

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



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

МАТЕРІАЛИ

*IV міжнародної науково-практичної
інтернет-конференції*

(Харків, 24-25 квітня 2018 року)

Харків
2018

УДК: 615.15:378.145/.147

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

Посвідчення про реєстрацію № 754 від 7 грудня 2017 р.

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матер. IV міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 24-25 квітня 2018 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: НФаУ, 2018. – 260 с.

Збірник містить матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», в яких розглянуто питання: розвитку соціальної фармації, як наукового напрямку та навчальної дисципліни; взаємозв'язку дисциплін соціальна медицина та соціальна фармація; сферам взаємодії: людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога; соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (державна реєстрація, реімбурсація, ціноутворення); нормативно-правового регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності; морально-етичних принципів фармацевтичної діяльності; соціальних аспектів управління підприємств фармацевтичної галузі, соціальних тенденції маркетингу у фармації та ін.

Матеріали подаються мовою оригіналу.

За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

УДК: 615.15:378.145/.147

© А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суріков,
А. В. Волкова, А. В. Черкашина, І. О. Сурікова, 2018

© Національний фармацевтичний університет, 2018

ЗМІСТ

СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ» ЯК НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА: ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ, ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Сурікова І. О.	12
SYSTEM OF COMPULSORY SOCIAL MEDICAL HEALTH INSURANCE: CURRENT STATUS, PROSPECTS AND RISKS Yun O. M., Zhakirbekov K. S., Tleubaeva M. I., Mukanova A. B.	19
НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ВИРІВНЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ Козирева О.В., Самойленко В.В.	26
ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ ЕТАПІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ САЛЕРНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Горбаньов В. В.	35
СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ЦЕНООБРАЗОВАНИЮ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ Бабаханова Ж. Е., Датхаев У. М., Жакипбеков К. С.	43
ПОСТМАРКЕТИНГОВАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ – ФАРМАКОНАДЗОР Нурлыбекова А. Н., Жакипбеков К. С., Байдуллаева Ш. А.	51
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ ДЕФІНІЦІЇ «ФАРМАГЕДДОН» З ПОГЛЯДУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ Громовик Б. П.	56
ЛІКАРНЯНА ФАРМАЦІЯ: СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Кричковська А. М., Заярнюк Н. Л., Ушкалова О. М., Новіков В. П.	61
ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ ЗБИТКОВОСТІ ВНАСЛІДОК ПОШИРЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ Яковлева О. С.	69
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ Батырханова А. Ю., Жакипбеков К. С., Каюпова Ф. Е.	78
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАБЛЕТОК НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАНА Әжіханова Р. Н., Дүйсен Д. Ө.	86

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАПСУЛ НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Әлімхан М. М.	91
ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ	
СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ПРЯМОЇ ДІЇ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ Грушковська Д. Т.	100
АНАЛИЗ МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШЕЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СТАБИЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕ Цурикова О. В.	101
СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА Ахметче А. А., Мухамбетова Г. А., Жакипбеков К. С.	106
РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ В УКРАЇНІ Кузьмініх С. С., Макаренко О. В.	109
ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ – ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА – СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИХОДУ НА РИНОК НОВОЇ МАЗІ ЗІ ШРОТУ ЛИСТЯ ВІЛЬХИ КЛЕЙКОЇ Баглай Т. О.	112
ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ Гаврилюк Я. Д.	114
СУЧАСНИЙ СТАН ПОВОДЖЕННЯ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ, ЩО НЕ ПІДЛЯГАЮТЬ ПОДАЛЬШОМУ ВИКОРИСТАННЮ, В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ Гала Л. О.	116
ДОСЛІДЖЕННЯ ШИРОТИ АСОРТИМЕНТУ ДРІБНИХ, СЕРЕДНІХ ТА ВЕЛИКИХ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ Мала Ж. В., Посилкіна О. В.	118

СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

ФОРМУЛЯРНА СИСТЕМА ЯК ЕЛЕМЕНТ УПРАВЛІННЯ РАЦІОНАЛЬНИМ ВИКОРИСТАННЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Вишницька І. В., Унгурян Л. М., Базаренко І. С., Каравелкова Ю. С.	122
АНАЛІЗ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» В ОКРЕМИХ АПТЕКАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ Корнієнко О. М., Лепкалюк І. С.	124
АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ РЕИМБУРСАЦИИ Лхирши Х., Волкова А. В.	127
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ЗАСАД ЗАСТОСУВАННЯ ПАРАФАРМАЦЕВТИКІВ ЗА УМОВ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ Немченко А. С., Назаркіна В. М., Міщенко В. І., Винник О. В., Тімофеев С. В.	129
ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕФЕРЕНТНОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВА В СТРАНАХ ЕС Панфилова А. Л., Корж Ю. В., Сокурєнко І. А., Зайцева Ю. Л.	131
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКІВ ЗА УЧАСТЮ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УКРАЇНІ Панфілова Г. Л., Богдан Н. С., Матушак М. Р.	134
ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЯКИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПИТАНЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ Толочко В. М., Музика Т. Ф.	137
АНАЛІЗ РЕЄСТРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВАРТІСТЬ ЯКИХ ПІДЛЯГАЄ ВІДШКОДУВАННЮ ЗА УРЯДОВОЮ ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» Феденько С. М.	139
ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА У ФАРМАЦІЇ	
ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО НАГЛЯДУ У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Васильєв С. В.	144

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ Лебединець В. О., Казакова І. С.	147
ПАСПОРТИЗАЦІЯ ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ ЯК ЕЛЕМЕНТ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ВНЗ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ Літвінова О. В., Посилкіна О. В.	150
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО Пилюга Л. В., Басри Б.	152
АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕПЕНИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ФАЛЬСИФИКАЦИЮ ЛЕКАРСТВ В СТРАНАХ ЕС Тулегенова А. Р., Дильбарханова Ж. Р., Астанин Д. И., Дурманова М. И.	155
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО И В УКРАИНЕ Черкашина А. В., Раззак У.	158
СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
ВИЗНАЧЕННЯ СУТНОСТІ ФІНАНСОВОГО СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЯК ЕКОНОМІЧНОЇ КАТЕГОРІЇ Бондарєва І. В., Золотарьова Н. В.	162
РЕИНЖИНИРИНГ ЛОГИСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ДИСТРИБЬЮТОРАМИ Ержанова Р. Б.	164
СКЛАДОВІ СТРАТЕГІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ Мороз С. Г.	166
УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИМ ПРОЦЕСОМ РОЗРОБКИ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНИМ ПРОЕКТОМ Слободянюк М. М., Самборський О. С.	168
STUDY OF THE DIRECTIONS OF THE CALCULATION THE COST OF THE INDIVIDUAL EMPLOYEE BENEFITS OPTIONS Zarichkova M. V., Dolgnikova O. M., Chesheva M. V.	171

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ
І ПОЛОЖЕННЯ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Малініна Н. Г., Шульга Ю. О. 176

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THE RELEVANCE OF THE
IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL INSTITUTION
CORPORATE CODE IN UKRAINE

Tolochko V. M., Artiukh T. O. 178

СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ
АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ

Герасимова О. А., Нуриддинов Ахадхон 182

ДОСЛІДЖЕННЯ КОЕФІЦІЕНТУ ЛІКВІДНОСТІ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ
ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Костюк І. А. 184

ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ФІТОТЕРАПІЄЮ

Косяченко К. Л., Саханда І. В., Негода Т. С. 185

ВИКОРИСТАННЯ ПРЯМИХ ПРОДАЖІВ ЛІКУВАЛЬНО-
КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Котлярова В. Г., Чечотка О. В. 187

ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ТЕНЕКТЕПЛАЗИ
ЯК ПОТЕНЦІЙНОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Левицька О. Р., Громовик Б. П. 189

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ
ЗАСОБІВ, РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ
ХВОРОБИ

Немченко А. С., Подколзіна М. В., Куриленко Ю. Є. 191

СВІТОВІ ЗАТРАТИ НА R&D У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЯХ

Страпчук С. І., Бородін В. Г. 193

СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕВОГО РИНКУ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ В УКРАЇНІ

Страпчук С. І., Рак В. С. 195

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ АССОРТИМЕНТА
ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Кубарева И. В., Гавриш Н. Б., Лхирши Маха 200

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ABC – АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ РЕФЛЮКС – ЕЗОФАГІТОМ У ДІТЕЙ

Карімова М. М., Макаренко О. В. 206

DRUG PRESCRIPTION TO PATIENTS WITH DEPRESSION:
RESULTS OF FREQUENCY ANALYSIS

Kobets M. N., Kobets Yu. N., Filiptsova O. V. 207

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ ЗА 2014-2017 ГОДЫ

Силаев А.А., Ткачева О.В., Белинский Д.И. 209

АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПОЛІФЕРМЕНТНОЇ
ДІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ ЗА 2014-2016 РОКИ

Яковлева Л.В., Бердник О.Г., Сташук Т.С. 211

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

Кричковська А. М., Заярнюк Н. Л., Паращин Ж. Д., Лобур І. П.,
Хоменко А. І., Новіков В. П. 210

STUDY OF KEY AREAS OF THE SOCIAL RESPONSIBILITY
OF MULTINATIONAL PHARMACEUTICAL COMPANIES

Zhadko S. V., Al-Rkara Mohammed Tawfiq 212

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ
В УКРАЇНІ

Огарь С. В., Пімінов О. Ф., Шульга Л. І., Лукієнко О. В. 216

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ СТАНІСЛАВОВА
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА)

Семенів Д. В., Христюк В. Р., Федяк І. О. 219

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЗАРОДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ
В ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Унгурян Л. М., Беляєва О. І., Петкова І. Б., Колисниченко М. В. 221

**ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

ЛОГІСТИЧНА МЕРЕЖА У СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Білоус М. В., Рижов О. А., Шматенко О. П. 226

ДОСВІД З ОСНАЩЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ АПТЕК ДЛЯ ОТРИМАННЯ
ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ ДЛЯ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Шматенко О. П., Хомуцька Н. І., Голуб А. Г. 229

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО ВАЖЛИВИХ СОЦІАЛЬНО-
ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ

Гаркуша М. І., Сагайдак-Нікітюк Р. В. 234

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ-СПОЖИВАЧІВ
ЛІКУВАЛЬНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Котлярова В. Г. 236

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ В
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ

Пузак Н. О., Гавриш Н. Б., Матвєєва Г. С. 239

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ –
СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ІНФОРМАТИКИ У СОЦІАЛЬНІЙ ФАРМАЦІЇ

Бойко А. І., Марків Н. В., Максимішин Б. Й. 244

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ
ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Заліська О. М., Максимович Н. М., Стасів Х.-О. Я. 246

ІДЕНТИФІКАЦІЯ РИЗИКІВ ПОРУШЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ДАНИХ
У ВИРОБНИЦТВІ РАДІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Качанюк В. В. 248

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Салхи Амин, Чмыхало Н. В. 250

СТАТТИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ» ЯК НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА:
ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ, ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ**

Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Сурікова І. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Зародження соціальної фармації як науки відбулося у ХХ столітті в країнах Європи та Сполучених Штатах Америки, що викликано обґрунтованою необхідністю впровадження соціальних та біоевіристичних наук до навчальних програм підготовки фармацевтичних працівників з подальшим включенням соціальної фармації та споріднених дисциплін у навчальні програми, плани, а також створенням структурних підрозділів та центрів з соціальної фармації. Зазначені процеси стали передумовою формування концепції соціальної фармації з подальшим впровадженням її у практичну діяльність та функціонування фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я [1].

На сьогодні, незважаючи на появу, формування та розвиток у вітчизняній практиці соціальної фармації, на жаль, не існує єдиного уніфікованого підходу до визначення концепції соціальної фармації, а у фармацевтичній спільноті відсутнє розуміння місця та перспектив цієї концепції в системі охорони здоров'я. Разом з тим, не викликає сумнівів, що формування та становлення концепції соціальної фармації в Україні відповідає світовим тенденціям й обумовлено як науковою так і освітньою складовими [2, 3].

Мета. З огляду на вищезазначене, метою нашого дослідження стало вивчення передумов формування навчальної дисципліни «Соціальна фармація», визначення її мети, завдання та змісту.

Матеріали і методи. За допомогою системно-аналітичного, ретроспективного методів аналізу нами було проаналізовано вітчизняні та міжнародні наукові публікації щодо становлення та розвитку соціальної

фармації, офіційній сайти структурних підрозділів, а також навчальні програми підготовки фармацевтичних фахівців у вищих навчальних закладах різних країн.

Результати дослідження. На сьогодні соціальна фармація інтегрує всі аспекти фармацевтичної науки і практики й містить комплекс заходів, спрямованих на підвищення медичної, економічної, а головне соціальної ефективності системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення [3, 4].

