також урахування їх особливостей діяльності, зокрема у міській та сільській місцевостях.

# АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Рыбченко Ю.В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава  
России, г. Москва, Россия

[uvr91@mail.ru](mailto:uvr91@mail.ru)

Фенилкетонурия (ФКУ) является актуальной проблемой здравоохранения в Российской Федерации и в других странах мира.

ФКУ представляет собой генетическое заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, связанное с нарушением метаболизма аминокислот. При этом до 1 % случаев ФКУ представлено атипичными формами, связанными с мутациями в других генах, отвечающих за кодирование ферментов, обеспечивающих синтез кофактора фенилаланингидроксилазы – тетрагидробиоптерина (ВН4).

Клиническая картина заболевания развивается уже спустя 2-3 недели после рождения и к шестимесячному возрасту у ребенка формируются необратимые изменения ЦНС.

Появление лекарственных методов лечения ФКУ представляет особый интерес, так как на текущий момент основным терапевтическим методом является диетотерапия. В 2007 г. Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (FDA) был одобрен лекарственный препарат (ЛП) Куван, который является первым препаратом, способным обеспечить организм ВН4 у больных ФКУ, позволяя тем самым снизить инвалидизацию, смертность и повысить качество жизни больных.

Недавно данный ЛП был зарегистрирован на территории РФ. Его введение в практику приведет к росту затрат и нагрузки на бюджет здравоохранения,



вместе с тем, повысит эффективность лечения ФКУ. Согласно зарубежным исследованиям, при диетотерапии уровень фенилаланина в крови снижается на 9%, а при использовании Кувана данный показатель достигает 44%. В связи с этим возникает необходимость разработки методических подходов к созданию модели лекарственного обеспечения больных с ФКУ.

Целью данного исследования является разработка методических подходов к созданию модели лекарственного обеспечения больных с ФКУ.

В ходе исследования использовались следующие методы: информационный поиск проводился в базах данных ЦНМБ, Medline, Pubmed и в сети Интернет, затраты-эффективность, затраты-полезность.

Согласно опубликованным данным, ФКУ встречается в 2 из 10000 новорожденных в Европе, у 1 из 10000 в Российской Федерации.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 все формы заболевания включены в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

В ходе информационного поиска был найден ряд статей, посвященных практике лечения ФКУ как в России, так и за рубежом.

Проведенный анализ показал, что во многих странах, наряду с диетотерапией и симптоматической фармакотерапией, широко применяется ЛП Куван, целесообразность применения которого доказана фармакоэкономическими исследованиями, в то время как в РФ такие фармакоэкономические исследования отсутствуют.

Таким образом, разработка методических подходов с использованием моделирования для больных с ФКУ с целью оптимизации лекарственного обеспечения населения РФ является актуальной проблемой.

## АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ І МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Вакуленко Д.В., Чешева М.В., Должнікова О.М.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[uef-ipksf@mail.ru](mailto:uef-ipksf@mail.ru)

Альтернативні методи лікування все більше стають затребувані в умовах щорічного неухильного збільшення випадків проявів лікарської хвороби, погіршення екології тощо. Одним з таких методів є гомеопатія. Сучасні наукові джерела свідчать, що гомеопатичний метод лікування у всьому світі нині став суттєво задіяним варіантом альтернативного вибору для загальної профілактики захворювань (10,9%), а також лікування гострих (21,8%) і хронічних хвороб (67,3%).

У країнах Європи гомеопатичні лікарські засоби (ГолЗ) регулярно використовують у своїй практиці від 30 до 80 % лікарів; ряд таких засобів включено до переліку лікарських препаратів, що оплачуються за рахунок страхової медицини.

В Україні також спостерігається тенденція до більш активного залучення ГолЗ до офіційної медицини. Це пояснюється активним попитом з боку населення. Можна припустити, що спостережуване підвищення попиту на ГолЗ обумовлено низкою чинників, таких, наприклад, як безпека, ефективність та доступна ціна. Для підтвердження цього факту нами були проведені соціологічні дослідження серед споживачів, які звернулися до гомеопатичної аптеки з рецептами на ГолЗ екстемпорального виготовлення від лікарів-гомеопатів.

Метою наших досліджень було вивчення мотивації відвідувачів аптечних закладів до вживання гомеопатичних ліків та, зокрема, їх ставлення до екстемпоральних ГолЗ.

Для реалізації мети досліджень нами були застосовані методи анкетних опитувань, аналізу, синтезу, кластерного аналізу тощо.

Анкетне опитування було проведено серед 297 споживачів гомеопатичних аптек на протязі 2014 р. з 3 регіонів України (Полтавська, Одеська, Харківська області). Вивчення базувались на певному алгоритмі дій, який передбачав у створенні анкети наявність як закритих, так і відкритих питань, що дозволяло вивчати власні думки опитуваних. Загалом за анкетною було опрацьовано біля 2079 питань.

Дані оброблялись за допомогою спеціально створеної програми PSPPD (program for statistical processing of personal data), яка дає можливість отримати результати статистичної обробки експериментальних даних з урахуванням специфіки проведеного дослідження.

В процесі наших досліджень за методом кластерного аналізу було розподілено усіх респондентів, що користувалися ГоЛЗ екстемпорального виготовлення на 4 групи, за соціальним статусом.

Було встановлено, що першу групу складають респонденти, які працюють і мають постійний прибуток (67,00%).

Наступна група – пенсіонери (18,86%), що найчастіше використовують ГоЛЗ у практиці лікування хронічних захворювань.

Остання група складається з безробітних та студентів(14,14%), які мають обмежені економічні можливості.

Також доцільно зауважити, що з усіх опитуваних респондентів значна частина (62,63%) – споживачі з вищою освітою.

Таким чином, проведені дослідження показали існування попиту на ГоЛЗ екстемпорального виготовлення серед різних верств населення з різним рівнем прибутку, що має важливе соціальне значення з огляду на економічне становище в Україні.

Тому, за умов впровадження вітчизняної системи медичного страхування доцільним може бути включення ГоЛЗ екстемпорального виготовлення до переліку лікарських засобів, що компенсуються за рахунок страховика.

# АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Яковлєва Л.В., Портянко М.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Антигіпертензивні препарати першого ряду є одними з найбільш затребуваних в кардіологічній практиці. Це пов'язано з широкою розповсюдженістю гіпертонічної хвороби як в Україні так і в інших країнах світу. До того ж лікування гіпертонічної хвороби потребує постійного прийому лікарських препаратів у більшості випадків не одного, а декількох, які впливають на різні патогенетичні ланки розвитку хвороби.

Мета даної роботи – провести аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування гіпертонічної хвороби на фармацевтичному ринку України у 2014 році.

За АТС-класифікацією до представників групи С – «Засоби, що впливають на серцево-судинну систему» відносяться: блокатори  $\beta$ -адренорецепторів (група С07А), антагоністи кальцію (група С08), інгібітори АПФ (група С09А), прості препарати антагоністів рецепторів ангіотензину II (група С09С) та сечогінні препарати (група С03).

Для досягнення поставленої мети було використано структурний, логічний, порівняльний та маркетинговий методи аналізу. Асортимент препаратів для лікування гіпертонічної хвороби в Україні визначали, використовуючи дані інформаційно-пошукової системи дослідження ринку «Фармстандарт» компанії «Моріон» (за станом на листопад 2014 року).

На фармацевтичному ринку України у 2014 році визначено 848 препаратів першого ряду для лікування гіпертонічної хвороби. Серед них група С07А «Блокатори  $\beta$ -адренорецепторів» була представлена 9 міжнародними непатентованими назвами (МНН), на основі яких створено 150 монопрепаратів і

17 комбінованих лікарських препаратів. Серед антагоністів кальцію (група C08) в Україні визначено: 9 МНН, 144 торгових найменувань (ТН) монопрепаратів та 27 комбінованих препаратів. Група інгібіторів АПФ представлена 11 МНН, на основі яких створено 180 монопрепаратів та 81 комбінований лікарський препарат. Прості препарати антагоністів рецепторів ангіотензину II (група C09C) представлені на фармацевтичному ринку 8 МНН, 93 ТН монопрепаратів та 77 комбінованими препаратами. Серед сечогінних препаратів (група C03) визначено 7 МНН, на основі яких створено 79 ТН. Частка препаратів вітчизняного виробництва становить 27,71% (235 препаратів). Кількість пропозицій імпортованих лікарських засобів на ринку перевищує кількість пропозицій вітчизняних компаній майже в 2,6 рази. Препарати для лікування гіпертонічної хвороби представлені у різних формах випуску: таблетки, капсули, розчини для ін'єкцій та краплі для внутрішнього застосування.

Найбільш поширеними у товарному асортименті є таблетки 95,75% (812 препаратів). Лікарські препарати у вигляді капсул представлені 18 ТН, що складає 2,12% від усього асортименту. Кількість лікарських форм у вигляді розчинів для ін'єкцій складає 1,89%, що відповідає 16 ТН. Найменш чисельними були краплі для внутрішнього застосування – 0,24% від всього асортименту, які представлені лише двома ТН.

Отримані результати свідчать, що антигіпертензивні лікарські препарати представлені на фармацевтичному ринку України в широкому асортименті, переважно закордонними виробниками. Велика кількість пропозицій надає можливість лікарю обирати лікарський препарат з урахуванням його ефективності та безпечності, ступеня тяжкості захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта.

Значний вибір лікарських форм та широкий діапазон цін на лікарські препарати також дає змогу для пацієнта підібрати найбільш комплаєнтний та оптимальний препарат з урахуванням його вподобань та індивідуальних фінансових можливостей.

# АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Тур А.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**gerasimowa.o@yandex.ua**

Препарати для лікування кислотозалежних захворювань є одними з найбільш затребуваних в гастроентерологічній практиці. Це пов'язано з широкою розповсюдженістю у хворих різних вікових груп пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, функціональної диспепсії та інших кислотозалежних захворювань як в усьому світі, так і в Україні. До того ж хронічний перебіг багатьох з них обумовлює тривалий прийом пацієнтами лікарських препаратів.

Метою даної роботи був аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування кислотозалежних захворювань на фармацевтичному ринку України у 2014 році.

Об'єкти дослідження – представники групи А02 «Препарати для лікування кислотозалежних захворювань» (за АТС-класифікацією): антациди (група А02А), засоби для лікування пептичної виразки та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (група А02В), інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань (група А02Х).

Для досягнення поставленої мети дослідження було використано структурний, логічний, порівняльний та маркетинговий методи. Асортимент препаратів для лікування кислотозалежних захворювань в Україні визначали, використовуючи систему дослідження ринку «Фармстандарт» компанії «Моріон» (за станом на листопад 2014 року).

На українському фармацевтичному ринку в 2014 році визначено 222 препарати для лікування кислотозалежних захворювань (група А02). Серед них група А02А «Антациди» була представлена 2 міжнародними непатентованими

назвами (МНН) (алюмінію фосфат та магальдрат), на основі яких створено 7 монопрепаратів, а також 35 комбінованими лікарськими препаратами. Серед засобів для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (група А02В) в Україні визначено: 2 МНН (ранітидин та фамотидин) 29 торгових найменувань (ТН) антагоністів H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну; 5 МНН (омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол, езомепразол) та 94 ТН інгібіторів протонної помпи; 4 комбіновані лікарські препарати на основі омепразолу; 4 МНН, 20 моно- та 7 комбінованих препаратів групи «Інші засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби»; 3 комбінованих препарати для ерадикації *Helicobacter pylori*.

Група А02Х «Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань» представлена на українському фармацевтичному ринку 23 ТН (переважно рослинного походження – 87%). Більшість препаратів для лікування кислотозалежних захворювань – монопрепарати інгібіторів протонної помпи омепразолу та пантопразолу (по 29 ТН кожного МНН) та комбіновані антацидні препарати (35 ТН).

Частка препаратів вітчизняного виробництва становить 34 % (75 препаратів). Кількість пропозицій імпортованих лікарських засобів на ринку перевищує пропозиції вітчизняних компаній-виробників майже в 2 рази.

Препарати для лікування кислотозалежних захворювань представлені в різних формах випуску: таблетки, капсули, гранули, ампули, гелі та порошки для приготування суспензій та розчинів для ін'єкцій, комбіновані набори для перорального застосування, суспензії, олії, насіння, рослинні збори. Найбільш поширеними в товарному асортименті є таблетки та капсули - 72 % (160 препаратів).

Препарати для лікування кислотозалежних захворювань представлені в Україні в широкому асортименті, що надає можливість лікарю обрати лікарський препарат з урахуванням його ефективності та безпечності, а також індивідуальних особливостей пацієнта, ступеня тяжкості захворювання та вартості препарату.

# **АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ**

Яковлєва Л.В., Барилюк Н.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найважливіших причин порушення здоров'я, інвалідності і смертності у всьому світі. Роками багато людей хворіють на ХОЗЛ, передчасно вмираючи від хвороби або від її тяжких ускладнень.

ХОЗЛ залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я і займає четверте місце за показником захворюваності та рівнем смертності в США.

За даними статистичного прогнозу, опублікованого Світовим банком та Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ), передбачається, що в 2020 році ХОЗЛ вийде на п'яте місце за показником збитку, що наноситься хворобами в глобальному масштабі.

Мета даної роботи – провести аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування ХОЗЛ на фармацевтичному ринку України у 2014 році.

Об'єктами дослідження були лікарські препарати групи R03-«Препарати, які застосовуються при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів» (за АТС-класифікацією): адренергічні препарати для інгаляційного застосування (група R03A), інгаляційні протиастматичні засоби (група R03B), адренергічні засоби для системного застосування (група R03C), інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів (група R03D). Також були проаналізовані представники групи R05-«Засоби, що застосовуються при кашлі і застудних захворюваннях»: відхаркувальні (група R05C), протикашльові засоби (група R05D).



Для досягнення поставленої мети дослідження було використано структурний, логічний, порівняльний та маркетинговий методи аналізу.

Асортимент лікарських препаратів визначали за даними інформаційно-пошукової системи дослідження ринку «Фармстандарт» компанії «Моріон» (за станом на лютий 2014 року).

На українському фармацевтичному ринку в 2014 році визначено 226 лікарських препаратів для лікування ХОЗЛ (групи R03, R05). Серед них група R03-«Адренергічні препарати для інгаляційного застосування» була представлена 17 міжнародними непатентованими назвами (МНН), на основі яких створено 90 монопрепаратів і 21 комбінований лікарський препарат. Серед них - 87 вітчизняні та 24 імпорتنі лікарські препарати.

Група R05C-«Відхаркувальні засоби, за виключенням комбінованих препаратів, що містять протикашльові засоби», нараховує 5 МНН, на основі яких створено 106 торгових найменувань (ТН). Серед них - 59 вітчизняних ТН та 47 імпорتنих лікарських препаратів.

Частка препаратів вітчизняного виробництва становить 64,6% (146 препаратів). Кількість пропозицій імпорتنих лікарських засобів на ринку менша за кількість пропозицій вітчизняних компаній майже в 2 рази.

Ціни на лікарські препарати для лікування ХОЗЛ знаходяться в діапазоні від 3,52 грн. до 670 грн. за упаковку.

Отже, отримані результати свідчать, що лікарські препарати, які використовуються для лікування обструктивних захворювань верхніх дихальних шляхів, представлені на фармацевтичному ринку України в широкому асортименті переважно вітчизняними виробниками.

Велика кількість пропозицій надає можливість лікарю обирати лікарський препарат з урахуванням його ефективності та безпечності, ступеня тяжкості захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта, а також вартості препарату. Широкий діапазон цін на лікарські препарати також дає змогу для пацієнта підібрати оптимальний варіант з урахуванням індивідуальних фінансових можливостей.

# АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКІВ У ВАГІТНИХ І ПРОФІЛАКТИКА ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Максимович Н.М., Заліська О.М., Колач Т.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**maximovi43@ukr.net, olzaliska@ukr.net**

Вступ. Однією з важливих медико-соціальних проблем, що впливає на збереження здоров'я майбутнього покоління, є раціональне застосування вагітними жінками лікарських засобів, які мають доведену ефективність. Навіть широко використовувані і дозволені при вагітності препарати можуть викликати різні ускладнення у плода та новонародженого. З позиції доказової медицини вітчизняними та європейськими дослідниками встановлено, що здоров'я новонародженої дитини визначається станом здоров'я матері, особливостями перебігу вагітності та пологів, фізіологічним перебігом неонатального періоду, оптимальною організацією надання спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги вагітним.

Методи. Аналіз джерел інформації показав, що за даними звіту ВООЗ 2014 року у світі досягнуто зниження показника материнської смертності на 100 тис. живонароджених – з 440 в 1990 р. до 210 в 2010 р., причому основними причинами материнської смертності є сильна кровотеча (35%), артеріальна гіпертензія – прееклампсія/еклампсія (18%), ускладнені пологи і небезпечний аборт (9%), емболія(1%), інші прямі і непрямі причини, решта(37%). У США прееклампсія досі залишається однією з важких патологій, яка є причиною смерті вагітних в 15% випадків загибелі майбутніх матерів, а також причиною 12% всіх випадків втрати плоду.

За даними МОЗ України, прееклампсія у 2012 та 2013 роках займала 5 місце в структурі материнської смертності й склала у 2012 – 3,1%, а в 2013 – 8,6%. Статистичні дані за 2012 рік в Україні свідчать, що причинами смертності серед породіль є: акушерські кровотечі (27%), екстрагенітальна патологія (24%),

пreekлампсія (13%) і тромбоемболія (11%). У структурі екстрагенітальної патології вагітності переважають кровотечі різного генезу, набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади.

Результати. Нами узагальнено і систематизовано дані доказової фармації. Встановлено, що ефективним способом профілактики пreekлампсії на основі більше ніж 140 рандомізованих клінічних досліджень вважається прийом малих доз ацетилсаліцилової кислоти (75 мг / добу) для жінок з високим ризиком розвитку цього захворювання (коли вони мають один або більше з таких факторів ризику: попередня пreekлампсія; цукровий діабет; гіпертонія, що була діагностовано раніше; захворювання нирок; аутоімунне захворювання; багатоплідна вагітність). Одночасно під час клінічних випробувань вчені з US Preventive Services Task Force виявили ще один вплив прийому ацетилсаліцилової кислоти на перебіг вагітності – зниження на 14% ризику передчасних пологів.

Аналіз доказів, отриманих в результаті рандомізованих досліджень гіпотензивних ЛЗ для лікування вираженої АГ при вагітності виявив найбільш безпечним є метилдофа. Найбільш вивченим препаратом є гідралазин, однак якщо порівнювати його з блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипін і ісрадипін), то вони більш ефективні для зниження ризику стійкого високого артеріального тиску.

Сульфат магнію попереджує розвиток еклампсії і є препаратом для її лікування.

Висновки. Нами підготовлено методичні рекомендації «Оптимізація інформаційного забезпечення при захворюваннях у вагітних жінок за даними доказової фармації», які містять сучасні дані про доведену ефективність препаратів для профілактики і лікування пreekлампсії. Зокрема, лікування низькими дозами ацетилсаліцилової кислоти по 75 мг/добу та препаратами кальцію 1-2 мг/добу на ранніх термінах вагітності жінкам з високим ризиком цього захворювання є ефективним методом профілактики пreekлампсії, що доцільно враховувати при наданні фармацевтичної допомоги.

# АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ В УКРАЇНІ

Піняжко О.Б., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

[orestapb@gmail.com](mailto:orestapb@gmail.com)

Вступ. Відповідно до Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки, важливими є економічна доступність лікарських засобів із доведеною ефективністю, безпекою та якістю відповідно до світових та європейських стандартів, що забезпечується втіленням принципів фармакоекономіки, створенням і впровадженням системи оцінки медичних технологій.

Лейоміома матки (ЛМ) – найпоширеніша доброякісна пухлина геніталій, що діагностується в 5-21% жінок репродуктивного віку. Основними методами лікування є фармакотерапія, малоінвазивні методи – емболізація маткових артерій та хірургічне лікування. Незважаючи на прогрес сучасної фармакології в розробці ефективних препаратів та втілення новітніх технологій, які розширили можливості органозберігаючої терапії цієї доброякісної пухлини, основним в її лікуванні залишається хірургічний і здебільшого – радикальний метод. У той же час тенденція останніх років до підвищення захворюваності на ЛМ у жінок молодого віку, розширення вікових меж фертильного періоду завдяки застосуванню сучасних репродуктивних технологій обумовлюють необхідність перегляду тактики ведення пацієток з даною патологією.

Метою нашого дослідження було обчислити середню вартість гормональної терапії ЛМ протягом 3-х місяців, враховуючи, що основна мета цієї терапії полягає в усуненні кровотечі, больових симптомів та проведення передоперативного лікування ЛМ.

Методи дослідження. Ми проаналізували вартість курсу лікування гормональними препаратами на одного пацієнта. Ми використовували реальні дані з медичних карт пацієнтів, які лікувалися у Львівській обласній клінічній

лікарні в 2014 році. Було проаналізовано 300 історій хвороб за 2014 рік. В нашому дослідженні було використано ціни з бази даних компанії Моріон (Київ) на 01.01.2015 (1 USD = 15,75 грн).

Результати дослідження. Показами до консервативної терапії ЛМ матки були: бажання жінок зберегти репродуктивну функцію, клінічно малосимптомний перебіг захворювання, ЛМ, що не перевищує розміри в 12-14 тижнів вагітності, інтерстиціальне або субсерозне розміщення вузлів, ЛМ, що супроводжується екстрагенітальними захворюваннями з високим хірургічним ризиком, консервативне лікування як підготовчий етап перед операцією або реабілітаційний в післяопераційний період. В Україні для лікування ЛМ фактично використовуються такі схеми гормональної терапії тривалістю в 3 місяці: міфепристон (таб. 50 мг №30) – 2895 грн (\$184), гозереліну ацетат (капс. для п/шк. введ. 3,6 мг №1) – 6600 грн. (\$416)/ трипторелін (порошок д/сусп. д/ін. 3,75 мг №1) – 9000 грн (\$571), уліпристал ацетат (таб. 5 мг №28) – 9375 грн. (\$595). Порівняльний аналіз схем фармакотерапії з рекомендаціями міжнародних клінічних керівництв показав відповідність призначуваних лікарських засобів в Україні з міжнародною практикою. Особливу увагу привертає застосування лікарських засобів – селективних модуляторів прогестеронових рецепторів – уліпристал ацетату, який є новим препаратом з перспективної групи. Відповідно до даних клінічних досліджень, використання уліпристалу в схемах фармакотерапії дозволяє вирішити ряд важливих питань в лікуванні жінок репродуктивного віку з помірними і тяжкими симптомами ЛМ, а саме: швидке усунення кровотечі, передопераційне підвищення рівня гемоглобіну, зменшення розмірів міоми. Висновки. Гормональні схеми лікування ЛМ є високоартісними для жінок в Україні. Зокрема, лікування з використанням уліпристалу є в 3,2 рази дорожчим, ніж міфепристонном. Враховуючи те, що всі пацієнти практично оплачують лікування самостійно, впровадження медичного страхування та системи відшкодування вартості лікарських засобів (реїмбурсації) на гормональну терапію є актуальним питанням на сьогодні в Україні.

# АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖІНОК ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГАХ

Бубілева Л.А., Чекашкіна О., Юрченко Г.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Пологи – це складний багатоступінчастий фізіологічний процес, що завершує вагітність і супроводжується народженням дитини. Від правильності ведення пологів багато в чому залежить їх результат як для матері, так і для плоду.

Метою дослідження стало визначення витрат на фармацевтичне забезпечення жінок при вагітності та пологах з метою раціонального використання лікарських засобів.

У роботі використано такі методи дослідження як: історичний, логічний, порівняльний, методи маркетингових досліджень, статистичні методи, фармакоекономічні методи аналізу.

Аналіз даних літератури та анкетування щодо загальних витрат жінок при вагітності та пологах в Україні і за кордоном показав, що в Україні найбільший відсоток припадає на інші витрати, їх майже 70% від загальної вартості, а за кордоном в середньому прямі та непрямі витрати майже однакові, бо при звичайних пологах вони співвідносяться як 45% до 55%, а при кесаревому розрізі 52% та 48% (відповідно).

Проведений розрахунок коефіцієнту адекватності платоспроможності середньої вартості пологів показав, що більш доступними є показники для громадян Німеччини (середній коефіцієнт – 3), потім США (3,7) і найгірший для громадян України (майже 4). Але якість наданих послуг суттєво різниться не на користь нашої країни.

Проведені дослідження показали, що комплекс програм підготовки до пологів та використання лікарських засобів при вагітності та пологах в Україні не є раціональним і не повною мірою відповідає фактичним вимогам жінок.

# АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ТА ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ СВІТОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Немченко О.А., Беліченко А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[uef-ipksf@mail.ru](mailto:uef-ipksf@mail.ru)

Фармацевтичний ринок (ФР) в економіці будь-якої країни виконує функції мірила її інвестиційного потенціалу, з одного боку, та рівня соціальної захищеності та добробуту населення, з іншого. Як свідчать дані аналітичних оглядів, вітчизняний ФР є імпортозалежним на 75–90% по різних фармакотерапевтичних групах препаратів. Тому, результати аналізу динаміки та основних тенденцій розвитку світового ФР має важливе значення у розробці ефективних механізмів регулювання доступності фармацевтичної допомоги в Україні. У дослідженнях використовувався історичний, логічний, порівняльний, статистичний методи, а також метод маркетингового аналізу ринку. Об'єктом досліджень були обрані статистичні дані, що представлені у відкритому друці, насамперед річні звіти аналітичної компанії «IMS Institute for Healthcare Informatics», а також дані спеціальної літератури.

За умов глобальної фінансової кризи, яка розпочалась у XXI столітті, світовий ФР не втратив своєї інвестиційної привабливості та темпів зростання. Так, у 2011 р. обсяг світового ФР зріс, у порівнянні з попереднім періодом, на 10,5% та дорівнював 956 млрд. дол. США. Аналізуючи динаміку показників обсягу світового ФР протягом 2004-2014 рр., встановлена наявність тенденції до його планомірного збільшення, яке характеризувалося різними темпами. Так, у 2011 р. обсяг світового ФР у грошовому вираженні збільшився, у порівнянні з даними 2004 р., у 1,7 разів. Найбільший показник (темп приросту ланцюговий 10,5%) збільшення продажу товарів на ФР, у порівнянні з попереднім періодом, спостерігався у 2007 р. (обсяг ринку складав 717 млрд. дол. США) та 2011 р. (956 млрд. дол. США), а найнижчий – за даними 2009 р. (808 млрд. дол. США). Середнє значення темпів приросту ланцюгових, за динамікою обсягів ФР,

дорівнював 8,01%. У першій половині 2012 р. обсяг світового ФР досяг позначки 578,8 млрд. дол. США. Встановлено, що найбільший показник зростання обсягів продажів ліків серед країн світу був характерний для Венесуели (47%), а найнижчий – 8% для Іспанії. Більше половини (59,0%) світових продажів препаратів припадало на американський (239,4 млрд. дол. США) та японський (102,1 млрд. дол. США) ФР. Вже у 2014 р. обсяг світового ФР склав понад 1 трлн. дол. США. У країнах з розвиненим фармацевтичним ринком (Північної Америки, Західної Європи, Японії) зростання обсягів ринку дорівнювало 1–4%, а у тих країнах, що характеризуються стабільним економічним ростом (країни Латинської Америки, Китай, Бразилія, Туреччина, Росія та ін.), майже 10–13%. Фахівцями прогнозується, що у 2016 р. темпи приросту світового ФР складатимуть 5–7% від даних попереднього періоду та становитимуть 1,2 трлн. дол. США. Нестабільний характер зростання обсягів світового ФР пояснюється впливом цілого комплексу факторів, насамперед це фінансова криза, нестабільна епідеміологічна ситуація у більшості країнах світу, суттєве скорочення бюджетів країн ЄС та впровадження більш жорстких механізмів державного регулювання споживання та реімбурсації, зниження цін на ліки на провідних національних ринках, тощо. На найближчі п'ять років прогнозується незначне збільшення продажів брендних ліків (3% щорічно) на фоні стрімкого зростання реалізації більш дешевих препаратів-генериків. За результатами аналізу світового ФР нами окреслені такі тенденції його розвитку: подальше зниження темпів зростання з 8 до 4,5-5% щорічно у країнах з розвинутою економікою та механізмами державного регулювання ФР; переформування центрів продажів та промоції ліків з ринків країн з розвинутою економікою до країн групи БРІК; посилення конкурентної боротьби у деяких сегментах ФР, внаслідок зняття патентного захисту з брендних препаратів; деструктуризація споживання ліків у провідних країнах світу за рахунок впровадження раціональних медичних технологій з використанням препаратів, що мають високу доказову базу ефективності їх клінічного застосування.



# АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ДЛЯ УКРАЇНСЬКИХ ПАЦІЄНТІВ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Бондаренко Д.В., Яковлева Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[bondaria@yandex.ru](mailto:bondaria@yandex.ru)

Терапія хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) має довічний характер, а витрати на неї складають значну частину бюджету хворого. Економічні витрати на одного хворого, пов'язані з ХОЗЛ, у три рази вище, ніж на хворого з бронхіальною астмою.

Метою нашого дослідження було визначення доступності лікарських препаратів (ЛП) для лікування ХОЗЛ для українських пацієнтів.

Для визначення доступності препаратів для пацієнтів було розраховано коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.) і коефіцієнт доступності (D) лікарських препаратів у 2013-2014 роках.

Згідно з розрахованими Ca.s., місяць лікування досліджуваними препаратами коштував пацієнту у 2013 р від 0,16% до 53,98% середньомісячної заробітної плати, а у 2014 році – від 0,2% до 58,01%. Найменш доступними для хворих на ХОЗЛ у 2013-2014 роках були Фліксотид Небули, Небуфлюзон, Пульмікорт №20 та Асманекс, витрати на які у 2014 р склали від 19,86% до 58,01% середньомісячної заробітної плати.

Розраховані коефіцієнти доступності (D) свідчать, що доступність препаратів для пацієнтів у 2014 році знизилась у порівнянні з 2013 роком – лише 20 ТН із 93, присутніх на ринку у 2014 році, доступні для пацієнтів (у 2013 р доступними були 74 ТН із 78).

Коефіцієнти адекватності платоспроможності та доступності показали, що багато препаратів для лікування ХОЗЛ недоступні для пацієнтів при тривалому лікуванні. У порівнянні з 2013 роком доступність препаратів у 2014 році різко знизилась.

## АНАЛІЗ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ СОБІВАРТОСТІ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Немченко А.С., Назаркіна В.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

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

Враховуючи відсутність соціально ефективних механізмів забезпечення доступності лікарських засобів (ЛЗ) для населення як то медичне страхування та реімбурсації, більшість людей в Україні сьогодні сплачують за ліки з власної кишені. Державі належить життєво важлива роль та відповідальність за забезпечення доступу до основних лікарських засобів (ОЛЗ). За умов поглиблення кризових явищ у соціально-економічній сфері особливого значення набуває раціональне використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я шляхом впровадження системи оцінки технологій охорони здоров'я, удосконалення системи державного регулювання цін на ЛЗ та оптимізації системи державних закупівель.

Система державного регулювання цін на ЛЗ в Україні достатньо складна, але недостатньо ефективна. Так, ціновому регулюванню підлягають близько 16% загальної кількості ЛЗ, що входять до відповідних регулюючих переліків: Національного переліку ОЛЗ, обов'язкового мінімального асортименту (соціально орієнтованих) ЛЗ і ВМП і так званого «бюджетного переліку» для здійснення державних закупівель. Державне регулювання цін на вказані ЛЗ здійснюється шляхом встановлення граничних постачальницько-збутових та торгівельних (роздрібних) націнок. При цьому оптово-відпускні ціни на ЛЗ, що закуповуються за бюджетні кошти, підлягають декларуванню з використанням механізму визначення референтних цін.

Діяльність вітчизняних фармацевтичних компаній спрямована на забезпечення пріоритетних потреб системи охорони здоров'я у ЛЗ. При цьому вітчизняне виробництво ЛЗ переважно базується на генеричних препаратах, витрати на розробку яких є для нього прийнятними. У практиці ціноутворення

вітчизняних виробників ЛЗ, як правило, застосовуються витратні методи ціноутворення. При формуванні складу витрат та калькулюванні собівартості продукції вітчизняні виробники орієнтуються на П(С)БО 16 «Витрати». Методичні рекомендації з формування собівартості продукції (робіт, послуг) у промисловості, затверджені наказом Міністерства промислової політики України №373 від 09.07.2007 р., мають обмежене використання, так як вони не враховують організаційно-технологічні особливості багатомономенклатурного фармацевтичного виробництва.