Як зазначалося у попередніх наших публікаціях, наукові дослідження в сфері соціальної фармації проводяться в переважній більшості країн світу: Північної та Південної Америки (США, Канада, Мексика, Бразилія), європейських країнах (Бельгія, Португалія, Данія, Фінляндія, Швеція, Велика Британія, Іспанія та ін.), деяких африканських країнах (Зімбабве, Єгипет), країнах Близького та Далекого Сходу (Йорданія, Саудівська Аравія, Катар, Непал, Ірак, Японія, Південна Корея, Малайзія), Австралії та Нової Зеландії (рис. 1) [5].

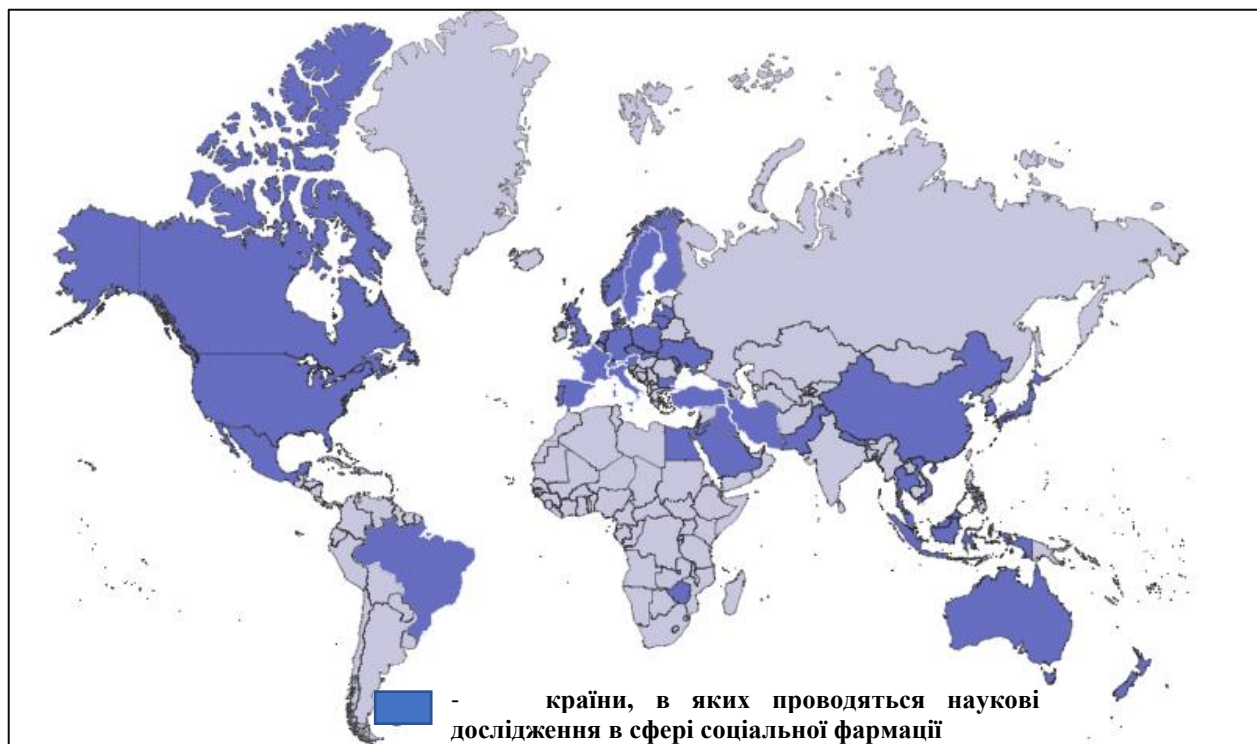


Рис. 1. Розповсюдженість наукових досліджень в сфері соціальної фармації у світовій практиці

Як навчальна дисципліна соціальна фармація бере свій початок у США

(1975 р.), що обумовлено результатами дослідження комісії з фармації щодо змісту фармацевтичної освіти зокрема в аспекті доцільності введення поведінкових і соціальних наук у навчальну програму підготовки фармацевтичних працівників. Пізніше (1986 р.) у Великобританії Наффілдський комітет з фармацевтичних досліджень також прийняв рішення про включення «поведінкових» наук у навчальний процес [6]. А вже у 1999 р. видано рекомендації Європейської асоціації фармацевтичних факультетів стосовно переходу програм навчання фармацевтичних закладів вищої освіти від лабораторно-орієнтованих у напрямку поглибленого вивчення соціальних, адміністративних і клінічних наук [7].

Вищезазначені тенденції з розвитку соціальної фармації стали причиною створення при вищих навчальних закладах підрозділів, кафедр, шкіл, наукових центрів з однойменною назвою, а також включення дисципліни «соціальна фармація» до програм підготовки фармацевтичних фахівців вищих навчальних закладів Північної, Східної та Центральної Європи. Так, за даними дослідження Kostriba J, у майже половині з 51 фармацевтичних навчальних закладів, існують кафедри соціальної фармації та окрема однойменна дисципліна [8].

За результатами вивчення міжнародного досвіду викладання соціально-орієнтованих дисциплін на фармацевтичних факультетах, можна відзначити, що «Соціальна фармація» включає в себе вивчення демографічних, етичних, гендерних, соціально-економічних, епідеміологічних характеристик, які мають прямий і непрямий вплив на соціальну структуру окремої держави та світу, що дозволяє аналізувати, прогнозувати, та моделювати сценарії розвитку системи охорони здоров'я, визначати вектори впливу держави на найбільш складні ланки цієї системи, показники потреби лікарських засобів та їх прогнозувати, визначати ефективність фармацевтичної допомоги та розподіл ресурсів галузі [7].

Необхідно зазначити, що однією із складових соціальної фармації є власні, притаманні їй, методи дослідження, які виокремлюються у світовій практиці в дисципліну «Методи дослідження у соціальній фармації», що свідчить про особливості методології проведення наукових досліджень

соціального спрямування та їх практичну значущість у сучасному суспільстві.

Виходячи з аналізу змісту дисципліни «Соціальна фармація», основною її метою є вивчення та використання у професійній діяльності основ взаємодії в ланцюзі: людина – ліки – суспільство – фармацевтична допомога, а також розробка і реалізація соціальних проєктів, що є ефективним методом пізнання суті фармацевтичної справи, та сприяє формуванню нових можливостей рішення професійних задач і розвитку соціально-значущих особистісних якостей у студентів як майбутніх спеціалістів фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я [9].

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

та доступності фармацевтичної допомоги в умовах медичного страхування та реімбурсації вартості ЛЗ [10].

У цілому, можна стверджувати, що основним завданням соціальної фармації як навчальної дисципліни, яка є зв'язуючою ланкою між клінічними та фундаментальними фармацевтичними знаннями, є набуття необхідних у професійній практичній діяльності навичок з урахуванням поведінки та психології пацієнта, впровадженням концепції відповідального самолікування, підвищенням доступності інформації про ЛЗ тощо. Таким чином, соціальна фармація забезпечує взаємозв'язок комплексних знань усіх аспектів підготовки фармацевтичних працівників та надає можливість підготувати їх до майбутньої професійної діяльності.

Висновки. Узагальнюючи вищенаведене, в умовах реформування вітчизняного фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я актуальним завданням та перспективними напрямками розвитку вітчизняної фармацевтичної освіти і науки є посилення соціальної складової під час підготовки майбутніх фармацевтичних фахівців, що сприятиме розвитку та впровадженню світових тенденцій соціальної фармації в українські реалії системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Котвіцька А. А. Вивчення основних етапів становлення та розвитку соціальної фармації у світі та в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, І. О. Сурікова // Фармацевтичний часопис. – 2017. – №3 (43). – С. 70–76
2. Унгурян Л. М. Профессиональная экспертиза фундаментальных вопросов социальной фармации / Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Медицинский альманах. – 2014. – № 2 (32). – С. 124–126
3. Котвіцька А. А. Визначення змісту та передумов формування концепції соціальної фармації в країнах світу та в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, І. О. Сурікова // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2017. – Том 3, №4. – С. 3-9
4. Sorensen E. W. The concept of social pharmacy / E. W. Sorensen, J. K. Mount,

S. T. Christensen // *The Chronic Ill.* – 2003. – Vol. 7(Summer). – P. 12–15

5. Котвіцька А. А. Вивчення досвіду формування соціальної фармації як наукового напрямку / А. А. Котвіцька, І. О. Сурікова // *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матер. III міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 25-28 квітня 2017 р.* / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2017. – С. 102 – 104

6. Hassali M. A. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education / M. A. Hassali, A. A. Shafie, M. S. Al-Haddad, A. R. Abduelkarem, M. I. Ibrahim, S. Palaian, O. S. Abrika // *Research in Social and Administrative Pharmacy* – 2011. – Vol 7 (4). – P. 415-420. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.10.003>

7. Котвіцька А. А. Дослідження міжнародного досвіду викладання дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах країн світу / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, І. О. Лобова, О. О. Суріков // *Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. Всеукр. Наук.-практ. інтернет-конф. за участю міжнародних спеціалістів, м. Харків, 3 квітня 2013 р.* / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ. – 2013. – С. 59-69

8. Kostriba J. Social Pharmacy as a Field of Study in Undergraduate Pharmacy Education / Jan Kostriba, Abdullah Alwarafi, Jiri Vlcek // *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research.* – 2014. – Vol. 48 (1). – P. 6 – 12

9. Кирщина И. А. Профессиональная роль фармацевтических специалистов как аспект социальной деятельности / И. А. Кирщина, А. В. Солонина // *Современные проблемы науки и образования.* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17453>

10. Котвіцька А. А. Сучасні аспекти становлення та розвитку соціальної фармації в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, А. В. Волкова, О. О. Суріков, А. В. Черкашина // *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: наук. симп. у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, 15-16 вересня 2016 р.* / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НфаУ. – 2016. – С. 17-23.

**«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ» ЯК НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА:
ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ, ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ**

Котвіцька А. А., Кубарева І. В., Сурікова І. О.

У статті вивчено передумови формування навчальної дисципліни «Соціальна фармація», визначено її мету, зміст та завдання, проаналізовано розповсюдженість наукових досліджень з соціальної фармації, а також місце дисципліни в загальній концепції соціальної фармації.

**"SOCIAL PHARMACY" AS AN EDUCATIONAL DISCIPLINE:
PRECONDITIONS OF FORMATION, TASKS AND CONTENTS**

Kotvitska A. A., Kubarieva I. V., Surikova I. O.

The article studies the preconditions for the formation of the discipline "Social Pharmacy", defines its purpose, content and objectives, analyzes the prevalence of scientific research in social pharmacy, as well as the place of discipline in the general concept of social pharmacy.

**«СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ» КАК УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА:
ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ЗАДАНИЯ И СОДЕРЖАНИЕ**

Котвицкая А. А., Кубарева И. В., Сурикова И. А.

В статье изучено предпосылки формирования учебной дисциплины «Социальная фармация», определены ее цели, содержание и задачи, проанализировано распространение научных исследований в сфере социальной фармации, а также место дисциплины в общей концепции социальной фармации.

SYSTEM OF COMPULSORY SOCIAL MEDICAL HEALTH INSURANCE: CURRENT STATUS, PROSPECTS AND RISKS

O.M. Yun, K.S. Zhakipbekov, M.I. Tleubaeva, A.B. Mukanova

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,

Almaty, Kazakhstan

yun.olga@gmail94.com

Summary: this article covers system of compulsory medical insurance, principles of its operation and development in Kazakhstan. Statistical data on social and demographic status as well as availability of work places and personnel in the Republic of Kazakhstan are presented. Review of literature and the evidence from the overseas experience showed failures of health care system and issues that arise in the systems of compulsory social health insurance.

Key words: Health care, CSHI, insurance problems, medicines, insurance premiums.

Relevance. Medical insurance is a kind of compulsory and/or voluntary social insurance that is a set of legal, economic and organizational measures created by the state which are aimed to provide insured person necessary medical treatment in the case of insured event. Such medical treatment is paid at the expense of compulsory and/or voluntary health insurance to the extent of medical insurance scheme [1].

Introduction of compulsory social health insurance is one of top-priority goals according to the “Plan of the Nation. 100 specific steps on implementation of five institutional reforms of the Head of the State, Nursultan Nazarbayev”. In his message, the Head of State decreed to strengthen financial stability of the healthcare system on the basis of principle of joint responsibility of the state, employers and citizens. Priority financing was for primary health care (PHC). Primary health care will be the central core of national health care for prevention and early finding of diseases [2].

Methods and materials of the study: methods of structural analyses, statistical analysis, post-events analysis. Information and analytical analysis, graphical analysis.

Material of the study were scientific publications, dissertations, scientific literature, data of the Committee on Statistics of the Republic of Kazakhstan.

Results. Compulsory social medical insurance is a set of legal, economic and organizational measures that are aimed to provide medical care to recipients of medical services where the funds are taken from social medical insurance fund [3].

The system of medical insurance allows compensation of damage in the form of high-quality and reliable medical services without significant material losses. On the one hand, the insurance system imposes additional monthly monetary costs but, on the other hand, it provides confidence in obtaining all necessary medical treatment to preserve patients' health irregardless of his/her financial situation [4].

There are 840 hospitals (670 of them are regulated by the state and 170 are private) and 2718 outpatient institutions (1,856 are regulated by the state and 862 are private) operating in Kazakhstan as of January 2017. Number of medical personnel has also increased. The number of doctors per 10,000 people was 30.4 which is 2.4% more than it was in 2015. Number of paramedical personnel increased by 1.4% (79.7 per 10,000 people) [5].

According to the Committee on Statistics, number of population naturally increased by 2.6% and is 15.59 people; birth rate increased by 1.36 and is 23.03 people; death rate decreased by 1% and was 7.44 people. System of compulsory social health insurance (hereinafter referred to as CSHI) was proposed in order to create balanced and sustainable system for provision of guarantees and obligations in a form of medical services where it is based on joint participation of the state, employers and citizens. The main prerequisites for implementation of CSHI were increased costs for health care which were caused by the growth of population, increased life expectancy up to 72 years, growth of noncommunicable diseases, as well as inflation and increased cost of drugs and equipment [6].

The state is currently working hard on introduction of compulsory health insurance.

Basic regulatory legal acts on implementation of CSHI have been developed and Social Health Insurance Fund has been established. List of persons for whom contributions are made by the state has been revised and expanded in order to ensure

maximum coverage for citizens. Republican and regional head offices conducted informational and awareness campaigns in the regions where they raised issues on structure, principles and stages of implementation of CSHI among medical workers, population and employers. We have reviewed literature and studied foreign experience for implementing CSHI in Kazakhstan.

CSHI system has a number of advantages against the existing low-cost model: joint responsibility (CSHI allows redistribution of funds and assistance to those persons that need it the most from those that don't, and thereby providing opportunities for those who have limited access due to low income, have poor health or residing in regions having low budget), social orientation, compulsory nature, equality of access (CSHI grants each insured the right for having single package of medical services, regardless of the size of their income and corresponding amounts of contributions paid by them), competition between medical institutions, improvement of quality of medical services, strategic procurement, additional funding for creation of health care system that meets the needs of population, and reduction of informal and private payments [7]. In the course of our literature review we have identified possible problems and risks that may arise in the process of its implementation.

Funds contributed to the insurance fund are a significant segment of health care financing which is formed based on income of the people. Employers are making contributions to the insurance fund for their employees in amount of 1% in 2017 and 1.5% in 2018. However, underdeclaration of income through off-the-record employment and payment to workers is very common in private business. As a result, there is a lack of funds to the health insurance funds.

It is also a common practice that funds directed to medical institutions from compulsory medical insurance are spent for purposes other than that intended and cause falsification of financial statements, and, consequently, unreliable indicators. Medical institution, in turn, cannot allocate the funds rationally since payment is made for the treated case and is often made with delay [8].

In the course of our study we have identified several factors that cause lack of drug supply. This is also the problem for world health care. Some of these factors are

poorly designed procurement planning system, dissatisfaction of people with drug supply, uneven territorial distribution of funds for purchase of medicines, inefficient management of commodity stocks, lack of information support and poor communication between participants of drug supply chain [9]. There is also a high percentage of refusals from social package of medicines due to duplication of prescriptions, limited prescription period, improper prescribing, and insufficient efficacy and quality of prescribed drugs in comparison with their alternative medicines [10]. The Ministry of Health identified the following priority factors for insufficient provision of medicines in our country: limited budget, insufficient assortment and actual lack of medicinal products.

Contributions made to the Fund by employers starting from 2017 are 1% and these will be 3% by 2022 according to the introduced system of compulsory medical insurance of the Republic of Kazakhstan. Rate of contributions made by inactive people is 1% of minimum wage. The state in turn will make contributions for vulnerable segments of people. However, some citizens will have to make contributions to the Fund several times since they can belong to several categories at the same time [11].

According to the statistics of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, planned financing for supply of medicines will be 955.7 billion KZT in 2018 and 1118.5 billion KZT of which 330.9 billion KZT and 336.9 billion KZT was planned to allocate for medical aid in the framework of compulsory social health insurance.

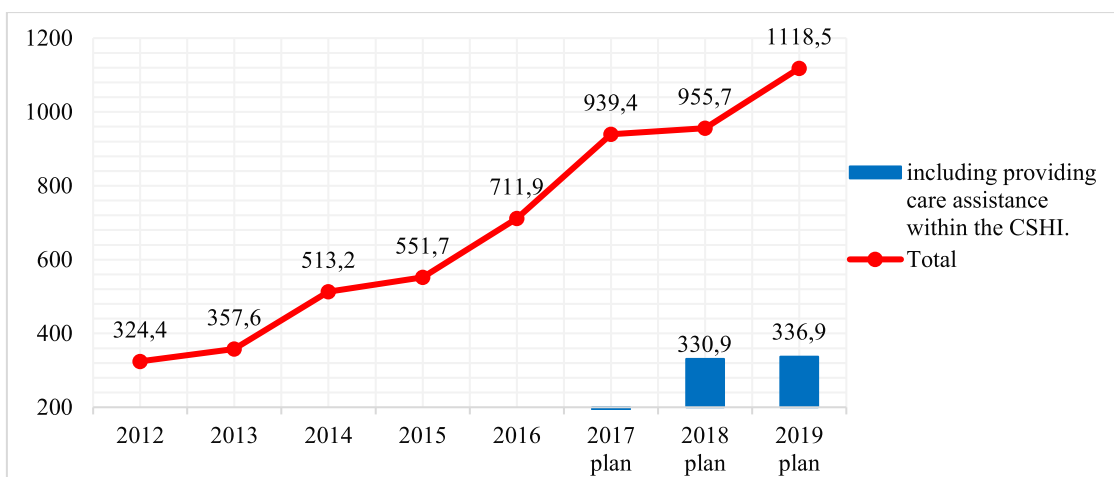


Fig. 1. Expenditures from the state budget for rendering free medical services (billion KZT).

It was decided to postpone period of rendering of services to people in the framework of medical insurance program for 2020 during meeting of Mazhilis of Parliament of the Republic of Kazakhstan held in December 2017. Number of amendments was introduced so that individual entrepreneurs, physical persons working under civil law contracts as well as benefit-entitled patients for whom the state bears responsibility are exempt from making contributions to health insurance fund until 2020 [12].

Conclusion. Transition to insurance medicine is a natural solution under conditions of market economy as well as development of medical services according to the world practice. Insurance grants guarantee, availability of medical services to all segments of the people and is additional source of financing for health care. Introduction of compulsory health care insurance will allow creation of high-level medical care, increased financing for health care, reduction of cost of medical services for people, independence of medical institutions, update and equipping of medical institutions, and increased wages for medical personnel. The system of medical insurance is a huge project that is formed for several decades and is subject to constant improvement. Experience of foreign countries, problems and risks arising in health care system allow developing more advanced system of compulsory medical insurance and avoid possible mistakes that may arise while introducing compulsory social medical insurance.

BIBLIOGRAPHY

1. Prerequisites and mechanisms for introducing compulsory social health insurance in the Republic of Kazakhstan [Electronic resource] – Access mode: http://pharmnews.kz/news/predposylki_i_mekhanizmy_vnedrenija_objazatel'nogo_social'nogo_medicinskogo_strakhovanija_v_respublike_kazakhstan/2016-05-11-9905
2. The plan of the nation – 100 concrete steps to implement the five institutional reforms of the Head of State Nursultan Nazarbayev [Electronic resource] – Access mode: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31977084#pos=105;105
3. On compulsory social health insurance [Electronic resource] – Access mode: <http://adilet.zan.kz/eng/docs/Z1500000405>

4. The essence, problems and prospects for the development of medical insurance in Ukraine [Electronic resource] – Access mode: <http://ea.donntu.edu.ua/bitstream/123456789/23342/3/Саксогон%20Я.И.%20Трощенкова%20Т.С.%20.pdf>

5. Analytical material of the expanded Board of the Ministry of Health of the RK [Electronic resource] – Access mode: <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf>

6. Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan held a "round table" to discuss topical issues of introducing OSMS [Electronic resource] – Access mode: http://www.amu.kz/osms/index.php?ELEMENT_ID=28048

7. On the introduction of compulsory medical insurance in the Republic of Kazakhstan [Electronic resource] – Access mode: <https://www.zakon.kz/4847090-o-vnedrenii-objazatel'nogo-medicinskogo.html>

8. Palkina IG Formation and use of financial resources of territorial funds of compulsory medical insurance // Saratov – 2016.

9. Panyushev V. Ya. Development of approaches to quality management of medicinal provision of the population of the subject of the Russian Federation in the conditions of compulsory medical insurance // Moscow. – 2012.

10. Barkaev G.S. Development of organizational and methodological approaches to improving drug provision in the Republic of Dagestan in the conditions of compulsory medical insurance // Pyatigorsk. – 2013.

11. Why is it necessary to postpone and finalize compulsory health insurance? [Electronic resource] – Access mode: <https://informburo.kz/stati/pochemu-obyazatelnoe-medicinskoe-strahovanie-predlagayut-otlozhit-i-dorabotat.html>

12. The Parliament of the Republic of Kazakhstan adopted the amendments on the postponement of the OSMS deadlines for 2020 [Electronic resource] – Access mode: <https://www.zakon.kz/4893881-parlament-rk-prinyal-popravki-po.html>

**СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ И РИСКИ**

О.М. Yun, K.S. Zhakipbekov, M.I. Tleubaeva, A.B. Mukanova

Резюме: в данной статье была рассмотрена система обязательного медицинского страхования, принципы работы и развитие в Казахстане. Были приложены статистические данные по социально-демографическому состоянию, а также обеспеченности мест и кадров в Республике Казахстан. В результате проведенного литературного обзора были выявлены недостатки системы здравоохранения и проблемы, возникающие в системах обязательного социального медицинского страхования, на основе зарубежного опыта.

Ключевые слова: Здравоохранение, ОСМС, проблемы страхования, лекарственное обеспечение, страховые взносы.

НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ВИРІВНЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Козирєва О.В.¹, Самойленко В.В.²

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця,
м. Харків, Україна
yakakos74@gmail.com

Вступ. Соціально-економічний розвиток України базується на докорінних позитивних змінах, які відбуваються у регіонах. Процеси та явища регіонального розвитку регулюються за допомогою науково обґрунтованих механізмів у межах державної регіональної політики.

Мета. Обґрунтування теоретичних положень з вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів у просторовій економіці України.

Методики дослідження. Індукція та дедукція – для обґрунтування напрямів державної підтримки вирівнювання просторового соціально-економічного розвитку регіонів; формалізація та структурна декомпозиція – для структуризації принципів та факторів економічного зростання регіонів; контент-аналіз – для уточнення сутності понять, що описують диференціацію соціально-економічного розвитку регіонів у просторовій економіці країни.

Основний матеріал дослідження. В Україні тривалий період часу зберігаються центр-периферійні відносини. В цих умовах актуальності набувають питання планування державної регіональної політики, спрямованої на зменшення міжрегіональної диференціації та пов'язаних із нею проблем, до переліку яких фахівці [1] відносять:

- низьку інвестиційну привабливість регіонів та інноваційну активність в них;
- нерозвинуту виробничу та соціальну інфраструктуру;
- слабкі міжрегіональні зв'язки;

– нераціональне використання людського потенціалу.

Вибір інструментів такої політики має відбуватися на основі таких принципів:

1. Урахування специфіки кожного регіону України, визначення його місця в моделі «центр-периферія».
2. Комплексне поєднання важелів державної підтримки та ринкового регулювання регіонального розвитку.
3. Постійне прагнення до налагодження внутрішньо- та міжрегіональних зв'язків.
4. Особлива увага до проблемних регіонів.
5. Орієнтація на створення точок економічного зростання у напівпериферійних регіонах.
6. Урахування внутрішніх та зовнішніх факторів, що впливають на економічний простір країни.

Перелічені принципи необхідно враховувати при формуванні інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів України (рис. 1).

Як видно з рис. 1, утворення точок економічного зростання у проблемних регіонах, що мають певний потенціал до розвитку, але, внаслідок дії центр-периферійних відносин, за основними соціально-економічними показниками відстають від центру, є кінцевою метою державної регіональної політики вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів України.

Інструментами досягнення цієї мети є розбудова регіональних кластерів, територіально-виробничих комплексів, технологічних платформ на базі поєднання потужностей регіонального бізнесу, науково-дослідних та дослідно-конструкторських організацій, вищих навчальних закладів.

Державна політика регіонального розвитку втілюється у відповідних стратегіях, програмах, проектах та планах, що мають розроблятися з урахуванням недостатньої ефективності традиційних інструментів вирівнювання регіонального розвитку, таких як, наприклад, трансфери.