З метою розробки підходів до удосконалення системи управління витратами вітчизняних виробників ЛЗ проведено порівняльний аналіз різних систем обліку витрат і методів калькулювання собівартості продукції, застосовуваних у вітчизняній та зарубіжній практиці, а саме: попередільний, позаказний, попроцесний, нормативний методи, стандарт-костинг, директ-костинг, система калькулювання продукції Just In Time (точно на час), ABC-костинг, таргет-костинг, кайдзен-костинг та інші методи. Кожний з вказаних методів має свої переваги і недоліки і може бути застосований виробниками ЛЗ за певних умов.

Аналіз підходів до визначення собівартості ЛЗ дозволяє зробити висновок про існування суттєвих розбіжностей у порядку розрахунку і розподілу загальновиробничих, адміністративних витрат, витрат на збут та інших операційних витрат. Підприємства у наказі про облікову політику можуть вносити зміни щодо складу статей витрат залежно від технології, техніки й організації виробництва та питомої ваги окремих видів витрат у собівартості продукції.

Але відсутність єдиного методологічного підходу до визначення собівартості ЛЗ призводить до того, що ціни на препарати-аналоги можуть відрізнятися у кілька разів. Наразі актуалізується потреба розробки методики формування собівартості як сучасного механізму управління витратами підприємств-виробників ЛЗ та забезпечення умов для підвищення ефективності виробництва, збільшення прибутку підприємств і доходів бюджету.

# АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014 РІК

Федяк І.О., Іванюлик І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

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

На сьогодні питання імунізації дітей є надзвичайно важливим, оскільки інфекційні хвороби до цього часу є однією з основних причин інвалідності та смертності дитячого населення. В Україні вирішення зазначеного питання у 2014 році було загальмованим через невчасну закупівлю вакцин, у тому числі для попередження керованих дитячих вірусних інфекцій.

Після підписання 5-ма політичними силами в Україні наприкінці 2014 р. Коаліційної угоди представники ВООЗ та ЮНІСЕФ вітали «включення до неї умов закупівлі вакцин спільно з міжнародними партнерами і підтвердили свою готовність здійснювати закупівлю та сприяти їй у відповідь на відповідний запит у МОЗ, для того, щоб врятувати життя і надати доступ до вакцинації дітям України». Однак, запропоновані зміни у системі державних закупівель вакцин не знайшли подальший розвиток у проектах змін до Бюджетного кодексу та Державному бюджеті на 2015 рік і, відповідно, не були прийняті. Тому при недофінансуванні з державного бюджету питання вакцинації знову лягло на відповідальність місцевих органів самоврядування.

Метою дослідження стало вивчення показників захворюваності на вірусні дитячі інфекції в Івано-Франківській області порівняно з національними показниками у 2014 році.

Загальна інфекційна захворюваність, що реєструвалася на території Івано-Франківської області в 2014 р. у порівнянні з 2013 р. знизилася на 14,68% за рахунок зниження захворюваності на вірусні інфекції. Показники захворюваності на інфекції, які керуються засобами специфічної імунопрофілактики є нижчими від періоду минулого року. Рівень

захворюваності на кір у 2014 р. знизився на 9 випадків у порівнянні з 2013 р. Всього по області станом на грудень 2014 р. було зареєстровано 15 випадків захворювання на кір, з них 15 – діти. Інтенсивний показник склав 1,10 проти 1,74 2013 р. У структурі дітей, що захворіли, 40% припадає на вікову категорію 5-9 років, 33,3% – 1-4 роки та 26,7% складає категорія дітей віком до 17 років. У 2014 р. також відмічалось зниження захворюваності на краснуху. Всього по області було зареєстровано 16 хворих, з них 9 – діти. Інтенсивний показник склав 1,17 проти 3,05 (2013). У структурі захворілих дітей 44,4% припадає на вікову групу 15-17 років, по 22,2% на вікові групи 5-9 років та 10-14 років та 11,2% складає вікова категорія 1-4 роки. Випадки краснухи реєструвалися в основному як спорадичні. Рівень захворюваності на паротитну інфекцію знизився на 5 випадків (у 2013 р. було зафіксовано 23 випадки, а у 2014 р. – 18, серед яких 14 – діти). Інтенсивний показник 1,32 проти 1,67. Серед всіх випадків захворювання 77,8% складають діти віком до 17 р. У 2014 р. захворіло 14 дітей проти 20 хворих дітей у 2013 р.: найчастіше хворіли діти у віці 5-9 років (42,5%). Загалом по області не було зареєстровано жодного летального випадку серед дітей, що хворіли на дитячі вірусні інфекції віком до 17 років. По Україні станом на грудень 2014 року чисельність хворих на кір була всього 2327, з них – 1607 діти, віком до 17 років. По області – всього 15, з них 15 – діти. На краснуху всього по Україні було зареєстровано 1343 хворих, з них – 518 діти до 17 років. По області всього 16 хворих, з них – 9 діти. На епідемічний паротит по Україні було зареєстровано всього 484 випадки, з них – 374 діти. По області – всього 18 хворих, з них 14 діти.

Отже, за результатами аналізу показників рівня захворюваності можна зробити висновок, що у порівнянні з попереднім роком захворюваність на керовані дитячі вірусні інфекції в Івано-Франківській області зменшилася. Однак, для того, щоб забезпечити повний контроль над інфекцією на національному рівні, потрібно мати стійкий імунний прошарок, утворенню якого не сприяє порушення поставок вакцин за тендерним бюджетним механізмом, який мав місце у 2014 році.

# АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Федяк І.О., Христук В.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

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

Питання фармацевтичного забезпечення сільського населення постійно знаходяться в сфері підвищеної уваги. Оскільки ця категорія громадян, якій право на здоров'я в Україні забезпечує держава, реально цього права не має.

Метою дослідження був аналіз доступності забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) населення сільської місцевості Івано-Франківської області.

За даними статистики, Івано-Франківська область включає 14 районів, 15 міст, 24 селища, 765 сільських населених пунктів. Сільське населення складає 56,6% від усієї чисельності. 238 населеним пунктам області надано статус гірських, в них проживає майже третина населення області. У гірській місцевості розташовано 7 районів. За даними Державної служби України з лікарських засобів Івано-Франківської області, на території адміністративної одиниці станом на 01.02.2015 р. здійснював діяльність 731 аптечний заклад з ліцензією на роздрібну торгівлю ЛЗ: 570 аптек (А) та 161 аптечний пункт (АП). З них лише 209 А та 44 АП розташовані у сільській місцевості, причому власне у селах функціонували 125 А і 17 АП, у селищах міського типу – 84 А і 27 АП. Один аптечний заклад у містах області обслуговував 1272 особи, у той час як у сільській місцевості – 3088 осіб. Загалом по Україні останній показник становить щонайменше 3,1 тис. населення. За рейтингом МОЗ України у 2013 р., Івано-Франківська область зайняла 8-е місце, якщо не враховувати роботу сільських закладів охорони здоров'я, і 10-е – враховуючи роботу усіх ЛПЗ.

Отже, не лише стан сільської медицини, а й погіршені показники фізичної доступності ЛЗ для людей, які проживають у селах, особливо гірських, псує статистику Івано-Франківської області.

# АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ В РОБОТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Бондарєва І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[mmf.nfau@mail.ru](mailto:mmf.nfau@mail.ru)

Сьогодні в умовах нестабільної економічної кон'юнктури, жорсткості конкуренції значною мірою ускладнюється управлінський процес, а перспективи розвитку стають усе менш передбачуваними. За цих умов тільки оперативних заходів для пристосування аптечних закладів до нових реалій вже недостатньо. Для виживання та ефективного функціонування аптек необхідно визначати проблемні питання та загрози в їх діяльності та вивчати вплив факторів зовнішнього середовища.

Метою даної роботи є аналіз сучасних проблем, що виникають в роботі аптечних закладів України.

Для вирішення поставленої мети було проведено експертне опитування в 2014-2015 р.р. 89 респондентів аптечних закладів. За результатами експертної оцінки були встановлені основні проблеми в діяльності аптек. Найбільш поширеними респонденти відмітили наступні: дефектура за деякими препаратами – 19% відповідей експертів, низькі продажі та низький середній чек – відповідно 17% та 16% відповідей фахівців, відсутність затребуваних покупцем позицій в асортименті аптеки відзначили 14% опитаних, плінність кадрів – 12% провізорів. Високий рівень товарних запасів, падіння трафіку на сайті аптеки та невиконані постачальником замовлення відповідно 8%, 6% та 4% відповідей експертів. Лише 4% респондентів зазначили, що не мають взагалі проблем в роботі аптек.

Таким чином, отримані на даному етапі результати дослідження дозволяють визначити проблемні місця та загрози, що виникають в діяльності аптечних підприємств України та вимагають розробки адаптивних заходів для їх усунення.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ**

Абдрашитова Г.Т.

Лаборатория фармакоэкономических исследований НИИ Фармации  
Первого МГМУ имени И.М.Сеченова, г. Москва, Россия

**guzel\_mirkasim@mail.ru**

Отсутствие российских исследований, посвященных проведению анализа эффективности лечения больных, находящихся на диализе, а также необходимость выполнения фармакоэкономического исследования определяет актуальность данной работы.

Целью данного исследования является анализ эффективности при проведении фармакоэкономического анализа лечения больных, находящихся на диализе.

При анализе данных научной литературы был применен метод информационного поиска. Исследовали материалы баз данных eLIBRARY, Medline и Pubmed по следующим ключевым словам: «hemodialysis», «гемодиализ», «peritoneal dialysis», «перитонеальный диализ», «effectiveness analysis», «анализ эффективности», «renal replacement therapy», «заместительная почечная терапия», «chronic kidney disease», «хроническая болезнь почек».

При проведении информационного поиска были проанализированы результаты рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований, в которых были найдены различные критерии эффективности гемодиализа по сравнению с перитонеальным диализом.

В найденных клинических исследованиях, с точки зрения фармакоэкономического анализа, в качестве критериев эффективности



медицинского вмешательства, направленного на лечение больных, находящихся на диализе, были использованы:

1. Прямые клинические эффекты (сдвиг физиологических и биохимических параметров – изменение уровней креатинина, мочевины, альбумина).

2. Опосредованные клинические эффекты (снижение частоты осложнений, сокращение количества госпитализаций).

3. Изменение показателей здоровья в группе, на которую направлено действие медицинского вмешательства (частота сохранения трудоспособности).

4. Изменение качества жизни, обусловленного здоровьем (QALY – quality adjusted life years).

Если предметом фармакоэкономической оценки является фармакотерапия, более релевантным может оказаться проведение анализа «затраты-эффективность» на основе суррогатных точек (1-я и 2-я группы), отражающих влияние фармакотерапии на патогенез заболевания.

Указанный подход обуславливается тем, что в связи с многофакторностью патогенеза хронической болезни почек может быть достаточно сложно определить вклад конкретных методов лечения в изменение конечных точек у пациента, в то время как в процессе анализа «затраты-эффективность» должна быть установлена стоимость единицы эффективности только рассматриваемого лечения.

Если же предметом фармакоэкономического исследования являются различные виды диализа (перитонеальный диализ, гемодиализ), являющиеся жизнесохраняющими технологиями, то использование конечных точек (3-я и 4-я группы) в качестве критериев эффективности является приоритетным.

Таким образом, в результате анализа эффективности была выявлена зависимость выбора оптимального критерия эффективности от предмета фармакоэкономической оценки лечения больных, находящихся на диализе.

## **ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПОТРЕБ ФАХІВЦІВ З ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ**

Громовик Б.П., Прокіп С.Є.

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

**[hromovyk@gmail.com](mailto:hromovyk@gmail.com), [sofiyaprokip@gmail.com](mailto:sofiyaprokip@gmail.com)**

Респондентами виступили головні лікарі, їх заступники та лікарі, що працюють у закладах паліативної медицини (ПМ). Вивчення їх інформаційних потреб здійснювалось за допомогою анонімного анкетного опитування. Найбільший інтерес респонденти проявили до трьох з 14 тематичних рубрик: "Забезпечення адекватного знеболення в ПМ", "Особливості дозування та ротація опіоїдних анальгетиків" і "Догляд за невиліковними хворими". При цьому досить доступною була інформація з п'яти рубрик: "Догляд за невиліковними хворими", "Побічні реакції лікарських засобів (ЛЗ)", "Лікарські форми та дозування ЛЗ", "Етичні аспекти та духовно-психологічна підтримка хворих", "Забезпечення адекватного знеболення в ПМ". Матричний аналіз показав, що найвищі оцінки за співвідношенням "зацікавленість – доступність" характерні для інформації з тематичної рубрики "Догляд за невиліковними хворими". Найбільша різниця в оцінці зацікавленості і доступності до інформації спостерігається для тематичних рубрик "Особливості дозування та ротація опіоїдних анальгетиків", "Правові аспекти ПМ", "Клінічні протоколи / рекомендації", "Призначення ефективних та безпечних ЛЗ для фармакотерапії".

Серед джерел отримання необхідної інформації респонденти найчастіше зазначали Інтернет, матеріали науково-практичних конференцій та навчання в системі післядипломної освіти. Проте доступ до інформації ускладнює відсутність Інтернету, некоректна, застаріла, недиференційована інформація в електронних джерелах та недостатність часу. Таким чином, на підставі анкетного опитування фахівців з паліативної допомоги проведено вивчення їх інформаційних потреб.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ЗАВДАНЬ ЛОГІСТИКИ ДОКЛІНІЧНИХ І КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ**

Посилкіна О.В., Хромих А.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**[kaf.ep.nfay@rambler.ru](mailto:kaf.ep.nfay@rambler.ru)**

Як свідчать проведені наукові дослідження, за останні декілька років кількість доклінічних досліджень (ДкД) і клінічних випробувань (КВ) у Центральній Європі та в Україні суттєво збільшилася. Недостатнє фінансування сектору охорони здоров'я в Україні, низька, в порівнянні з країнами ЄС та США, вартість ДкД і КВ, зацікавленість кваліфікованого медичного персоналу і медичних установ співпрацювати зі спонсорами обумовили включення великої кількості українських пацієнтів до міжнародних багатоцентрових дослідницьких проєктів. Такі реалії, в свою чергу, сформуvalи попит на якісну логістику ДкД і КВ.

Основними перешкодами для здійснення якісної логістики ДкД і КВ на сьогоднішній день є ускладнені регуляторні механізми імпорту й експорту вантажів для ДкД і КВ. Це, в свою чергу, призводить до збільшення витрат і ризиків, пов'язаних із зіпсованими або несвоєчасно доставленими вантажами.

Коли транспортуються цінні вантажі холодового ланцюга: біотехнологічні лікарські засоби (ЛЗ), біологічні зразки й матеріали або наркотичні засоби, фактор вибору контрактної дослідницької організації, здатної правильно провести всі митні процедури і забезпечити необхідні вимоги щодо транспортування та зберігання специфічної фармацевтичної продукції, є вирішальним, оскільки від цього безпосередньо залежать обсяг витрат й ефективність діяльності спонсора ДкД і КВ (організації-замовника). Отже, як свідчить світова практика, однією з важливих умов успішного проведення ДкД і КВ є якісно організована логістика.

Метою даного дослідження є обґрунтування необхідності впровадження сучасних технологій й інструментів логістики у сферу ДкД і КВ для забезпечення необхідного рівня якості й ефективності їх проведення.

Для визначення переліку завдань логістики ДкД і КВ були використані методи експертного опитування та рангової кореляції. Для цього була попередньо розроблена відповідна анкета, яку було запропоновано заповнити фахівцям в галузі проведення ДкД і КВ і працівникам контрактних дослідницьких організацій, які сьогодні діють на вітчизняному ринку. Кількість експертів, що прийняла участь в анкетуванні, дорівнювала 37.

На сьогоднішній день в Україні працює понад 30 КДО, які надають різні послуги, зокрема логістичні, при проведенні ДкД і КВ. Практично всі вони є представництвами великих зарубіжних холдингів, таких, як AAIParma, ASMO Ltd., Centre of Clinical Research, Clinical Trials Logistics, ClinStar, Cromos Pharma, Farmasoft, DHL International GmbH, Global Trans Logistics, Hesperion, MB Quest, NBScience limited, Parexel, Pharmanet, Quintiles, Rebus Logistics та ін.

Передумовою розвитку логістики ДкД і КВ в Україні є зручне географічне розташування країни; розвинена мережа автомагістралей, залізничних шляхів, кур'єрських служб; імплементація фармацевтичних практик GxP у систему національного ліцензування; високі, а іноді й не прогнозовані витрати на митне оформлення й очищення вантажів тощо.

Дослідження показали, що основними завданнями логістики ДкД і КВ є: митне оформлення матеріалів ДкД і КВ і одержання дозвільних документів на ввіз/вивіз ЛЗ; своєчасне, із дотриманням відповідних вимог, транспортування ЛЗ; надання якісних послуг щодо зберігання ЛЗ, призначених для проведення ДкД і КВ; фінансовий та інформаційний супровід руху матеріалів у процесі ДкД і КВ; діагностування, оцінка й управління логістичними ризиками в процесі проведення ДкД і КВ; методичне забезпечення та регламентація логістичних операцій при проведенні ДкД і КВ; підготовка і перепідготовка фахівців з логістики ДкД і КВ та ін.

Отже, результати дослідження свідчать, що логістика досліджуваних біологічних зразків і матеріалів, готових ЛЗ займає одне з ключових місць в структурі управління ДкД і КВ. Ефективно та чітко організований логістичний процес суттєво підвищує якість та результативність проведення ДкД і КВ.

## ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАГЛЯДІ

Євтушенко О.М., Рогуля О.Ю., Осама Абузаїд Мохамед Інур  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[evtyshenkolena@rambler.ru](mailto:evtyshenkolena@rambler.ru)

Здійснення контролю за безпекою лікарських засобів (далі – ЛЗ) при їх медичному застосуванні є одним з основних напрямків у здійсненні національної політики в галузі лікарського забезпечення в усіх країнах світу. Передбачається, що отримані дані про кількість ПР, обсягах і якості проведеної фармакотерапії сприятимуть попередженню неприємних випадків, більш раціональному застосуванню ЛЗ, зниженню витрат на заходи прикриття або додаткове лікування, прийняттю відповідних регуляторних рішень, поліпшенню якості фармакотерапії. Кінцевою метою є оптимізація фінансових витрат на лікування та підвищення якості медичної та фармацевтичної допомоги. Але слід зазначити, що при самолікуванні або при амбулаторному лікуванні хворих даний вид інформації може бути втрачений серед великої маси інформації в медичних картах хворих або некоректно зафіксований. Також при амбулаторному лікуванні дільничий лікар не завжди має зворотний зв'язок з пацієнтом і у випадку несприятливої реакції хворий просто припиняє прийом ЛЗ, часто не повідомляючи про це. Виникає ситуація, коли велика кількість ПР просто не враховується і, відповідно, існує потреба у вдосконаленні існуючої системи збору даних.

У зв'язку з вищесказаним метою дослідження стала розробка підходів щодо поліпшення збору інформації про випадки ПР у амбулаторних хворих або при самолікуванні.

Об'єктами дослідження стали вітчизняна нормативно-правова база, дані МОЗ України, звіти медичних і фармацевтичних організацій для системи післяреєстраційного нагляду. Предметом дослідження стали практичні аспекти фармаконагляду, зокрема підходи до фіксації ПР у амбулаторних хворих і при

самолікуванні в аптеці. У роботі використані загальнонаукові та спеціальні методи: системного аналізу, моделювання.

Система фармаконагляду пострадянських країн майже не використовує можливості роздрібної фармацевтичної мережі у відстеженні та облік ПР. Хоча за наявності сучасних інформаційних технологій в медичній установі / аптеці провізор/клінічний провізор може виконувати певні функції по збору та консолідації відповідних даних. Особливо ця функція може бути корисною при наявності електронних історій хвороби та доступу до мережі Internet в аптеці. На сьогодні в країнах ЄС велика увага приділяється електронній звітності в системі охорони здоров'я і, зокрема, забезпеченню доступу до медичної інформації в онлайн-ових медичних системах. Розробка медичних інформаційних систем орієнтована на стандартизацію та обмін медичними даними між різними ланками системи охорони здоров'я. Це покращує ефективність роботи медичних та фармацевтичних установ, допомагає уникати типових помилок, підвищує рівень фармацевтичної і медичної опіки, забезпечує економію часу медичних працівників і в цілому поліпшує економічні показники системи охорони здоров'я. Тому збір інформації про випадки ПР в аптечному закладі при достатньому рівні комп'ютерного забезпечення цілком можливий і доцільний.

Можна запропонувати спеціальну Форму для виявлення ПР для аптеки, яка має відмінності від встановлених МОЗ України спеціальних форм звітності про випадки ПР, але дозволить виявити ЛЗ, що сприяють виникненню ПР. Інформація може бути зафіксована як у електронній карті хворого, так і вступити до бази даних медичного закладу, обласних управлінь здоров'я або бази Експертної центру МОЗ на паперовому носії.

Таким чином, залучення провізорів в систему фармацевтичного нагляду буде сприяти зменшенню несприятливих випадків, покращенню стану здоров'я населення, підвищенню ефективності фармакотерапії. Кінцевою метою є оптимізація фінансових витрат на лікування та підвищення якості медичної та фармацевтичної допомоги.

## **ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕТИНГОВОГО ПІДХОДУ У ВИВЧЕННІ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Котвіцька А.А., Пузак Н.О., Пузак О.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**[socpharm@ukr.net](mailto:socpharm@ukr.net)**

Одна з головних особливостей сучасного маркетингу полягає в тому, що орієнтуючись у своїй діяльності на ринок покупця, виробник не може розраховувати на зміну його звичок і уподобань за допомогою маркетингу і реклами. Основний принцип взаємодії маркетингово орієнтованої фірми і покупця – принцип суверенітету споживача. Тому головним завданням фірми, що має ринкову орієнтацію виробничої чи комерційної діяльності є ретельне і постійне вивчення запитів споживачів, щоб вироблений і реалізований продукт максимально гармоніював з потребами і попитом населення.

Мета нашої роботи - виявлення вирішальних факторів, що визначають поведінку споживачів безрецептурних лікарських засобів, характер їх покупок та формують економічний, соціальний чи психологічний портрети покупців. Володіючи такою інформацією, з одного боку, фармацевтичне підприємство матиме змогу планувати реальні обсяги і властивості вироблених товарів та забезпечуватиме збут «під мінімальним тиском», з іншого – дозволить ефективно організувати рекламну кампанію і спрямувати її на відповідні групи населення з використанням спеціальних пропагандистських засобів.

Використано методи спостереження, аналізу та синтезу.

Поведінка споживачів на фармацевтичному ринку визначається особистісними, культурними, соціальними та психологічними факторами. До особистісних факторів відносять вік, стадію життєвого циклу сім'ї, економічний стан (рівень доходу на сім'ю, на одного члена сім'ї), стиль життя та ін. Вивчення особистісних характеристик клієнтів аптеки дає можливість сегментувати ринок та вибрати цільовий ринок на який, відповідно, орієнтувати складові комплексу маркетингу. І якщо в ході анкетного опитування встановлено, що основними

клієнтами аптеки є так звані «повні гнізда» (сім'ї з дітьми), необхідно більше уваги приділити дитячим лікарським формам та товарам для дітей.

До культурних факторів відноситься культура, субкультура, приналежність до суспільного класу. Дослідження у такому напрямку дадуть відповідь, наприклад, на питання: «Чи ототожнює споживач вибір цієї аптеки з приналежністю до певного соціального класу чи соціальної групи?». Вивчення соціальних факторів спонукатиме до виявлення людей чи організацій, що мають вплив на поведінку споживачів (товариші, сім'я, поради провізора, лікаря, реклама чи загальноприйнята думка референтної групи). Психологічні фактори також впливають на поведінку споживача. Цікавим є вивчення мотивації споживача до здійснення покупки. Чому саме цей виробник привертає увагу споживача, чому в такій лікарській формі здійснюється вибір, чи відіграє роль ціновий фактор і ряд других запитань можуть вирішувати переваги у виборі споживача.

Дуже важливими напрямками у вивченні поведінки споживачів лікарських засобів є визначення відношення до даного аптечного підприємства, відношення до певних торгових марок лікарських засобів, рівня задоволення запитів споживачів (очікування споживачів), сподівання споживачів, прийняття рішення про покупку, визначення закупівельного центру, поведінка споживача при покупці та після неї. Таким чином, в ході проведених досліджень було встановлено, що в умовах розвитку ринкових відносин основною складовою успішності підприємницької діяльності у сфері фармацевтичного бізнесу є виявлення та встановлення факторів, що визначають запити споживачів. Постійна увага до споживача, розуміння усіх відтінків його побажань – основний принцип аптеки, що працює на перспективу. Зацікавленість у вирішенні проблем споживача повертається повторними покупками, збільшенням кола постійних клієнтів та найкращою формою реклами – рекламою із вуст в уста, від одних споживачів до других. Оплачувати таку рекламу нікому не потрібно.



**ВНЕСОК У ФАРМАЦЕВТИЧНУ НАУКУ Г. Г. КОРРИТАРІ  
(1772-1810 рр.) ТА Ф.І. ГІЗЕ (1781-1821 рр.).**

Якуба А.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[yakuba.3597@mail.ru](mailto:yakuba.3597@mail.ru)

У 1805 році радою Харківського університету ординарним професором кафедри лікарського речовинослів'я, фармації і лікарської словесності було обрано Георгія Георгійовича Корритарі. Після закінчення Ієнського університету Г.Г. Корритарі, удосконалюючи знання, відвідав відомі наукові центри Німеччини: Лейпціг, Галле, Берлін, Вюрцбург, у Відні викладав терапію. У 1801 році здобув ступінь доктора медицини. Він був почесним членом Ієнських товариств випробувачів природи й мінералогії.

У 1807 році Г.Г. Корритарі призначили деканом лікарського відділення. Працюючи в університеті, він також служив головним лікарем у Харківському військовому відомстві й, будучи магістром окулістики, надавав безкоштовну допомогу людям з хворобами очей. Професор Г.Г. Корритарі викладав фармакологію та історію медицини за власними нотатками. Проте його викладацька діяльність ще не мала систематичного характеру, що було зумовлено труднощами початкового періоду, зокрема відсутністю необхідних навчальних засобів, стабільної кількості студентів на лікарському відділенні тощо.

З 1810 року викладання фармації розпочав Фердинанд Іванович Гізе, доктор філософії, екстраординарний професор кафедри хімії фізико-математичного відділення (екстраординарний професор – друга після завідувача кафедри особа, яка мала науковий ступінь доктора).

Практичну і теоретичну підготовку Ф.І. Гізе здобув у Берліні, керував хімічною фабрикою в Аугсбурзі. У 1802 році він став помічником придворної аптеки у Відні, звідки й був запрошений до Харківського університету на посаду ад'юнкта кафедри хімії.

Завдяки високому рівню освіти та своїй надзвичайній енергійності вже в перші роки роботи в університеті Ф.І. Гізе став одним із найкращих представників професорсько-викладацького складу. Він відомий і як невтомний дослідник природних багатств Слобожанщини.

Важливе місце в його дослідженнях науково-практичного характеру посіло вивчення цілющих мінеральних вод в Ізюмському повіті, слободі Рогань Харківської губернії та Костянтиноградському повіті Полтавської губернії. У 1805 році в одному з маєтків Куп'янського повіту Харківської губернії Ф.І. Гізе виявив поклади високої якості аптекарської соди, або глауберової солі.

У 1811 році, по смерті Г.Г. Корритарі, Ф.І. Гізе обрано ординарним професором «химии и фармацевтики». Він був деканом фізико-математичного відділення, керував хімічною лабораторією університету.

В умовах не обладнаної лабораторії вивчав способи виготовлення селітри, виконував інші дослідження. Читаючи на лікарському відділенні власний курс фармацевтичної хімії (чотири години на тиждень), професор Гізе супроводжував лекції демонстрацією дослідів у хімічній лабораторії.

Вважається, що саме він заклав підвалини для відкриття фармацевтичної лабораторії університету. Професор Ф.І. Гізе по праву визнано видатним ученим свого часу. Він був почесним членом Берлінського фармацевтичного і Віленського медичного товариств, членом-кореспондентом Імператорських Санкт-Петербурзької академії наук та Медико-хірургічної академії. Талант Ф.І. Гізе як вченого розкрився саме під час його роботи в Харківському університеті, де він написав 11 наукових праць, кращими з яких вважаються «Всеобщая химия», «Наставление к фармакопее» і «Lehrbuch der Pharmacie». Визнанням наукових заслуг Ф.І. Гізе було запрошення його до Дерптського університету, відомого в Європі наукового центру.

## **ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА НА УЧЕБНОМ ПРИЗВОДСТВЕННОМ УЧАСТКЕ**

Кеукенова Ж.К., Асемова А.О., Шобабаева А.Р.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова,

г. Алматы, Казахстан

**keukenova777@mail.ru**

В условиях форсированного индустриально-инновационного развития Республики Казахстан эффективная реализация политики фармацевтических предприятий в направлении обеспечения населения качественным и безопасным ЛС отечественного производства в определяющей степени зависит от доверия заказчиков и покупателей к организациям-производителям. Динамичное развитие рынка фармацевтических препаратов, а также усиливающиеся тенденции на усиление конкуренции на данном рынке предъявляют новые требования к организации управления фармацевтическими предприятиями. Для обеспечения надлежащего качества фармацевтической продукции нормативные документы должны иметь комплексный характер и отслеживать обеспечение качества и безопасности на протяжении всего жизненного цикла лекарственного препарата.

Целью исследования является рассмотрение обеспечения качества фармацевтического предприятия как целостной системы, с помощью которой достигается высокое качество продукта, качество процесса и структуры.

Методы исследования: обработка статистических данных, сравнительный анализ и SWOT анализ.

Различные части системы менеджмента организации могут быть интегрированы вместе с системой менеджмента качества в единую систему менеджмента, использующую общие элементы. Это облегчает планирование, выделение ресурсов, определение дополнительных целей и оценку общей результативности организации.

Система обеспечения качества фармацевтического предприятия требует следующих гарантийных параметров:

- разработка продукции с учетом всех требований и стандартов;
- составление на все операции по производству и контролю четкой документации в соответствии с правилами стандарта;
- четкое определение степени ответственности и полномочий;
- выполнение мероприятий по производству, поставке и использованию надлежащего исходного сырья и упаковочных материалов;
- осуществление контроля промежуточной продукции, технологического процесса и валидации;
- проведение контроля, проверки готовой продукции в строгом соответствии с требованиями стандарта и законодательства;
- выполнение на систематической основе процедур проведения самоинспекции (внутреннего самоаудита качества), на основании которой возможна регулярная оценка эффективности и дееспособности системы обеспечения качества.

В настоящее время рынок фармацевтических средств Казахстана остается рынком импорта, поэтому ключевой задачей развития отрасли остается наращивание производственных мощностей предприятий фармацевтической промышленности Казахстана. Государственная поддержка и широкое внедрение стандартов GMP должно обеспечить стабильную работу отечественных фармацевтических предприятий и, в конечном итоге, обеспечить население Казахстана безопасной, качественной и доступной лекарственной продукцией. В результате исследований для системы обеспечения качества разработаны технические условия для определения параметров и требований к учебному производственному участку, разработаны принципиальная технологическая и аппаратурная схемы по производству твердых лекарственных форм и спецификации оборудования и определены потоки персонала и материалов по требованиям GMP.

# ДИНАМІКА СПОЖИВАННЯ АНТИГІСТАМІННИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Передерій А.В., Яковлева Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[ana2971@i.ua](mailto:ana2971@i.ua)

За останні роки в усьому світі спостерігається тенденція до суттєвого зростання частоти алергічної патології. Різні прояви алергії, згідно з даними ВООЗ, реєструються у 7-30% випадків всіх захворювань. Існує прогноз, що до середини ХХІ століття дана патологія стане надзвичайно поширеною у світі.

Метою даного дослідження було вивчення динаміки споживання антигістамінних засобів (АГЗ) в Україні протягом останніх трьох років (2012 - 2014 рр.).

Для визначення обсягу споживання АГЗ використовували АТС/DDD - методологію і дані про обсяги реалізації ЛП пошукової системи «Лікарські засоби» компанії Моріон.

На фармацевтичному ринку України представлено 14 МНН АГЗ, на підставі останніх в даний момент 164 ТН. За обсягами споживання в показнику DDDs/1000/d станом на кінець 2014 року препаратами-лідерами серед АГЗ стали: Лоратадин (2,62)> Левоцетиризин (1,91)> Цетиризин (1,78)> Мебгідролін (1,38). Споживання АГЗ протягом аналізованих трьох років характеризувалося незначним зростанням. В одиницях DDDs/1000/d це виглядає так: 9,08 (2012 р.), 9,9 (2013 р.) і 9,61 (2014 р.). Аналіз обсягів споживання показав, що найбільш споживаний препарат - Лоратадин, його показник DDDs/1000/d – 2,62, що пояснюється великою кількістю генеричних препаратів та високим рівнем доказовості.

На українському фармацевтичному ринку АГЗ представлено 14 МНН АГЗ, на підставі останніх в даний момент 164 ТН, що дозволяє споживачеві вибрати ЛП, виходячи зі своїх фінансових можливостей.

**ДОСЛІДЖЕННЯ АРСЕНАЛУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ  
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ  
ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ІНОЗЕМНИХ РЕГУЛЮЮЧИХ ПЕРЕЛІКІВ**

Кирпач О.В., Трохимчук В.В.

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

м. Київ, Україна

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

Кількість хворих на жовчокам'яну хворобу (ЖКХ) зростає з року в рік. Так, за даними С.М. Гойда (2011), захворюваність на ЖКХ у 2001 р. становила 83.3 на 100 тис. дорослого населення, а у 2010 р. - 89,9, темп приросту - 7,9%. Основними параметрами якості надання фармацевтичної допомоги згідно з вимогами Належної аптечної практики є ефективність, доступність та раціональне використання лікарських засобів (ЛЗ). Метою нашого дослідження був аналіз арсеналу регулюючих переліків лікарських засобів для лікування хворих на ЖКТ за вітчизняними та міжнародними джерелами інформації. Нами проведено аналіз регулюючих переліків препаратів для лікування хворих ЖКТ за міжнародною непатентованою назвою ЛЗ (INN) відповідно до Державного реєстру ЛЗ (2015), міжнародних клінічних настанов рекомендацій щодо застосування ЛЗ з обов'язковою вказівкою рівня градації доказів та сили рекомендацій (SIGN, NICE та ін. базах), ЛЗ у формулярі-прототипі, що розроблений за принципами доказової медицини (WHO Model Formulary, British National Formulary), Національного переліку основних ЛЗ і виробів медичного призначення (постанова КМУ №333 від 25.03.2009 р.) а також наявність рекомендації щодо застосування ЛЗ у клінічних настановах, медичних стандартах, уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги, що затверджені наказами МОЗ України. У результаті проаналізовано регулюючі переліки препаратів та визначені основні ЛЗ, що потребують подальшого вивчення та створення обґрунтованих формулярних переліків за класифікацією АТХ.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГІДРОКСИЛЬНИХ ПОХІДНИХ 7-((3-ТІО-4R-4H-1,2,4-ТРИАЗОЛ-5-ІЛ)МЕТИЛ)ТЕОФІЛІНУ

Князевич П.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**knyazevich@2ch.hk**

Хімія гетероциклічних сполук надає безмежні можливості у створенні нових речовин з різноманітною активністю. У даному випадку не є винятком і такі молекули, як 1,2,4-тріазол та теофілін. На сьогодні ці структури входять до складу лікарських засобів, що успішно використовуються у медичній практиці. Але, не дивлячись на це, хімія 1,2,4-тріазольного фрагменту у поєднанні з теофіліном, вивчена недостатньо повно, тому дослідження нових похідних від цих структур є актуальним і перспективним напрямком.

За відомими методиками нами були отримані у якості вихідних речовин 7-((3-тіо-4-феніл-4H-1,2,4-тріазол-5-іл)метил)-1,3-диметил-1H-пурин-2,6(3H,7H)-діон та ряд  $\alpha$ -галогенкетонів, серед яких бромацетон, феноцилбромід, 2-бromo-1-(4-флуорфеніл)етанон, 2-бromo-1-(4-метоксифеніл)етанон, 2-бromo-(1-тіофен-2-іл)етанон. За описаними раніше реакціями проводили реакції взаємодії вихідного тіолу з  $\alpha$ -галогенкетонами.

При проведенні відновлення отриманих  $\alpha$ -галогенкетонів у середовищі ДМФА:вода (3:1) та за п'ятигодинного нагрівання, відбувається утворення відповідних гідроксильних похідних. Дослідження фізико-хімічних властивостей отриманих нами сполук проводили за методами, які наведені у Державній Фармакопеї України. ІЧ-спектри (4000 – 400 см<sup>-1</sup>) були зняті на модулі ALPHA-T спектрометра Bruker ALPHA FT-IR (Bruker optics, Німеччина).

Мас-спектри синтезованих сполук зняті на приладі Varian MAT-311A (Varian, Inc, USA). Проведено комп'ютерне прогнозування біологічної активності отриманих сполук за допомогою програми «PASS Online<sup>®</sup>» і встановлено подальшу доцільність визначення біологічної активності синтезованих сполук.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ В ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

Котвіцька А.А., Сурікова І.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

У часи становлення вітчизняного фармацевтичного ринку, як невід'ємного суб'єкту сучасних ринкових відносин, гостро відчувалася відсутність документу, який би регулював етичні аспекти фармацевтичної діяльності у всіх її площинах, що спонукало фармацевтичну спільноту України до створення Етичного кодексу фармацевтичних працівників України. Під час проведення VII Національного з'їзду фармацевтичних працівників України 16 вересня 2010 року у місті Харкові фармацевтичною спільнотою України, було ухвалено, прийнято та підписано Етичний кодекс фармацевтичних працівників України.

Метою нашого дослідження стало визначення основних проблемних питань впровадження Етичного кодексу фармацевтичних працівників у практичну діяльність.

Для з'ясування сучасних тенденцій щодо проблем впровадження та механізму функціонування Етичного кодексу нами було проведено анкетне опитування фармацевтичних працівників щодо морально-етичних норм аптечної діяльності. Розроблена анкета складається із загальної та спеціальної частин та включає в себе 11 питань. У анкетуванні взяли участь 534 респонденти, віком від 20 до 40 років, що представляють усі регіони України.

Необхідно зазначити, що про існування Етичного кодексу фармацевтичного працівника України знає лише 48% опитаних, а 16% взагалі впевнені у відсутності такого документу. Однак майже 60% респондентів вважають за необхідне використання на практиці положень Етичного кодексу,



як декларації фундаментальних принципів професії, а 95% впевнені, що професійна етика фармацевтичного працівника повинна ґрунтуватися саме на принципах професіоналізму. На думку 57% опитаних, етичному регулюванню повинні підлягати професійні взаємозв'язки між лікарем та фармацевтичним працівником.

Найбільш ефективним шляхом розв'язання етичних проблем у фармацевтичній діяльності, на думку опитаних, є застосування нормативно-правового регулювання, а контроль за дотриманням положень Етичного кодексу повинен бути покладений на комітети з етики, який зміг би захистити права та інтереси усіх суб'єктів фармацевтичного ринку. Але, на жаль, проект наказу «Про механізм запровадження Етичного кодексу фармацевтичного працівника України», в якому пропонується створити Комісію з питань дотримання Кодексу, й до теперішнього часу залишається проектом. Такий стан створює проблеми в правовому регулюванні фармацевтичної діяльності, оскільки Етичний кодекс, як основоположний документ у практичній діяльності фахівців, на жаль, не виконує свої функції та не виправдовує своє призначення.

Беззаперечним є те, що за останні роки фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я характеризується динамічним розвитком. Тенденції, що мають місце на фармацевтичному ринку, свідчать про порушення принципів та положень Кодексу. Тому, на нашу думку, першочерговими діями у напрямку впровадження у практичну діяльність Етичного кодексу є перегляд та оновлення його основних положень, з урахуванням змін, що відбуваються в фармацевтичному секторі, визначення оптимального механізму дії за участю професійних громадських об'єднань у фармації та державних органів влади з подальшою імплементацією основних норм Етичного кодексу фармацевтичних працівників у практичну діяльність, що стане свідченням чергового етапу зрілості української фармацевтичної спільноти.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ У ФАРМАЦІЇ

Назаркіна\* В.М., Хоменко В.М., Сушаріна І.В.

\*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Донецький національний медичний університет

ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

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

Українське сьогодні показує необхідність громадського контролю за діяльністю органів державного управління та місцевого самоврядування. Це, у свою чергу, актуалізує роль громадських фахових організацій у такому процесі як на загальнодержавному (регіональному) рівні, так і на рівні окремих галузей, у т. ч. й фармацевтичної.

З огляду на підписання угоди з ЄС та необхідності імплементації європейських норм на теренах України та у фармації, актуальним є дослідження ролі суспільних професійних (у т. ч. й фармацевтичних) організацій у процесах саморегулювання професійної (фармацевтичної) діяльності. Саморегулюючими організаціями (selfregulatory organizations) у світовій практиці визнають підприємницькі асоціації, добровільні об'єднання, які встановлюють для своїх членів загальні правила у веденні бізнесу. Розвиток саморегулювання сприяє взаємодії між суб'єктами, що здійснюють господарську та професійну діяльність певного виду, та самостійній розробці ними єдиних та зрозумілих усіх категорій громадян правил здійснення господарської діяльності певного виду. До речі, в Україні на принципах саморегулювання з 1993 р. уже здійснюється аудиторська діяльність під керівництвом Аудиторської палати України.

Для імплементації в Україні європейських норм регулювання роздрібною реалізації ліків можна взяти за приклад функціонування Аптечної палати у Польщі, яка відповідальна за надання дозволу працювати фармацевтом, розміщення аптечної мережі, дотримання норм Належної аптечної практики, а

також, за дорученням держави здійснює облікову функцію руху фармацевтичних кадрів.

Слід зазначити, що в Україні вже існує Етичний кодекс фармацевтичних працівників, який при переході до саморегулювання фармацевтичної діяльності й стане тим єдиним та зрозумілим для усіх категорій учасників процесу фармацевтичного забезпечення населення зібранням правил здійснення фармацевтичної діяльності.

Кафедрою ОЕФ НФаУ спільно з Донецьким національним медичним університетом ім. М. Горького вже впродовж кількох років проводяться дослідження підходів щодо поєднання державного й суспільного регулювання у фармації. У дослідженні нами використано метод соціологічного дослідження, а саме анкетне опитування спеціалістів фармації та представників керівних органів низки громадських фармацевтичних організацій. Дані вказаного дослідження свідчать про бажання залучення до суспільного регулювання як спеціалістів фармації (членів всеукраїнських громадських фармацевтичних організацій), так і представників керівних органів таких організацій, але тільки у певних напрямках регулювання – 73,21 та 43,48% відповідно.

За результатами нашого дослідження встановлено функції державного регулювання у фармації, які на думку респондентів було б доцільно передати громадським фармацевтичним організаціям – атестація фармацевтичних кадрів (понад 60% опитаних), акредитація установ, закладів і підприємств фармацевтичної галузі, а також ліцензування діяльності, пов'язаної з роздрібною реалізацією ліків (понад 40% опитаних). Отже, результати нашого дослідження свідчать про те, що фармацевтична спільнота України готова до впровадження саморегулювання фармацевтичної діяльності. На сьогодні, нами також проводиться дослідження документів провідних всеукраїнських фармацевтичних організацій з елементами контент-аналізу з метою встановлення основних напрямків їх діяльності та взаємодії з органами державного управління різних рівнів.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Тетерич Н.В., Сушаріна І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Наразі проблема професійної адаптації набуває першочергового значення в групі проблем успішної професіоналізації провізора, вирішення якої значною мірою сприяє уникненню таких негативних явищ, як нестабільність фармацевтичних кадрів, їх плінність та повільне зростання професійної майстерності фармацевтичного працівника.

Саме тому соціальна реальність сьогодення потребує більш компетентного підходу щодо підбору, навчання й розміщення фармацевтичних кадрів. Це дозволяє розглядати адаптацію сучасного провізора не тільки як основу соціалізації у сучасному суспільстві, але і як необхідну умову успішного оволодіння професійними навичками фахівця у професійному середовищі.

З метою визначення показників, що впливають на процес адаптації фармацевтичних фахівців, нами було проведено комплексне опитування провізорів 10 аптек різних районів м. Харкова за методикою Маклакова, яка визначає рівень особистісного адаптивного потенціалу (ОАП). До опрацювання нами було прийнято 30 опитувальних листів. Зауважимо, що належний рівень ОАП сприяє накопиченню адаптаційних ефектів фахівця; сприяє формуванню адаптивних перетворень у робочому середовищі та переходу кількості придбаних навичок у якісні властивості.

За результатами проведеного дослідження рівня ОАП нами було встановлено наступне: 40% опитаних легко адаптуються до нових умов професійної діяльності, швидко входять у новий колектив, і адекватно орієнтуються в будь-якій ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки, не є конфліктними та володіють високою емоційною стійкістю; 30% респондентів володіють середнім рівнем емоційної стійкості. У них цілком

можливий прояв агресії і конфліктності. Зазначені працівники вимагають індивідуального підходу та коригувальних заходів з боку керівників аптечних закладів та залучення додаткових фахівців – психологів; 30% респондентів мають низький рівень емоційної стійкості, який може зумовити нервово-психічні зриви. Ці фахівці володіють низьким рівнем нервово-психічної стійкості, здатні до конфліктних ситуацій та можуть допускати асоціальні вчинки.

За результатами проведеного дослідження вважаємо доцільним запропонувати напрямки щодо підвищення процесу адаптації фармацевтичних фахівців у робочому середовищі, які передбачають активну позицію особистості фахівця у професійній діяльності, чіткого усвідомлення фахівцем свого соціального статусу і пов'язаної з ним ролевої поведінки.

До них відносяться: оцінювання керівником потенціалу нового співробітника відповідно до його віку та стажу трудової діяльності та прогнозування терміну пристосування нового співробітника на кожній стадії адаптації; застосування змістовних складових у процесі адаптації фармацевтичних працівників. Слід виходити з того, що соціально-психологічна адаптація – це процес включення фармацевтичного працівника у новий трудовий колектив аптечного закладу, психофізіологічна адаптація – сприяння процесу пристосування фармацевтичного працівника до умов праці в аптеці, режиму праці і відпочинку на робочому місці та соціально-організаційна адаптація – сприяння процесу пристосування фармацевтичного працівника до фармацевтичного середовища.

Також важливими факторами адаптації до фармацевтичної діяльності є економічні (аналіз показників результативності трудової діяльності фармацевтичних працівників); психологічні (проведення тестування з молодими фахівцями; застосування психологічних тренінгів; аналіз мотивації до трудової діяльності; оцінювання швидкості включення у роботу); соціологічні (соціологічні опитування; анкетування; інтерв'ювання та спостереження).

# ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАКЦИНАМИ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ ПЛАНОВИХ ЩЕПЛЕНЬ ДІТЕЙ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

А.А. Котвіцька, О.В. Кононенко

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Вірусний гепатит В належить до захворювань, які за ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності займають одне з лідируючих місць у структурі інфекційної патології України. Ефективним профілактичним методом запобігання захворюваності на гепатит В є своєчасне здійснення планових щеплень проти даного захворювання, які передбачені Національним календарем профілактичних щеплень.

Однак в останні роки спостерігається ситуація щодо зменшення рівня охоплення профілактичними щепленнями проти всіх керованих інфекцій та зростання рівня інфекційної захворюваності. Основною причиною цього виступає незадовільний стан щодо забезпечення окремих регіонів країни вакцинами для здійснення профілактичних щеплень, їх нерівномірні й несвоєчасні поставки.

З огляду на вищезазначене, метою дослідження стало здійснення аналізу стану забезпечення медичними імунобіологічними препаратами (МІБП) для планової вакцинопрофілактики дітей проти гепатиту В відповідно до розрахованої потреби. Дослідження проводилися з використанням даних щодо стану забезпечення МІБП по Сумській області.

При проведенні дослідження були використані графічний, математичний, порівняльний методи. Виходячи з результатів дослідження, встановлено, що стан забезпечення вакцинами для профілактики такого небезпечного захворювання як гепатит В залишається вкрай незадовільним.

На рисунку 1 продемонстровано динаміку зміни рівня забезпечення вакцинами відповідно до запланованої потреби для профілактики гепатиту В

протягом 2007-2013 рр. Починаючи з 2009 р., спостерігається тенденція різкого зниження рівня забезпечення зазначеними вакцинами. Так, у 2007 р. було забезпечено 135% від необхідної потреби, а в 2013 р. рівень забезпечення склав лише 29%.

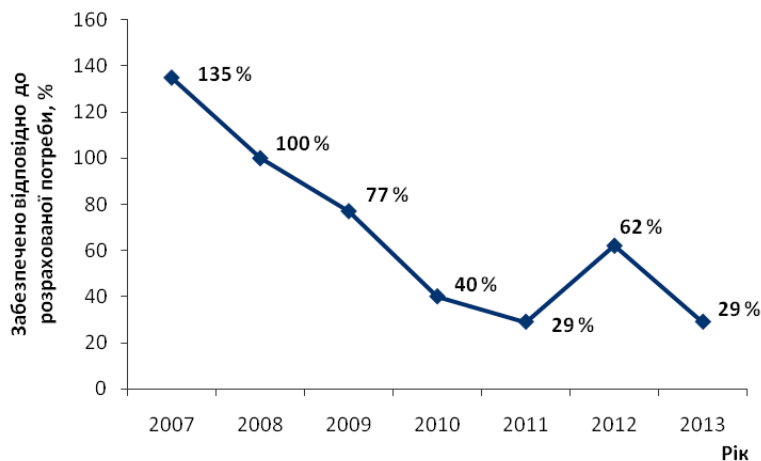


Рис. 1. Результати дослідження стану забезпечення МІБП для здійснення профілактичних щеплень проти гепатиту В у дітей відповідно до розрахованої потреби за 2007-2013 рр. в Сумській обл.

Як відомо, відсутність необхідної вакцини в поліклініці призводить до порушення термінів вакцинації значної частки дітей, внаслідок чого виникає прошарок невакцинованих осіб, що загрожує виникненням спалахів інфекційної захворюваності. Виходячи з результатів аналізу ситуації забезпеченості населення вакцинами для профілактики гепатиту В, можна стверджувати про повну невідповідність наявного стану забезпеченості основним положенням Загальнодержавної програми імунпрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2007-2015 рр. Вкрай низький рівень забезпеченості МІБП унеможливорює рекомендований ВООЗ рівень охоплення вакцинацією, який має становити 95 % по кожному з керованих інфекційних захворювань.

Одним із шляхів покращення ситуації забезпеченості МІБП, на нашу думку, є розробка підходів щодо їх раціонального розподілу між окремими регіонами України та оптимізація співвідношення між рівнем забезпечення та розрахованою потребою.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИСТРИБ'ЮЦІЇ

Посилкіна О.В., Новицька Ю.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**[kaf.ep.nfay@rambler.ru](mailto:kaf.ep.nfay@rambler.ru)**

Діяльність оптових компаній на фармацевтичному ринку України, як і функціонування інших його суб'єктів, відрізняється високим рівнем складності та відповідальності, що пов'язано зі специфікою лікарських засобів (ЛЗ) як товару. Велика кількість обмежень, пов'язаних із специфічними вимогами до зберігання, транспортування, складування запасів ЛЗ, складність процесу обліку ЛЗ, наявність на ринку фальсифікованої продукції, висока залежність від виробничих планів та потужностей, недостатнє впровадження інтегрованих інформаційних систем відстеження переміщення фармацевтичної продукції, а також складнощі, пов'язані з її документальним супроводом, сертифікацією та ліцензуванням значно ускладнюють діяльність та підвищують рівень конкуренції на оптовому фармацевтичному ринку.

Таким чином, перед дистриб'юторськими компаніями постає питання обґрунтування та вибору найбільш ефективних підходів, інструментів та методів оптимізації діяльності, зниження витрат з метою посилення конкурентних позицій. Метою даного дослідження є аналіз сучасних трендів розвитку оптового фармацевтичного ринку в Україні. У процесі дослідження використовувалися методи: абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу.

Проведені дослідження дозволили виділити основні тенденції розвитку оптової ланки фармацевтичного ринку України: концентрація оптового фармацевтичного ринку; зростання тиску з боку контролюючих організацій; продовження процесу сегментації діяльності оптових фармацевтичних компаній (ОФК); створення додаткових складських площ; автоматизація процесів складування; зростання уваги до логістизації процесів управління запасами; розвиток процесів вертикальної інтеграції та створення власних роздрібних мереж виробниками ЛЗ; впровадження



ІТ-технологій, удосконалення інформаційного забезпечення діяльності; підвищення частки локальних оптових компаній; розвиток логістичної інфраструктури; інтеграція бізнес-процесів для покращення управління запасами тощо. З огляду на проведені дослідження, можна зробити висновок про посилення логістичної складової у діяльності ОФК в Україні.

Проведений аналіз також дозволяє стверджувати, що для ОФК на перший план сьогодні виходять функції обслуговування клієнтів та управління запасами, підвищуються вимоги до рівня сервісу з боку дистриб'юторів та значення цього фактору для клієнтів ОФК. Отже, сталість взаємовідносин між суб'єктами фармацевтичного ринку та їх партнерський характер виходять на перший план конкурентної боротьби.

На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що для фармацевтичних дистриб'юторів при роботі з постачальниками найбільш вагомими є критерії, пов'язані з наданими знижками та іншими пільгами, а також важливе місце відіграє імідж підприємства-виробника. Інша ситуація спостерігається у дистриб'юторів при роботі з їх клієнтами – суб'єктами роздрібною торгівлі. Тут на перший план виходять фактори цін та широту асортименту ЛЗ. У свою чергу аптечні мережі при виборі дистриб'юторів приділяють значну увагу якості документального супроводу поставок ЛЗ. Стабільно високе значення як з боку оптової, так і з боку роздрібною ланки сьогодні надається рівню логістичного обслуговування.

Отже, можна зробити висновок про необхідність подальшого посилення уваги до впровадження логістичних інструментів та технологій в діяльність оптової ланки вітчизняного фармацевтичного ринку. У зв'язку з цим актуалізується проблема підвищення ефективності та якості управління товарними запасами в ОФК. Адже логістика розглядається, перш за все, як система управління потоковими процесами, що спрямовані на збалансований менеджмент потоків ЛЗ та інформаційних й фінансових ресурсів, які їх супроводжують. А з огляду на особливості ЛЗ як товару, ця функція набуває в діяльності дистриб'юторів особливого значення.

## ЗАКОНОДАВЧІ НОВЕЛИ З ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА

Пономаренко М.С., Соловйов О.С.

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

м. Київ, Україна

[pms2054980@yandex.ua](mailto:pms2054980@yandex.ua)

За останні п'ять років до 90% усієї нормативно-правової бази, регулюючої сферу діяльності в галузі фармації, імплементовано до вимог та стандартів Європейського Союзу (ЄС). Разом з тим, деякі титульні законодавчі акти прийняті раніше та ласкутні, інколи декоративні доповнення до них не призвели до очікуваних змін і результатів. Саме тому на даний час депутатами Верховної Ради України підтримана ініціатива щодо прийняття нової редакції Закону України "Про лікарські засоби". З цією метою створена Робоча група, до якої і за нашої безпосередньої участі входять відомі вчені – професіонали в галузі фармації, медицини, юриспруденції.

Серед законодавчих новел: сучасні вимоги до персоналу їх освіти, удосконалення, атестації, збалансування інтересів учасників фармацевтичного ринку; ноофармацевтичні та нооетичні засади промоції лікарських засобів; повної заборони телереклами (реклами) лікарських засобів та засобів, які імітуються під ліки, медичні не ліцензовані послуги (екстрасенси, ворожки, мольфари); виробу медичні т. ін. Окремо вносяться зміни відносно принципів проведення тендерної політики; багато інших інновацій. Слід відмітити, що діючий Закон України позитивно спрацював на певному часовому проміжку. Однак велика кількість нормативного масиву у вигляді прийнятих змін, доповнень до базової редакції, в тілі закону, потребують його кодифікації. Особлива увага звертається на пропозиції щодо корінних змін в ціноутворенні, раціональному використанні коштів на реімбурсацію та залучення транзакцій для збалансування можливостей держави на покриття витрат за лікарські засоби та потреби, у межах преференцій, передбачених державою під ці цілі. Передбачення транзакцій, як додаткових надходжень при передбачених,

прогнозованих не прогнозованих фінансово-економічних ризиків, але це останнє потребує розробки іншого законодавчого акту.

Законодавчі новели з фармацевтичного права нової редакції Закону України "Про лікарські засоби" визначають заходи протидії незаконної участі та впливу відомих інсайдерів та невідомих або прихованих аутсайдерів тендерного процесу та інших сферах діяльності в галузі фармації. Активна фаза, за нашої безпосередньої участі, у підготовці згаданого проекту розпочалася. Ми щиро вдячні, що до цього процесу уже долучився, відомий серед вчених в галузі фармації, д. юрид. н., проф. В. Пашков, який разом з колегами юристами Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, з правових позицій уже запропоновано структуру нової редакції проекту Закону України "Про лікарські засоби". Одночасно робочою групою, за підтримки окремих депутатів Верховної ради України, опрацьовуються проекти законів України "Про вироби медичні", "Про фармацевтичну діяльність", а у недалекому майбутньому – професійного Кодексу. Перше засідання робочої групи відбулося 16-17 лютого 2015 року у м. Полтаві на базі юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого за участі Народних депутатів Верховної Ради України, Першого заступника Міністра охорони здоров'я України, провідних фахівців науки, практики в галузі фармації, медицини, правових наук, відповідальних осіб місцевих органів влади, представників преси. Була представлена, попередньо напрацьована, генеральна конструкція модернізації проекту нової редакції Закону України "Про лікарські засоби", окреслені основні концептуальні характеристики та політики розвитку галузі, за кожним з розділів (підрозділів) закону. Схвалена ідея розробки Закону "Про вироби медичні" та закону "Про фармацевтичну діяльність". Друге засідання робочої групи заплановано провести у м. Києві, наступне розширене – у м. Харкові (за згодою).

# КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ПАЦІЄНТАМ, ХВОРИМ НА ЗАПАЛЬНІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ЛІКАРНІ М. КИЄВА

Немченко А.С., Змисля М.В., Подколзіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Вступ. За останнє десятиріччя у багатьох країнах світу, у тому числі і в Україні, відмічається зростання захворюваності на запальні гінекологічні захворювання. Дані ВООЗ засвідчують тенденцію до «омолодження» цих захворювань, адже більшість хворих – це жінки у віці до 25 років. Внаслідок значної тривалості захворювання та частоти акушерсько-гінекологічних ускладнень, негативного впливу на репродуктивну функцію жінок, запальні захворювання статевих органів (ЗЗСО) є серйозною медичною і соціальною проблемою сучасного суспільства.

Метою дослідження став клініко-економічний аналіз лікарських призначень хворим на ЗЗСО в гінекологічному відділенні пологового будинку м. Києва. Були проаналізовані історії хвороб 62 хворих на ЗЗСО, які пройшли курс стаціонарного лікування в гінекологічному відділенні пологового будинку м. Києва. В результаті аналізу історій хвороб було виявлено, що у структурі захворюваності ЗЗСО переважають: сальпінгофорит - 31 (43,9%), ендометрит – 8 (12,6%), абсцес бартолінієвої залози – 7 (11,3 %). Аналіз лікарських призначень показав, що номенклатура лікарських засобів (ЛЗ), які були призначені пацієнтам з вищеназваними захворюваннями, складається з 30 найменувань, серед яких 20 найменувань (67%) закордонного виробництва та 10 найменувань (33%) виробляються в Україні. Серед ЛЗ, що увійшли до схем лікування ЗЗСО, за фармакологічними групами антибактеріальні ЛЗ складають 32%, антисептики та дезінфікуючі ЛЗ – 14%, вітаміни - 11%, по 7% займають замінники плазми та інших компонентів крові і гомеопатичні ЛЗ відповідно. Частка ЛЗ таких груп, як антигістамінні, імуностимулятори, місцеві анестетики, ЛЗ, що нормалізують

мікрофлору кишківника та НПЗЗ, складає по 4%. Інші фармакологічні групи займають

по 3%. Антибактеріальні ЛЗ є основою терапії ЗЗСО, тому був проаналізований асортимент препаратів даної фармакологічної групи, що увійшли до схем лікування. Встановлено, що найбільш широко у структурі антибактеріальних ЛЗ представлені цефалоспорини та нітроїмідазоли, які займають по 25%, макроліди та фторхінолони - по 13%, тетрацикліни та антибактеріальні ЛЗ інших груп – по 12%.

Визначена вартість курсу стаціонарного лікування досліджуваних запальних захворювань статевих органів упродовж 10 днів складає: для сальпінгофориту 896.47 грн., ендометриту – 740.10 грн., абсцесу бартолінієвої залози – 846.89 грн. відповідно, при цьому до схеми лікування входило 20 % вітчизняних ЛЗ. За умов лікування переважно вітчизняними ЛЗ вартість лікування складає: сальпінгофорит – 563.63 грн., ендометрит – 479.83 грн., абсцес бартолінієвої залози – 546.88 грн., що дає економію коштів 35 %.

В аналізі лікарських призначень у схемах лікування було виявлено, що на препарати специфічної дії (антибіотики, протигрибкові, нестероїдні протизапальні засоби пробіотики, імуномодулятори) було витрачено близько 40% від загальної суми витрат на фармакотерапію, а 60 % витрат спрямовані на підтримуючі та супутні ЛЗ (гомеопатичні, замінники плазми крові, антигістамінні, фібринолітики та ін.).

Проведені дослідження показали, що напрями комплексної фармацевтичної допомоги пацієнтам з ЗЗСО у гінекологічному відділенні пологового будинку м. Києва відповідають чинним на даний час клінічним рекомендаціям і стандартам лікування. В той же час фінансові кошти на фармакотерапію хворих витрачаються нераціонально. У подальшому доцільно проаналізувати можливість застосування замість високовартісних закордонних препаратів вітчизняних генеричних аналогів, що дозволить суттєво зменшити та структурувати загальні витрати на фармакотерапію у даному пологового будинку.

**КООРДИНУВАННЯ СИСТЕМИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ  
«СПЕЦІАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ» ПРОВІЗОРАМ-ІНТЕРНАМ ОЧНОЇ ТА  
ОЧНО-ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ**

Білоус М.В., Рижов О.А.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

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

У ході організації медичного забезпечення будь-якої надзвичайної ситуації (НС) мирного чи воєнного часу успішне виконання завдань, покладених на медичну службу, вимагає якісної підготовки всіх категорій медичного складу, у тому числі й провізорів, які несуть безпосередню відповідальність за організацію і проведення медичного постачання. Саме тому в сучасному стані фармацевтичної галузі вкрай необхідні спеціалісти, які здатні працювати за різноманітними напрямками практичної фармації. Наразі сучасний провізор повинен уміти організовувати роботу аптечного закладу в екстремальних умовах НС і забезпечити населення, лікувально-профілактичні заклади та медичні формування необхідним асортиментом лікарських засобів (ЛЗ) не тільки промислового виробництва, а також екстемпорального виготовлення. Тому провізори – інтерни потребують спеціальних знань та навичок, які отримають при вивченні навчальної дисципліни «Спеціальна підготовка».

Метою дослідження став аналіз сучасної системи військово-медичної підготовки провізорів – інтернів та викладання навчальної дисципліни «Спеціальна підготовка» у провізорів – інтернів очної та очно-дистанційної форми навчання. Методами дослідження було обрано бібліографічний, аналітичний та системний аналіз. На даний час відбувається суттєва зміна завдань і структури Збройних сил України (ЗСУ), особливо у зв'язку з останніми подіями на сході України. Це вимагає значних перетворень у системі військової освіти та організації підготовки офіцерів медичної служби. Зараз військово-медична підготовка офіцерів запасу, а саме провізорів, у вищих медичних закладах, на військових кафедрах, здійснюється на контрактній основі. При

проходженні первинної спеціалізації – інтернатури, всі без винятку провізори – інтерни зобов'язані вивчати навчальну дисципліну «Спеціальну підготовку», відповідно до освітньо-професійної програми підготовки спеціаліста напряму «1202 фармація» спеціальності 7.12020101 «Фармація» за навчальним планом, затвердженим МОЗ України.

Тому, разом з реформуванням вітчизняної вищої школи та вищих медичних закладів потребують сучасного оновлення і методології викладання курсу «Спеціальної підготовки» для провізорів – інтернів очної та очно-дистанційної форми навчання. Це забезпечить формування висококваліфікованих фахівців з глибокими теоретичними знаннями та професійними навичками.

Безперервний пошук нових форм, методів та способів навчання провізорів – інтернів дозволили систематизувати весь навчальний матеріал, скоротити і перерозподілити інформацію так, щоб серед тем з дисципліни «Спеціальна підготовка» не було другорядних та малозначимих.

Основною ідеєю викладання курсу «Спеціальної підготовки» стала максимальна поінформованість провізорів – інтернів з організації медичного забезпечення ЗСУ в умовах НС та воєнного часу з урахуванням сучасних досягнень військової та військово-медичної науки завдяки сукупності способів та методів подання навчальної інформації і організації навчального процесу.