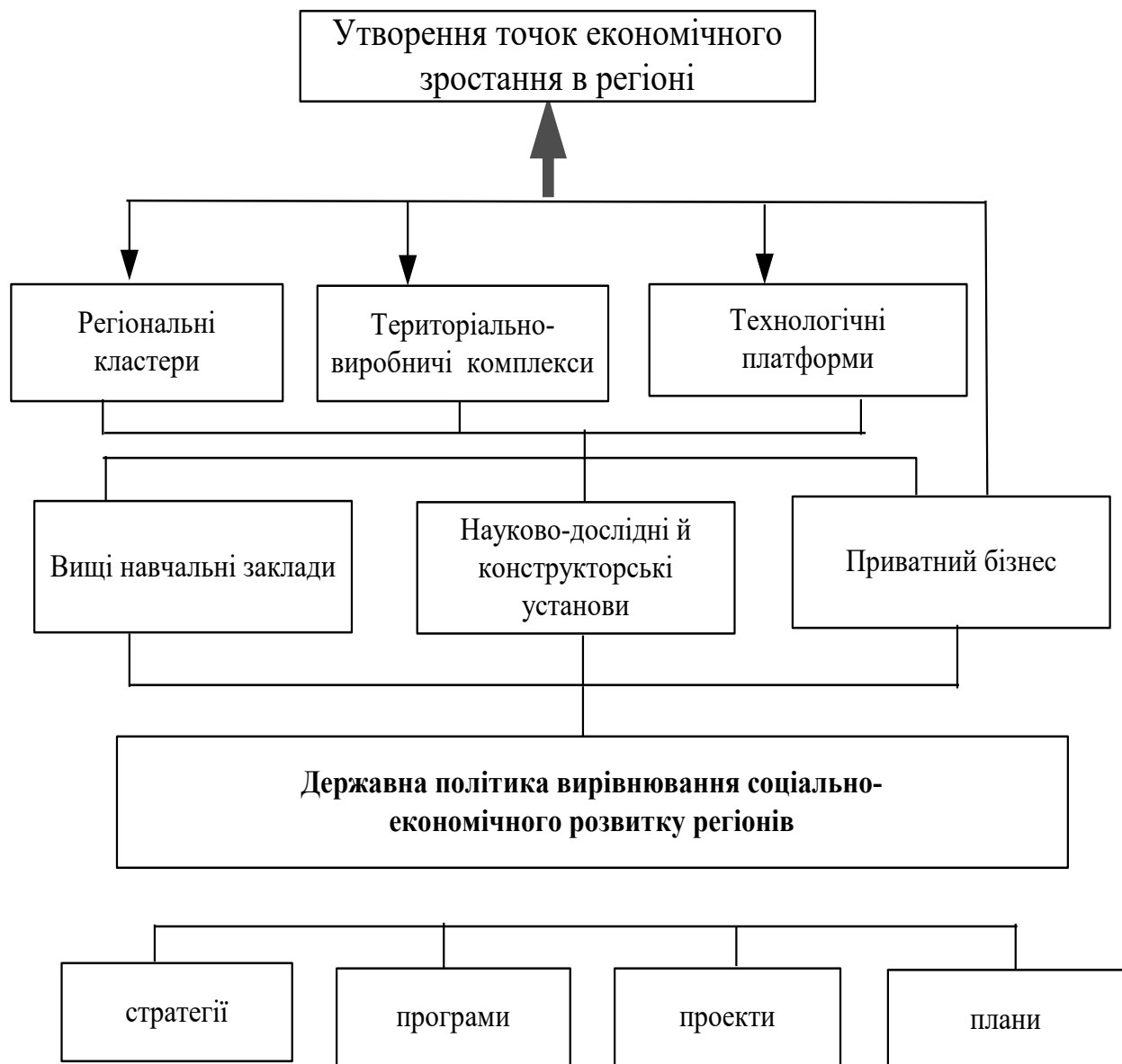


Рис. 1. Логічна схема формування інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів України

Доцільно проводити постійний моніторинг показників економічного та соціального розвитку регіонів, для відстеження та своєчасного корегування його диференціації.

Отже, застосування запропонованих інструментів здатне зменшити соціально-економічну нерівномірність регіонального розвитку в економічному просторі України, що набуває особливого значення під час посилення зовнішньополітичних викликів та загострення загрози цілісності країни.

При обґрунтуванні переліку інструментів державної підтримки

вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни доцільно дотримуватися певного алгоритму, етапи якого наведено на рис. 2.



Рис. 2. Етапи вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів України

Розглянемо наведені етапи більш докладно. Значення конкурентних переваг регіону важко переоцінити у довгостроковій перспективі для забезпечення стійкого зростання регіону. Їх роль полягає у забезпеченні успіху у конкурентній боротьбі між регіонами за ресурси, у першу чергу інвестиції, кваліфіковану робочу силу та ін. так підтверджується відомий в економічній теорії постулат про те, що успіху у конкурентній боротьбі досягають ті суб'єкти, що більший набір конкурентних переваг.

Проте формування та реалізація конкурентних переваг регіонів має певні особливості. У роботі [2] їх узагальнено таким чином:

- конкурентна боротьба регіонів відрізняється від конкурентної боротьби підприємств;
- підвищення конкурентоспроможності регіону здійснюється внаслідок розвитку конкурентоспроможності підприємств, які у ньому розташовані, а також виробленої на цих підприємствах продукції;
- процес аналізу та оцінки конкурентоспроможності регіону потребує не тільки визначення його місця по відношенню до інших регіонів у загальному економічному просторі країни, а й загального рівня розвитку регіонів.

Цей перелік доцільно доповнити постулатом про те, що конкурентні переваги регіону виступають базовим фактором для формування у ньому точок економічного зростання з метою реалізації державної регіональної політики, спрямованої на вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни в її економічному просторі.

Конкурентні переваги регіону можуть реалізовуватися як на національному, так і на регіональному й локальному рівнях, тобто на рівні окремих громад.

Другий етап логічної схеми вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни передбачає координацію дій управлінців з метою досягнення відповідності цілей та напрямів соціально-економічного розвитку регіону загальним цілям державної регіональної політики. Цей етап потребує поглибленої наукової розробки стратегій соціально-економічного розвитку регіону. Так, наприклад, у Стратегії сталого розвитку Харківської області до 2020 р. [3] запропонована така методика визначення цілей розвитку регіонів України:

1. Аналіз глобальних проблем світової спільноти й цілей тисячоліття, задекларованих ООН та іншими світовими організаціями.
2. Аналіз глобальних, національних та регіональних ризиків за групами:

- економічні (нестабільність продовольчих цін, коливання цін на міжнародних ресурсних та інших ринках, падіння вартості фінансових активів, коливання курсів валют, ризики від хибного регулювання та ін.);
- геополітичні (міжнародний тероризм, глобальні проблеми управління на основі впровадження стандартизованих моделей та ін.);
- екологічні (природні та техногенні катастрофи, забруднення довкілля, нестача деяких видів ресурсів);
- соціальні (міграція, зростання бідності, соціальна напруга);
- технологічні (швидкий розвиток інформаційних технологій, підвищення вимог до захисту інформації, поява нових матеріалів, що можуть бути шкідливими для людини й довкілля).

3. Визначення проблем, що існують у сфері економічного, соціального та екологічного розвитку регіону.

4. Формування переліку цілей, пріоритетних напрямів, ключових завдань та індикаторів з їх досягнення для регіону.

Рекомендації щодо узгодження цілей регіонального розвитку та державної регіональної політики, наведені у [4], доцільно використовувати на другому етапі вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни.

Третій етап передбачає оцінку можливості залучення інвестиційних ресурсів для стимулювання соціально-економічного розвитку регіонів.

Важливість внутрішніх та зовнішніх інвестицій для регіонального розвитку полягає у тому, що вони забезпечують досягнення наступних позитивних ефектів:

- підвищення якісних показників господарської діяльності в регіоні;
- впровадження нових виробництв, розширення регіональних ринків збуту продукції та послуг;
- формування позитивних структурних зрушень в економіці, стимулювання регіональних суб'єктів господарювання до інноваційного оновлення;

- підвищення стійкості регіональних економічних систем до впливу фінансово-економічних криз.

На четвертому етапі вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни пропонується здійснювати аналіз можливості створення точок економічного зростання для стимулювання соціально-економічного розвитку регіону. У роботі приділено достатньо уваги цьому процесу, але слід підкреслити, що створення точок економічного зростання в регіонів має базуватися на відборі одного або декількох перспективних видів економічної діяльності, що найкраще відображають специфіку виробничої та інноваційної орієнтації економіки регіону. Наприклад, для регіону, що традиційно має високий або середній рівень інноваційного потенціалу, точками економічного зростання можуть стати підприємства машинобудування, хімічного та фармацевтичного виробництва тощо.

У деяких регіонах доцільно створювати точки зростання на базі великих туристичних комплексів або регіональних туристичних кластерів.

Послідовне виконання останніх двох етапів дозволить реалізувати базовий пріоритет державної інноваційної політики – розвиток інноваційних виробництв у регіонах, що займають напівпериферійні та периферійні місця у моделі «центр-периферія» країни та розбудову відповідної інноваційної інфраструктури.

Висновок. Таким чином, вибір конкретних інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів країни має на меті створення точок економічного зростання у регіонах України, що не належать до центру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Щодо інструментів розкриття "точок зростання" у стратегіях соціально-економічного розвитку регіонів. Аналітична записка. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/354>.

2. Овчарук В. В. Впровадження і використання конкурентних переваг регіону / В. В. Овчарук, Т. Є. Удовиченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу

: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/natural/Vnulp/Management/2010_691/58.pdf

3. Основы устойчивого развития Харьковской области до 2020 года: монография / [кол. авторов]. – Х.: Издательский дом «ИНЖЭК», 2010. – 528 с.

4. Кизим М. О. Вплив асиметрії умов членства України в СОТ на її зовнішню торгівлю з країнами ЄС і Митного Союзу ЄВРАЗЕС / М. О. Кизим, І. Ю. Матюшенко, С. В. Беренда, О. В. Козирева, Ш. А. Омаров, І. В. Ярошенко [в кн. «Конкурентоспроможність та інновації: проблеми науки та практики»]: Монографія / Під ред. Кизима М. О., Іванова Ю. Б. – Х.: ВД «ІНЖЕК», 2013. – С. 85-109.

НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ВИРІВНЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Козирева О.В., Самойленко В.В.

Обґрунтовано теоретичні положення з вибору інструментів державної підтримки вирівнювання соціально-економічного розвитку регіонів України, які, на відміну від існуючих, базуються на принципах урахування специфіки кожного регіону України, визначення його місця в моделі «центр-периферія»; комплексного поєднання важелів державної підтримки та ринкового регулювання регіонального розвитку; постійного прагнення до налагодження внутрішньо- та міжрегіональних зв'язків; особливої уваги до проблемних регіонів; орієнтації на створення точок економічного зростання у напівпериферійних регіонах; урахування внутрішніх та зовнішніх факторів, що впливають на економічний простір країни.

DIRECTIONS OF PUBLIC SUPPORT TO DETERMINATION SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT OF REGIONS OF UKRAINE

Kozireva O.V., Samoilenko V.V.

The theoretical propositions of the choice of instruments for state support for the equalization of social and economic development of Ukraine's regions are justified, which, unlike existing ones, are based on the principles of taking into account the specifics of each region of Ukraine, determining its place in the "center-periphery" model; an integrated combination of levers of state support and market regulation of regional development; aspiration to establish intra- and inter-regional ties; special attention to problem regions; orientation on creation of points of economic growth in semi-peripheral regions; accounting for internal and external factors affecting the economic space of the country

НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ ВЫРАВНИВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕГИОНОВ УКРАИНЫ

Козырева О.В., Самойленко В.В.

Обоснованы теоретические положения выбора инструментов государственной поддержки выравнивания социально-экономического развития регионов Украины, которые, в отличие от существующих, базируются на принципах учета специфики каждого региона Украины, определение его места в модели «центр-периферия»; комплексного сочетания рычагов государственной поддержки и рыночного регулирования регионального развития; стремления к налаживанию внутри- и межрегиональных связей; особого внимания к проблемным регионам; ориентации на создание точек экономического роста в полупериферийных регионах; учета внутренних и внешних факторов, влияющих на экономическое пространство страны.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ ЕТАПІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ САЛЕРНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ

Котвіцька А. А., Кубарєва І. В., Горбаньов В. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Сучасну медичну та фармацевтичну освіту й науку неможливо уявити без внеску представників Салернської медичної школи. Дослідження наукової спадщини школи, досвід її функціонування становить значний науковий інтерес та має безпосередній вплив на сучасний стан медицини та фармації.

Метою роботи є дослідження історичних етапів становлення та розвитку Салернської медичної школи, висвітлення наукової спадщини, аналіз поглядів та особистого внеску вчених школи в розвиток медичної й фармацевтичної освіти та науки доби середньовіччя.

Методики дослідження. Для розв'язання поставлених завдань у дослідження було використано комплекс загальнонаукових методів, а саме теоретичний, історичний, проблемно-хронологічний, порівняння, узагальнення та систематизації даних.

Основний матеріал дослідження. Після занепаду у 476 р. Західної Римської імперії під ударами варварів рівень античної культури та науки, зокрема й медицини, значно занепав. Підготовка лікарів у школах фактично припинилася, медицина перетворилася на сімейне ремесло, яке передавалося від батька до сина. Разом з тим в Європі при церквах та монастирях почали влаштовувати притулки для хворих, в яких, духівництво лікувало хворих і готувало лікарів. Монахи обробляли лікарські городи та сади, де вирощували рослини які були необхідні для монастирських аптек. Зрозуміло, що викладання медицини у таких монастирських школах відбувалося у відповідності до суворих догматів церкви. Існували й поодинокі цивільні медичні школи, в яких зберігалася спадщина античної медицини.

Медична освіта в епоху середньовіччя починалась у духовній або цивільній школі, до яких приймали учнів у віці 10-12 років, навчання тривало 5-7 років. У школах викладалися «сім вільних мистецтв» – сукупність основних навчальних дисциплін, історія формування яких уходить своїм корінням до систем елліністичної, давньоримської та візантійської освіти. Вивчення «Вільних мистецтв» поділялось на два етапи:

- перший етап навчання – *трівіум* («Trivium») включав такі предмети, як граматики, риторика, діалектика;
- другий етап навчання – *квадрівіум* («Quadrivium») передбачав вивчення математики, геометрії, астрономії, музики.

Навчання було усним, на слух. У школах застосовувалися тілесні покарання. Вчителями були бакалаври або магістри. У XII ст. з'являються вчителі-професіонали. Поступово освіченість стає важливим елементом аристократичного виховання.

Найвідомішою з цивільних шкіл була Салернська медична школа, яка була заснована у 846 р. в Італії в місті Салерно (неподалік від Неаполя) та була першою медичною школою в Європі, визначним медичним центром, *Alma mater* європейської медицини, вона існувала до 1811 р. коли уступила свої праву університету з Неаполя.

Школа утримувалася за рахунок коштів міста і плати учнів за навчання та продовжувала найкращі традиції античної медицини. Викладання в школі провадилося за заповітами Гіппократа, і тому називалася «*Civitas Hippocratica*» («Товариство Гіппократа»). У Салерно було засновано шпиталь – першу цивільну лікарню в Західній Європі. В основу викладання в школі були покладені праці вчених та лікарів античності, перш за все, Гіппократа, Арістотеля та Галена.

У функціонуванні Салернської школи виділяють два етапи: 1) грецький, який тривав від зародження школи до XII ст., та 2) греко-арабський початком якого була середина XII ст. У 1280 р. Салернська школа отримала статус університету і тривалий час мала визначний вплив на розвиток медицини та фармації середньовічної Європи. У зв'язку з підготовкою першого хрестового

походу (1096-1099 рр.) школа була перетворена на центр навчання лікарів, значна частина з яких повинна була супроводжувати війська та організовувати шпиталі в Європі, що обумовило необхідність уніфікації викладання і вдосконалення методів медицини та фармації.

У 1240 р. за вказівкою імператора Священної Римської імперії Фридриха II (1212-1250 рр.) Салернській школі – єдиній на всю країну було надано виключне право надавати звання лікаря та видавати ліцензію на медичну практику. Без ліцензії цієї школи займатися медициною на території імперії заборонялося.

Великий вплив на розвиток школи мала діяльність Константина Африканського (1015-1087 рр.) – лікаря-монаха з Карфагену (Північна Африка), перекладача на латинську мову грецьких та арабських медичних творів. Він багато подорожував відвідав Єгипет, Ефіопію, Сірію, Месопотамію, Індію. На батьківщині його було звинувачено в магії, і тому знайшов притулок в Салерно, де працював викладачем. Константин один із перших хто зробив арабську медицину здобутком країн Західної Європи, перш за все салернської медичної школи. Таким чином в період свого розквіту у XII – XIII ст. Салернська школа об'єднала античну традицію та арабський спадок.

Необхідно відзначити, що в Салерно працювали видатні лікарі та магістри того часу: Іоганн Платеарій, Кофо, Феррарі, Мавр, Урсо, Музандін, з цієї школи вийшов хірург Роджер Салернський (XII ст.), в майбутньому викладач та магістр хірургії університету в Монпельє.

Усі вони залишили після себе відомі медичні твори, які пізніше були об'єднанні у трактат «Про лікування хвороб». Були в Салерно і жінки-лікарі: Абелла (XI ст.) автор трактатів «Про чорну жовч», «Про природу людського сімені»; Тротула (XI ст.) автор праці «Про жіночі хвороби», «Про складання ліків»; доктор медицини Константа Календа (XIV ст.) та інші. У XIII ст. багато численні праці лікарів Салерно були об'єднані у великий дидактичний твір «Цвіт лікарського мистецтва» («Flos medicinae Salerno»), який в наступні століття поповнювався новими творами салернських лікарів та на початку XIX ст. становив 3500 віршованих рядків.

У школі викладав видатний вчений – лікар, філософ, письменник Арнольд да Вілланова (1235 – 1311 рр.). Він здобув широку популярність, захоплювався алхімією, пропагував свій шлях до приготування багатьох ліків. Він об'єднав хімію та медицину. Захоплювався токсикологією і засобами продовження життя та боротьби зі старістю. Наголошував на лікувальних властивостях вина, роробляв питання дієтетики та гігієни. Вілланова написав поему під назвою «Салернський кодекс здоров'я» («Regimen sanitatis Salernitanum»). Праця була присвячена дієтиці, режиму дня (сон, праця, відпочинок) і харчування, попередженню хвороб, наведені короткі відомості про будову людського тіла, про якості та лікарські дії продуктів харчування, плодів і рослин, виділялося чотири темпераменти у людей (сангвінік, флегматик, холерик, меланхолік). Праця була вперше видана у 1480 р. та перекладена на багато європейських мов.

Термін навчання в школі становив дев'ять років, для хірургів – десять років. Перші три роки навчання були підготовчими. Після закінчення школи право на самостійну медичну практику надавалося лише за підсумком річної праці з досвідченим лікарем.

Слухачі, які закінчили Салернську школу, могли отримати чотири освітні ступені (рис. 1).

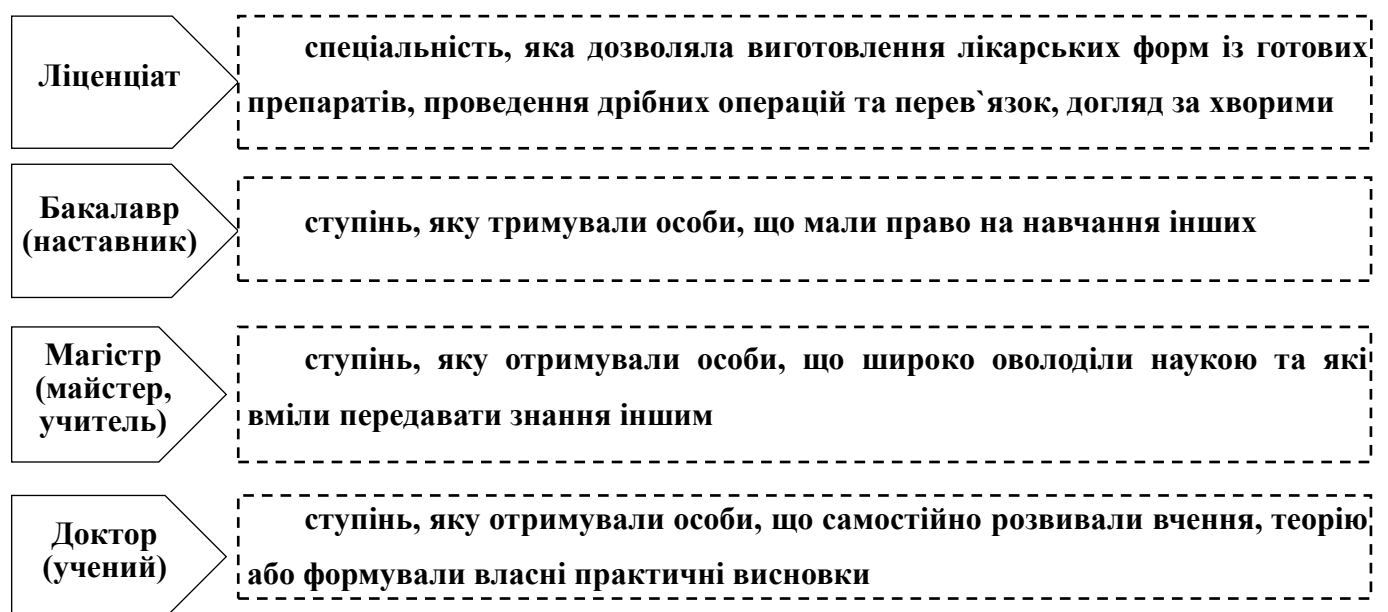


Рис. 1. Освітні ступені випускників Салернської школи

Навчання в школі мало практичний характер, до системи викладання входили анатомічні демонстрації на тваринах, з середини XIII ст. раз на п'ять років дозволялося проводити розтин людських трупів.

На початку XI ст. вченими школи була укладена перша фармакопея – збірник засобів проти отрут «Антидотарій» («Antidotarium Salernitanum»), в якому вперше подано ліки у вагових одиницях, установлених цією школою: гранах, унціях, скрупулах, драхмах, а не «на око», по «пригорщі», як практикувалось до цього. Середня разова доза порошків і кашок була визначена у 20 гран, що відповідало вазі 20 пшеничних зерен. У XII - XIII ст. «Антидотарій» Салернської школи постійно доповнювався та вдосконалювався, і тривалий час задовольняв щоденні потреби лікарняної та фармацевтичної практик.

Починаючи з XIV ст. Салернська школа поступово втрачає свій вплив та поступається місцем іншим навчальним закладам, зокрема вищим школам, які називалися *Universitas magistrorum et scholarium* – об'єднання вчителів та учнів, які жили разом в гуртожитках – колегіях. Перші університети в Європі було засновано в Болоньї (1158 р.), потім виникли університети в Оксфорді, Кембріджі, Парижі, Падуї, Неаполі, Монпельє та ін.

Висновки. Салернська медична школа охопила усі аспекти медичної та фармацевтичної науки свого часу. Схоластика та розповсюджені в ті часи забобони не зачепили її. Школа Салерно – це не тільки історія медицини та фармації, відомою мірою її здобутки актуальні й в наш час. Салернські приписи для збереження здоров'я не втратили свого значення, а у своїй більшості відповідають сучасним медичним та фармацевтичним вимогам. У період свого розквіту у XII – XIII ст. Салернська школа визнала важливість інтеграційних процесів, об'єднавши античну традицію та арабський спадок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья; Цвет медицины Салерно. – М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002. – 176 с.
2. Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья. – М. : Медицина,

1970. – 112 с.

3. Верхратський, С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський, П. Ю. Заблудовський. – К.: Вища шк., 1991. – 432 с.

4. Історія медицини та фармації: навч. посіб. для студентів вищ.фармац. навч. закл. та фармац. ф-тів ВНЗ МОЗ України / А. А. Котвіцька, В. В. Горбаньов, Н. Б. Гавриш та ін. – Х.: НФаУ : Золоті сторінки, 2016. – 168 с.

5. Семенченко, В. Ф. История фармации : учеб. пособие / В. Ф. Семенченко. – М. : Альфа-М, 2010. – 592 с.

6. Сорокина, Т. С. История медицины : учебник / Т. С. Сорокина. – 12-е изд., стер. – М. : Академия, 2016. – 560 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ ЕТАПІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ САЛЕРНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ

А.А. Котвіцька, І.В. Кубарєва, В.В. Горбаньов

Мета: дослідження історичних етапів становлення та розвитку Салернської медичної школи, висвітлення наукової спадщини, аналіз поглядів та особистого внеску вчених школи в розвиток медичної й фармацевтичної освіти та науки доби середньовіччя.

Матеріали та методи: наукового аналізу, теоретичний, історичний, проблемно-хронологічний, порівняння, узагальнення та систематизації даних.

Результати дослідження. Досліджено історичні етапи становлення та розвитку Салернської медичної школи. В основу викладання в школі були покладені праці вчених та лікарів античності, перш за все, Гіппократа, Арістотеля та Галена. У функціонуванні Салернської школи виділяють два етапи: 1) грецький, який тривав від зародження школи до XII ст., та 2) греко-арабський початком якого була середина XII ст. В період свого розквіту у XII – XIII ст. Салернська школа мала визначний вплив на розвиток медицини та фармації середньовічної Європи, об'єднала античну традицію та арабський спадок.

Висновки: Салернська медична школа охопила усі аспекти медичної та фармацевтичної науки та практики свого часу. Приписи для збереження здоров'я розроблені вченими школи не втратили свого значення, а у своїй більшості відповідають сучасним медичним та фармацевтичним вимогам.