У зв'язку з цим, з метою подальшого вдосконалення організації медичного забезпечення ЗСУ ЛЗ в сучасних умовах, головним завданням вважаємо впровадження у навчальний процес інформаційних технологій, зокрема, когнітивних технологій навчання, які використовуються для створення платформ електронного навчання і підвищують ефективність трансферу знань слухачів.

Це буде сприяти підготовці високоосвіченого, професійно переконаного фахівця з питань організації і управління забезпечення ЗСУ ЛЗ та медичним майном в умовах НС та воєнного часу. Дослідження в цьому напрямку проводяться і надалі.

# МЕТОДИКА ВСТАНОВЛЕННЯ ТРЕНДІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕЦЕПТУРНИХ ТА БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ

Немченко А.С., Терещенко Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Ефективність фармацевтичного забезпечення населення в Україні пов'язана, насамперед, з питаннями соціального характеру: організацією рецептурного та безрецептурного відпуску лікарських засобів (ЛЗ), безоплатним та пільговим відпуском ліків та ін.

Однак за роки незалежності в Україні було практично повністю зруйновано чіткий порядок виписування рецептів лікарями та рецептурного відпуску ЛЗ з аптек. Аналіз наукових досліджень фармацевтичного ринку показав, що на цей час практично відсутні методики визначення тенденцій відпуску (реалізації) ліків з використанням математичних методів. У зв'язку з цим метою дослідження стало обґрунтування підходів до визначення основних тенденцій (трендів) показників реалізації рецептурних та безрецептурних ліків в Україні, а також залежності їх рівня від сукупності факторів, що на них впливають.

У результаті досліджень нами була запропонована методика встановлення трендів реалізації рецептурних та безрецептурних ЛЗ в Україні і регіонах, що включає такі етапи: перший – здійснено усереднення вхідних даних для кожної сукупності та усіх регіонів, за результатами якого розраховується середній рівень реалізації (продажів) і дисперсія; другий – проведено перевірку однорідності дисперсій за критерієм Фішера, за якою встановлено, що дисперсія оцінки рівня продажів ЛЗ є неоднорідними та на третьому етапі запропонованої методики з використанням даних, отриманих нами за результатами досліджень двох попередніх етапів, було побудовано графіки залежності середнього рівня продажів ЛЗ від часового виміру.



Динаміку споживання рецептурних та безрецептурних ліків за 2005-2013 р.р. в Україні приведено на рис.

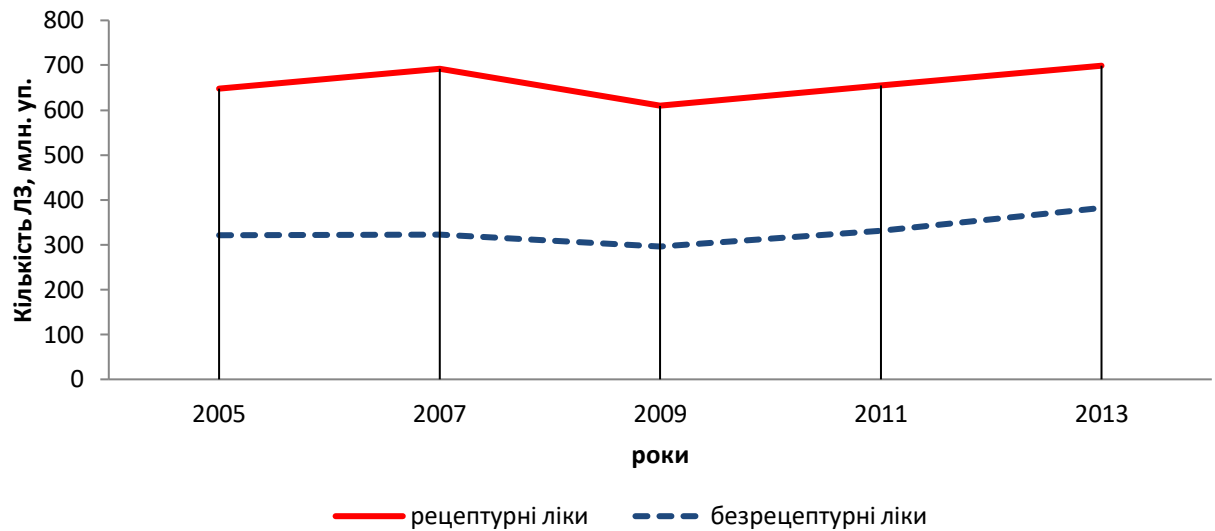


Рис. Динаміка реалізації рецептурних та безрецептурних ліків за 2005 - 2013 р.р. в Україні

Було встановлено, що значне превалювання безрецептурних ліків над рецептурними повністю відповідає негативній тенденції розповсюдження самолікування населення в Україні.

Наступний, четвертий етап методики передбачає розрахунок параметрів рівнянь регресії. На п'ятому етапі здійснювалась перевірка значущості параметрів рівнянь регресії. Оцінка значущості проводилася за критерієм Ст'юдента шляхом розрахунку довірчих інтервалів для кожного коефіцієнта кожного з рівнянь. На останньому, шостому етапі було здійснено перевірку адекватності. Отримані після усунення незначущих коефіцієнтів рівняння регресії перевірялися на адекватність за критерієм Фішера.

За результатами проведених досліджень було встановлено: в Україні у цілому й за більшістю регіонів країни має місце відносно стабільна тенденція рівня реалізації ліків. Разом з тим, для безрецептурних препаратів підвищення рівня споживання спостерігалось у Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Київській, Одеській, Харківській областях. Для рецептурних препаратів підвищення рівня продажів мало місце у Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Полтавській областях та м. Києві.

# МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАТЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Литвинова Е.В., Посылкина О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

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

Патентная информация незаменима в процессе проведения R&D, так как позволяет оценить новизну создаваемых изобретений и предотвратить нарушение чужих патентных прав. Изучение патентов позволяет раскрыть потенциальные возможности продвижения на рынок новой продукции и оценить уровень существующей конкуренции. Анализ патентной ситуации позволяет также выделить направления, на которых компания нуждается в усилении своих патентных активов.

Целью работы явился анализ особенностей патентных исследований при разработке лекарственных средств.

Исследования проводились с использованием наукометрических баз данных, патентного ведомства Украины, ГП «Государственный экспертный центр», еженедельника «Аптека».

Этап патентных исследований всегда предшествует разработке лекарственного препарата. Можно выделить следующие виды работ по патентным исследованиям при разработке препаратов: определение приоритетных направлений по созданию лекарственных средств и их лекарственных форм; определение патентоспособности; определение ситуации в отношении использования прав на объекты промышленной собственности; выявление нарушений прав владельцев действующих охранных документов и заявителей на объекты интеллектуальной собственности или патентную чистоту.

При определении приоритетных направлений по созданию лекарственных средств используют поиск в научной литературе, дающий представление о достижениях в научном направлении и теоретическое обоснование с более подробным описанием. В то время как поиск в патентных источниках

предоставляет возможность узнать о коммерчески ценных решениях в данной области и уровень техники в исследуемом направлении. В комплексе данные исследования дают полную картину технического уровня с одновременным прогнозом направлений в будущем.

Наиболее эффективными, с точки зрения проведения поиска в научных ресурсах в фармации, являются собрания с онлайн доступом и с возможностью расширенного поиска, поддерживающего логический и морфологический поиск (базы данных Американского Национального центра биотехнологической информации NCBI: PubMed, PubChem и др). Анализ патентной информации проводят с использованием баз данных патентных ведомств, а также их периодических изданий. Распространенным средством доступа к базам данных патентных ведомств является Интернет. Представляет интерес сайт FDA, где возможен поиск информации о патентовании, регистрации лекарственных препаратов, активных субстанций.

Игнорирование или поспешное прохождение этапов проведения поиска могут привести к поверхностному изучению уровня техники, некачественному составлению заявки, увеличению срока переписки заявителя с ведомством, отказу на выдачу патента; ненадежной патентной охране; финансовым и временным потерям.

Своевременное обнаружение конкурентных разработок во время предварительного поиска может частично или полностью откорректировать направление исследований, проводимых заявителем в научной и промышленной сфере. Проведение патентных исследований, а также получение в установленном порядке исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности при разработке лекарственных средств позволят исключить основания для недобросовестных действий со стороны конкурентов, разработать конкурентоспособный препарат, что будет способствовать повышению уровня отечественной фармацевтической промышленности.

# МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ВИТРАТ НА МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ХОЗЛ В УКРАЇНІ

Толубаєв В. В., Заліська О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[tolubaiev@ukr.net](mailto:tolubaiev@ukr.net), [olzaliska@ukr.net](mailto:olzaliska@ukr.net)

У країнах Євросоюзу прямі витрати на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) становлять 38,6 млрд. євро щорічно, що складає 56% усіх витрат на хвороби легень. За даними ВООЗ, ХОЗЛ займають четверте місце серед причин смертності у світі. В Україні лише у 2009 році ХОЗЛ було виділено в окрему форму статистики, і за 2010 рік зареєстровано 420083 випадків серед дорослого населення, проте оцінки економічних витрат при ХОЗЛ не проводились. ХОЗЛ має стійку тенденцію до росту, яка пов'язана зі старінням населення та тривалим впливом факторів ризику, причому 8-22% дорослих, старших за 40 років, страждають на ХОЗЛ. Ця патологія має дуже вагомий економічний вплив – 1/5 частина всіх випадків втрати працездатності у світі у 2011 були спричинені ХОЗЛ.

Методи. Нами проведено прогнозування показників поширеності ХОЗЛ до 2020 року шляхом лінійного моделювання за методом найменших квадратів. Результати перспективного моделювання показали, що до 2020 року поширеність ХОЗЛ в Україні зросте, кількість хворих може досягти 1 млн. осіб.

Результати. Нами обґрунтована модель для оцінки витрат при технологіях охорони здоров'я, яка апробована при ХОЗЛ. Модель дозволяє визначити розмір загальних витрат при ХОЗЛ, також провести обчислення з точки зору платників: державного бюджету, державних фондів, хворих, підприємств. Нами проведено пілотне дослідження для отримання медичних показників, які необхідні для оцінки, пов'язаних із ХОЗЛ прямих та непрямих витрат, згідно опрацьованої та адаптованої нами методики був проведений ФЕА «вартість захворювання» для ХОЗЛ в Україні. За результатами проведеного власного пілотного дослідження було визначено, що серед 128 хворих, які звертались до спеціалістів первинної

ланки з приводу ХОЗЛ, середня річна кількість візитів склала 2,71( $\pm$ 1,39) візитів. Серед 91 хворих, які звертались за допомогою до спеціалістів-пульмонологів, середньорічна кількість візитів склала 1,71( $\pm$ 0,91). Серед 102 хворих, які протягом попередніх 12 місяців мали епізод тимчасової непрацездатності з приводу ХОЗЛ, середньорічна кількість днів непрацездатності, пов'язана з ХОЗЛ, склала 16,2 ( $\pm$ 12,39) днів. Виявлено, що серед 53 пацієнтів, які протягом попередніх 12 місяців мали епізод госпіталізації з приводу ХОЗЛ, середньорічна кількість госпіталізацій склала 1,40 ( $\pm$ 0,74). Нами одержані результати, що сукупні збитки у 2012 році досягали 5,6 млрд. грн., з них прямі витрати – 3,65 млрд., а непрямі – 1,95 млрд. Модель оцінки витрат при ХОЗЛ, побудована на основі лінійного прогнозування епідеміологічних, демографічних та соціально-економічних показників за методом найменших квадратів (програма MS Excel), показала, що до 2020 року в Україні загальні збитки від ХОЗЛ можуть досягти 9,95 млрд. грн., з них прямі витрати 5,95 млрд., а непрямі – 5,0 млрд.

Нами опрацьовано методику фармакоеконічного аналізу «вартість-вигода» для комплексної оцінки на прикладі препаратів сальметеролу та тіотропіуму для терапії ХОЗЛ. Методом моделювання визначені прямі і непрямі витрати на 1000 осіб популяції економічно активного населення з діагнозом ХОЗЛ. Модель побудована з перспективи держави, при цьому були враховані інтегрально дані пілотного дослідження, Центру медичної статистики МОЗ і Державного комітету статистики України. У моделі були використані дані доказової медицини про ефективність сальметеролу і тіотропіуму для базисної терапії ХОЗЛ (рандомізоване дослідження РОЕТ).

Висновки. Результати фармакоеконічного аналізу показали, що вигода базисної терапії ХОЗЛ на 1000 хворих серед зайнятого економічно активного населення при використанні сальметеролу є 1552025 грн. Загальні витрати при використанні сальметеролу на 62% менші, ніж для тіотропіуму.

При цьому, прямі витрати при застосуванні тіотропіуму вищі на 99%, але непрямі витрати є на 18,5% нижчими, ніж при прийомі альтернативного сальметеролу.

# НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЛІКІВ В УКРАЇНІ

Блавацька О.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

**oksablav@gmail.com**

Національна політика ліків є складовою частиною міжнародної Фармацевтичної Програми ВООЗ, яка сприяє вирішенню нагальних проблем у фармації, цим самим вносить внесок у розвиток системи охорони здоров'я країни загалом і стану здоров'я людей зокрема.

Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України 2011-2020 рр. визначає перспективні напрямки та завдання фармацевтичної галузі і спрямована на створення відповідної нормативно-правової бази, що регулює фармацевтичну діяльність, розробку національної політики в фармацевтичній сфері при визначенні соціальних пріоритетів у забезпеченні населення лікарськими засобами.

Основні завдання національної політики ліків мають бути спрямовані на організацію стабільної діяльності фармацевтичного сектору, що забезпечує рівень якості та ефективності фармакотерапії і профілактики захворювань та сприяє підвищенню здоров'я працездатного населення, збільшенню тривалості і якості життя усього населення України.

Доступність, якість і безпека лікарських засобів та біобезпека технологій є пріоритетним напрямком національної політики ліків і забезпечення населення ефективними ліками у всіх розвинених країнах. Однією з необхідних умов дієвої національної політики ліків є те, щоб фармацевтичне законодавство не мало як внутрішніх, так і міжгалузевих протиріч. На жаль, дуже часто накази МОЗ окремими положеннями суперечать один одному, а регулятивні Постанови КМУ не стикуються з певними статтями Законів. Окрім того, у нормативно-правових актах мають місце твердження, котрі дозволяють суб'єктивне різнотлумачення.

Концептуальна невизначеність затримувала розвиток державної регламентації системи призначення та споживання ліків за умови відсутності державної компенсації витрат пацієнта на ліки, що відтермінувало створення передумов для втілення страхової медицини.

Пріоритетні напрямки та програмні завдання щодо реалізації національної політики включають сприяння створенню системи медичного страхування в Україні як єдиного засобу поліпшення ситуації в сфері охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню рівня забезпечення населення якісними і доступними ліками та своєчасності надання медичної допомоги населенню; впровадження системи реімбурсації. Для висвітлення цієї проблеми нами видано монографію «Медичне страхування: досвід, проблеми і перспективи» (Львів, 2013), що розглядає питання організації системи медичного страхування у різних країнах світу, звертаючи особливу увагу на фармацевтичну складову.

Наступний проблемний аспект – забезпечення «базового пакету» охорони здоров'я. Жодна криза не повинна впливати на Європейську Соціальну Хартію. Рівність і якість не повинні постраждати через економічні інтереси. Необхідно фокусувати політику охорони здоров'я на фінансовій доступності системи медичної допомоги, зосередити увагу на профілактиці захворювань і підтримці та збереженні здоров'я.

Для покращення роботи сектору охорони здоров'я необхідна більш рання діагностика і профілактика захворювань, запровадження оцінки медичних технологій, що базується на визначенні ефективності витрат, яка б супроводжувалася медичними реформами, зокрема медичним страхуванням. Вітчизняний сектор охорони здоров'я вже тривалий час працює в умовах катастрофічного недофінансування, що ускладнює проведення належних реформ, але проводити їх вкрай необхідно. Безперечно ефективність національної політики ліків залежить від стану економічного розвитку країни. Вважаємо, що слід створити державний реєстр страхової медицини з пріоритетом вітчизняних ліків на основі державного формуляру та стандартів і протоколів надання медичної і медикаментозної допомоги.

## НЕЛІКОВАНИЙ ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ – ОСНОВА РОЗВИТКУ ЗАСТІЙНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Семенів Д.В., Купновицька І.Г., Когут Г.М., Шаламай І.М.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

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

Щорічно в Україні реєструється 50 тис. випадків інфаркту міокарду (ІМ). Наслідком перенесеного гострого ІМ є постінфарктний кардіосклероз.

Мета роботи – клініко-економічний аналіз фармакотерапії 200 хворих на ІМ в Івано-Франківській області для розробки рекомендацій із запобігання та лікування у хворих постінфарктного кардіосклерозу. Для дослідження були використані ретроспективні методи клініко-економічного аналізу.

Результати гендерних та вікових характеристик пацієнтів з гострим ІМ показали, що питома вага хворих чоловіків складає 71 %, найбільша кількість таких пацієнтів була віком від 51 до 80 років. Найчастіше лікарі призначали їм такі препарати за торговими назвами: нітросорбід, аторис, лоспирин, крестор, аристра, нітромінт аерозоль, мононітросид, еналозид, зилт, атерокард, а за міжнародними непатентованими найменуваннями: метопролол, гепарин, тіотриазолін, нітрогліцерин, аспаркам, спіронолактон, каптоприл, бісопролол, дексаметазон, варфарин. Результати VEN-аналізу свідчать, що у витратах на фармакотерапію переважали необхідні препарати класу Е – 50,29 % від усіх призначень ЛЗ, життєво-важливі становили 15,79 %, а от частка неважливих ЛЗ склала 33,92 %, що визначає необхідність подальшого пошуку шляхів зниження витрат на другорядні ЛЗ. Отже, підвищеної уваги потребує група ризику з розвитку ІМ, до якої в першу чергу належить непрацююче чоловіче населення. З метою первинної та вторинної профілактики ІМ необхідно посилити активну роз'яснювальну і профілактичну роботу працівників охорони здоров'я і держави загалом для, найперше, створення умов здорового способу життя на національному рівні.



## **ОПТИМІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО КРОК-3.ФАРМАЦІЯ**

Трохимчук В.В.<sup>2</sup>, Кирпач О.В.<sup>1</sup>, Краснянська Т.М.<sup>2</sup>, Борищук В.О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

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

Тестовий контроль представляє собою спеціально підготовлений контрольний набір тестів за відповідними розділами дисципліни «Управління і економіка фармації», що дозволяє надійно, адекватно і кількісно оцінити знання провізорів-інтернів з використанням сучасного комп'ютерного обладнання. Стандартизоване тестування дає можливість порівняти рівень знань окремого провізора-інтерна з іншими провізорами, середнім показником по групі або по суміжних кафедрах. Нами проаналізовані всі етапи підготовки тестових матеріалів для поточного контролю засвоєння матеріалу в процесі навчання провізорів-інтернів: розробку і конструювання тесту (множинного вибору “правильно – неправильно”, декількома найкращими відповідями, розширеного вибору логічних пар або визначення відповідності) різних когнітивних рівнів (розуміння, застосування, аналіз, синтез і оцінювання), апробацію тесту, проведення тестових іспитів, оцінювання індивідуальних результатів, визначення рейтингу за заздалегідь підготовленою шкалою оцінювання, узагальнений аналіз результатів, повторне тестування у разі необхідності. При підготовці тестів для проведення пробного тестування провізорів-інтернів Крок-3.Фармація доцільно їх конструювати для відповідного рівня засвоєння чітко сформульованих знань з фокусуванням на кожній позитивній проблемі (наприклад, сутність і зміст бухгалтерського обліку, підприємництво та підприємства у фармації, види і відкриття рахунків у банках тощо) з однорідними і правдоподібними відповідями. Таким чином, створення банку тестових завдань та їх апробація дозволить оптимізувати контроль знань провізорів-інтернів як в процесі навчання, так і під час проведення тестового іспиту.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ

Бойко А.І., Парновський Б.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна

[aboiko71@yahoo.com](mailto:aboiko71@yahoo.com)

Вступ. Система охорони здоров'я України потребує проведення численних реформ для забезпечення економічної та фізичної доступності медичних послуг і лікарських засобів для населення. 11 лютого 2015 р. винесено на обговорення законопроект “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”, 10 листопада 2014 р. - проект постанови КМУ “Питання порядку відшкодування вартості препаратів інсуліну та внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо удосконалення реалізації пілотних проектів із запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби та часткового відшкодування їх вартості”, успішна реалізація яких потребує інформатизації відповідних медичних і фармацевтичних служб та фармацевтичних підприємств (електронний реєстр пацієнтів, визначення потреби у протидіабетичних лікарських засобах, електронні рецепти тощо) та проведення заходів зі спеціальної підготовки провізорів з фармацевтичної інформатики.

Мета. З врахуванням умов реформування охорони здоров'я та впровадження медичного страхування, на основі створеної авторської програми і навчально-методичного забезпечення, проведення циклів тематичного удосконалення “Інформатизація рецептурного обігу в Україні” для провізорів. Методи дослідження. При проведенні досліджень використані методи програмно-цільового управління та фармацевтичної інформатики. Результати досліджень. У 2012 р. нами опрацьовано авторську навчальну програму та з 2013 р. проводяться цикли тематичного удосконалення “Інформатизація рецептурного обігу в Україні”, метою яких є оволодіння провізорами аптек, ЛПЗ, фармацевтичних підприємств теоретичними основами і практичними

навичками використання сучасних комп'ютерних технологій у фармацевтичній діяльності. Зокрема, було проведено підготовку провізорів аптек комунальної власності Тернопільської та Львівської областей, навчально-виробничої аптеки ЛНМУ імені Данила Галицького, аптеки Чортківського державного медичного коледжу, Львівського державного онкологічного регіонального центру, Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, Клінічного госпіталю ДПС України, Львівської міської дитячої клінічної лікарні. У останньому закладі впроваджено проект “Електронна карта пацієнта”, проект “Телемедицина” та функціонує єдина комп'ютерна мережа. Констатовано покращення інформаційного забезпечення можливості приймати обґрунтовані медико-фармацевтичні рішення з вибору раціональної фармакотерапії (контроль правильності виписування та відпуску рецептів; профілактики небажаних випадків взаємодії ліків при одночасному застосуванні, аналізу споживання та визначення потреби в лікарських засобах). Нами розроблено навчально-методичне забезпечення підготовки спеціалістів-провізорів до вирішення завдань інформатизації фармацевтичного сектору. Зокрема, в навчальному процесі використовується посібник А.І.Бойка “Фармацевтична інформатика” (рекомендований МОЗ і МОН України) та комплекс публікацій, присвячених створенню баз знань про лікарські засоби, проблематиці переходу до електронного рецептурного обігу. Провізори оволодівають розробленими методиками: веденням електронного медикаментозного паспорту хворих на цукровий діабет, туберкульоз та епілепсію; фармацевтичною діагностикою електронних рецептів (Свідоцтва про реєстрацію авторського права Державного департаменту інтелектуальної власності МОН за №39403 від 01.08.2011 р. та №39404 від 01.08.2011 р.). Висновки. Створено авторську програму, навчально-методичне забезпечення та проводяться цикли тематичного удосконалення “Інформатизація рецептурного обігу в Україні” для підготовки провізорів на післядипломному етапі з питань інформатизації фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

# **ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАНИХ КОШТІВ, ЩО СПРЯМОВУЮТЬСЯ НА ЗАКУПІВЛЮ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА УМОВ ОBOB'язКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Панфілова Г.Л., Ольховська А.Б., Заріцька Г.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Комплексне вирішення проблем доступності та якості надання медичної та фармацевтичної допомоги відповідно до цілей Національної лікарської політики вимагає в Україні корінного реформування вітчизняної охорони здоров'я у напрямку запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС). Особливої актуальності набувають питання організації доступної фармацевтичної допомоги в разі виконання державних гарантій перед найбільш соціально незахищеними верствами населення та тяжкохворими. До останніх й відносяться хворі на онкологічні новоутворення, фармацевтичне обслуговування яких здійснюється в Україні централізовано з 2002 р. за цільовими програмами «Онкологія». Метою наших досліджень став аналіз проблем організації тендерних закупівель протиракових препаратів (ПП) за умов впровадження у вітчизняну систему охорони здоров'я соціально адаптованої моделі ОМС. У дослідженнях використовувався історичний, логічний, порівняльний та інші методи наукового пошуку та пізнання. Об'єктом досліджень стали дані спеціальної літератури, що стосуються проблем організації державних закупівель препаратів в Україні та інших країнах світу. За даними систематизації спеціальної літератури можна стверджувати про наступне. Внаслідок вкрай несприятливої ситуації, що спостерігалась в країні упродовж 2014 р., значна більшість онкологічних хворих залишилась без спеціалізованої фармацевтичної допомоги. Зазначене було обумовлено, перш-за все, впливом зовнішніх факторів, а саме секвеструванням державного бюджету практично вдвічі, необхідністю фінансування активних бойових дій на південному сході країни, стрімкою девальвацією національної

валюти. Прийняття у квітні 2014 р. Закону України «Про здійснення державних закупівель» суттєво не змінило ситуацію з централізованим забезпеченням хворих ПП. На жаль, станом на 01.09 2014 р. за державні кошти не було придбано жодного найменування ПП за державними цільовими програмами, в т.ч. для онкологічних хворих. За умов перманентного зростання онкоепідеміологічних показників, політичної кризи у суспільстві розгляд проблеми впровадження ургентних механізмів проведення тендерних закупівель ПП набуває особливого соціально-економічного значення. За останній час в офіційних джерелах інформації зазначається про необхідність залучення до організації проведення централізованих закупівель ПП в Україні. міжнародних організацій, наприклад, ЮНІСЕФ. Вважаємо, що вирішення проблеми раціоналізації централізованих закупівель ПП та унеможливлення впливу корупційної складової на процес розподілу державних коштів повинен вирішуватися у напрямку впровадження соціально адаптованого механізму реімбурсації вартості споживання ПП. Важливими умовами ефективного функціонування механізму реімбурсації споживання високовартісних препаратів протипухлинної дії є активне впровадження методології оцінки медичних технологій (Health Technology Assessment) в практичну охорону здоров'я та стимулювання споживання більш дешевих генеричних ліків з доведеною біоеквівалентністю оригінальному препарату за процедурою Директиви 89/105/ЕЕС «Про прозорість ціноутворення». Крім цього, в Україні необхідно закріпити в нормативно-правовому просторі можливість активного залучення до процесу фармацевтичного забезпечення онкологічних хворих благодійних, суспільних організацій, насамперед об'єднань медичних та фармацевтичних послуг. Наприкінці слід зазначити, що на даний час за умов посилення ліберальних тенденцій в економіці та посилення ролі суспільних організацій, виникла негайна потреба в функціонуванні постійно діючої нарадчої групи, основною функцією якої повинно бути формування ефективних моделей відносин в системі фармацевтичного забезпечення онкологічних хворих в Україні за умов реформування охорони здоров'я.

# ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОЇ АПТЕКИ З НЕПОРУШНИМИ ТОВАРНими ЗАПАСАМИ ЗА УМОВ ПРОВЕДЕННЯ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Немченко А.С., Возіянова А.В., Винник О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Одним з важливих напрямків роботи медичної служби в умовах проведення активних бойових дій є військово-медичне постачання, яке включає комплекс заходів, спрямованих на безперервне забезпечення товарними запасами, медичною і санітарною технікою військових частин та медичних закладів Збройних Сил України. Від рівня забезпеченості медичної служби та оперативності військово-медичного постачання залежить своєчасність та безперервність надання доступної фармацевтичної та медичної допомоги пораненим та хворим.

Метою роботи було дослідження ефективного забезпечення товарними запасами військових аптек за умов виникнення бойових дій. Питання медичного та фармацевтичного постачання як у мирний так і у воєнний час повинні залишатись у центрі уваги медичної служби. Саме тому фармацевтичному та медичному постачанню у свій час велику увагу приділяли такі видатні вчені військової медицини, як М. І. Пирогов, З. П. Соловійов та інші. Товарні запаси в достатній кількості треба вчасно й раціонально використовувати, інакше їх надлишкова кількість призведе до неоправданих збитків медичної служби. Військові аптеки госпітальної бази призначені для формування раціонального асортименту і обсягу товарних запасів та забезпечення ними об'єднань, частин та закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Міністерства оборони України (МОУ). Від укомплектованості лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП) і чіткої роботи аптеки залежить безперервне поповнення товарними запасами в арміях, госпітальних базах, а зрештою – своєчасність та повнота виконання необхідних

лікувально-евакуаційних заходів. У періоди відмобілізування, а також забезпечення товарними запасами військ, які знаходяться на території оперативного командування, важливу роль відіграють військові аптеки оперативних командувань. У воєнний час ці аптеки переходять на штати військових аптек оперативного командування під час бойових дій. Вони забезпечують формування непорушних товарних запасів спеціального та загального призначення. Асортимент і кількість ЛЗ та ВМП для кожної аптеки визначені нормами товарних запасів для військових аптек армії за умов проведення активних бойових дій. За цими нормами у військових аптеках існують непорушні товарні запаси спеціального призначення, що розраховуються з метою організації надання ефективної фармацевтичної і медичної допомоги за спрогнозованими санітарними втратами (кількість поранених). Крім цього, виділяються запаси загального призначення, які необхідні на задоволення поточної потреби протягом одного місяця. Згідно вимог діючого законодавства товарні запаси спеціального призначення повинні нормуватися. ЛЗ та ВМП для поповнення санітарних втрат включено до норм ЗОЗ.

Для підвищення оперативності забезпечення військ ЛЗ та ВМП частину запасів формують у комплекти. У військових аптеках в комплектах зберігається 50-60% товарних запасів спеціального призначення та 20-30% - загального призначення. Під час підготовки до бойових дій товарні запаси перерозподіляються згідно з очікуваними санітарними втратами та особливостями організації постачання ЛЗ і ВМП. Діяльність військових аптек включає організацію з приймання, видачі, відвантаження, зберігання, обліку та евакуації та утилізації товарних запасів. За даними літератури, підвезення запасів у аптеки здійснюється всіма видами транспорту, що підпорядковані МОУ. За результатами досліджень встановлені особливості діяльності військової аптеки з непорушними товарними запасами за умов проведення активних бойових дій та виділені основні напрямки підвищення ефективності її діяльності.

# **ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА ЗАТРАТ НА КОРРЕКЦИЮ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Проценко М.В.<sup>1</sup>, Почуприна А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва,  
Россия

<sup>2</sup> ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения»  
Минздрава России, г. Москва, Россия

[mpro2006@mail.ru](mailto:mpro2006@mail.ru)

Артериальная гипертензия (АГ) является высоко распространенным заболеванием. В 2012 году заболеваемость АГ в России составила 587,5 человек на 100 тыс. человек. АГ считается основным фактором риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт, смертность от которых в 2013 году составила 66,26 и 29,4 тыс. человек, соответственно.

Антигипертензивная терапия назначается 69,5 % пациентов и часто вызывает многочисленные побочные эффекты, требующие медикаментозного лечения, а иногда и госпитализации, что способствует увеличению затрат на лечение таких больных. Согласно рекомендациям, в качестве первой линии терапии применяют препараты группы ингибиторов АПФ (иАПФ).

Целью данного исследования стало определение актуальности проведения анализа затрат на коррекцию побочных эффектов, возникающих вследствие приема и АПФ.

Был проведен анализ более 100 историй болезни пациентов, страдающих АГ, находящихся на лечении в ПВТ №19, НИИ геронтологии РАМН, ГКБ №55 г. Москва.



Данным больным проводилась терапия иАПФ следующих МНН – эналаприл и лизиноприл. В ходе анализа пациенты были разделены на шесть групп с учетом ТН применяемого лекарственного средства.

В результате проведенного анализа были изучены основные ПЭ следующих ТН эналаприла: Ремиприл, Энап, Эднит; и лизиноприла: Даприл, Лизинотон и Синоприл.

Так, в качестве основных побочных эффектов применения иАПФ явились следующие: кашель, артериальная гипотония, слабость, головная боль, тошнота, диарея и аллергические реакции.

Возникновение побочных реакций требовало коррекции с помощью лекарственной терапии, дополнительных лабораторно-инструментальных манипуляций, а в некоторых случаях и отмены препарата.

На основе проведенного анализа историй болезни была установлена различная частота возникновения ПЭ в каждой из групп. Также было установлено, что при возникновении одних и тех же ПЭ, терапия их коррекции может быть различна.

В заключение следует отметить, что найденные различия в частоте и подходе коррекции ПЭ могут привести к разнице затрат, требуемых для лечения пациентов с АГ.

В связи с чем экономический анализ ПЭ, развивающихся на фоне применения основного курса фармакотерапии, является актуальным и требует оценки.