Ключові слова: Салернська медична школа; фармація; університети

THE RESEARCH OF THE HISTORICAL STAGES OF SALERNO MEDICAL SCHOOL FORMATION AND DEVELOPMENT

A.A. Kotvitska, I.V. Kubareva, V.V. Horbanov

Aim. The study of historical stages of Salerno medical school formation and development, the coverage of the scientific heritage, the analysis of school scientists' views and their personal contributions into the development of medical and pharmaceutical education and science in the Middle Ages.

Materials and methods of scientific analysis, theoretical, historical, problem-chronological, comparison, generalization and systematization of data.

Results. The historical stages of Salerno medical school formation and development are investigated. The basis of the teaching at the school was antique scientists and physicians' works, first of all, Hippocrates, Aristotle and Galen's. There are stages in the functioning of Salerno school: 1) Greek, which lasted from the origin of the school till XII century, and 2) Greco-Arab, the beginning of which took place in the middle of the XII century. During its golden age in the twelfth - thirteenth century Salerno school had a certain influence on the development of medicine and pharmacy in medieval Europe. It united ancient tradition and Arabic heritage.

Conclusions. Salerno medical school covered all aspects of medical and pharmaceutical science and practice of that time. Health preservation regulations developed by the school scientists have not lost their importance, and in most cases they meet modern medical and pharmaceutical requirements.

Key words: Salerno medical school; pharmacy; universities.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИСТОРИЧЕСКИХ ЭТАПОВ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ САЛЕРНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

А.А. Котвицкая, И.В. Кубарева, В.В. Горбанев

Цель: исследование исторических этапов становления и развития Салернской медицинской школы, освещение научного наследия, анализ взглядов и личного вклада ученых школы в развитие медицинского и фармацевтического образования и науки в эпоху средневековья.

Материалы и методы: научного анализа, теоретический, исторический, проблемно-хронологический, сравнение, обобщение и систематизации данных.

Результаты исследования. Исследовано исторические этапы становления и развития Салернской медицинской школы. В основу преподавания в школе были положены труды ученых и врачей античности, прежде всего, Гиппократ, Аристотеля и Галена. В функционировании Салернской школы выделяют два этапа: 1) греческий, который длился от зарождения школы до XII в., и 2) греко-арабский началом которого была середина XII в. В период своего расцвета в XII - XIII вв. Салернская школа имела определяющее влияние на развитие медицины и фармации средневековой Европы, объединила античную традицию и арабское наследие.

Выводы: Салернская медицинская школа охватила все аспекты медицинской и фармацевтической науки и практики своего времени. Предписания для сохранения здоровья разработанные учеными школы не потеряли своего значения, а в своем большинстве соответствуют современным медицинским и фармацевтическим требованиям.

Ключевые слова: Салернская медицинская школа; фармация; университеты.

СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ЦЕНООБРАЗОВАНИЮ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Бабаханова Ж.Е., Датхаев У.М., Жакипбеков К.С.

Казахский Национальный Медицинский Университет

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

babakhan_94@mail.ru

Контроль со стороны государства и страховых организаций за установлением цен производителями осуществляется почти во всех странах Западной Европы. Установление цен производителями лекарственных средства основывается на затратном методе. В цену продукции включается стоимость ингредиентов, расходы на производство, на рекламу и научную информацию, на упаковку, кредитование и прибыль, необходимую для дальнейшего развития предприятия. [2]

Практически во всех западноевропейских странах цены на лекарственные средства регулируются в той или иной форме. Особенно важно подчеркнуть, что регулированию подлежат как цены на лекарственные средства, оплачиваемые из финансовых средств государства и реализуемые по рецепту врача, так и цены на лекарственные средства безрецептурного отпуска, т.е. продаваемые свободно без обязательного предъявления выписанного врачом рецепта. [1]

Практика показывает, что контроль за ценами на отдельные препараты и общим уровнем стоимости лекарств эффективен, если соблюдаются следующие условия[1]:

- регулирование цен на медикаменты должно сочетаться с фармацевтическим менеджментом, обеспечивающим рациональное потребление средств. Опыт ряда западноевропейских стран свидетельствует, что экономия от регулирования цен на лекарства может перекрываться дополнительными затратами, связанными с нерациональной практикой назначения препаратов, их потреблением в

силу отсутствия финансовых ограничителей и т.п.;

- введению ценового регулирования должен предшествовать экономический анализ и прогноз реакции на них со стороны производителей, поставщиков и потребителей фармацевтической продукции;
- регулирование цен особенно эффективно, когда его осуществляет государственный орган, который одновременно является их покупателем.

В настоящее время считаются возможными четыре варианта политики регулирования ценообразования на лекарственные средства, которые не являются взаимоисключающими:

- обеспечение более высокого уровня информированности всех субъектов рынка для формирования конкурентной среды;
- введение системы регулирования цен на ЛС – установление цен на отдельные препараты, включенные в Перечень жизненно необходимых и важных лекарственных средств (ЖНВЛС), или установление опорных цен на группы ЛС со сходным терапевтическим эффектом;
- создание единой структуры по закупке лекарственных средств и организация централизованной тендерной системы;
- регулирование торговых наценок, ориентирующее дистрибьюторов на реализацию менее дорогих лекарственных средств продукции;

Факторы, влияющие на цену лекарственных средств [1]:

Факторы спроса	Фактор предложения	Фактор среды
1. Эффективность и побочные действия лекарственных средств	Количество и качество конкурирующих лекарственных средств	Расходы на здравоохранение
2. Наличие аналогов	Количество и характер конкурирующих производителей	Наличие программ (в том числе государственных) по здравоохранению
3. Группа врачей, назначающих лекарственные средства	Система распределения	Роль государства в финансовой поддержке здравоохранения
4. Длительность лечения и количество лекарственных средств на курс лечения	Размеры, форма, фасовка, упаковка	Степень роста экономики

5. Стоимость курса лечения	Ожидаемый жизненный цикл товара	Экономическая стабильность/нестабильность
6. Число и характеристика покупателей (пол, возраст, доход и др.)	Возможность воспроизводства и повышения качества разными фирмами	Регулирование экспорта, импорта
7. Ценовая эластичность	Источники сырья	Традиции потребления лекарственных средств
8. Подоходная эластичность	Налоги	Размер и распределение ВВП
9. Длительность и модель жизненного цикла товара	Размещение производства по отношению к рынку	Лицензионное регулирование
10. Наличие государственных программ по оказанию медицинской лекарственной помощи	Государственное регулирование и сертификация лекарственных средств	Политическая среда
11. Отнесение лекарственных средств к обязательному ассортименту, в список бесплатных и льготных	Отнесение к жизненно необходимым и важнейшим лекарственным средств	

Существует зависимость между ценой на лекарственные средства и объемом предложения продукции на рынке. В странах с низким уровнем ограничения объема предложения на рынке цена на лекарственное средство имеет тенденцию быть выше (США, Япония), чем в странах, где существует более жесткое регулирование объема поставок (Индия, Китай, ряд стран Центральной и Восточной Европы) [3].

Кроме того, необходимо учитывать следующий фактор: существует группа стран с жесткой конкуренцией на рынке дженериков (Индия), инновационных препаратов и препаратов-аналогов (США, страны-члены Евросоюза), что определяет развитость ценовой политики для той или иной категории лекарственных препаратов. Цена на лекарственный препарат, имеющий патентную защиту априори выше ценовой категории лекарств-дженериков, на рынке которых, в случае завышения цены на один препарат, лояльность потребителей вернуть будет достаточно сложно. Однако в целях снижения риска

завышения цен на инновационные лекарственные препараты правительства различных стран могут отказать в их регистрации. К таким странам относятся Португалия, Австрия, Швейцария, Греция, Финляндия, Аргентина и Турция [2] .

Рассмотрим основные механизмы определения цены на лекарственные препараты в других регионах. По-нашему мнению, целесообразно обратиться к опыту таких развитых в отношении фармацевтической продукции стран, как Индия, Китай, Бразилия [2].

Индийское Правительство предложило внедрить новый подход к регулированию стоимости лекарственных средств, в частности ограничить стоимость препаратов, находящихся под патентной защитой, до уровня, определенного с помощью системы внешнего референтного ценообразования с поправкой на показатель ВВП из расчета на душу населения. При этом в качестве референтных стран выбраны Великобритания, Канада, Франция, Австралия и Новая Зеландия. Проводить расчет предельной розничной стоимости препарата предлагается следующим образом: например, в Индии стоимость лекарственного средства, находящегося под патентной защитой, составляет 252 500 тг (636\$), а этого же препарата в Австралии и Франции – примерно 2170\$. При этом ВВП из расчета на душу населения в этих странах более чем в 10 раз выше, чем в Индии. Таким образом, предельная стоимость этого лекарственного средства в Индии, согласно предложению правительства, должна быть во столько же раз ниже, чем в Австралии и Франции, и составлять примерно 51-65 000 тг(185–209\$), что почти в 3 раза меньше по сравнению с его нынешней стоимостью[5].

В Бразилии действует жесткая система регулирования цен на лекарства: при государственной регистрации препарата в Министерстве здравоохранения официально регистрируется его цена. Процесс оценки медицинских технологий становится все более жестким (по итогам 2015 г. из предложенных цен на препараты только 15% были одобрены, остальные предложено снизить). Причем внутренние комитеты по оценке медицинских технологий, используя в качестве образца федеральное законодательство по НТА, создаются также и в

частных системах страхования. Национальный перечень дорогостоящих препаратов Бразилии включает 106 лекарств для терапии 87 нозологий [3].

Строгий контроль цен в Китае осуществляется только на препараты, возмещаемые за счет государственных средств. Список таких лекарств включает от 1500 до 2000 наименований. В среднем 500–1000 из них – средства традиционной китайской медицины, а 1000 фармацевтические продукты двух категорий: А (дешевые дженерики) и В (инновационные лекарства). 15% препаратов категории В (75 наименований) оплачиваются региональными бюджетами. На лекарства, не входящие в данный список, действует свободное ценообразование. Парадоксально, но достижения в области экономики Китая не способствуют улучшению ситуации в здравоохранении, она даже ухудшается. Доля застрахованных пациентов год от года снижается (с 90% в 1981 году до 60% в 2016 году). В то же время правительство ставит цель довести этот показатель до 100% к 2018 году, что весьма маловероятно. При этом наблюдается гигантский рост расходов на здравоохранение (на протяжении 15 лет они увеличиваются ежегодно на 10–15%). Плата взимается не только за услуги, но и за обращение к врачу, доля расходов из кармана пациента достигает 60%. Характерным недостатком китайского здравоохранения является неравенство городского и сельского населения [4].

Согласно данным, приведенным в таблице 1, в большинстве стран государственное прямое и/или косвенное регулирование цен на ЛС является обычной практикой. В ряде стран действует преимущественно свободное ценообразование, при котором основное влияние на формирование цены на ЛС оказывает соотношение между спросом и предложением. Государственные органы этих стран лишь косвенно влияют на уровень цен (контроль за доходами фармацевтических производителей, установление эталонных (контрольных, референтных) цен, внедрение программ возмещения затрат на рецептурные препараты и др.). В таких странах, как Франция, Италия, Бельгия, Япония, Индия и Китай, уровень цен на ЛС строго регламентируется и контролируется государством.

Таблица 1

Основные подходы к разработке систем ценообразования на ЛС в разных странах

Страна	Порядок формирования цен	ЛС, цены на которые подлежат регулированию	Методы регулирования цен	Механизм установления цен	Возмещение стоимости ЛС	Уровень возмещения стоимости ЛС	Порядок установления эталонных цен	Ценообразование на инновационные ЛС
Франция	Государственное регулирование + свободное ценообразование	ЛС, стоимость, которых подлежит возмещению (рецептурные)	Регистрация цен	Ведение переговоров. Для ранее выпускавшихся ЛС — регулирование прибыли	Положительный список	Устанавливается в процессе переговоров	—	Ведение переговоров. Для новых, усовершенствованных ЛС учитывается средняя цена эквивалентных по эффективности препаратов, для принципиально новых ЛС — эффективность препарата + цены для международной торговли
Испания	Государственное регулирование	ЛС, стоимость которых подлежит возмещению	Регистрация цен	Учитываются цены для международной торговли	Отрицательный список + положительный список	Эталонные цены	Ниже цены патентованного препарата-аналога	Учитываются цены для международной торговли
Великобритания	Свободное ценообразование + косвенное регулирование	Принципиально новые ЛС, стоимость которых подлежит возмещению	Контроль и согласование дохода компании-производителя	Свободное ценообразование в пределах установленного дохода компании	Выборочный отрицательный список	Шкала (тарифы) возмещения	-	Свободное ценообразование в пределах установленного дохода компании
Бельгия	Государственное регулирование	Все ЛС	Регистрация цен	Учитываются структура затрат, цены на препараты-аналоги на внутреннем рынке и в ЕС. Ограничение торговой надбавки — оптовой и розничной	Положительный список	Регистрируемые цены		На общем основании

Заключение. В мире нет единого универсального подхода к формированию цен на фармацевтические товары, а проблема справедливого ценообразования по-прежнему является международной проблемой. В большинстве стран существует государственное регулирование цен на лекарственные средства, расширяется применение принципа защищающей медицины, растет сотрудничество фармацевтических предприятий с государственными и частными страховыми компаниями для выработки общих компенсационных решений.