# ОЦІНКА СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА ПРИКАРПАТТІ

Федяк І.О.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

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

Фармацевтична складова у комплексній програмі протидії захворюванню на туберкульоз (ТБ) є дуже важлива як на рівні держави, так і конкретного регіону для забезпечення рекомендованого ВООЗ мультидисциплінарного підходу до вирішення проблеми епідемії ТБ в Україні. Метою роботи стала оцінка призначення лікарями і споживання пацієнтами – дітьми (0-14) і підлітками (15-17) – протитуберкульозних препаратів на прикладі конкретного закладу охорони здоров'я. Джерелами дослідження стали 150 медичних карт стаціонарних пацієнтів – дітей і підлітків із легенеvim ТБ за 2011 - 2014 рр., які отримали лікування в Івано-Франківському обласному фтизіопульмонологічному центрі. У роботі були використані методи ретроспективного клініко-економічного аналізу. Дослідження дає цілісну уяву про те, наскільки раціональною, з клінічної та економічної точок зору, є реальна фармакотерапія на локальному рівні. Отже, за результатами клініко-економічного аналізу відповідність проведеного лікування до документу «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз» оцінено на рівні 46%.

Результати частотного аналізу фармакотерапії дітей і підлітків, хворих на ТБ переконують, що пацієнти, крім терапії, протитуберкульозними препаратами, вітамінами та гепатопротекторами, які є рекомендованими, отримали значне лікування супутніх захворювань. За результатами сукупного ABC/VEN-аналізу встановлено, що раціональність витрат фармакотерапії досліджуваної вибірки пацієнтів могла бути забезпечена на рівні 72% від найвитратнішої групи А.

## ОЦІНКА ТЕРАПІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЗА ДАНИМИ VEN-АНАЛІЗУ

Ткачова О.В., Мінова К.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**feknfau@ukr.net**

Цироз печінки (ЦП) займає значне місце в структурі захворювань органів травлення, залишаючись украй актуальною соціально-економічною і клініко-епідеміологічною проблемою охорони здоров'я усіх країн світу. Це пов'язано з широкою поширеністю основних етіологічних чинників ЦП у вигляді розповсюдження гепатотропних вірусів, що поєднуються із зростанням споживання алкоголю, а також високим рівнем смертності.

Метою дослідження стало проведення формального VEN-аналізу лікарських призначень у 53 хворих, що проходили лікування цирозу печінки (ЦП) в лікарні м. Харкова протягом 2013 року. VEN-аналіз був проведений для оцінки відповідності фармакотерапії чинним нормативним документам з позиції наявності або відсутності їх у Національному Формулярі лікарських засобів (ЛЗ) України (5 видання) та в клінічних протоколах лікування ЦП та супутніх захворювань.

Згідно з отриманими результатами, із 110 ЛЗ, призначених для лікування ЦП в Державному формулярі були наявні 97 ЛЗ (88 % від усіх ЛЗ), їм присвоєно ранг «V», а 13 ЛЗ (12 %) віднесені до категорії «N» у зв'язку з їх відсутністю в даному документі. У клінічних протоколах лікування ЦП та супутніх захворювань були наявні 98 ЛЗ (89 %), що віднесені до групи «V», а 12 ЛЗ (11 %) – віднесені до категорії «N». До обох нормативних документів не увійшли 7 ЛЗ (6,4 %) – Нейробіон, Мілдронат, Мукоген, Вазонат, Орципол, Магнікум, Тіоцетам, що свідчить про їх недостатню доказову базу.

Отже, проведений VEN-аналіз показав необхідність корекції фармакотерапії ЦП у фармакотерапевтичному відділенні ЗОЗ м. Харкова, оскільки від 6,4% до 12% призначуваних лікарями ЛЗ для терапії ЦП відсутні у чинних нормативних документах.

## ОЦІНКА ТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В УКРАЇНІ З ВИКОРИСТАННЯМ АТС/DDD МЕТОДОЛОГІЇ

Кириченко О.М., Леонченко О.І. Кириченко О.А

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**feknfau@ukr.net**

Оцінка фармакотерапії того чи іншого захворювання з використанням АТС/DDD методології дозволяє визначити обсяги та структуру споживання різних фармакотерапевтичних груп, окремих препаратів та за отриманими даними встановити ступінь раціональності їх використання.

З метою відображення реальної фармакотерапії цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) в Україні аналізували обсяги та структуру споживання пероральних цукрознижувальних препаратів (ПЦП) за допомогою АТС/DDD методології за показником  $DDD_S/1000$  жителів/день протягом 2008 -2013 років. За отриманими даними встановлено, що загальний обсяг споживання ПЦП в Україні у 2013 р. складав 11,13  $DDD_S/1000$  жителів/день, що в 1,92 разу більше, ніж у 2008 р.

При зіставленні даних споживання групи ПЦП та кількості зареєстрованих хворих на ЦД 2 типу визначена частка хворих на ЦД 2 типу (44,20%), яка щодня споживає 1  $DDD$  ПЦП та встановлена невідповідність обсягів споживання зареєстрованому рівню захворюваності.

За даними 2012 р. у структурі споживання ПЦП значна частка (98,95%) у загальному обсязі належить 2 групам – похідним сульфонілсечовини (73,84%) та бігуанідам (25%), і лише 1,16% припадає на тiazолідиндіони, інгібітори дипептидилпептидази-4, DPP-4 та комбіновані препарати.

Встановлена невідповідність обсягів споживання хворими на ЦД 2 типу зареєстрованому рівню захворюваності та високий рівень споживання в Україні похідних сульфонілсечовини, ймовірно, пояснюється пізньою діагностикою, відповідним глікемічним станом української діабетичної популяції, низьким комплаєнсом хворих, малою чисельністю освітніх та профілактичних заходів.

# ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМНИЦТВА: ПОГЛЯД СТУДЕНСТВА

Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

[tkachenkonat@bk.ru](mailto:tkachenkonat@bk.ru)

У широкому розумінні соціальна відповідальність (СВ) розуміється як «відповідальність суб'єктів підприємництва за дотриманням норм і правил, не визначених законодавством, які впливають на якість життя окремих соціальних груп та суспільства в цілому». Сутність СВ (за рівнем її формування: особиста – колективна – суспільна) суб'єктами фармації сьогодні трактується по-різному і це є проблемою. Оскільки СВ є добровільним вкладом підприємців у розвиток суспільства, то етичні питання, особисті мотиви й інші складові формування соціально відповідальної поведінки суб'єктів потребують детального вивчення з урахуванням освітніх та освітньо-кваліфікаційних рівнів.

Метою роботи стало виявлення думки студентів щодо існуючих перешкод для розвитку СВ фармацевтичних організацій в Україні та мотивації для реалізації концепції СВ у фармації. Об'єктом дослідження були вибрані студенти заочної форма навчання. Наявність практичного досвіду та віковий показник обумовив вибір респондентів. Було запропоновано анкету з комбінованими запитаннями. На першому етапі опитування проводили серед студентів 6 курсу з терміном навчання 5,5 років.

Вивчаючи попередній освітній рівень респондентів, з'ясовано, що 58,3% – це студенти, які мають повну загальну середню освіту, після медичного училища – 31,7%. Студенти, які вже мали іншу вищу освіту – 10% (серед них - біологи, інженери, будівельники, філологи).

Аналіз відповідей на питання «У чому Ви бачите основні перешкоди для розвитку СВБ?» показав: 50% студентів вбачають основну причину у діях держави. Причину у «менталітеті» наших співгромадян і «складній системі

оподаткування» побачили 33,3% і 28,3% опитаних відповідно. «Небажання керівництва» приймати участь у програмах СВ – 25% респондентів; «не усвідомлення компанією переваг ефективної соціальної політики» - 20%. 16,7% студентів бачать одну з перешкод у «неготовності суспільства до соціального партнерства».

З урахуванням того, що студенти повинні вміти визначати заходи, що можуть забезпечити досягнення цілей, або покращити результати діяльності, було запропоновано питання: «Які заходи необхідно вжити для розширення практики СВ поведінки підприємців?». На думку майже половини респондентів вказано три шляхи вирішення цієї проблеми: розробка системи залучення та обліку інвестицій бізнесу в соціальні програми, інформування населення про соціальні проекти і програми компаній та введення соціального законодавства. Крім того, для з'ясування, що може спонукати підприємців до реалізації СВ у сфері фармації респондентам запропонували 8 варіантів основних мотивів і надали можливість сформулювати інші мотиви на їх розсуд. Результати анкетування: 46,7% студентів стимулом розвитку СВ вважають «покращення іміджу компанії». По 35% опитані надають таким мотивам, як «зобов'язання перед суспільством» та «усвідомлення отриманих переваг». На жаль, тільки 6% студентів приділяють увагу такому мотиву, як «наслідування корпоративних традицій».

Таким чином, у ході досліджень виявлено недостатньо повну сформованість управлінської компетенції у студентів-випускників 6 курсу заочної форми - слабкі навички аналізу необхідної інформації з тієї чи іншої проблеми, здатності вирішувати певні проблеми і задачі соціальної діяльності та приймати раціональні управлінські рішення.

Основними перешкодами у розвитку СВ ця група студентів вбачає у безвідповідальних діях держави, у відсутності відповідної законодавчої бази та неготовності суспільства до соціально відповідальної поведінки. Це свідчить про низький рівень особистої СВ і бажання перекласти відповідальність на інших.

# ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ТА КОСМЕТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ

Климишина С.О., Сметаніна К.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

Вступ. Широкий асортимент лікарських засобів промислового виробництва не завжди забезпечує терапевтичний ефект. Особливо така проблема спостерігається в лікуванні шкірних захворювань, де тактика лікування базується в основному на зовнішньому використанні лікарських форм (ЛФ) і є довготривалою. Правильний вибір ЛФ та діючих (і допоміжних) речовин має вирішальне значення у досягненні терапевтичного ефекту. Мета. Шляхом порівняльного аналізу складових інгредієнтів рецептурних та промислових косметичних (дерматологічних) ЛФ довести переваги екстемпорально виготовлених ліків. Методики дослідження. Аналіз рецептури та асортименту сучасних препаратів для профілактики та лікування шкірних проблем. Результати досліджень. Для ефективного контролю за якістю косметичних засобів (КЗ) у країнах ЄС розроблено Положення належного виробництва косметичних засобів. Умови виробництва регламентуються ТНД, яку погоджує Державна служба ЛЗ і затверджує керівник підприємства. Важливими вимогами, що ставляться до КЗ, є якість та безпечність застосування, прописані ще в Директиві ЄС 76/768/ЄС. В Україні якість нормується певними ГОСТами, ДСТУ на певну групу КЗ або ТУ на окремий препарат. Водночас, їх якість нормується ДФУ залежно від виду ЛФ і АНД фірми-виробника на конкретний ЛЗ, яка розробляється відповідно до вимог ДФУ. Однак при розробці рецептури для промислового виробництва неможливо врахувати індивідуальні особливості пацієнта. Тому з лікувально-профілактичною метою найбільш доцільно застосовувати екстемпоральні ЛФ. За нашими дослідженнями, на екстемпоральну рецептуру Західного регіону України аптек, що обслуговують дерматологічні стаціонари, припадає 58% (промислового виробництва 42%), на

частку м'яких ЛФ в екстемпоральній рецептурі - понад 50% прописів, а на розчини та суспензії для зовнішнього використання - близько 35%. Нами був проведений аналіз аптечного асортименту, в ході якого ми встановили, що найчастіше лікарі-дерматологи прописують ЛФ з цинком оксидом, кислотою борною, тальком, гліцирином, борогліцерином та ін. До складу прописів включають: анестезин, віск, вазелін, дьоготь, йод (крист.), саліцилову кислоту, ланолін, олію соняшникову, ментол (крист.), натрію тетраборат, резорцин, сірку осаджену. Для досягнення терапевтичного ефекту при виготовленні прописів використовують різні методики виготовлення, підбирають найбільш раціональні технології їх приготування.

Ми провели порівняльний аналіз, в ході якого було встановлено, що до складу КЗ промислового виробництва можуть входити: еугенол, дубовий мох, коричний спирт, коричний альдегід, мускатна амбра, консерванти низької якості, формальдегід, кватерніум-15, парабени, антиоксиданти, які є частою причиною алергічних реакцій. З метою інформаційно-методичного забезпечення нами був розроблений формуляр арсеналу препаратів промислового виробництва по нозологічних захворюваннях, що представлений у 5-му томі Енциклопедії "Сімейна медицина" (Заремба Є.Х., Климишина С.О. і співавт., Київ, 2012) з акцентуванням уваги на даній проблемі.

Висновки. Спостерігається зростаючий інтерес слухачів курсів підвищення кваліфікації та провізорів-інтернів до "косметевтики". Оскільки промислові КЗ можуть бути токсичними для організму, на кафедрі ОЕФ та технології ліків ФПДО під час проведення курсів спеціалізації акцентується увага провізорів на елементах фармацевтичної опіки, допомоги, етики, профілактики при застосування косметичних (дерматологічних) препаратів; вивчаються актуальні прописи екстемпоральної рецептури, зокрема дерматологічного та косметологічного профілю; розроблені алгоритми технологічного режиму і проводяться мастер-класи виготовлення для прописів, що часто зустрічаються в екстемпоральній рецептурі.



## ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Пономаренко Н.С., Кобец М.Н.\*, Кобец Ю.Н.\*, Филипцова О.В.\*

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

\*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[maya4ok@bk.ru](mailto:maya4ok@bk.ru)

В настоящее время в мире большую актуальность приобретает фармакогенетическое тестирование, сущностью которого является изучение межиндивидуальных различий в реакции на лекарственные препараты вследствие генетического полиморфизма. Этот подход к лечению получил название персонализированной/персонифицированной медицины. Однако, применение фармакогенетического тестирования все еще не является массовым даже в странах с признанной высокоразвитой медицинской инфраструктурой. Целью настоящего исследования является изучение перспектив использования фармакогенетического тестирования в Украине на основании результатов анализа анкетирования академической молодежи, имеющей наибольшее представление о подобных вопросах в силу профессиональной направленности обучения, а именно, студентов ВУЗов/факультетов ВУЗов и колледжей Украины фармацевтического, медицинского или биологического профиля. В исследовании использованы методы дескриптивной статистики. В анкетировании приняли участие 3143 человека. Разработанная анкета предполагала получение социодемографической информации о респондентах, а также включала вопросы, касающиеся генетических исследований, фармакогенетики и фармакогенетического тестирования с перспективами использования данного подхода в Украине. Выборка включала респондентов из всех областей Украины. Сбор информации был проведен с учетом этических требований при работе с человеком. Среди опрошенных подавляющее большинство составили женщины (83,3%), что обусловлено спецификой

обучающегося контингента. Возраст большинства опрошенных находился в диапазоне 15-20 лет (1827 человек, 62,6%). 42,2% респондентов заявили о семейной преемственности в отношении выбранной профессии. Понимание сущности фармакогенетики и фармакогенетического тестирования мужчинами и женщинами трактовалось по-разному. Правильное представление о персонализированной медицине имели 40,1% женщин и 33,5% мужчин. Полная неосведомленность о данном направлении была выявлена у 15,4% опрошенных мужчин, что было в 1,9 раза больше по сравнению с женщинами. Информацию о фармакогенетическом тестировании во время обучения в ВУЗе получили 58,5% женщин и 49,9% опрошенных мужчин.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления работы по подготовке в Украине специалистов, обладающих знаниями в области современных генетических технологий, находящих свое применение в мировой клинической практике и системе организации здравоохранения. Поскольку широкое применение в населении ДНК-тестирования может ограничиваться финансовоемкостью исследований, была изучена потенциальная готовность оплачивать проведение фармакогенетических тестов респондентами и членами их семей. В ходе исследований было установлено, что почти 32% опрошенных не готовы оплачивать проведение подобной диагностики. Полная (при любой стоимости) или условная (в зависимости от стоимости) готовность оплачивать проведение ДНК-тестирования была выявлена примерно у половины участников исследования. Большинство респондентов (55,1% мужчин и 61,8% женщин) пришли к выводу, что фармакогенетическое тестирование должно проводиться у всего населения, независимо от пола, возраста и клинического статуса. Полученные результаты указывают на необходимость проведения разъяснительной работы с потенциальными потребителями фармакогенетических тестов. Авторы выражают благодарность за содействие в организации и проведении исследования ректору НФаУ, чл.-кор. НАН Украины проф. В.П. Черных, проф. О.В. Набоке, проф. В.В. Малому, проф. С.Ю. Штрыголю и проф. Н.И. Филимоновой.

## **ПІДВИЩЕННЯ СТАТУСУ ТОРГОВЕЛЬНОЇ МАРКИ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК ЗАПОРУКА ГАРАНТІЙ ЯКОСТІ ТА ОБЦЯНОК СПОЖИВАЧЕВІ**

Слободянюк М.М., Байгуш Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,  
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,  
Україна

**veritas\_kh@ukr.net**

Забезпечення потреб охорони здоров'я в якісних і ефективних лікарських засобах (ЛЗ) при їх фізичній та економічній доступності спонукає виробників ліків до активної інноваційної політики. Розробка, виведення на ринок та впровадження у медичну практику нових ліків в умовах конкурентного ринку потребує значних зусиль по створенню та підтримці високого іміджу ЛЗ. Все більшого насичення товарних сегментів ліків, одночасне надходження значної кількості аналогів, синонімів та торговельних марок (ТМ) ЛЗ потребує більш чіткого позиціонування та диференціації ЛЗ як товарів та виробників. Покупцям, лікарям і фармацевтам все важче здійснювати вибір необхідного ЛП, який найбільш відповідав би сучасним вимогам якості, ефективності, безпеки та доступності. ТМ покликані полегшити такий вибір, заощадити час як найважливіший ресурс людини, гарантувати необхідні характеристики якості, сформувати лояльність та стійкі переваги. У роботах нами використано історичний метод, метод порівняння, системний аналіз, метод експертних оцінок, контент-аналіз, семантичний аналіз, мета-аналіз і кластерний аналіз, сучасні методи маркетингових досліджень та брендингу, економічні методи. Аналіз публікацій показує активне наукове вивчення вченими-теоретиками та провідними спеціалістами-практиками з маркетингу та брендингу різних областей феномена ТМ та його впливу на покупців і безпосередньо на споживання. На жаль, сьогодні такі роботи у фармацевтиці практично відсутні. У той же час особливість ліків як товару, підвищені вимоги при їх розробці, реєстрації,

виробництві, дистрибуції, призначенні та застосуванні спонукають до розробки науково обґрунтованих підходів та рекомендацій з формування, використання та управління ТМ ЛП. Встановлено, що не дивлячись на початкові однакові базові характеристики понять «торговельна марка» і «бренд» вони суттєво відрізняються.

Сьогодні існує два поняття «brand valuation» и «brand evaluation», які перекладаються однаково як «оцінка бренду», але мають принципову різницю. «Brand valuation» (англ.) – цінність бренду, «brand evaluation» (англ.) – вартість бренду. Встановлено, що в основі оцінки ринкової вартості брендів за методикою фірми Interbrand лежать чотири групи параметрів «сили бренду»: вага бренду (вплив конкурентів та домінування ними на ринку); довжина бренду (успішне розширення бренду за рамки початкової товарної категорії); ширина бренду (кількість охоплених регіональних ринків, відсоток споживачів брендів серед усіх споживачів товарної категорії) та глибина бренду (ступінь лояльності споживачів даного бренду). У якості кількісних показників ми використовували: рівень спонтанного знання, рівень ідентифікації, рівень споживання, доля сегменту ринку, термін знаходження на ринку, рівень проникнення та доступність. З використанням спеціально розробленої анкети для лікарів, провізорів та споживачів нами проведено вибір якісних та кількісних показників статусу ТМ та бренду на прикладі антигіпертензивних ЛЗ.

Враховували такі параметри, як відомість бренду, його вартість, відповідність ключовим характеристикам, цінова еластичність, ефективність, доступність, безпечність, побічна дія та тривалість дії, перспективність використання. Оцінювали індивідуальний стиль препарату (дозування, дизайн упаковки, ціну, популярність та ін.). Отримані дані обробляли за спеціальними формулами BrandAid. Отримані результати ступеню значущості показників, ступеню відповідності та ступеню відомості ЛП формують об'єктивну оцінку стану конкретної ТМ та межі переходу до нового якісного ринкового стану лікарського препарату бренду.

## ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧНИХ ТОВАРІВ

Немченко А.С., Міщенко В.І., Чернуха В.М., Тимофеев С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

До складу парафармацевтиків відносять супутній аптечний асортимент, товари профілактичного призначення. Ринок парафармацевтичних товарів (ПТ) в Україні з'явився порівняно недавно, тому на сучасному кризовому етапі в Україні у виробників й представників середнього та дрібного бізнесу при просуванні на ринку цих товарів виникає багато питань, пов'язаних із суперечливістю та невідповідністю прописаних нормативно-правових актів вимогам чинного вітчизняного законодавства.

Метою наших досліджень став аналіз сучасного стану нормативно-правового механізму регулювання обігу ПТ з боку держави.

Нами було проведено аналіз чинних законодавчих та нормативно-правових актів щодо процедури державного регулювання обігу парафармацевтиків в Україні. Станом на сьогоднішній день їх обіг регулюється Законом України «Про якість та безпеку харчових продуктів та продовольчої сировини» від 06.08.2005 р. №2809–IV і Постановою КМУ від 07.08.2013 р. №767 «Про затвердження Порядку віднесення харчових продуктів до категорії харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів і дієтичних добавок та їх державної реєстрації» від 07.08.2013 р. №767. Постанова №1023 «Про реалізацію статті 28 Закону України "Про безпечність та якість харчових продуктів", яка регламентувала до цього часу порядок державної реєстрації цих продуктів, втратила чинність.

Суть оцінки та реєстрація ПТ зводилась лише до проведення санітарно-епідеміологічної експертизи та видачі висновку, підписаного головним державним санітарним лікарем. Проведення такої експертизи у більшості випадків не дозволяло у повному обсязі гарантувати безпечність, якість та

ефективність ПТ, що аналізуються, оскільки в основному полягало у проведенні випробувань на визначення кількості умовно патогенної мікрофлори, кількості важких металів та пестицидів. Головне, що гарантування спеціальних, заявлених виробником, властивостей ПТ, її ефективності та якості висновком державної санітарно-епідеміологічної експертизи не забезпечується.

У Постанові №767 удосконалено механізм віднесення парафармацевтиків до категорії харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання та їх державної реєстрації. Відповідність інформації щодо властивостей ПТ встановлюється на підставі експертного звіту за результатами експертних досліджень, виданого підприємствами, установами та організаціями, що уповноважені МОЗ України на проведення таких робіт.

Порядок проведення зазначених досліджень затверджується МОЗ з урахуванням законодавства ЄС стосовно використання інформації про користь для здоров'я та поживні властивості продуктів харчування. Цей факт свідчить про коригування питання процедури державної реєстрації парафармацевтиків з боку держави. При цьому державна санітарно-епідеміологічна експертиза, за своїм визначенням, не передбачає та не дозволяє проведення вивчення фармакологічної ефективності та клініко-фармакологічної експертизи й не входить до компетенції санітарно-епідеміологічної служби.

Таким чином, на цей час в Україні немає єдиного нормативного документу, у якому були б зібрані всі необхідні вимоги щодо розробки, виготовлення та дозокомпонентного складу ПТ.

Відсутність чіткого нормативно-правового механізму державного регулювання їх обігу обумовлюють необхідність подальшого проведення ґрунтовних наукових досліджень.

Проблеми у питаннях регулювання процедур санітарно-епідеміологічної експертизи, сертифікації, реєстрації, ліцензування, регламентації показань, термінологічного визначення, обігу, дозокомпонентного складу парафармацевтиків, клінічних та доклінічних іспитів є актуальними на цей час в Україні.

## ПОБУДОВА СИСТЕМИ ОЦІНКИ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

Посилкіна О.В., Братішко Ю.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[bratishko@i.ua](mailto:bratishko@i.ua)

В управлінні ФП сьогодні значної уваги набуває соціальний бік економічних процесів, що обумовлене великою соціальною значущістю продукції, яку вони виробляють, новою роллю персоналу, який сьогодні стає їх головним активом в умовах необхідності розвитку його самоменеджменту в процесі побудови системи менеджменту якості, підвищення ролі корпоративної культури як джерела забезпечення надійності, прогнозованості поведінки ФП, його взаємодії з партнерами. Це обумовлює необхідність розвитку соціально-економічної моделі управління ФП та побудови системи оцінки соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу (СВФБ), яка має відповідати умовам економічного стану України та враховувати галузеву специфіку. Під терміном соціальна відповідальність фармацевтичного бізнесу (СВФБ) слід розуміти здатність суб'єктів фармацевтичної галузі брати на себе зобов'язання фінансового, економічного, соціального і екологічного характеру за наслідки їхньої діяльності перед державою, суспільством, навколишнім співтовариством, персоналом, бізнесом-партнерами та іншими зацікавленими сторонами через етичну поведінку з урахуванням інтересів і очікувань всіх стейкхолдерів при дотриманні чинного законодавства і міжнародних стандартів на принципах добровільності і взаємної вигоди. СВФБ передбачає: забезпечення населення якісними, ефективними, безпечними та доступними за ціною лікарськими засобами; створення умов для розвитку професійної відповідальності працівників фармацевтичної галузі відповідно до вимог соціальних норм; забезпечення умов екологічно чистого виробництва і сприяння поліпшенню екологічної ситуації в місцях присутності виробничих потужностей; участь у регіональних програмах розвитку територій і реалізацію власних соціальних

проектів. СВФБ базується на дотриманні чинного законодавства, вимог міжнародних стандартів якості і передбачає значну міру добровільності в реалізації соціальних заходів. Саме добровільний характер реалізації соціальних заходів обумовлюється розмаїттям підходів до формування СВФБ. Система оцінки СВФБ включає декілька етапів (рис. 1).

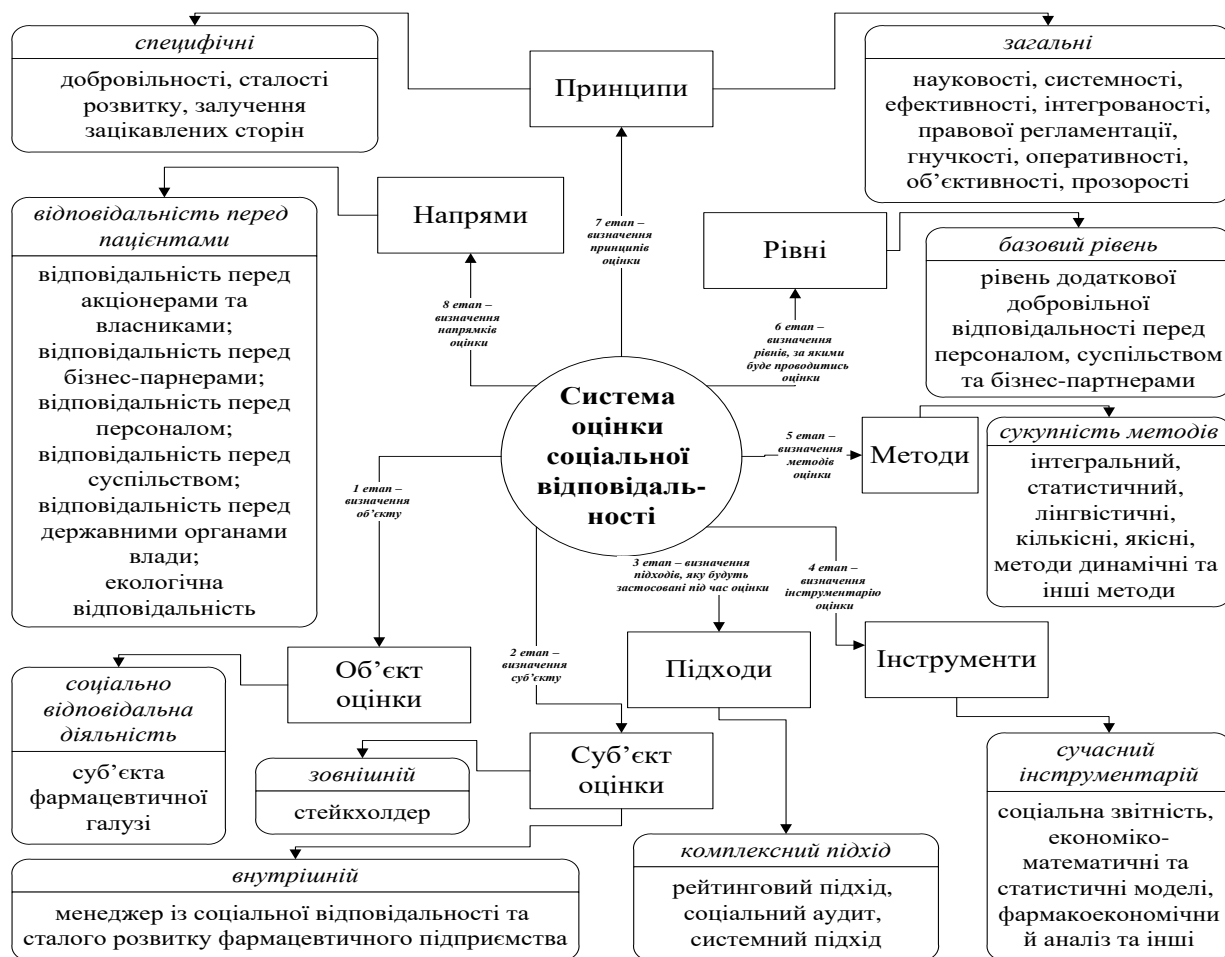


Рис. 1. Система оцінки СВФБ

Отже, впровадження запропонованого механізму оцінки СВФБ дозволяє: визначити та оцінити проблеми у сфері СВФБ; створити засади ефективного менеджменту якості; визначити сукупність ресурсів, що можуть бути спрямовані ФП на соціально-відповідальну діяльність; розробити ефективну систему управління соціально-відповідальною діяльністю; забезпечити створення системи партнерських відносин із стейкхолдерами; розробити загальну систему просування та запровадження принципів СВФБ.



## ПРОБЛЕМИ УНІФІКАЦІЇ КОДУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ.

Рев'яцький І.Ю., Заліська О.М., Парновський Б.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Iwan.Revyatsky@gmail.com**

Вступ. Використання електронних реляційних баз даних, як ефективного засобу зберігання інформації, в т.ч. і про лікарські засоби (ЛЗ), є невід'ємною частиною системи забезпечення ЛЗ у провідних країнах світу, в яких на державному рівні, створена та функціонує єдина медична база даних, яка об'єднує інформацію про лікувально-профілактичні заклади; аптеки, лікарів, провізорів, пацієнтів, ЛЗ, рецепти. Проте, в Україні за останні два десятиліття впровадження комп'ютерних технологій у фармації відбувається без централізованого контролю щодо наповнення їх профільною інформацією. Методи. У 2012 році проведено дослідження (результати якого лишилися актуальними і у 2015 р.) з вивчення стану номенклатури лікарських засобів в Україні у електронному форматі та її кодів-ідентифікаторів. Об'єктами цього дослідження були електронні цінники найбільших в Україні дистриб'юторів лікарських засобів, а саме: ТОВ "Альба-Україна", ТОВ "БаДМ", ТОВ "Вента ЛТД", СП "Оптіма-Фарм", ТОВ "ФітоЛек", ТОВ "ФРА-М", що було нами опубліковано у Запорізькому медичному журналі (№ 1.- 2013).

Результати. Нами зафіксована відсутність використання єдиних стандартів до процесу формування номенклатури торгових назв ЛЗ та їх виробників не лише у різних, але і в межах однієї фірми. Так, у різні фармацевтичні електронні бази даних вводять довільні переклади назв виробників закордонних ЛЗ. При формуванні торгової номенклатури ліків застосовується вільна послідовність подачі її інформаційних складових та використовуються різні види позначень дозування (н.п. "г" та "мг") для майже однакової кількості активного фармацевтичного інгредієнта. Застосування "пробілу" (" ") в електронній номенклатурі ЛЗ також відбувається довільно. Зафіксоване використання довільних скорочень замість

стандартно прийнятих. Зокрема, "таблетки" скорочують наступним чином: "Т.", "тб", "таб.", "ТАБ.", "табл.". При відображенні кількості одиниць ЛЗ в упаковці використовуються довільні символи ("N", "№", "#") і вона може відображатися не лише числовим, а й у вигляді математичного виразу, що характеризує кратність однієї упаковки ЛЗ (н.п. "10x3", "4x25"). Обмін цифровою інформацією про ЛЗ у системі забезпечення відбувається за допомогою єдиних, унікальних для кожної фірми внутрішньопрограмних кодів та функцій / процедур, які співставляють їх між собою. Однаковий код в різних фірмах відображає інформацію про різні ЛЗ. Слід акцентувати, що у відповідності до принципів функціонування комп'ютерних реляційних баз даних, коди-ідентифікатори інформаційним записам присвоюються програмою у автоматичному режимі і не підлягають зміні упродовж всього часу існування бази даних. Проте у кожній базі даних наявна можливість проставлення у ручному режимі для кожного інформаційного запису окремої автономної системи кодування. Застосування такого механізму дозволяє ввести та використовувати систему єдиного кодування-ідентифікації у всіх базах даних в Україні, які містять інформацію про ЛЗ. Оскільки інформація між різними електронними базами даних передається із використанням кодів-ідентифікаторів, то кожна фармацевтична фірма має можливість редагувати текст до стандартизованого формату. Висновки. Для кодування ЛЗ недоцільне використання вже існуючої системи кодування, яке не пов'язане з медициною і фармацією, бо в процесі свого розвитку та удосконалення вона може стати неприйнятною для ідентифікації ЛЗ. Наприклад, в якості стандарту електронної номенклатури лікарських засобів можна застосовувати номенклатуру з інформаційно-пошукової системи "Довідник лікарських засобів" або електронної інтернет-бази "Державний реєстр лікарських засобів України" ([drlz.kiev.ua](http://drlz.kiev.ua)), в т.ч. із їх кодами-ідентифікаторами. Відсутність стандартизації номенклатури ЛЗ в електронному форматі та її кодів ідентифікаторів ускладнює перехід до впровадження фармацевтичної складової у медичну систему України.

# ПРОТОКОЛИ ПРОВІЗОРА ЯК СКЛАДОВА СТАНДАРТИЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Федяк І.О., Максименко О.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

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

Відповідно до міжнародних принципів забезпечення якості продукції та послуг затвердження Протоколів провізора (фармацевта) (ПП(Ф)) є своєчасним кроком у напрямку створення національних правил і стандартів аптечної справи. Метою роботи став аналіз ПП(Ф) на предмет доцільності їх розширення у частині попередження захворювання та сприяння прихильності до лікування при гепатитах різної етіології для недопущення їх розвитку до цирозу печінки. Створення системи управління застосуванням безрецептурних лікарських засобів (ЛЗ) шляхом затвердження ПП(Ф) розпочато у 2010 р. МОЗ України наказом від 22.02.10 р. №158 були затверджені 16 протоколів ППФ для лікування синдромів і симптомів, з якими найчастіше звертаються громадяни в аптеку при самолікуванні, а також для профілактики деяких хвороб. Цей перелік було доповнено вже наприкінці того ж року (наказом від 05.11.10 №960 затверджені вже 32 ПП(Ф)). Остання редакція документу містить 34 ПП(Ф) (наказ МОЗ України від 11.10.13 р. № 875). Крім того, до неї включені ПП(Ф) при отриманні інформації про випадки побічних реакцій та/або відсутності ефективності ЛЗ і при відпуску за рецептом ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, вартість яких підлягає частковому відшкодуванню. Водночас в Україні серед причин смертності від хвороб органів травлення цирози печінки (ЦП) займають перше місце, їх основне запобігання – своєчасне лікування хронічних гепатитів. Отже, ПП(Ф) – дієвий інструмент інформаційної підтримки спеціалістів фармації в реалізації їх професійних завдань в частині забезпечення належного застосування ЛЗ в інтересах пацієнта не лише при застосуванні безрецептурних ЛЗ, а й попередження несприятливих витратних хвороб, до яких відносяться ЦП.

# ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ КЕРІВНИКА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Чухно І.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**chuhnoinna@rambler.ru**

Сучасний розвиток суспільства, зміни, що відбуваються в суспільному і економічному житті, значно підвищують вимоги до забезпечення ефективного управління у сфері охорони здоров'я. В сучасних умовах сфера охорони здоров'я загалом повинна вирішувати дві основні задачі: соціальну – забезпечення здоров'я населення, створення умов, за яких отримання якісних медичних послуг буде доступним для всіх категорій населення, що сприятиме покращенню ситуації в соціальній сфері та забезпеченню соціальної стабільності в суспільстві; економічну – пошук шляхів забезпечення належного економічного підґрунтя, економічних умов для існування і ефективної діяльності мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням проблем фінансового забезпечення цієї галузі. В цих умовах значно зростають вимоги до керівника в сфері управління охороною здоров'я, який має забезпечити ефективну діяльність установи охорони здоров'я при максимальній реалізації нею соціальної функції.

Як зазначають М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш та інші, сучасний фахівець системи управління охороною здоров'я – це особа, яка здійснює керівництво лікувально-профілактичними закладами шляхом спрямування, організації та регулювання діяльності підпорядкованих колективів для досягнення певних економіко-виробничих і соціально-психологічних цілей в умовах розвитку різних форм власності.

Для здійснення ефективного управління установами в сфері охорони здоров'я сучасному керівникові не достатньо мати компетенції лише в професійній сфері медицини чи фармації, як часто буває на практиці. Гарний фахівець своєї справи далеко не завжди може стати гарним менеджером. Зважаючи на завдання, які стоять на сьогодні перед галуззю в цілому і перед окремими об'єктами її інфраструктури, діяльність керівника в цій сфері повинна

спиратись на комплексні знання з сучасного менеджменту й економіки, він повинен володіти юридичними, політичними знаннями, сучасними інформаційними технологіями. Враховуючи глобалізаційні та інтеграційні процеси, що відбуваються в Україні і в світі, корисним було б і знання іноземних мов, щонайменше для керівників вищої ланки.

Ситуація, що склалась останнім часом, ставить додаткові вимоги щодо патріотизму, високої моральності і духовності керівника. Професійну модель керівника в сфері охорони здоров'я визначають як таку, що повинна включати сфери загальної управлінської діяльності (організаційно-управлінська; соціально-психологічна; виробнича; особистість самого керівника – самоменеджмент) – як виду свідомо здійснюваної людської діяльності, що спрямована на ефективне функціонування об'єктів управління з метою реалізації їх місій.

Отже, для ефективного управління в сфері охорони здоров'я, окрім профільної професійної освіти, сучасний керівник повинен мати високий рівень управлінських компетенцій.

Зважаючи на складність управлінської діяльності та стрімкий розвиток науки і практики в цій сфері, самостійно набути такі компетенції здатна лише незначна частина керівників. Тому, для вирішення цього завдання, доцільно використовувати два напрями додаткової професійної підготовки фахівців, що обіймають керівні посади в сфері охорони здоров'я:

- отримання ними другої вищої освіти з управлінських спеціальностей (переважно в ВНЗ, що здійснюють підготовку фахівців медичного та фармацевтичного профілю);

- проходження курсів підвищення кваліфікації менеджерського спрямування.

Пропонована професійна підготовка фахівців, що здійснюють управлінські функції в сфері охорони здоров'я дозволить підвищити ефективність їх управлінської діяльності і збільшити потенціал розвитку галузі.

## РЕЗУЛЬТАТИ АВС-АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ОСОБАМ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ

Котвіцька А.А., Пастухова О.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Однією із серйозних проблем геріатрії є тенденція до зростання показників захворюваності і поширеності глаукоми, яка є основною причиною сліпоти. Враховуючи значні витрати на фармакотерапію, що пов'язані з використанням великої частки нераціональних лікарських призначень, проведення аналізу споживання протиглаукомних засобів за допомогою АВС-аналізу є актуальним.

Під час дослідження нами було використано метод АВС-аналізу витрат на фармакотерапію, системний та порівняльний методи.

За результатами дослідження 422 амбулаторних карт пацієнтів, які проходили лікування в поліклінічному відділенні обласної клінічної лікарні міста Харкова у 2011-2013 рр., встановлено, що найбільш витратними у фармакотерапії глаукоми є лікарський засіб (ЛЗ) на основі тафлупросту (*Траватан*, крап. оч. 40 мкг/мл фл.-крап. 2,5 мл, №1, Alcon Pharm., Швейцарія) та комбінований ЛЗ на основі тимололу (*Азарга*, крап. оч. фл.-крап. 5 мл, №1, Alcon Pharm., Швейцарія). Загалом, до складу групи А увійшло 9 ЛЗ за торговими назвами. В загальному обсязі споживання ЛЗ питома вага препаратів даної групи дорівнює 79,82 % витрат. Виявлено, що 8 з 9 ЛЗ даної групи – є високовартісними препаратами іноземного виробництва. Група В представлена 11 ЛЗ, витрати на придбання яких становить 17,60 % від загальної кількості. Склад групи С сформований 25 ЛЗ, на які витрачено 5,10 % коштів від загальної суми витрат на всі досліджувані ЛЗ. Таким чином, за результатами аналізу амбулаторних карт з використанням АВС-аналізу визначено ЛЗ, які характеризуються найбільшою долею витрат у лікуванні глаукоми серед населення похилого та старечого віку.

# РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ МАРКЕТИНГОВИХ ПОКАЗНИКІВ ГРУПИ Н03С

Федяк І.О., Пустовіт А.Ю.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

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

Проблема йододефіциту є актуальною для всієї території України, а особливо для гірських територій. Тому, вивчення динаміки ринку препаратів для профілактики цього стану є актуальним завданням.

Метою роботи стало проведення щомісячного моніторингу маркетингових показників препаратів групи Н03С у 2013-2014 роках.

У роботі використовували методи маркетингового аналізу.

Аналіз реєстрації групи Н03С в Державному реєстрі ЛЗ України виявив, що станом на 01.01.2015 р. було зареєстровано 6 найменувань лікарських препаратів (ЛП) для профілактики йододефіцитів: йодомарин, антиструмін, калію йодид, йод-норміл, йодид, йодовітал. Проте фармацевтичний ринок у 2014 р. пропонував лише 4 ЛП (відсутніми були йод-норміл та йодовітал). З вересня 2014 р. ринок покинув препарат калію йодид (Монфарм, Україна). Як свідчать результати аналізу щомісячного моніторингу середньої оптової ціни за 2013 - 2014 рр., ціни на препарати у 2013 р. були відносно сталими. Проте, у 2014 р., починаючи з березня-квітня відбулося різке підняття цін (середня ціна на німецький препарат йодомарин зросла від 31,57 грн. у лютому до 48,47 у квітні та 59,04 у грудні 2014 р.), що пояснюється впровадженням 7 % ПДВ на ЛП, а також різким падінням курсу гривні. За кількістю постачальників лідерами були йодомарин (Берлін-Хемі, Німеччина) і йодид (Фармак, Україна).

Отже, враховуючи наявність препаратів для профілактики йододефіциту на оптовому ринку та в аптечній мережі, можна вважати задоволеною фізичну їх доступність, що, на жаль, не відноситься до економічної з огляду на розраховані коефіцієнти ліквідності препаратів.

# РЕЗУЛЬТАТЫ СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА СОВРЕМЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ботабаева Р. Е., Датхаев У.М., Хименко С.В., Шобабаева А.Р.

Казахский государственный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан,

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

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

Среди основных целей Национальной лекарственной политики в соответствии с международными требованиями организация доступной фармацевтической помощи занимает особое место. Это связано, в первую очередь, с усилением тенденций к расслоению общества по уровню доходов, отсутствием действенных механизмов социальной защиты малозащищенных слоев населения, коммерциализацией в организации медицинской и фармацевтической помощи населению и т.д. В условиях смены политической формации в бывших странах СССР вопросы построения социально ориентированных механизмов в системе здравоохранения должны решаться с учетом результатов анализа эффективности функционирования всех субъектов интеграционной системы фармацевтического обеспечения, в т. ч. рынка лекарственных препаратов (ЛП) и товаров аптечного ассортимента (ТАА). Поэтому целью наших исследований стал анализ фармацевтического рынка (ФР) Республики Казахстан (РК). В ходе проведения экспериментальных исследований нами использовались логический, исторический, сравнительный, структурный, а также методы маркетингового анализа рынка. Объектом анализа стали официально опубликованные данные, которые характеризуют современное состояние развития ФР РК в динамике лет (2007-2014 гг.).

В результате исследований установлено, что ФР можно охарактеризовать как динамично развивающуюся структуру макроэкономического комплекса страны. Так, объем ФР в 2007 г. (базовый год анализа) составлял 689 млн. долл. США, а в 2013 уже 1670 млн. долл. США. Таким образом, объем рынка ЛП и



ТAA за исследуемый период времени увеличился в 2,4 раза. Рассчитанный средний темп прироста (цепной) за 2007-2013 гг. составил 19,6%. По данным аналитической компании VI-ORTIS Group Consulting объем ФР РК в 2014 г. составил 1845 млн. долл. США, что составляет 110,5% от показателей прошлого года. Важнейшей характеристикой анализируемого ФА является значительное доминирование препаратов импортного производства. Данная особенность в формировании ассортимента в ЛП характерна для большинства национальных ФР стран бывшего СССР. Например, в Украине удельный вес импортных препаратов в структуре ФР составляет, по различным фармакотерапевтическим группам, от 75% до 95%. Нами установлено, что удельный вес препаратов импортного производства в структуре зарегистрированных ЛП по различным годам колебался в относительно небольшом интервале значений – от 87,6% до 91,4%. Положительной тенденцией развития ФР является увеличение доли препаратов отечественного производства. Так, средний темп прироста (цепной) показателей количества препаратов казахского производства за 2007-2013 гг. составил 3,9%. Следует отметить, что импортозависимость ФР РК рассматривается на государственном уровне как проблема национальной важности.

Так, разработана и принята «Отраслевая программа развития фармацевтической промышленности РК на 2010-2014 гг.». В рамках выполнения указанной программы в 2008 г. было выпущено ЛП на сумму 10,4 млн. долл. США, в 2010 г. – 12,4 млн. долл. США (прирост цепной 19,2%). в 2011 г. – 19,7 млн. долл. США (58,9%), в 2012 г. – 22,0 млн. долл. США (11,7%), а в 2013 г. – 29,4 млн. долл. США (33,6%). Как видим, среднее значение прироста указанного показателя составляет 35,7%.

При сравнении с данными базового (2008 г.) объем выпущенных казахскими производителями ЛП в стоимостном значении увеличился в 2,8 раза. Результаты проведенных исследований могут быть использованы при разработке рациональных моделей фармацевтического обеспечения населения в условиях реформирования национальной системы здравоохранения РК.

## РЕЗУЛЬТАТИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ АЦЕКЛОФЕНАКУ

Тригубчак О.В., Павленко І.О.

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

**trigubchak@mail.ru**

Серед нестероїдних протизапальних засобів ацеклофенак має хорошу переносимість і ефективність, але при цьому він краще переноситься, ніж диклофенак, піроксикам, кетопрофен та ін.

Метою нашої роботи було провести фармакоекономічні дослідження ацеклофенаку.

Для проведення фармакоекономічного аналізу ацеклофенаку проведено фармакоепідеміологічне вивчення результатів клінічних досліджень, використано методи «мінімізація витрат» та «витрати-ефективність».

За даними Державного реєстру лікарських засобів в Україні зареєстровано 8 препаратів з діючою речовиною ацеклофенак. Проте на ринку присутні лише Аертал, Інфенак, Зеродол і Диклотол. Враховуючи середньозважені роздрібні ціни лікарських засобів в Україні станом на грудень 2014 року, обчислили, що витрати на курс лікування Аертал табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 20 Gedeon Richter (Угорщина) становить 336,15 грн., Аертал табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 60 Gedeon Richter (Угорщина) – 265,92 грн., Інфенак табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 10 Tulip Lab. (Індія) – 131,28 грн., Зеродол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 30 IPСА (Індія) – 117,04 грн., Диклотол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 100 Kusum Healthcare (Індія) – 97,18 грн., Диклотол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 30 Kusum Healthcare (Індія) – 95,48 грн.

Проведений фармакоекономічний аналіз методом «мінімізація витрат» свідчить, що найбільш раціонально використовувати Диклотол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 30 Kusum Healthcare (Індія), який використовували для подальших досліджень.

Клінічна ефективність ацеклофенаку доказана в 132 опублікованих клінічних дослідженнях. В результаті встановлено, що через місяць лікування ацеклофенаком в дозі 200 мг/добу відмічено достовірне покращення стану хворих (86,3 %), а використання диклофенаку в дозі 100 мг/добу викликає покращення стану пацієнтів (66 %). Через 3 місяці терапії – 95,8 % та 76,2 % відповідно ( $p < 0,05$ ). В ході проведення фармакоеконічного аналізу «витрати-ефективність» розраховували коефіцієнт витрати-ефективність для Диклотол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 30 Kusum Healthcare (Індія) на 1 місяць лікування  $95,48 / 0,863 = 110,64$  та Диклофенак табл. 0,05 г блістер № 30 Красная звезда (Україна)  $16,22 / 0,66 = 24,58$ . Відповідні коефіцієнти витрати ефективності на 3 місяці терапії становили CER (Диклотол) =  $286,44 / 0,958 = 299,00$  і CER (Диклофенак) =  $48,66 / 0,762 = 63,86$ . Отже, витрати на одиницю ефективності при 1- чи 3-місячному лікуванні ацеклофенаком (Диклотол) значно перевищують відповідні витрати на використання диклофенаку.

Також обчислювали інкрементальні коефіцієнти витрати ефективності для 1-місячного прийому аналізованих препаратів  $ICER = (95,48 - 16,22) / (0,863 - 0,66) = 390,44$  та для 3-місячної терапії  $ICER = (286,44 - 48,66) / (0,958 - 0,762) = 1213,16$ , що демонструють додаткову вартість терапії ацеклофенаком (Диклотол). Проведені дослідження доводять, що з фармакоеконічної сторони ацектофенак не має переваг перед диклофенаком.

Враховуючи достовірні результати щодо безпеки, ацеклофенак можна рекомендувати хворим остеоартрозом, ревматоїдним артритом чи анкілозуючим спондилоартритом з підвищеним ризиком розвитку побічних реакцій, особливо зі сторони шлунково-кишкового тракту. Це буде вимагати підвищення вартості фармакотерапії на 390,44 грн. на місяць або 1213,16 грн. на 3 місяці. Методом фармакоеконічного аналізу було доведено, що найбільш раціональним буде використання Диклотол табл. п/плівк. обол. 100 мг блістер № 30 Kusum Healthcare (Індія).

# РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ АНТИНЕОПЛАСТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ХВОРИМ НА РАК ЛЕГЕНІВ

Немченко А. С., Фурса Л. І., Корж Ю. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

За даними Національного канцер-реєстру у структурі захворюваності чоловічого населення після 50-ти років рак легенів (РЛ) стабільно займає лідируючі позиції. Як свідчать дані спеціальної літератури, все більш важливого значення у підвищенні показника п'ятилітньої виживаємості пацієнтів з діагнозом РЛ набувають фармакотерапевтичні методи лікування, а саме хіміотерапія. За умов хронічного дефіциту ресурсів охорони здоров'я в Україні питання раціонального використання антинеопластичних препаратів у лікуванні хворих має важливе медико-соціальне значення. Тому, дослідження метою яких є аналіз стану фармацевтичного забезпечення хворих на РЛ за допомогою методів клініко-економічного аналізу є актуальними. У дослідженнях використовувався частотний аналіз лікарських призначень препаратів хворим на РЛ. Об'єктом досліджень були обрані дані медичних карток (94 пацієнта), які проходили курс патогенетичної терапії на базі Харківського обласного клінічного онкологічного центру, протягом 2009-2011 рр., а також дані протоколів надання медичної допомоги, що затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 4.06.2014 р. № 387 за спеціальністю «Онкологія» (МКХ-10: С34.).

За даними структурного аналізу сукупності хворих за стадією захворювання встановлено, що переважна більшість хворих мали ІV стадію 31 (32,97 %), з ІІІ стадією хвороби було представлено 28 пацієнтів (29,79 %), ІІ – 30 (31,92 %), І стадією - 5 (5,32 %). Відповідно до морфологічного типу найбільша питома вага спостерігалась за типом РЛ T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (28 медичних карток). У середньому хворі з діагнозом РЛ, перебували в стаціонарі протягом 3 ліжко-дня,

а всього хворим було здійснено 854 лікарських призначень або по 9 призначень препаратів на одного хворого. Згідно з класифікаційною системою АТС за частотою призначення ЛЗ був складений рейтинг фармакотерапевтичних груп: А – засоби, що впливають на систему травлення та метаболізм (218 призначень – 25,61 %); В – засоби, що впливають на систему крові та гемопоез (232 призначення – 27,13 %); L – антинеопластичні та імуномодельючі засоби (192 призначень ЛЗ – 22,45 %); Н – препарати гормонів для системного застосування (78 призначень – 9,12 %). R – засоби, що діють на респіраторну систему (67 призначень – 7,86 %); С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему (65 призначень – 7,60 %); М – засоби, що впливають на опорно-руховий апарат (2 призначення – 0,23 %). За другим рівням класифікаційної системи АТС встановлено, що найбільшу частоту призначень мали препарати з групи L01 – антинеопластичні засоби (140 призначень або 16,39%).

Другу позицію за кількістю призначень займали препарати з груп В05 – кровозамінники та перфузійні розчини. Лідером призначень став розчин натрію хлориду (94 призначення або 11,01 % від усієї кількості лікарських призначень). а третю ліки з групи Н02 – кортикостероїди для системного застосування, серед яких лідируюче місце зайняв дексаметазон (78 призначень або 9,13 %). На препарати, що належать до інших фармакотерапевтичних групи припадало 519 призначень (63,47 %). У хіміотерапії хворих на РЛ було використано 8 найменувань антинеопластичних препаратів за МНН. Безумовним лідером за кількістю лікарських призначень був етопозид (68 призначень або 7,96 % від загальної кількості призначень патогенетичної терапії). На другому місці був представлений цисплатин (60 призначень або 7,03 % відповідно). Третє місце зайняв карбоплатин (12 призначень та 1,41%). Порівнюючи дані протоколів лікування та даних частотного аналізу встановлено, що всі вищезазначені найменування антинеопластичних препаратів входять до схем хіміотерапії РЛ різного ступеня розвитку патологічного процесу.

## **РОЗРОБКА СТАНДАРТУ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ «УЧАСТЬ У ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДАХ ТА ПОСЛУГАХ»**

Гала Л.О.

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

[gala.liliya@gmail.com](mailto:gala.liliya@gmail.com)

Пріоритетним напрямом Загальнодержавної програми “Здоров’я 2020: український вимір” є проведення профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних чинників, створення умов для збереження здоров’я населення та формування відповідального ставлення громадян до власного здоров’я. Працівники аптечних закладів поряд з іншими спеціалістами системи охорони здоров’я мають брати безпосередню участь у таких заходах як формування суспільних орієнтирів на збереження здоров’я людей та зменшення негативних наслідків впливу факторів ризику шляхом популяризації здорового способу життя й запровадження відповідних просвітницьких програм.

Мета роботи – розробка стандарту Належної аптечної практики (НАП) “Участь у профілактичних заходах та послугах” для подальшого використання фахівцями аптечних закладів у практичній діяльності.

Об’єктами дослідження стали відповідні розділи Спільної настанови Всесвітньої організації охорони здоров’я та Міжнародної фармацевтичної федерації “НАП: Стандарти якості аптечних послуг”, що стосуються участі фахівців аптечних закладів в охороні громадського здоров’я, та керівництв з фармацевтичної практики різних країн світу.

На основі узагальнення вищевказаних матеріалів та враховуючи вітчизняні підходи до здійснення діяльності, спрямованої на зміцнення здоров’я населення та профілактику захворювань, запропоновано проект національного стандарту НАП “Участь у профілактичних заходах та послугах”. У стандарті зазначається необхідність активної участі спеціалістів аптек поряд з іншими фахівцями системи охорони здоров’я у проведенні первинної профілактики. Для підвищення ефективності цієї діяльності важливо визначити перелік критеріїв,

що дозволить оцінити рівень надання аптечними закладами таких послуг. Мета прийняття стандарту – встановлення і гарантування мінімального переліку фармацевтичних послуг, спрямованих на поліпшення охорони здоров'я населення.

Наводиться визначення термінів, що використовуються: зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, первинна профілактика, вторинна профілактика, а також вказується сфера застосування цього стандарту – проведення профілактичної роботи аптечними закладами всіх форм власності, участь фахівців у програмах щодо поліпшення здоров'я населення.

Стандарт висуває вимоги до діяльності фармацевтичних працівників шляхом встановлення критеріїв та індикаторів, за якими оцінюється або контролюється дотримання стандарту (так / ні / даний критерій не передбачено функціональними обов'язками). Зокрема це такі критерії:

1. аптечний заклад бере участь у програмах щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань;
2. фахівець аптеки систематично проводить заходи щодо зміцнення здоров'я населення;
3. фахівець аптеки забезпечує тестування фізіологічних параметрів здоров'я відвідувачів аптеки (вторинна профілактика);
4. усі заходи профілактики, що проводяться аптекою, задокументовані.

Для використання в практичній діяльності фармацевтичним працівникам пропонуються перелік інформаційних джерел та бібліографічних ресурсів з питань профілактики захворювань і зміцнення здоров'я населення. Упровадження в практичну діяльність стандарту НАП “Участь у профілактичних заходах та послугах” дозволить, з однієї сторони, оцінити належну роботу аптечного закладу, а з іншого – забезпечити консультативною допомогою фахівців щодо компетентного виконання покладених на них обов'язків.

Дотримання вимог стандарту фармацевтичними працівниками стане в майбутньому складовою платформи, здатної змінити основний вектор розвитку охорони здоров'я в Україні з лікувального на профілактичний.

# СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ ПРО ТЯГАР СМЕРТНОСТІ В ЄВРОПІ

Міщенко О. Я., Дегтярєва Ю. І., Сизенко М. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**feknfau@ukr.net**

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є дуже поширеними і залишаються провідною причиною смерті серед населення всіх країн світу. З огляду на це, першочерговим завданням систем охорони здоров'я є проведення ефективної роботи, спрямованої на профілактику та лікування цих захворювань.

Мета даного дослідження - аналіз епідеміологічних даних про тягар смертності, спричиненої ССЗ, станом на 2014 рік за результатами аналітичного пошуку даних в мережі Internet.

За результатами пошуку встановлено, що в 2014 р. ССЗ були причиною більше ніж 4 млн. смертей, тобто становили близько половини всіх смертей в Європі. Частка смертей, спричинених ССЗ, істотно вища серед жінок (51%), ніж серед чоловіків (42%). Станом на 2014 р. відмічені географічні нерівності показника смертності від ССЗ. В Данії та Норвегії встановлені найнижчі показники смертності від ССЗ: 180 та 120 відповідно на 100 тис. чоловіків та жінок у всіх вікових групах. Найвищі показники смертності від ССЗ встановлені у Російській Федерації, Білорусії та Україні серед чоловіків (915; 892 і 873,2 на 100 тис. відповідно), а в Узбекистані і Киргизстані серед жінок (662 і 588 на 100 тис). Кількість смертей внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) становила майже 1,8 млн. випадків або 20% всіх смертей в Європі. Країни з найнижчими показниками смертності від ІХС: Франція, Португалія, Нідерланди, Іспанія та Данія.

Отже, вищенаведені дані свідчать про те, що за показником смертності від ССЗ країни пострадянського простору, зокрема, Україна, займають провідні позиції, що актуалізує необхідність впровадження ефективних засобів профілактики та лікування цих захворювань.



## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КАЗАХСТАНА**

Ботабаева Р.Е., Датхаев У.М., Шертаева К.Д., Хищенко С.В., Жанабаев Н.С.

Казахский государственный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан, Южно-Казахстанская  
государственная фармацевтическая академия, Казахстан, Шымкент,  
Национальный фармацевтической университет, г. Харьков, Украина  
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави,  
Казахстан, Туркестан  
**economica@ ukr.net**

Численность и заболеваемость населения в мире стремительно растет, что, в свою очередь, ведет к увеличению производства и потреблению лекарственных средств (ЛС). Сегодняшней тенденцией развития мировых фармацевтических компаний является рост производства лекарств и реализация их избытков в других государствах. Фармацевтические предприятия Республики Казахстан также наращивают и объемы производства, и экспорт ЛС. Так, если в 2004 году объем их производства составил 30,6 млн. долл. США, что на 21,4 больше, чем в 2003 году, то в 2007 году он увеличился на 7,8 % и составил 66 млн. долл. США. Дальнейший рост производства ЛС способствовал увеличению их экспортных поставок из Республики Казахстан. По данным Агентства РК, по статистике, за четыре года экспорт лекарственных средств увеличился в 11 раз и достиг в 2006 году 12 млн. 157,2 тыс. долл. США. В натуральном выражении за пределы Казахстана вывезено 1127 тонн лекарств, а в 2007 году экспорт ЛС, произведенных в Республике Казахстан, увеличился и достиг уже 15,1 млн. долл. США.

Основными покупателями фармацевтической продукции РК в эти годы являлись, в основном, Кыргызстан (48,8%), Таджикистан (17,6%), Узбекистан (16,9%), Украина (7%). К ним постепенно прибавились и страны Дальнего зарубежья: Германия, Чехия, Болгария, Голландия, Великобритания.

Необходимо отметить, что среди ЛС казахстанского производства чаще всего присутствуют антибиотики, витамины, адгезивные перевязочные материалы, вакцины, в меньшей степени – ватные и марлевые перевязочные материалы.

В Правительственной программе «Адаптации некоторых отраслей экономики в переходный период в рамках вступления Казахстана в ВТО» был дан анализ состояния фармацевтической медицинской промышленности. По объемам производства ЛС было выделено 3 группы предприятий.

В первую группу входит АО «Химфарм», выпустивший в 2005 году лекарств на 18 млн. долл. США (около 45% казахстанской фармацевтической продукции).

Ко второй группе отнесены предприятия, объем которых не превышал 3 млн. долл. США в год: ТОО «Фармацевтическая компания «Ромат» (г. Павлодар), НобелАлматинская Фармацевтическая фабрика и ТОО «Совместное предприятие ГлобалФарм г. Алматы и третью группу составляют все оставшиеся предприятия с объемами производства не более 300-400 тыс. долл. США. Доля в объеме экспорта ЛС Республики Казахстан АО «Химфарм» составляет в упаковках 97,8% и в долл. США – 86,9%; «Ромат» – 0,9% и 0,1%, Нобел АФФ – 0,7% и 7,9%; Эйкос Фарм – 0,4% и 0,3%; «Глобал Фарм» – 0,2% и 4,8%; остальные предприятия – 0,01% и 0,004% соответственно. На сегодня в Республике Казахстан действует 115 субъектов, имеющих лицензии на производство ЛС, номенклатура которых составляет до 1 тыс. наименований. Темпы роста производства ЛС продолжают увеличиваться, и в настоящее время фармацевтический рынок Казахстана в денежном выражении растет в среднем на 15-20% в год. Доля отечественных препаратов составляет порядка 14%. Всего в Республике Казахстан зарегистрировано и внесено в Государственный реестр около 15 тыс. наименований ЛС, изделий медицинского назначения и медицинской техники из более чем 80 государств мира. Емкость фармацевтического рынка Республики Казахстан за 2013 год составил 1670 млн. долл. США, а прогноз на 2014 год (по данным VI-ORTIS Group Consulting) – 1854 млн. долл. США .

# **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОТПУСК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ АПТЕК В УКРАИНЕ И РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Шуванова Е. В.

Национальный фармацевтический университет

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

Ответственное самолечение рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как положительное явление, способствующее снижению нагрузки на систему здравоохранения. В то же время, бесконтрольное использование лекарственных препаратов (ЛП) может иметь непредсказуемые последствия.

Целью исследования является анализ нормативно-правовых актов, регулирующих отпуск ЛП из аптечных учреждений в Украине и в Республике Беларусь и сравнение их отдельных положений.

В ходе исследования был использован метод традиционного анализа документов.

Были изучены два Постановления МЗ Республики Беларусь: № 120 «Об утверждении надлежащей аптечной практики» от 27.12.2006 г. и № 99 «Инструкция о порядке выписки рецепта врача» от 31.10.2007 г. с последними изменениями, внесенными в 2014 г. Постановлением МЗ Республики Беларусь от 9.09.2014 года № 66. Сравнение положений об отпуске ЛП из аптек проводилось с Приказом МЗ Украины №360 «Об утверждении Правил выписывания рецептов и требований-заказов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения» от 19.07.2005. Проведенный анализ показал, что правила выписывания рецептов и отпуска ЛП из аптек в Украине и в Республике Беларусь во многом схожи. Основные отличия касаются особенностей рецептурных бланков и количества препаратов, которые могут быть на них выписаны. В Украине таких форм две: ф-1 — для лекарственных средств, кроме наркотических и психотропных и ф-3 для выписывания рецептов на наркотические и психотропные ЛП. В Республике Беларусь существует

четыре формы рецептурного бланка: форма 1 — для выписки ЛП, реализуемых в аптеке за полную стоимость; форма 2 — для выписки наркотических средств; форма 3 — для психотропных веществ и ЛП, обладающих анаболической активностью, реализуемых за полную стоимость; бланк для выписки лекарственных средств на льготных условиях. На любой форме бланка в Республике Беларусь может быть выписан только один ЛП. В Украине на бланке ф-1 разрешено выписывать не более 3-х наименований ЛП, за исключением препаратов, назначенных льготным категориям, препаратов, стоимость которых подлежит возмещению из бюджета и ЛП подлежащих предметно-количественному учету. В этом случае на бланке ф-1 разрешено выписывать только один ЛП. Второе существенное различие касается изъятия аптекой рецептов, по которым произведен отпуск ЛП.