Среди стран, на основе рыночных цен которых должно проводиться сравнение, целесообразно рассматривать Индию (как крупнейшего производителя дженериков), США, Великобританию, Францию, Германию (как основных производителей препаратов-аналогов и инновационных препаратов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Как работает система референтного ценообразования? [Электронный ресурс] // Аптека.online.ua 2012. 27 февраля. № 8 (829). Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/126957> (дата обращения 30.04.2012 г.).

2. Медицинские товары и услуги. Ценообразование на лекарственные средства, с учетом последних изменений // Правовая система «Референт». 22.07.2010 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.referent.ru/48/215984> (дата обращения: 09.01.2013)

3. Kanavos P, Costa-Font J, Seeley E: "Competition in Off-patent Drug Markets: Issues, Regulation and Evidence." *Economic Policy* 23.55 (2008): 499-544

4. Государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая аптечная практика». СТ РК 1615-2006. – [портал <http://adilet.zan.kz>].

5. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». – [портал <http://adilet.zan.kz>].

СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ЦЕНООБРАЗОВАНИЮ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Бабаханова Ж.Е., Датхаев У.М., Жакипбеков К.С.

В настоящее время практически в каждой развитой стране существует национальная система ценообразования на лекарственные препараты либо действует порядок ценообразования для целого региона с учетом локальных особенностей. С одной стороны, порядок определения цены на медикаменты – это задача государства, выполняющего функцию гаранта социальной поддержки населения, с другой стороны, также необходимо учитывать интересы производителей, прибыль которых положительно влияет на объемы производства новых лекарств. В Казахстане достижение баланса интересов между государством и бизнесом в фармацевтической отрасли осложнено различными целями, преследуемых сторонами.

Ключевые слова: цена, ценообразование, дженерики, предельные цены, референтные цены, регулирование цены, прибыль, кредитования.

FOREIGN APPROACHES TO THE PRICE FORMATION OF MEDICINES

Babakhanova Zh.E., Dathaev U.M., Zhakipbekov K.S.

Now almost in every developed country there is a national system of price formation for drugs, or the price formation for the whole region, taking into account local characteristics. on the one hand, the procedure for determining the price of medicines is the task of the state, which performs the function of a guarantor of social support of the population; on the other hand, it is also necessary to take into account the interests of producers whose profits positively influence the production volumes of new medicines. In Kazakhstan, the achievement of a balance of interests between the state and private entrepreneurs in the pharmaceutical industry is complicated by the various objectives pursued by the sides.

Key words: price, price formation, limiting prices, generics, reference prices, price control, income, crediting.

ПОСТМАРКЕТИНГОВАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ – ФАРМАКОНАДЗОР

Нурлыбекова А.Н., Жакипбеков К.С., Байдуллаева Ш.А.

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

Ainash_n94@mail.ru

Актуальность. В Республике Казахстан (РК) в соответствии с политикой в области здравоохранения функционирует система государственного контроля качества лекарственных средств (ЛС). Основными критериями безопасности лекарственных средств являются качество, безопасность и эффективность лекарственных средств. Для обеспечения качества лекарственных средств необходимым условием является контроль, а также мониторинг их безопасности на всех этапах жизненного цикла лекарственного препарата [1].

Во всем мире на сегодняшний день специалисты уделяют пристальное внимание на том, насколько важно контролировать безопасность применения лекарственных препаратов не только на стадии клинических исследований, но и пострегистрационном периоде.

Именно на этом этапе можно выявить нежелательные реакции лекарственных средств (НР ЛС), оценить их безопасность, установить факторы риска развития, наличие нежелательных взаимодействий ЛС, а также влияние ЛС на исходы лекарственной терапии [2].

Введение. Фармаконадзор – это научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением побочных эффектов или любых других проблем, связанных с лекарственным препаратом.

Основной целью фармаконадзора является обеспечение защиты здоровья населения и повышение безопасности пациентов, раннее обнаружение неизвестных до сих пор побочных реакций, непрерывная оценка соотношения

польза-риск на протяжении всего периода нахождения в обращении лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Целью нашего исследования является обзор основных этапов развития проблемы фармаконадзора в Республике Казахстан.

В качестве метода исследования был использован обзор отечественной литературы.

Материалы исследования. При рассмотрении развития системы здравоохранения Республики Казахстан, период с 2005 года до 2008 года считается как этап становления и развития системы мониторинга побочных действий лекарственных средств (ПДЛС) в нашей стране. За данный промежуток времени были проведены мероприятия по мониторингу безопасности ЛС и создана нормативно-правовая база по государственной системе фармаконадзора, также семинары-тренинги среди медицинских и фармацевтических работников с целью внедрения спонтанного метода сбора информации о ПД ЛС. В результате проведенных мероприятий в 2008 году Казахстан был принят полноправным **членом Международной программы ВОЗ по мониторингу ПД ЛС (WHO ProgrammeMembers)**. Это дало возможность получать из базы данных ВОЗ, в котором насчитывается более 8 млн. сообщений, информацию обо всех подобных действиях ЛС во всем мире.

Система фармаконадзора в Республике Казахстан возглавляется Министерством здравоохранения, в состав которого входит: Комитет фармации, Департамент экспертизы и Управление фармаконадзора, Национальный центр экспертизы лекарственных средств, ИМН и МТ, которые получают необходимые сведения от медицинских организаций, фармацевтических производителей и потребителей ЛС и ИМН. Работа данных органов системы фармаконадзора осуществляется в соответствии с нормативно-правовой базой в Республике Казахстан.

На данный момент нормативно-правовую базу в сфере фармаконадзора в Республике Казахстан, составляет:

- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.).

- Приказ МЗ РК № 392 от 27 мая 2015 г. «Надлежащие фармацевтические практики» Приложение 6 «Стандарт надлежащей практики фармаконадзора (GVP)».

- Приказ МЗ РК № 421 от 29 мая 2015 г. «Правила проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».

Для реализации данных нормативно правовых документов в сфере обращения ЛС, ИМН и МТ, в 2016 году в связи с новой организационной структурой РГП на ПХВ «НЦЭЛС, ИМН и МТ» был организован Центр по фармаконадзору и мониторингу побочных действий ЛС и МИ, в функции которого входило гармонизации и интеграции правила надлежащей практики фармаконадзора [3].

В связи с этим в 2017 году, после согласования со странами Евразийского экономического союза (ЕАЭС) была утверждена рекомендация Коллегии ЕЭК по правилам надлежащей практики фармаконадзора (GVP).

В данных рекомендациях фармаконадзор обозначен как основной компонент эффективных систем регулирования обращения ЛС в клинической практике в странах ЕАЭС. Клиническая проверка того или иного препарата позволяет обеспечить правомерность его свободного потребления населением. Для обеспечения населения качественными, эффективными и безопасными ЛС специалистам аптечных организаций необходимо владеть информацией касающийся использования данного средства конкретных групп населения, в частности у детей, беременных и пожилых людей, при регулярном потреблении, особенно в комбинации с другими ЛС [4].

В настоящее время разработаны различные методы оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов с момента фармацевтической разработки до широкого применения в медицинской практике (спонтанные

сообщения, клинические испытания, активный мониторинг стационаров, рецептурный мониторинг, случай-контроль, когортные исследования, мета-анализ и другие). Опыт показывает, что многие неблагоприятные побочные реакции (НПР) лекарственного средства (например, с пищей и другими медицинскими препаратами) могут проявляться через много лет.

Основным методом в работе практически всех служб мониторинга безопасности лекарственных средств во всех странах мира является – метод спонтанных сообщений (жёлтые карты), в том числе и в нашей стране.

«Желтая карта» – это специальная форма, которая заполняется врачом в случае возникновения какой-либо побочной реакции на препарат. В случае возникновения нежелательной реакции вся информация передается в Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники РК для изучения последним причинно-следственной связи возникновения побочной реакции. Это считается один из наиболее эффективных методов постмаркетингового выявления.

Изучение безопасности лекарственного средства – постоянно развивающийся процесс. Многие факторы, влияющие на профиль безопасности, обнаруживаются еще на стадии доклинических и клинических исследований. Для эффективной оценки профиля и пользы риска необходима сбалансированная информация и развитая система мониторинга за побочными действиями лекарственных средств, в которых должны быть вовлечены все медицинские и фармацевтические работники, что является одним из главных направлений государственной политики в сфере обращения лекарственных средств в РК[5].

Заключение. Таким образом, дальнейшее развитие и совершенствование национальной системы фармаконадзора особенно актуальна в связи с развитием отечественной фарминдустрии, которое предусматривает замещение импортных лекарств отечественными аналогами и разработку собственных оригинальных препаратов. Оценить риски, связанные с их применением, можно только при эффективном функционировании системы на всех уровнях, включая всех участников обращения лекарств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы
2. Green pharmacy practice : Taking responsibility for the environmental impact of medicines [Electronic resource]. – The Hague : International Pharmaceutical Federation, 2015. – Available at : <https://fip.org/files/fip/publications/2015-12-Green-Pharmacy-Practice.pdf>
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 октября 2002года № 1081САПП Республики Казахстан, 2002 г., № 33, ст. 354
4. Правила надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза (утв. Решением ЕАЭК №87 от 03.11.2016, вступил в силу с 06.05.2017, дата обращения-27.10.2017).
5. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году. Стат. сборник – Астана, 2015.– 442с.

ПОСТМАРКЕТИНГОВАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ – ФАРМАКОНАДЗОР

Нурлыбекова А.Н., Жакипбеков К.С., Байдуллаева Ш.А.

В статье освещены основные этапы развития системы фармаконадзора в Республике Казахстан. Рассмотрены важные вопросы мониторинга безопасности лекарственных средств на пострегистрационном этапе.

POST-MARKETING MEDICINE SAFETY – PHARMACOVIGILANCE

Nurlybekova AN, Zhakipbekov KS, Baidullaeva Sh.A.

The article highlights the main stages of the pharmacovigilance system development in the Republic of Kazakhstan. Important issues of monitoring the safety of medicines at the post-marketing stage are considered.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ ДЕФІНІЦІЇ «ФАРМАГЕДДОН» З ПОГЛЯДУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

Громовик Б. П.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

hromovyk@gmail.com

Вступ. У попередньому повідомленні [1] було експліковано наболілу соціальну проблему соціальної фармації, яка різними дослідниками визначається як фармацевтична мафія (Луї Броуер), фармацевтична брехня (Бен Голдакр) або фармацевтичний геноцид (голокост) (Маттіас Рат). Утім в останні роки світову громадську свідомість все активніше пронизує термін «фармагеддон», що й визначило актуальність цього інформування.

Мета: розкрити сутність дефініції «фармагеддон» унаслідок студювання наявних у науковій літературі підходів до її розгляду.

Методика дослідження. Для досягнення поставленої мети був використаний контент-аналіз [2] публікацій із соціальної фармації.

Основний матеріал дослідження. Термін «фармагеддон», як похідне від армагеддону у значенні фінальної війни між злом і добром, у 2000 році запропонували індійські науковці для позначення результату негативного впливу фальсифікованих лікарських засобів (ЛЗ) і надмірного споживання інших ЛЗ, включаючи ЛЗ для поліпшення способу життя [3]. У свою чергу, у 2007 році адвокат з питань охорони здоров'я Чарльз Медовар з Великої Британії цим терміном визначив ситуацію, за якою ми окремо отримуємо користь від деяких дивовижних лікарських засобів, в той час як, всі разом, втрачаємо бачення і почуття здоров'я [4].

Термін «фармагеддон» був прийнятий професором психіатрії Бангорського університету (Велика Британія) Девідом Хейлі в назві своєї монографії, опублікованій в 2012 році [4]. У ній він стверджує, що застосування

ЛЗ за рецептом зробило лікарів основними цілями маркетингових заходів фармацевтичних компаній. Окрім цього, ці компанії передали всі свої операції від розробки ЛЗ та тестування до клінічних досліджень (КД) науковій та академічній спільнотам, які через наукові публікації стали нічим не іншим як маркетинговими організаціями фармацевтичної промисловості. При цьому більшість результатів, виявлених «доказовою медициною», походить від КД, оплачуваних цими компаніями, та призначена для демонстрації невеликих, але статистично промовистих переваг своїх ЛЗ, не демонструючи, чи дійсно вони корисні пацієнтам.