В Украине остаются в аптеке рецепты на ЛП, которые подлежат предметно-количественному учету, лекарственные средства, стоимость которых подлежит государственному возмещению, и те, по которым лекарства отпущены бесплатно или на льготных условиях.

В Республике Беларусь при реализации лекарственных средств любые рецепты изымаются и хранятся в аптеке. Различия состоят только в сроках хранения. Рецепты на обычные рецептурные препараты, отпущенные за полную стоимость должны храниться в аптеке в течение одного месяца. Отличаются и сроки действия рецептурных бланков. В Украине рецепты, выписанные на бланке ф-1 действительны 1 месяц. В РБ на рецептурные препараты, не относящиеся к наркотическим и психотропным, срок действия рецепта — 2 месяца.

Таким образом, сопоставление требований в законодательстве Украины и Республики Беларусь относительно выписывания рецептов и отпуска ЛП из аптек показали, что основные отличия состоят в особенностях существующих рецептурных бланков, количестве препаратов, которые могут быть выписаны в одном рецепте, изъятия рецептов аптекой после отпуска препарата и сроков действия рецептов.

## СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ВИКОНАВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Толочко В.М., Музика Т.Ф., Міщенко І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[uef-ipksf@ukrfa.kharkov.ua](mailto:uef-ipksf@ukrfa.kharkov.ua)

У сучасних умовах впровадження обов'язкового медичного страхування особливо загострюється питання кадрового складу фармацевтичного забезпечення (ФЗ) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) через те, що поряд з традиційним виконанням функціональних обов'язків на таких виконавців покладається, наприклад, складання лікарських формулярів, контроль за їх дотриманням та виконанням – тобто функції, які потребують певної професійної компетенції.

Як показали наші дослідження, існують особливості ФЗ, які залежать від профілю діяльності та обсягу ліжкового фонду ЛПЗ тощо. Серед них особливо виділяється такий істотний факт, що, що ФЗ здійснюється за обмежене бюджетне фінансування, тому до рівня виконання ФЗ ЛПЗ існують жорсткі вимоги.

На сьогодні загострюється питання про наявність в ЛПЗ кваліфікованих спеціалістів, які б 100% свого робочого часу присвячували тільки питанням ФЗ, мали фармацевтичну освіту, адекватні умови праці, системність підвищення кваліфікації тощо.

Аналіз чинного законодавства показує, що чинні нормативи чисельності штату з фармацевтичною освітою в ЛПЗ занижені з погляду оцінки навантаження на таких спеціалістів відповідно до сучасних умов.

В той же час аналіз статистичних даних підтверджує зниження кількості аптек, як структурних підрозділів ЛПЗ, що також має безпосередній вплив на підвищення навантаження окремих спеціалістів з фармацевтичною освітою.

На сьогодні на спеціалістів з фармацевтичною освітою покладено виконання постачальницьких функцій, контролю якості лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП), дотримання належних умов зберігання,

контролю за обігом і обліком ЛЗ і ВМП у відділеннях, кабінетах ЛПЗ. Формування закупок ЛЗ і ВМП за бюджетні кошти на основі тендерних замовлень, також формування замовлень для цільових програм лікування, в подальшому їх виконання та контроль за їх виконанням тощо.

В умовах функціонування страхової медицини підвищується необхідність прогнозування кількості хворих, їх нозологій; планування асортиментної політики ЛЗ; цінової політики при проведенні закупівель ЛЗ тощо. Значення розрахунку цін ЛЗ і ВМП дає можливість керівникам ЛПЗ, які відповідають за фінансування закладу, орієнтуватися на найбільш економічні ліки, а лікарю і пацієнту – обирати препарат, виходячи зі своїх економічних можливостей.

Ці показники є джерелом наповнення формулярних статей. Такий вид діяльності виконавців ФЗ ЛПЗ потребує належного рівня фахових знань з Національного переліку основних ЛЗ і ВМП, реєстру оптово-відпускних цін на ЛЗ тощо.

На основі вищезазначеного складається низка професійних і кваліфікаційних вимог до виконавців ФЗ з визначенням їх функціональних обов'язків спрямованих на охоплення усього комплексу ФЗ ЛПЗ.

Тобто уведення до схеми ФЗ ЛПЗ аптеки та спеціалістів фармації, які були б безпосередніми виконавцями ФЗ дозволяє забезпечити виконання усіх вимог до якості виконання ФЗ в ЛПЗ у повному обсязі.

Отже в умовах впровадження страхової медицини необхідно залучати до ФЗ аптеки та спеціалістів фармації, що забезпечує професійне вирішення проблем ФЗ. У разі відсутності аптеки, навантаження з питань здійсненні ФЗ зростає на штатних спеціалістів ЛПЗ.

В умовах сьогодення думки науковців і практичних працівників співпадають відносно наявності у штатах ЛПЗ аптек ( в залежності від обсягу ліжкового фонду, профілю) і обов'язкової наявності спеціалістів з фармацевтичною освітою,. На їх оптимальну чисельність також впливає обсяг ліжкового фонду, профілю ЛПЗ, що потребує подальших досліджень.

# СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРАЇНАХ ЗАРУБІЖЖЯ

Котвіцька А. А., Кубарєва І.В., Харченко О.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Відповідно до сучасних пріоритетів у вітчизняній охороні здоров'я й фармації розробка і впровадження заходів з оптимізації використання бюджетних коштів та їх спрямування на потреби найбільш незахищених верств населення є першочерговим соціально-економічним завданням держави. Більш ніж двадцятирічний досвід європейських країн щодо впровадження реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги населенню у складі систем обов'язкового медичного страхування свідчить про високу ефективність вказаних механізмів у забезпеченні доступної охорони здоров'я та фармації населенню країн. У той же час різноманітність форм реімбурсації, наявність національних особливостей та векторів розвитку дозволяє, на наш погляд, імплементувати елементи зарубіжного досвіду функціонування систем реімбурсації з урахуванням вітчизняних особливостей та ресурсів.

З огляду на вищезазначене метою нашого дослідження став аналіз основних напрямків реформування систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в країнах зарубіжжя.

Відповідно до завдань дослідження нами був проведений аналіз нормативно-правових актів 27 країн Європи та літературних джерел щодо основних засад систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги і визначено ключові чинники, за якими сформовано та удосконалюються національні системи реімбурсації. До вказаних чинників належить, насамперед, вид фармацевтичної допомоги. Усі країни аналізу застосовують, на сьогодні, диференційований підхід до реімбурсації витрат амбулаторним та стаціонарним хворим. Крім того системи реімбурсації амбулаторним хворим ґрунтуються на таких чинниках, як: критерії надання компенсації; обсяги компенсації; практика

застосування регулювальних переліків лікарських засобів (ЛЗ); методи визначення вартості компенсації. Спираючись на результати аналізу практики застосування кожного з зазначених чинників нами проведено наукове узагальнення сучасних засад європейських систем реімбурсації для амбулаторних хворих та визначено основні напрями їх реформування, а саме:

- застосування в якості базового критерію реімбурсації характеристики ЛЗ зі скороченням кількості країн, що застосовують критерій «соціально-професійний статус», або скорочення обсягів компенсації вказаним верствам населення;
- скорочення складу регулювальних позитивних переліків та впровадження негативних переліків ЛЗ;
- зменшення ставок реімбурсації від 90% у середньому на початку 90-х років двадцятого сторіччя до 60% у 2013 р.;
- застосування системи референтного ціноутворення в якості методу визначення вартості реімбурсації (двома країнами у 1991 р. та вже 18 країнами у 2008 р.) із систематичним оновленням та модифікацією вказаної системи.

На відміну від системи реімбурсації для амбулаторних хворих, фармацевтична допомога в умовах стаціонару відшкодовується пацієнтам в європейських країнах у повному обсязі.

Як правило, кожен лікувальний заклад стаціонарного типу має свій власний стаціонарний формуляр ЛЗ, як регулювальний перелік, відповідно його складу відбуваються лікарські призначення та відшкодування вартості спожитих ліків. В якості методу визначення вартості реімбурсації застосовують тендерне ціноутворення, а ставка реімбурсації складає 100%.

Таким чином, основним напрямком реформування сучасних систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в країнах Європи є розробка та впровадження заходів з оптимізації витрат і, водночас, уніфікації послуг у системах охорони здоров'я й фармації та забезпечення високого рівня соціальних гарантій у країнах європейського простору.



# ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ПРОВІЗОРІВ

Котвіцька А. А., Городецька В. І., Салтиш К. Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Динамічно змінювані умови ринку праці вимагають від сучасного фахівця здатності до швидкої адаптації та наявності здібностей, притаманних широкому колу професій. Зазначений аспект зумовлює необхідність впровадження у вітчизняну систему вищої освіти компетентнісного підходу (КП), що є достатньо поширеною освітньою методологією в європейських країнах та дозволяє здійснювати підготовку кадрів, орієнтовану на результати навчання. Враховуючи специфіку фармацевтичної діяльності, що має суттєвий вплив на характер і коло обов'язків спеціалістів фармації та зумовлює результативність й ефективність їх роботи, дослідження компетенцій спеціалістів фармації представляє значний інтерес. У ході аналітичного моніторингу досліджень, здійснюваних вітчизняними вченими в цьому напрямку, нами було визначено, що питання фармацевтичної компетенції вивчалось багатьма науковцями, зокрема Галій Л.В., Горіликом А.В., Горячою Л.О., Громовиком Б.П., Кайдаловою Л.Г., Коваленко С.М., Лебединцем В.О., Огарь С.В., Прокопенко Т.С., Толочком В.М. та іншими. Однак, роботи щодо проектування цілісної компетентнісної моделі для підготовки провізора знаходяться на етапі розробки та потребують постійного вдосконалення, про що свідчить аналіз діючого Галузевого стандарту вищої освіти України (ГСВОУ) за спеціальністю 7.110201 «Фармація» напряму підготовки 1102 «Фармація», затвердженого наказом МОН України № 629 від 29.07.2004 року, в основу якого не закладено КП.

Метою нашого дослідження стало визначення рівня нормативних та практичних вимог до кваліфікації провізора для формування переліку його професійних компетентнісних характеристик. Зважаючи на те, що система компетенцій складається з набору умінь і формується на основі аналізу змісту

типових задач діяльності та виробничих функцій, що необхідні фахівцеві для їх вирішення, в рамках проектування компетентнісної моделі в якості основи використано типові задачі діяльності, кваліфікаційні вимоги та посадові інструкції провізора, з урахуванням чого розроблено модель можливих компетентнісних характеристик. Запропоновані професійні компетенції співставлено у відповідності до положень Належних фармацевтичних практик з подальшим визначенням найбільш перспективних з них, якими повинні оволодіти майбутні провізори для ефективного виконання професійних обов'язків з урахуванням особливостей життєвого циклу фармацевтичної продукції. З огляду на мінливість сучасних вимог та потреб фармацевтичного ринку праці нами здійснено аналіз вакансій роботодавців на посаду провізора, розміщених на кадрових порталах work.ua та robota.ua. В рамках дослідження опрацьовано 300 вакансій з 11 областей України та м. Києва. Враховуючи значний територіальний розподіл представлених вакансій за регіонами України та достатньо розгалужену структуру фармацевтичних підприємств, які їх розміщували, можна зробити висновок, що вимоги, висунуті до претендентів на посаду «провізор» не є однобічними та адаптовані до практичної діяльності.

На підставі проведеного аналізу нами здійснено ранжування вимог роботодавців щодо функціональних обов'язків, вмінь та навичок провізора, згідно якого встановлено відповідність теоретичній компетентнісній моделі та виділено 8 професійних компетенцій з високим та середнім ступенем значущості й 2 компетенції, які є найменш значущі для роботодавців. Таким чином, за результатами дослідження побудовано узагальнену компетентнісну модель провізора, що є одним з напрямків на шляху впровадження компетентнісного підходу у підготовку фахівців фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України та передбачає необхідність здійснення теоретичної апробації зазначеної моделі шляхом залучення експертів та подальшого статистичного опрацювання отриманих результатів, що є основою для наступних наукових досліджень.

## ТОВАРОЗНАВЧИЙ АНАЛІЗ СПОНЖУ-КОННЯКУ

Дядюн Т.В., Литовченко А.А.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

[alya.litovchenko-1992@mail.ru](mailto:alya.litovchenko-1992@mail.ru)

На даний час косметологічна індустрія стрімко набирає обертів та випускає різноманітні засоби по догляду за шкірою. Нещодавньою тенденцією в їх виробництві є використання натуральних компонентів, а не їх синтетичних аналогів.

З метою вивчення споживчих характеристик нами був проведений товарознавчий аналіз засобу по догляду за шкірою у вигляді спонжу за такими показниками, як матеріали для виготовлення, ефективність та перспективність подальшого використання.

Об'єктом дослідження був косметологічний спонж для вмивання, який виготовляють з бульб рослини Аморфофаллус коньяк (лат. *Amorphophallus konjac*), що виростає в країнах Азії. Корінь даної рослини, розтертий та перетворений у пружну масу, широко використовується в японській кухні та дієтології. Спонж-коньяку цінують за те, що ним можливо проводити масажні рухи на шкірі під час вмивання. Цим досягається ефект невеликого шліфування, покращується мікроциркуляція шкіри і, як наслідок, покращується живлення клітини.

В ході аналізу нами було встановлено, що матеріал для виготовлення спонжу-коньяку має тривалий пом'якшувальний і зволожуючий ефект за рахунок здатності створювати тонку плівку, яка утримує вологу, збагачує шкіру цінними жирними кислотами і ліпідами та запобігає появі целюліту; покращує процеси регенерації шкіри, а саме, стимулює вироблення колагену.

Покращує міжклітинний обмін в тканинах, що прискорює процес відновлення м'язової тканини і сприяє більш швидкій епітелізації, відновленню структури шкіри. Дані показники свідчать про широку сферу застосування для усунення різноманітних косметологічних дефектів та їх профілактики.

Також нами було встановлено, що спонж-конняк підходить для очищення чутливої та atopічної (гіперчутливої) шкіри, оскільки основним інгредієнтом є природно очищене рослинне волокно з коріння конняку з дуже дрібної текстурою та при використанні спонжа не потрібні додаткові миючі засоби, оскільки, сам спонж володіє високими очищувальними властивостями. Ці дані свідчать про його безпечність та перспективну можливість застосовувати для різних типів шкіри.

При аналізі асортименту було встановлено, що даний спонж випускається в декількох формах, великій кольоровій гамі; може продаватися як в сухому, так і вологому вигляді.

Колір спонжа залежить від добавок, які додають виробники для забезпечення певного косметичного ефекту. Так, наприклад, спонж чорного кольору, що містить у своєму складі 90 % рослини конняку і 10 % бамбукового деревного вугілля, має м'яку структуру та призначений для догляду за проблемною, жирною та чутливою шкірою, глибоко очищає пори від вугрів, бруду та жиру, вбиває бактерії акне, врівноважує рН шкіри і природно зволожує.

За формою випуску розрізняють круглі, овальні, прямокутні, квадратні вироби. Нещодавно компанія The Face shop продемонструвала спонж краплевидної форми, яка краще лягає в долоню, а звужений кінець краще очищає крила носа, вилиці та область за вухами.

Отже, спонж конняку є натуральною косметологічною продукцією і завдяки своїм властивостям виявляє широкий діапазон косметологічних ефектів. Даний виріб добре підходить для чутливої та atopічної шкіри та при його використанні відсутня необхідність у додатковому використанні миючих засобів.

Тому ми вважаємо, що перспективи подальших досліджень у даному напрямку є актуальними та потребують більш детального вивчення даної продукції.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Котвіцька А.А., Лобова І.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Сьогодні, як в країнах світу, так і в Україні гостро постає проблема забезпечення пацієнтів якісної та доступною медичною допомогою. Перш за все, це пов'язано з інтенсивним розвитком науки, який характеризується появою нових медичних технологій, зокрема, нових діагностичних методів і фармакотерапії, в той час як економічні ресурси галузі охорони здоров'я залишаються обмеженими. Таким чином, серед основних питань, що потребують першочергового вирішення на всіх рівнях систем охорони здоров'я, лідируюче місце посідає проблема фінансування найбільш розповсюджених нозологій і медичних технологій. У зв'язку з цим останнім часом особлива увага приділяється раціональному використанню наявних ресурсів галузі охорони здоров'я. Одним із засобів, що сприяють прийняттю рішень у системі охорони здоров'я, є фармакоекономічний аналіз, зокрема, аналіз «вартості захворювання». Метод аналізу «вартості захворювання» не враховує ефективність проведеного лікування і є базисним методом економічної оцінки, який передбачає надання організаторам охорони здоров'я інформації щодо економічних збитків окремих захворювань з урахуванням їх структури.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало проведення економічної оцінки прямих витрат хворих з ішемічним інсультом. Під час дослідження нами використано системний, логічний, статистичний, фармакоекономічний («вартість захворювання») та нормативно-вартісний методи аналізу. Проведений нами аналіз «вартості захворювання» передбачав оцінку прямих медичних і немедичних витрат.

Розподіл витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням хворих з інсультом, представлено на рисунку 1.

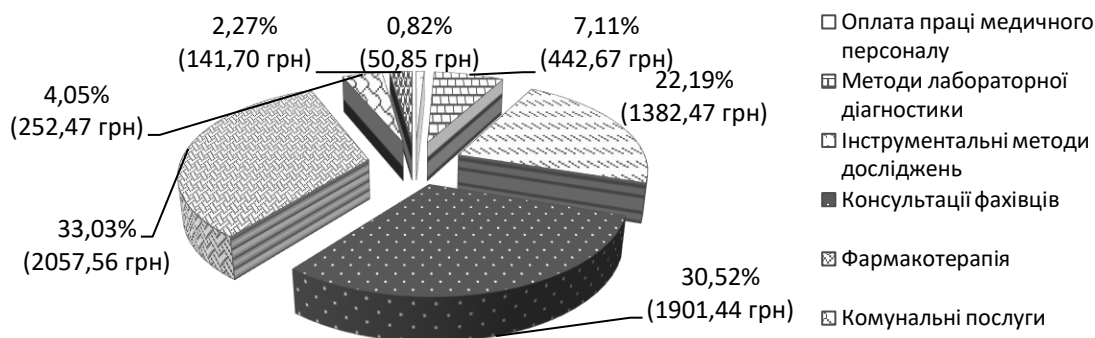


Рис. 1. Розподіл витрат на стаціонарне лікування хворих з інсультом

Як видно з рисунку, найбільшу частку в структурі видатків неврологічного стаціонару займають витрати на фармакотерапію (2 057,56 грн. або 33,03% від загальної кількості витрат), консультації фахівців – 30,52% та інструментальні методи досліджень – 22,19%. Найменший вплив на формування прямих витрат мають видатки на продукти харчування та оплату праці медичного персоналу 2,27% та 0,82% відповідно.

Наступним етапом нашого дослідження стало обчислення та аналіз прямих витрат при наданні медичної допомоги хворим з ішемічним інсультом, які дорівнюють сумі прямих витрат на заробітну плату медичного персоналу, лабораторну та інструментальну діагностику, консультацію фахівців, лікарські препарати тощо. Таким чином, за результатами проведених розрахунків встановлено, що на госпітальному етапі лікування хворих з ішемічним інсультом загальні прямі витрати на стаціонарну допомогу, зокрема витрати на утримання пацієнтів і на терапевтичні заходи, фармакотерапію і спеціалізоване медичне харчування, складають 6 229,16 грн. із розрахунку на одного хворого.

Враховуючи значні матеріальні витрати під час лікування хворих, можна стверджувати, що захворюваність на інсульт для держави є складною медико–соціальною та економічною проблемою.

За умов, що склалися у вітчизняній системі охорони здоров'я, оцінка економічних витрат держави, на нашу думку, надасть можливість у подальшому вдосконалювати систему фармацевтичного забезпечення даної категорії хворих.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ЯКОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Посилкіна О.В, Світлична К.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[kaf.ep.nfay@rambler.ru](mailto:kaf.ep.nfay@rambler.ru)

Одним з головних аспектів побудови ефективної системи лікарського забезпечення в Україні є раціональне використання лікарських засобів, що передбачає перехід до технологій лікування з доказаною ефективністю та безпечністю з врахуванням економічної доцільності їх використання.

Вирішення проблеми підвищення ефективності використання ресурсів у системі лікарського забезпечення потребує обґрунтованого методологічного підходу, інструментом якого є фармакоекономічний аналіз, який дозволяє приймати рішення відносно оптимального вибору лікарських засобів. У зв'язку з цим, в першу чергу, потрібне впровадження економічної оцінки ефективності та якості фармакотерапії.

Економічна оцінка поряд з клінічними дослідженнями являє собою раціональний метод створення умов, які дозволяють найбільш ефективно розподіляти обмежені ресурси, а також є одним з головних джерел інформації, який сприяє прийняттю правильних рішень споживачами, лікувально-профілактичними установами та фармацевтичними підприємствами.

Однією з головних складових економічної оцінки фармакотерапії є оцінювання витрат.

На сьогоднішній день відсутня стандартизація методів обліку та оцінки витрат, які пов'язані з вибором альтернативної медикаментозної схеми лікування. Існуюча традиційна класифікація витрат повинна включати: прямі медичні, прямі немедичні, непрямі і нематеріальні витрати.

Аналізуючи існуючі підходи до розрахунку цих витрат, можна зробити висновок, що сьогодні відсутній єдиний прозорий підхід до розрахунку прямих і

непрямих витрат, які пов'язані з вибором певної медикаментозної схеми лікування, а також чітко невизначені джерела інформації для таких розрахунків.

Виходячи з цього, потрібно розробити уніфіковану систему загального єдиного інформаційного забезпечення відносно змісту витрат, з одного боку, а також методику розрахунку кожної позиції цих витрат, з іншого боку. Так, наприклад, до складу прямих витрат входить такий елемент, як тарифи на медичні послуги.

Проведення економічних розрахунків ускладнюється тим, що в Україні встановлена приблизна вартість на медичні послуги, а ряд з них взагалі не оцінені.

Повинна бути розроблена уніфікована система тарифів на однопрофільні медичні послуги. Також при аналізі схем лікування необхідно враховувати всі лікарські препарати, які приймав хворий за період лікування з вказівкою торгових назв, добових доз, тривалості лікування, способу введення і корекції побічних ефектів.

Відносно непрямих витрат – не розроблена методологія обліку витрат, які пов'язані з тимчасовою відсутністю на роботі як самого пацієнта, так і його близьких (недовироблений суспільний продукт).

Взагалі на сьогоднішній день не існує науково-обґрунтованих підходів до обліку так званих нематеріальних витрат, які обумовлені болем, страхом, стресом у хворого і його близьких.

Підсумовуючи все вищезазначене, потрібно відмітити, що для достовірності, прозорості та обґрунтованості фармакоекономічних досліджень необхідна розробка вітчизняних стандартів з економічної оцінки фармакотерапії. Без впровадження даних підходів неможливо коректно довести економічну доцільність відносно обґрунтованого вибору лікарських засобів і включення їх до формулярів і стандартів лікування.



# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Кирпач О.В.

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

м. Київ, Україна

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

Захворюваність населення на жовчокам'яну хворобу (ЖКТ) зростає, що потребує постійного моніторингу лікарського забезпечення хворих. Надання допомоги в умовах спеціалізованого гастроентерологічного стаціонару ґрунтується на сучасній нормативно-правовій базі, методах фармакоекономічного аналізу, виборі препаратів з оптимальним співвідношенням «витрати-ефективність».

Доцільно оцінити асортимент лікарських засобів (ЛЗ) для фармакотерапії ЖКХ на етапі диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю. Аналіз товарного асортименту ЛЗ для лікування хворих на ЖКХ проводили згідно з Державним реєстром ЛЗ України та Державним формуляром ЛЗ. Відповідно до протоколу, затвердженого наказом МОЗ України №1051 від 28.12.2009 р., обсяг лікувально-профілактичних заходів диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю, а саме використовуються наступні групи препаратів: холеліолітичні, міотропні спазмолітики, М-холінолітики, ненаркотичні анальгетики, антибіотики, дезінтоксикаційні та гепатопротекторні. Український ринок ЛЗ для лікування хворих на жовчокам'яну хворобу сформований переважно препаратами вітчизняного виробника. Серед країн-імпортерів варто відзначити Угорщину та Індію, які постачають на внутрішній фармацевтичний ринок майже 10% від всього обсягу ЛЗ. Таким чином, в умовах обмеженого фінансування велика кількість ЛЗ для лікування хворих на ЖКХ потребує оптимізації та обґрунтування формулярних переліків ЛЗ для лікувально-профілактичних закладів.

## ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВАННЯ МАКРОЛІДІВ

Матяшова Н.О., Литовченко А.Г.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

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

Основними антибіотиками (АБ), які призначаються для усунення інфекційного загострення ХОЗЛ, є  $\beta$ -лактами (захищені амінопеніциліни та цефалоспорини II та III покоління); макроліди (переважно з антигемофільною активністю); респіраторні фторхінолони.

Однією з груп АБ, які мають добру ефективність і переносимість при лікуванні інфекцій нижніх дихальних шляхів, є АБ групи макролідів. Макроліди на даний момент займають одне з провідних місць при лікуванні інфекційних захворювань завдяки ряду переваг: високій антибактеріальній активності макролідів по відношенню до внутрішньоклітинних збудників, таких як хламідії, мікоплазми та легіонелли; ефективності при інфекційних респіраторних захворюваннях; виявляють мукорегуляторну дію, помірний стероїдоподібний ефект та протизапальний і імунорегуляторний вплив.

У зв'язку з тим, що нераціональне застосування АБ призводить до розвитку антибіотикорезистентності, а отже до повної неефективності останніх, необхідно суворо контролювати їх призначення.

Тому метою нашого дослідження є аналіз амбулаторного споживання в Україні макролідних АБ за допомогою АТС/DDD-методології та розрахунку показника DDDs /1000 жителів/день.

На фармацевтичному ринку України на даний момент є 7 МНН макролідів, на основі яких представлено 185 препаратів за ТН з урахуванням різних лікарських форм та виробників.

Частка препаратів вітчизняного виробництва становить 25% (48 препаратів). За 2014 рік було спожито макролідів 1,49 DDDs /1000/день, що

практично не відрізняється від минулих років (1,360 у 2012 та 1,525 DDDs /1000/день у 2015 році).

В останні десятиліття частота використання макролідів у всьому світі істотно зростає. Збільшення обсягів застосування АБП цього класу в 14 країнах Європи з 1997 по 2003 рік в середньому склало 30-60% (S. Coenen et al., 2006). Найбільше всього споживався азитроміцин, його показники склали 0,99 DDDs /1000/день.

Азитроміцин – перший представник групи напівсинтетичних 15-членних макролідних антибіотиків - застосовується в клінічній практиці з 1991 р і є одним з найбільш часто призначуваних препаратів в багатьох країнах світу, включаючи Україну, про що свідчить проведене дослідження.

В даний час азитроміцин схвалений FDA для використання у дорослих і дітей старше 6 місяців для лікування інфекцій, викликаних чутливими до нього збудниками. На другому місці за обсягами споживання у 2014 році знаходяться препарати на основі кларитроміцину - 0,32 DDDs /1000/день за 2014 рік. Кларитроміцин виявляє *in vitro* і *in vivo* активність проти багатьох грампозитивних і грамнегативних бактерій, найбільш активно в порівнянні з іншими макролідами впливає на *Helicobacter pylori*, він активніший за інші антибактеріальні засоби і безпосередньо впливає на внутрішньоклітинні форми збудника, тому широко використовується в гастроентерології.

На відміну від інших макролідів, кларитроміцин високоактивний проти атипичних мікобактерій (*M. avium*, *M. leprae*) і перевищує азитроміцин за антимікробною активністю *in vitro* в 4 рази, що має значення при лікуванні опортуністичних інфекцій у хворих з імунодефіцитами.

Ці фармакологічні властивості кларитроміцину і забезпечують його високі показники споживання. Проведений аналіз амбулаторного споживання макролідів показав найбільш призначувані препарати на основі азитроміцину.

Надалі планується провести порівняльний аналіз споживання препаратів групи макролідів у грошовому вираженні та за обсягами споживання за рівнем захворюваності органів дихання.

## ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА ЯК ІНВАРІАТИВНА ОСНОВА СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Ткаченко Н.О.<sup>1</sup>, Громовик Б.П.<sup>2</sup>, Книш Є.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

[tkachenkonat@bk.ru](mailto:tkachenkonat@bk.ru), [hromovyk@gmail.com](mailto:hromovyk@gmail.com), [knysh@zsmu.zp.ua](mailto:knysh@zsmu.zp.ua)

Світова спільнота визначила соціальну відповідальність (СВ) найбільш впливовим важелем на шляху впровадження сталого розвитку та забезпечила її правове оформлення через міжнародні стандарти ISO-26000, ISO 14000, ISO 9001:2000, Глобальний договір ООН тощо.

Висока суспільна значущість становлення СВ потребує нового усвідомлення функцій інституту освіти, основний зміст діяльності якого має бути спрямований на забезпеченні соціальних і культурних змін, соціалізації особистості, формуванні у молодого покоління ціннісних орієнтацій, адекватних сучасним і майбутнім викликам суспільства. Ступінь досягнення вищевказаного обумовлений станом, тенденціями, проблемами і перспективами фармацевтичної освіти України в контексті реалізації принципів СВ.

Мета роботи - обґрунтування впровадження основних положень комунітарної соціальної відповідальності (КомСВ) в існуючу модель фармацевтичної галузі та визначення місця й ролі у ній закладів фармацевтичної освіти і науки (ЗФОН).

Сьогодні практична фармація вимагає активації етичної і соціальної функції професійної діяльності провізорів, ставить на перше місце проблеми формування соціально орієнтованої культури у майбутніх спеціалістів та практичних діячів. Фармацевтична галузь гостро потребує фахівців, які можуть самостійно приймати рішення та відповідати за свій вибір.

Аналіз практичної діяльності випускників ВНЗ фармацевтичного спрямування свідчить про те, що наявні суперечності між сучасними вимогами

до спеціаліста і рівнем сформованості його соціальної відповідальності. Факти свідчать, що частина керівників фармацевтичних організацій безвідповідально ставиться до своїх професійних обов'язків, не завжди використовує свій особистісний і професійний потенціал, опинившись у ситуації вибору між отриманням прибутку або здійсненні соціальних виплат працівникам, розширення соціального пакету працюючих та ін. Приймаючи ті чи інші управлінські рішення, які пов'язані із законодавством України, керівництво багатьох фармацевтичних організацій, не завжди здатне відповідати за їхні наслідки.

На нашу думку, причини вищенаведених явищ полягають в недооцінці значущості такої важливої професійної риси особистості, як СВ, і недостатній роботі ВНЗ з її формування в процесі фахової підготовки студентів.

У контексті КомСВ основними напрямками роботи ЗФОН є сприяння соціально-економічному розвитку регіонів та держави, передусім через підготовку висококваліфікованих кадрів та зміцнення наукового потенціалу; впровадження наукової, науково-технічної, виробничої, інноваційної діяльності; формування ринку праці фармацевтичного сектору та працевлаштування випускників; розвиток культури і норм поведінки, наявність і дотримання яких визначає психологічний клімат у ВНЗ та його ринкову капіталізацію; стабілізація соціальних відносин за рахунок забезпечення культурного, духовного і фізичного розвитку студентства та ін.

Таким чином, вказані напрямки ВНЗ, згідно ланцюгу формування КомСВ у системі соціального партнерства фармацевтичної галузі, об'єднують інтереси усіх соціальних інститутів фармацевтичної галузі (СІФГ).

Саме становлення СВ у процесі отримання професійної освіти є джерелом її формування на всіх подальших рівнях з реалізацією у практичній професійній діяльності. Необхідно розширити основні компетенції майбутніх спеціалістів фармації, виділивши в окрему професійну компетенцію «СВ».

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ  
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТА УПРАВЛІНСЬКИХ  
ДИСЦИПЛІН ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФАРМАЦІЯ»**

Огарь С.В.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

**economica@ukr.net**

Нова парадигма вищої фармацевтичної освіти в європейському освітньому просторі визначається компетентністю фахівця та конкурентоспроможністю знань випускників. Саме тому важливим є визначення ролі викладання організаційно-економічних та управлінських дисциплін у підготовці фармацевтичних кадрів.

Теоретичною та методологічною основою досліджень були наукові праці вітчизняних та зарубіжних авторів з проблем вивчення ролі викладання організаційно-економічних та управлінських дисциплін. Під час дослідження використано методи системного аналізу, моніторингу, логічного узагальнення та ін.

Організаційно-економічні та управлінські дисципліни сприяють формуванню особистості, здатної свої дії коригувати відповідно до існуючих ринкових вимог. В умовах реформування вищої освіти України до фахівців пред'являються певні вимоги, особливо до фахівців фармацевтичної галузі, оскільки майбутня професійна діяльність пов'язана зі здоров'ям і життям людини, з наданням якісної фармацевтичної допомоги населенню.

У навчальному плані з підготовки фахівців фармації зі спеціальності „Фармація” вивчаються спеціальні фахові дисципліни. На останніх курсах навчання закладаються основи майбутньої професійної майстерності провізора: організація діяльності, виконання професійних обов'язків, пошук нестандартних і творчих рішень, уміння діяти в нових і нестандартних ситуаціях в умовах фахової фармацевтичної діяльності.

Одним з основних завдань вищої професійної освіти є підготовка студентів до майбутньої професійної діяльності на підприємствах фармацевтичної галузі, яка передбачає володіння необхідними професійними знаннями та сформованість управлінських умінь і навичок, а також професійно значущих якостей особистості, а, отже, професійної компетентності в цілому.

Із метою формування організаційно-економічних та управлінських умінь і навичок відбувається постійне вдосконалення й оновлення змісту навчальних дисциплін, а також організація навчально-пізнавальної та практичної діяльності студентів, запровадження різних інновацій і методичних прийомів, вивчення вітчизняного й зарубіжного досвіду з питань організації, обліку, економіки та управління, ознайомлення з кращими прикладами організаційно-економічної й управлінської діяльності шляхом вирішення реальних практичних ситуаційних завдань.

Блок дисциплін за вибором вищого навчального фармацевтичного закладу передбачає фахову спрямованість підготовки майбутніх провізорів з урахуванням особливостей фармацевтичної галузі.

При вивченні дисциплін організаційно-економічної та управлінської спрямованості студент має оволодіти специфічними знаннями й уміннями. Навчальні плани і програми професійної підготовки постійно оновлюються та відповідають новому баченню вищої фармацевтичної освіти, згідно з яким випускник спеціальності фармації – людина широкої освіченості, цілеспрямованості й наполегливості, відповідальна особистість.

Міцність професійних знань та їхня дієвість становлять основне завдання процесу навчання. Роль вивчення організаційно-економічних та управлінських дисциплін для майбутніх фахівців фармацевтичної галузі полягає у формуванні сучасного економічного мислення, організації фармацевтичного забезпечення, управління всіма ресурсами на підприємствах фармацевтичної галузі.

Володіння цими компетенціями дозволить ефективно використовувати уміння і навички випускника на первинній посаді у професійній діяльності.

## **ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ У МАЙБУТНЬОГО ПРОВІЗОРА**

Довжук В.В., Холина Я.О.

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

Україна

[holinayana1994@gmail.com](mailto:holinayana1994@gmail.com)

В сучасних умовах розвитку фармації особливої уваги потребує вивчення емоційної компетентності провізора по відношенню до споживача. Вміння вирішити провізором конфлікт ще на початку; сконцентрувати увагу відвідувача аптеки на головних моментах бесіди або ж переключити його увагу на іншу сторону конфлікту – більш позитивну і є основою емоційної компетентності у формуванні професійних якостей провізора. Визначення можливостей формування психологічних та етичних принципів в процесі професійної діяльності провізорів з використанням емоційної компетентності. Використані методи пошуку, аналізу та узагальнення даних інформаційних джерел, системного та порівняльного аналізу емоційної компетентності у майбутніх фахівців фармацевтичної галузі.

Емоційна компетентність – це здатність визначати, розуміти, управляти і використовувати свої емоції в позитивній і конструктивній манері. Це вміння розпізнавати свої власні емоційні стани й емоції інших людей. Емоційна компетентність включає в себе 4 ключові області: самосвідомість, самоменеджмент, розуміння соціального середовища та управління відносинами. Інтелектуальні здібності в подальшому слугуватимуть обґрунтуванням того, який професійний шлях рекомендують вибрати людині. Разом з тим, інтелектуальні здібності зазвичай менш важливі, ніж емоційна компетентність, коли мова йде про визначення, наскільки професійно успішна людина. Емоційну компетентність не можна освоїти звичайним інтелектуальним способом; її можна зрозуміти і розвивати на рівні емоцій. Вона допомагає людині вибудовувати міцні взаємовідносини, прогресивно розвиватися у



професійній діяльності та досягати своїх цілей. Емоційна компетентність включає в себе п'ять ключових навичок: вміння оперативно справлятися зі стресом; вміння розпізнавати і керувати своїми емоціями; вміння взаємодіяти з іншими за допомогою невербальної комунікації; вміння ставитися до викликів (складних ситуацій) з гумором і як до гри; вміння вирішувати конфліктні ситуації впевнено і в конструктивній манері. Необхідно навчитися подавляти емоційний стрес, активізувати мозкову роботу на раціональне вирішення професійної ситуації.

Перший ключовий навик емоційної компетентності - це вміння швидко привести себе у врівноважений стан в ситуації стресу. Цей навик допомагає людині залишатися виваженим, сфокусованим і тримати ситуацію під своїм контролем.

Другий ключовий навик емоційної компетентності - це вміння розпізнавати свої емоції в кожен конкретний момент часу і розуміти, який вплив вони чинять на думки та дії, таким чином активізувати саморегуляцію. Необхідно вміти точно зчитувати і невербальні сигнали, які посилають інші люди, і відповідати на них.

Веселий тон комунікації розширює нашу емоційну компетентність і допомагає нам. Як тільки людина зможе опанувати емоції, пов'язані зі стресом, зможе управляти своїми емоціями, більш ефективно взаємодіяти з іншими за допомогою невербальної комунікації у складних професійних і життєвих ситуаціях. Вибираючи аргументи, бо аргументування вимагає часу і енергії, особливо якщо є необхідність у вирішенні конфлікту виникає ситуація коли провізор має розв'язати конфлікт в конструктивній манері. У професійній діяльності провізору необхідно бути сфокусованим на об'єктивній реальності, без попереднього емоційного підтексту для раціонального вирішення конфліктної ситуації.

Для подолання виникнення конфліктних ситуацій та конструктивного вирішення професійних завдань необхідно формувати і розвивати особистісну емоційну компетентність як здатність до професійної саморегуляції.

# ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНИХ КАС

Котвіцька А.А., Ходаківська В.П.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

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

Сьогодні в Україні гастроентерологічні захворювання посідають 3-тє місце у структурі хронічної захворюваності населення України, 5-тє — у структурі причин госпіталізації та смерті, 7-ме та 8-ме — у структурі первинного виходу на інвалідність та тимчасової непрацездатності відповідно. Окрім того, хвороби органів травлення (ХОТ) є серйозною проблемою в Україні, оскільки в більшості випадків становлять хронічну патологію.

Безперервний та рецидивуючий перебіг цих захворювань супроводжується значним зниженням якості життя хворих, що визначає ХОТ як важливу медико-соціальну проблему і зумовлює необхідність пошуку нових напрямків удосконалення профілактики й лікування цієї патології.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало проведення частотного аналізу фактичних лікарських призначень пацієнтам-членам лікарняної каси (ЛК) Житомирської області з діагнозом виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, які отримували фармацевтичну допомогу протягом 2008-2012 рр. Під час дослідження нами використано ретроспективний, статистичний і частотний методи аналізу.

За результатами аналізу 4069 листів лікарських призначень пацієнтів з виразковою хворобою (ВХ) встановлено, що незважаючи на неухильне зростання загальної кількості хворих на ХОТ як в країнах світу, так і в Україні, кількість пацієнтів-членів ЛК, які отримали фармацевтичну допомогу на досліджуваній території, скоротилася з 2008 року майже в 1,5 рази і складала в 2012 році всього 732 особи. Аналогічна негативна тенденція спостерігається й щодо кількості використаних лікарських засобів (ЛЗ), при цьому в середньому на одного хворого на ВХ припадало лише 3-5 препаратів (табл.).

**Показники споживання ЛЗ для лікування виразкової хвороби в умовах діяльності ЛК Житомирської області у 2008-2012 рр.**

Найменування показника	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість членів ЛК, які отримали допомогу, осіб	926	866	729	816	732
Загальна кількість спожитих ЛЗ, од.	4 388	3 462	2 720	2 696	2 560
Загальна вартість спожитих ЛЗ, грн.	85 183,00	104 829,54	98 711,45	119 782,24	104 718,70
Середня кількість спожитих ЛЗ одним хворим, од.	4,7	4,0	3,7	3,3	3,5
Середня вартість спожитих ЛЗ одним хворим, од.	91,99	121,05	135,41	146,79	143,06

Необхідно зазначити, що на фармацевтичне забезпечення досліджуваної категорії хворих витрачено в різні періоди від 85 до 120 тис. грн. Разом з тим, середня вартість спожитих ЛЗ одним хворим за досліджуваний період збільшилася в 1,6 разів та досягла 143,06 грн.

Максимальна сума, витрачена на фармацевтичне забезпечення одного хворого на ВХ, відзначається в 2011 році й становить 146,79 грн. За результатами аналізу листів лікарських призначень пацієнтів-членів ЛК встановлено, що досліджуваний асортимент використаних ЛЗ у 2008 р. представлений 157 міжнародними непатентованими назвами (МНН), у 2009 р. - 133 МНН, у 2010 р. - 120 МНН, у 2011 р. - 113 МНН та в 2012 р. становив 100 МНН. Проведені дослідження показали, що серед основних груп ЛЗ за АТС класифікацією найбільшу частку займали ЛЗ групи А (засоби, що впливають на травну систему та метаболізм), групи J (протимікробні засоби для системного застосування) та групи В (засоби, що впливають на систему крові та гемопоєз).

Зазначені групи є основними для лікування досліджуваної нозології і в загальному обсязі виписаних ЛЗ становлять від 85,09% до 89,91% лікарських призначень. Інші 9 фармакотерапевтичних груп - V, G, L, H, R, M, N, D та C характеризувалися частотою призначень у межах 0,04-4,38%.

Таким чином, результати частотного аналізу лікарських призначень надають підстави стверджувати, що хворим на ВХ переважно призначаються ЛЗ патогенетично обумовленої дії.

## ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА В АПТЕЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Зарічкова М. В.

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

[uef-ipksf@mail.ru](mailto:uef-ipksf@mail.ru)

Система охорони здоров'я в Україні на сьогодні є дуже консервативною і зміни в соціально-економічному житті країни торкаються її дуже повільно, а питання щодо необхідності реформування системи соціального захисту спеціалістів фармації (провізорів, фармацевтів) (СФ) зовсім відсутні.

Чинна система соціального захисту спеціалістів фармації (СЗСФ) демонструє свою неефективність, особливо в аптечних закладах приватної форми власності. Про це свідчить незадоволеність СФ своїм соціальним захистом (СЗ), скарги на професійні захворювання, незадоволення умовами праці та зневага до професії, підвищення ризику професійного вигорання. В той же час порівняльний аналіз показує, що у розвинених країнах ЄС СФ – це поважна і високооплачувана професія, яка має високий рівень СЗ.

Для успішної реформи у фармацевтичній галузі та створення дієвої системи СЗ є необхідним проведення в країні широкомасштабних реформуючих заходів у сфері охорони здоров'я і чіткої системи узгодження дій між роботодавцем, організаціями і органами виконавчої влади, що сприятиме створенню сучасної системи СЗСФ. СЗСФ, як одна з найголовніших потреб фармацевтичної галузі України, набуває актуального значення через те, що його забезпечення гарантує СФ належні соціально-трудові відносини та плідну взаємодію між сторонами соціального партнерства у ланцюзі: «СФ – роботодавець».

Державою формується сучасна модель соціальної безпеки України, де пріоритети змінюються в бік гармонійного забезпечення безпеки особистості, суспільства і працівника галузі. Важливе місце в цій моделі займає СЗСФ.

Складність та невирішеність багатьох його проблем, розширення спектру загроз та потреб у соціальних послугах обумовлюють необхідність вирішення ряду актуальних завдань, таких як пошук науково-обґрунтованих варіантів і моделей забезпечення СЗСФ, визначення в ньому місця та ролі соціальної безпеки, розробці форм, методів і засобів захисту від загроз і надзвичайних ситуацій соціального походження, а також підготовка кваліфікованих кадрів, які мають сучасну систему знань з зазначених проблем. На жаль, сьогодні не відбувається конструктивний діалог та відсутні механізми взаємодії між СФ і роботодавцем, що є чинником підвищення соціальної напруги у аптечному закладі.

Для забезпечення безпеки СФ від небезпечних та надзвичайних ситуацій соціального походження і вдосконалення СЗСФ в аптечних закладах, вважаємо за необхідне введення уповноваженої особи з соціальних питань (УОСП) в трудові колективи аптечних закладів.

Для цього ми дослідили взаємовідносини між основними учасниками цього процесу і пропонуємо внести в існуючу схему взаємовідносин у ланцюгу «трудовий колектив – роботодавець – громадські організації – виконавча влада» ще одну важливу ланку - УОСП, як головного елемента СЗСФ.

Таким чином, в ході вивчення існуючих механізмів СЗ в аптечних закладах нами виявлена необхідність його вдосконалення. Нами пропонується, в залежності від структури аптечного закладу та кількості робочого колективу, введення окремої посади УОСП чи покладання відповідних обов'язків на представника від трудового колективу, який обирається безпосередньо на трудовому зібранні.

Тоді взаємовідносини будуть мати такий вигляд: «трудовий колектив – роботодавець – УОСП – громадські організації – виконавча влада». Це значно покращить умови для соціального партнерства між трудовим колективом і роботодавцем та надасть можливості до формування нових шляхів вдосконалення СЗСФ, зробить його більш адресним і продуктивним.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF REGISTRATION OF ANTITUBERCULOSIS DRUGS

Nemchenko A.S., Korzh Yu.V., Podgaina M.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

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

Tuberculosis (TB) remains one of the world's deadliest communicable diseases. According to the World Health Organization' (WHO) Global Tuberculosis Report 2014, in 2013, an estimated 9.0 million people developed TB and 1.5 million died from the disease. TB is slowly declining each year and it is estimated that 37 million lives were saved between 2000 and 2013 through effective diagnosis and treatment. However, given that most deaths from TB are preventable, the death toll from the disease is still unacceptably high and efforts to combat it must be accelerated if 2015 global targets, set within the context of the Millennium Development Goals developed by WHO, are to be met. Tuberculosis profile including the number of patients in general and on ART (anti-resistance therapy) has increased since 2012 in Ukraine. WHO reports that an average annual expenditure per patient treated for TB consist of 2600-2700 US\$. Given the urgency and the social aspect of the disease study of pharmaceutical market of registered drugs for TB treatment in Ukraine in retrospective was conducted by the authors. Official data of the State register of medicines as of January 2011 and January 2014 we used for the analysis.

Thus the authors defined dynamic of structural change in the range of drugs for TB treatment represented in the domestic pharmaceutical market over the past five years. Analysis was conducted on the parameters "total number of registered drug", "the number of presented pharmacotherapeutical groups" and the proportion of each group in total, "the number of drugs under international non-patent names", "the share of domestically produced drugs" and "country- producer of drug". It is founded, according to the Ukrainian State Register of drugs as of January 2014 the number of registered drugs for TB treatment consists of 250 trade names (including dosages) for 24 INN (including combined) from 15 countries. A comparative analysis of registered

drugs for TB treatment by trade names allowed to establish that compared to 2011 the number of registered drugs in 2014 almost unchanged, with the exception of several drugs, such as isoniazid, sodium aminosalitsylat, teryzydon, klofazymyn, ofloxacin. It is founded that analyzed drugs were presented by six pharmacotherapeutical groups according to anatomical therapeutical chemical classification (ATC): anti-tuberculosis drugs, ATC code - J04A, anti-leprosis drugs, J04B, Antibacterial agents for system-based administration, OTHER beta-lactam antibiotics, J01D, and aminoglycosides, J01G, quinolone antibacterials, J01M, and combined antibacterials, J01R.

Analysis of the registered drugs for TB treatment allows to establish the share of domestic production drugs. It is defined, as of January 2014 value of trade name of drugs for TB treatment domestically is 34% and foreign production - 66%. Consequently, the share of imported ATBD in 2014 was significant. The vast majority of sample meet India production drugs (122 drug names) and second place was taken by Ukraine (85 drugs).

Summarizing, it can be concluded:

1. According to the State Register of drugs its as of January 2014 250 trade names of drugs for TB treatment (including dosages forms) for 24 INN (including combined) from manufacturers from 15 countries were registered in Ukraine.
2. As for analysis of the data of the State registration of drugs it was shown that the largest share had imported drugs, which in 2014 up 66.8%. Value of domestically drugs for TB treatment by trade names was 33.2% respectively.
3. Analysis of registered drugs for TB treatment revealed that during the study period the number of reported anti-TB drug almost unchanged with the exception of several drugs such as isoniazid, sodium aminosalitsylat, teryzydon, klofazymyn, ofloxacin.
4. Received data may be used for improving of pharmaceutical providing of privilege category of patients with TB that is an actual problem especially in the condition of social medical insurance implementation.

# **IDENTIFYING OF THE MEDICINE PROVIDING PROBLEMS AND THE BASIC TOOLS OF THEIR SOLVING**

Zhirova I.V., Kalaicheva S.G.

National Pharmaceutical University, Kharkov, Ukraine

**economica@ukr.net**

Problems in the medicine supply are present in any country, regardless of the level of economic development. No health care system can compensate the cost of all medicines circulating in the domestic pharmaceutical market. New factors that significantly affect the pharmaceutical medicine provision have been appeared during recent decades: increase the role of private enterprise in the pharmaceutical sector, reforms in the health sector, the effects of globalization. Despite the ever-increasing health care needs due to lack of funds, many countries reduce the cost of their financing. Therefore, issues related to limited access to quality medicines and their rational use, given new relevance. To optimize the use of scarce budgetary resources for medicine providing used different methods and approaches. Practice shows that more and more countries are addressing issues related to the provision of pharmaceutical care in the development and implementation of national drug policy (NDP) on the recommendations of the World Health Organization (WHO), based on rational choice, purpose and use of medicines at all levels of the health system.

The aim of our work was to study the problems of pharmaceutical provision, as well as the trends of current research in the field of development and implementation of national drug policy as a mechanism to solve them.

Health is a fundamental human right. Access to health care, which includes access to essential drugs, is a prerequisite for realizing that right. If available, affordable, of good quality and properly used, drugs can offer a simple, cost-effective answer to many health problems. However, WHO estimates, at least one third of the world's population still lacks access to essential medicines, or because they are absent or too expensive, or because there is no adequate and qualified professionals to prescribe them. In poorer parts of Asia and Africa, the figure could be higher than twice. As a result, millions of



children and adults die or suffer need, although the disease can be prevented or treated with cost-effective and affordable essential medicines. Today's problems of the pharmaceutical provision in Ukraine can be briefly described as follows. Firstly, the concept of the essential drugs, which involves the use of a small number of drugs, selected treatment protocols based on the principle of therapeutic effectiveness and efficiency is poor. Secondly, difficult access to medicines because of high prices. The problem of affordability of drugs began gradually solved by limiting trade and wholesale mark-ups in the pharmacy network, the widespread use of generic drugs, the development of the domestic pharmaceutical industry, but with the introduction of VAT on medicines in Ukraine, a sharp drop UAH rate fell below the economic availability of imaginary levels. Third, the drug used irrationally, often caused by the irresponsibility of doctors and pharmacists, as well as the patients themselves. As a result we have useless or ineffective used drugs. In addition, there is an important issue on import dependence of Ukraine and quality products. Analysis of the international experience has shown that these complex and interrelated problems can best be addressed within the overall structure as piecemeal approaches can leave important problems unsolved and often fail. Based on this experience, WHO recommends all countries the development and implementation of a comprehensive national policy on drugs.

The key components of a national drug policy are: selection of essential drugs; availability of drug prices; financing of drug supply; the system of pharmaceutical supply; regulation and quality assurance; rational use of drugs; organization of research and development of new drugs; human resources; monitoring and evaluation of the work performed.

As the main tools of NDP one can consider: regulation of drug pricing; regulation of drug procurement hospital sector, financed by the budgets of all levels; standardization and certification at all stages of drug; tax and customs policy; investment and innovation policy; policies of professional training; policy on education and promotion of adequate use of drugs policy in the field of advertising of medicines.

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ I. ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. <i>СТАТТІ ВІТЧИЗНЯНИХ НАУКОВЦІВ</i>	3
ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ КРИЗОВОГО СТАНУ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ Черних В.П., Немченко А.С., Назаркіна В.М., Панфілова Г.Л., Немченко О.А.	3
ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ НА ПОЧАТКУ ХХІ ст.: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В.	18
ХРОНОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕЗАВЕРШЕНИХ ЗАКОНОТВОРЧИХ ІНІЦІАТИВ З ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА Пономаренко М.С., Соловйов О.С., Григорук Ю.М.	28
НЕОБХІДНІСТЬ РОЗРОБКИ АДАПТИВНОЇ МОДЕЛІ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ ЩОДО ФОРМУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО АСОРТИМЕНТУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ Демченко В. О., Дондик Н. Я.	40
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ Довжук Н. Ш.	46
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ У ФОРМУВАННІ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В УКРАЇНІ Цурікова О.В., Панфілова Г.Л.	52
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ Яковлева О. С.	72
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ Сімонян Л.С., Грубник І.М., Немченко О.А.	82
РОЗДІЛ II. ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. <i>СТАТТІ ЗАРУБІЖНИХ НАУКОВЦІВ</i>	95
ОЦЕНКИ БАЗОВИХ ЛИЧНОСТНО-ДЕЛОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СОТРУДНИКІВ АПТЕЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ Пузанкова К. В., Яковлева И.М.	95
РАЗРАБОТКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК Спичак И.В., Белоусова О.В., Белоусов Е.А., Бондаренко В.О.	101

СОСТОЯНИЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Елшибекова К.М., Шопабаета А.Р., Хименко С.В.	106
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА Спичак И.В., Белоусова О.В., Белоусов Е.А., Ястребинская Д.И.	118
РОЗДІЛ ІІІ. ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ	124
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СИСТЕМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ І АТЕСТАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ Артюх Т.О.	124
АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ Рыбченко Ю.В.	126
АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ І МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ Вакулєнко Д.В., Чешєва М.В., Должнікова О.М.	128
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ Яковлєва Л.В., Портянко М.М.	130
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Тур А.М.	132
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ Яковлєва Л.В., Барилюк Н.А.	134
АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКІВ У ВАГІТНИХ І ПРОФІЛАКТИКА ПРЕЕКЛАМПСІЇ Максимович Н.М., Заліська О.М., Колач Т.С.	136
АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ В УКРАЇНІ Піняжко О. Б., Заліська О. М.	138
АНАЛІЗ ВИТРАТ НА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖІНОК ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГАХ Бубілєва Л.А., Чекашкіна О., Юрченко Г.М.	140
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ТА ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ СВІТОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ Немченко О.А., Беліченко А.В	141
АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ДЛЯ УКРАЇНСЬКИХ ПАЦІЄНТІВ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Бондаренко Л.В., Яковлєва Л.В.	143

АНАЛІЗ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ СОБІВАРТОСТІ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Немченко А.С., Назаркіна В.М.	144
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014 РІК Федяк І.О., Іванюлик І.І.	146
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ Федяк І.О., Христук В.Р.	148
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ В РОБОТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ Бондарєва І.В.	149
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ Абдрашитова Г.Т.	150
ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПОТРЕБ ФАХІВЦІВ З ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ Громовик Б.П., Прокіп С.Є.	152
ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ЗАВДАНЬ ЛОГІСТИКИ ДОКЛІНІЧНИХ І КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ Посилкіна О.В., Хромих А.Г.	153
ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАГЛЯДІ Свтушенко О.М., Рогуля О.Ю., Осама Абузаїд Мохамед Інур	155
ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕТИНГОВОГО ПІДХОДУ У ВИВЧЕННІ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Котвіцька А.А., Пузак Н.О., Пузак О.А.	157
ВНЕСОК У ФАРМАЦЕВТИЧНУ НАУКУ Г. Г. КОРРИТАРІ (1772-1810pp.) ТА Ф.І. ГІЗЕ (1781-1821 pp.). Якуба А.О.	159
ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА НА УЧЕБНОМ ПРИЗВОДСТВЕННОМ УЧАСТКЕ Кеукенова Ж.К., Асемова А.О., Шопабаева А.Р.	161
ДИНАМІКА СПОЖИВАННЯ АНТИГІСТАМІННИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ Передерій А. В., Яковлева Л. В.	163
ДОСЛІДЖЕННЯ АРСЕНАЛУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ІНОЗЕМНИХ РЕГУЛЮЮЧИХ ПЕРЕЛІКАХ Кирпач О.В., Трохимчук В.В.	164

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГІДРОКСИЛЬНИХ ПОХІДНИХ 7-((3-ТІО-4R-4H-1,2,4-ТРИАЗОЛ-5-ІЛ)МЕТИЛ) ТЕОФІЛІНУ Князевич П. С	165
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ В ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ Котвіцька А.А., Сурікова І.О.	166
ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ У ФАРМАЦІЇ Назаркіна В.М., Хоменко В.М., Сушарина І.В.	168
ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Тетерич Н.В., Сушарина І. В.	170
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАКЦИНАМИ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ ПЛАНОВИХ ЩЕПЛЕНЬ ДІТЕЙ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ Котвіцька А.А., Кононенко О.В.	172
ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИСТРИБ'ЮЦІЇ Посилкіна О.В., Новицька Ю.Є.	174
ЗАКОНОДАВЧІ НОВЕЛЛИ З ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА Пономаренко М.С., Соловійов О.С.	176
КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ПАЦІЄНТАМ ХВОРИМ НА ЗАПАЛЬНІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ЛІКАРНІ М.КИЇВА Немченко А.С., Змисля М.В., Подколзіна М.В.	178
КООРДИНУВАННЯ СИСТЕМИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «СПЕЦІАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ» ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНАМ ОЧНОЇ ТА ОЧНО-ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ Білоус М.В., Рижов О.А.	180
МЕТОДИКА ВСТАНОВЛЕННЯ ТРЕНДІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕЦЕПТУРНИХ ТА БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ. Немченко А.С., Терещенко Л.В.	182
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАТЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Литвинова Е.В., Посылкина О.В.	184
МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ВИТРАТ НА МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ХОЗЛ В УКРАЇНІ Толубасєв В.В., Заліська О.М.	186

НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЛІКІВ В УКРАЇНІ Блавацька О.Б.	188
НЕЛІКОВАНИЙ ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ – ОСНОВА РОЗВИТКУ ЗАСТІЙНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Семенів Д.В., Купновицька І.Г., Когут Г.М., Шаламай І.М.	190
ОПТИМІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО КРОК-3.ФАРМАЦІЯ Трохимчук В.В., Кирпач О.В., Краснянська Т.М., Борищук В.О.	191
ОПТИМІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ Бойко А.І., Парновський Б.Л.	192
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАНИХ КОШТІВ, ЩО СПРЯМОВУЮТЬСЯ НА ЗАКУПІВЛЮ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА УМОВ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ Панфілова Г.Л., Ольховська А.Б., Заріцька Г.М.	194
ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОЇ АПТЕКИ З НЕПОРУШНИМИ ТОВАРНИМИ ЗАПАСАМИ ЗА УМОВ ПРОВЕДЕННЯ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ Немченко А.С., Возіянова А.В., Винник О.В.	196
ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА ЗАТРАТ НА КОРРЕКЦИЮ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Проценко М.В., Почуприна А.А.	198
ОЦІНКА СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА ПРИКАРПАТТІ Федяк І.О.	200
ОЦІНКА ТЕРАПІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЗА ДАНИМИ VEN- АНАЛІЗУ Ткачова О.В., Мінова К.О.	201
ОЦІНКА ТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В УКРАЇНІ З ВИКОРИСТАННЯМ АТС/DDD МЕТОДОЛОГІЇ Кириченко О.М., Леонченко О.І. Кириченко О.А.	202
ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМНИЦТВА: ПОГЛЯД СТУДЕНСТВА Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.	203

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ТА КОСМЕТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ Климишина С. О., Сметаніна К. І.	205
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В УКРАИНЕ Пономаренко Н.С.,Кобец М.Н., Кобец Ю.Н., Филиппова О.В.	207
ПІДВИЩЕННЯ СТАТУСУ ТОРГОВЕЛЬНОЇ МАРКИ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК ЗАПОРУКА ГАРАНТІЙ ЯКОСТІ ТА ОБІЦЬНОК СПОЖИВАЧЕВІ Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В	209
ПИТАННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧНИХ ТОВАРІВ Немченко А.С., Міщенко В.І., Чернуха В. М., Тімофеев С.В.	211
ПОБУДОВА СИСТЕМИ ОЦІНКИ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ Посилкіна О.В., Братішко Ю.С.	213
ПРОБЛЕМИ УНІФІКАЦІЇ КОДУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ. Рев'яцький І.Ю., Заліська О.М., Парновський Б.Л.	215
ПРОТОКОЛИ ПРОВІЗОРА ЯК СКЛАДОВА СТАНДАРТИЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Федяк І.О., Максименко О.В.	217
ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ КЕРІВНИКА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ Чухно І.А.	218
РЕЗУЛЬТАТИ АВС-АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ОСОБАМ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ Котвіцька А.А., Пастухова О.А.	220
РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ МАРКЕТИНГОВИХ ПОКАЗНИКІВ ГРУПИ Н03С Федяк І.О., Пустовіт А.Ю.	221
РЕЗУЛЬТАТЫ СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА СОВРЕМЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Ботабаева Р. Е., Датхаев У.М., Хищенко С.В., Шопабаева А.Р.	222
РЕЗУЛЬТАТИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ АЦЕКЛОФЕНАКУ Тригубчак О.В., Павленко І.О.	224

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ АНТИНЕОПЛАСТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ХВОРИМ НА РАК ЛЕГЕНІВ Немченко А.С., Фурса Л.І., Корж Ю.В.	226
РОЗРОБКА СТАНДАРТУ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ «УЧАСТЬ У ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДАХ ТА ПОСЛУГАХ» Гала Л.О.	228
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ ПРО ТЯГАР СМЕРТНОСТІ В ЄВРОПІ Міщенко О.Я., Дегтярьова Ю.І., Сизенко М.О.	230
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КАЗАХСТАНА Ботабаева Р.Е., Датхаев У.М., Шертаева К.Д., Хименко С.В., Жанабаев Н.С.	231
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОТПУСК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ АПТЕК В УКРАИНЕ И РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Шуванова Е.В.	233
СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ВИКОНАВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ Толочко В.М., Музика Т.Ф., Міщенко І.В.	235
СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРАЇНАХ ЗАРУБІЖЖЯ Котвіцька А. А., Кубарева І.В., Харченко О.А.	237
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ПРОВІЗОРІВ Котвіцька А.А., Городецька В.І., Салтиш К.Л.	239
ТОВАРОЗНАВЧИЙ АНАЛІЗ СПОНЖУ-КОННЯКУ Дядюн Т.В., Литовченко А.А.	241
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ Котвіцька А.А., Лобова І.О.	243
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ЯКОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ Посилкіна О.В., Світлична К.С.	245



ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ Кирпач О.В.	247
ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВАННЯ МАКРОЛІДІВ Матяшова Н.О., Литовченко А.Г.	248
ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА ЯК ІНВАРІАТИВНА ОСНОВА СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ Ткаченко Н.О., Громовик Б.П. , Книш Є.Г.	250
ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТА УПРАВЛІНСЬКИХ ДИСЦИПЛІН ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФАРМАЦІЯ» Огарь С.В.	252
ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ У МАЙБУТНЬОГО ПРОВІЗОРА Довжук В.В., Холина Я.О.	254
ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНИХ КАС Котвіцька А.А., Ходаківська В.П.	256
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА В АПТЕЧНОМУ ЗАКЛАДІ Зарічкова М.В.	258
COMPARATIVE ANALYSIS OF REGISTRATION OF ANTITUBERCULOSIS DRUGS Nemchenko A.S., Korzh Yu.V., Podgaina M.V.	260
IDENTIFYING OF THE MEDICINE PROVIDING PROBLEMS AND THE BASIC TOOLS OF THEIR SOLVING Zhirova I.V., Kalaicheva S.G.	262



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

МАТЕРІАЛИ

**II Всеукраїнської науково-освітньої конференції  
(Харків, 12 березня 2015 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