Зазначене вище спричинило до зловживання рецептурними ЛЗ, тобто навмисного використання цих ЛЗ без рецепта, або іншим способом, ніж передбачено, зокрема до передозування. Упродовж останніх двох десятиліть смерть від випадкового передозування ЛЗ збільшилася вп'ятеро [5]. За кордоном найчастіше зловживають трьома групами рецептурних ЛЗ: аналгетичними опіоїдами; антипсихотичними засобами; стимуляторами, призначеними для лікування наркоплексії та синдрому дефіциту уваги й гіперактивності [6]. В Україні рейтинг зловживання ЛЗ доповнюється антибіотиками.

Для уможливлення лікарям і фармацевтичним компаніям високих заробітків здійснюється утримання хворих шляхом призначення пацієнту ЛЗ, який постійно вимагає повторного обстеження та оновлення призначення, тобто виписування іншого ЛЗ для протидії наслідкам першого ЛЗ. Тому результативність подальшої фармакотерапії стає гіршою, ніж початкове лікування. За оцінками, у США є 900 тис. лікарів і вони можуть викликати від 120 тис. до 225 тис. випадкових смертей щороку. Багато з цих смертей можуть бути обумовлено ліковою хворобою [7].

Член парламенту Великої Британії д-р Річард Тейлор стверджує, що нині люди вважають, що краще приймати ЛЗ, ніж робити щось самостійно для свого власного здоров'я, особливо це стосується ЛЗ для поліпшення способу життя. Інший член парламенту Поль Флінн, попередив, що людство крокує до

фармагеддону, позаяк медицина переконує людей, що вони потребують ЛЗ на всі випадки життя [8].

Таким чином, зважаючи на зазначене вище, варто відмітити, що в ряді публікацій під фармагеддоном розуміють фармацевтичну мафію (брехню чи геноцид), позаяк три учасники лікувального процесу (фармацевтична промисловість, алопатична медицина, держава) заради вигоди йдуть на приховування результатів КД або лікування, на постійну дезінформацію широкого кола населення і великі махінації, попри страждання тих, кого все це стосується безпосередньо, – хворих зокрема і суспільства загалом.

Проте інші дослідники до проблематики фармагеддону відносять також використання рослинних культур для біотехнологічного виробництва вакцин, гормонів росту, ферментів, антитіл людини, контрацептивів, імунодепресивних цитокінів, абортивних ЛЗ тощо, що спричиняє забрудненню харчових продуктів, ґрунту, води та повітря [9].

Фармагеддон можуть спричиняти фармацевтичні відходи, що формуються на усіх (семи) етапах життєвого циклу (ЖЦ) ЛЗ, як гуманного, так і ветеринарного спрямування. Ці відходи шляхом опосередкованого надходження до людини через харчові ланцюги можуть породжувати негативні наслідки для неї, а саме: ендокринні зміни, порушення в репродуктивній системі, імунотоксичний вплив, небезпеку генетичних змін тощо [10].

Тому, на нашу думку, має право на існування судження, що під фармагеддоном варто розуміти сценарій, де медицина та ЛЗ чинять більше нездоров'я, ніж здоров'я, а медичний прогрес приносить більше шкоди, ніж користі [3]. При цьому складовими фармагеддону є фармацевтична мафія (брехня чи геноцид), ризики фармацевтичної біотехнології, фальсифікованих ЛЗ та утилізації й знешкодження фармацевтичних відходів.

Висновок. На підставі контент-аналізу публікацій із соціальної фармації розкрито зміст дефініції «фармагеддон», складовими якої є фармацевтична мафія (брехня чи геноцид), ризики фармацевтичної біотехнології, фальсифікованих ЛЗ та утилізації й знешкодження фармацевтичних відходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Громовик Б. П. Насущна соціальна проблема фармації // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матер. III міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 25-28 квітня 2017 р.; ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін., Харків: НФаУ, 2017. С. 151-153.
2. Неліпа Дмитро. Контент аналіз як технологія збору первинних даних при здійсненні системного аналізу політичних явищ і процесів // Освіта регіону: Політологія, психологія, комунікації, 2011. № 4. С. 322-336.
3. Rahman S. Z., Gupta V., Sukhlecha A., Khunte Y. Lifestyle Drugs: Concept and Impact on Society // Indian J Pharm Sci. 2010. P.72(4): 409–413.
4. Healy D. Pharmageddon. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 2012, 302 p.
5. Pharmageddon: America's New Drug Crisis. URL: <https://www.cbsnews.com/news/pharmageddon-americas-new-drug-crisis/> (дата звернення: 14.04.18).
6. Krantz Barbara. Pharmageddon: An American Epidemic. URL: <http://www.futureofpersonalhealth.com/education-and-research/pharmageddon-an-american-epidemic> (дата звернення: 14.04.18).
7. Pharmageddon matrix exposing the medical dictatorship. URL: <http://www.groundzeromedia.org/pharmageddon-matrix-exposing-the-medical-dictatorship/> (дата звернення: 14.04.18).
8. Pharmageddon: the prescription pill epidemic. URL: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/pharmageddon-the-prescription-pill-epidemic-5334805.html> (дата звернення: 14.04.18).
9. Pharmageddon. URL: <http://www.i-sis.org.uk/Pharmageddon.php> (дата звернення: 14.04.18).
10. Громовик Б.П., Пузанова І.П. Фармацевтичні відходи – серйозна проблема екологічної системи «людина – лікарський засіб – довкілля» // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2015. №3-4. С.64-69.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ ДЕФІНІЦІЇ «ФАРМАГЕДДОН» З ПОГЛЯДУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

Громовик Б. П.

Резюме. Розкрито сутність дефініції «фармагеддон». Показано, що її складовими якої є фармацевтична мафія (брехня чи геноцид), ризики фармацевтичної біотехнології, фальсифікованих ЛЗ та утилізації й знешкодження фармацевтичних відходів.

Ключові слова: фармагеддон, дефініція, контент-аналіз.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ДЕФИНИЦИИ «ФАРМАГЕДДОН» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ

Громовик Б. П.

Резюме. Раскрыта сущность дефиниции «фармагеддон». Показано, что ее составляющими является фармацевтическая мафия (ложь или геноцид), риски фармацевтической биотехнологии, фальсифицированных лекарственных средств, а также утилизации и уничтожения фармацевтических отходов.

Ключевые слова: фармагеддон, дефиниция, контент-анализ

STUDIES OF DEFINITION "PHARMAGEDDON" IN TERMS OF SOCIAL PHARMACY

Hromovyk B.P.

Summary. The essence of the definition of "pharmageddone" is disclosed. The pharmaceutical mafia (lies or genocide), the risks of pharmaceutical biotechnology, counterfeit medicines, and the disposal and destruction of pharmaceutical waste are constituents of pharmageddon.

Keywords: pharmageddon, definition, content analysis.

ЛІКАРНЯНА ФАРМАЦІЯ: СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кричковська А.М.¹, Заярнюк Н.Л.¹, Ушкалова О.М.², Новіков В.П.¹

¹Національний університет «Львівська політехніка», м. Львів, Україна

²Військово-медичний клінічний центр, м. Львів

Державної прикордонної служби України,

volodymyr.p.novikov@lpnu.ua

Вступ. Оплата праці є важливим елементом мотиваційної складової будь-якої сфери діяльності людини. При зарахуванні фахівця на певну посаду оговорюється його оклад або ставка заробітної плати. На приватних підприємствах рівень оплати фахівця залежить від посади, яку він буде обіймати, а також від середньозваженого рівня заробітної плати, що економічно обґрунтована на підприємствах певної галузі. На підприємствах державної форми власності оплата визначається тарифною сіткою та галузевими наказами, що базуються на відповідних законодавчих актах.

У відомчих лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), при нарахуванні посадових окладів медичним та фармацевтичним працівникам, керуються Кодексом законів про оплату праці, Законом України «Про оплату праці», Постановою КМУ від 30.08.2002 року за № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [1-4]. Надалі кожне відомство керується власним галузевим Наказом. Так, наприклад, для ЛПЗ Державної прикордонної служби діє Наказ Міністерства внутрішніх справ (МВС) від 27.06.2013 року за № 622 «Про впорядкування умов оплати праці працівників Державної прикордонної служби України» [5]. Однак, на практиці, при проведенні аудиту представниками відомчого управління, неодноразово виникали непорозуміння щодо нарахованих бухгалтерією ЛПЗ ставок оплати праці фармацевтичних працівників.

Мета. Нами було проаналізовано ряд загальнодержавних та відомчих нормативно-правових актів з метою встановлення причин, які призводять до виникнення розбіжностей та суперечок на практиці при нарахуванні посадових окладів фармацевтичних працівників відомчих ЛПЗ.

Методики дослідження. При дослідженні використовували методи мета-аналізу, порівняльний аналіз та метод моделювання.

Основний матеріал дослідження. Статтею 96 Кодексу законів про працю України визначено, що системами оплати праці є тарифна та інші системи, що формуються на оцінках складності виконуваних робіт і кваліфікації працівників. Тарифна система оплати праці включає: тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів і професійні стандарти (кваліфікаційні характеристики). Тарифна система оплати праці використовується при розподілі робіт залежно від їх складності, а працівників – залежно від кваліфікації та за розрядами тарифної сітки. Однак, тарифна сітка, що використовується на сьогоднішній день не переглядалась з 2010 року, а кожен рік вводяться коефіцієнти, які забезпечують відповідний рівень оплати праці. Тарифна сітка є основою для формування та диференціації розмірів заробітної плати. Тарифна сітка (схема посадових окладів) формується на основі тарифної ставки робітника першого розряду та міжкваліфікаційних (міжпосадових) співвідношень розмірів тарифних ставок (посадових окладів). Частиною третьою статті 6 Закону України «Про оплату праці» визначено, що тарифна система оплати праці використовується при розподілі робіт залежно від їх складності, а працівників – залежно від кваліфікації та за розрядами тарифної сітки.

Проведені нами дослідження дозволили встановити, що на практиці в конкретних відомчих ЛПЗ виникають розбіжності при нарахуванні посадового окладу завідувачу аптеки ЛПЗ. Згідно Наказу МВС України «Про впорядкування умов оплати праці працівників Державної прикордонної служби України» за № 622 від 27.06.2013 року (розділ 4, пункт 4.1, підпункт 4.1.3.) встановлено, що завідувач аптеки (структурний підрозділ ЛПЗ), провізор, IV групи ЛПЗ за оплатою праці, повинен отримувати оклад відповідно до 10 тарифного розряду (табл. 1) [5].

Таблиця 1

**Схема тарифних розрядів посад керівних працівників,
що встановлюються за групами за оплатою праці**

№ з/п	Назва посади	Тарифні розряди				
		групи за оплатою праці				
		I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7
4.1.1	Керівник (головний лікар, генеральний директор, директор, головний державний санітарний лікар, начальник, завідувач)	18	17	16	15	14
4.1.2	Головна медична сестра, головний фельдшер	12	11	11	10	10
4.1.3	Завідувач аптеки (структурний підрозділ лікувально-профілактичного закладу): провізор	12	11	11	10	10
	фармацевт	11	10	10	9	9

Однак, у розділі 5, пункт 5.1. цього ж відомчого Наказу МВС зазначено, що провізори, провізори-аналітики, провізори клінічні вищої кваліфікаційної категорії повинні отримувати оклад відповідно до 13 тарифного розряду (табл. № 2) [5].

Таблиця 2

**Схема тарифних розрядів посад (професій) працівників
аптечних закладів**

№ з/п	Посади	Тарифний розряд
5.1	Провізори, провізори-аналітики, провізори клінічні:	
	вищої кваліфікаційної категорії	13
	першої кваліфікаційної категорії	12
	другої кваліфікаційної категорії	11
	без категорії	10
5.2	Провізор-інтерн	9
5.3	Фармацевти:	
	вищої кваліфікаційної категорії	10
	першої кваліфікаційної категорії	9
	другої кваліфікаційної категорії	8
	без категорії	7
5.4	Лаборанти (фармація):	
	вищої кваліфікаційної категорії	9
	першої кваліфікаційної категорії	8
	другої кваліфікаційної категорії	7
	без категорії	6
5.5	Продавець оптики	4
5.6	Фасувальник медичних виробів, молодша медична сестра (мийниця)	3

При цьому на практиці відбувається наступне – рядовий підлеглий

провізор аптеки ЛПЗ отримує майже на тисячу гривень більше ніж завідувач аптеки. Зрозуміло, що при такому нарахуванні порушуються засади теорії й практики управління та менеджменту і виникає ряд економічних, соціальних та субординаційних проблем.

Також, згідно з Наказом МОЗ України від 12.12.2006 року за № 818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 26.12.2006 року за № 1367/13241, визначено, що до номенклатури провізорських спеціальностей, які потребують отримання сертифікату або присвоєння кваліфікаційної категорії відносяться: аналітично-контрольна фармація, загальна фармація, клінічна фармація, організація та управління фармацією [6].

Однак, нам вдалось встановити, що така проблема виникає, оскільки у розділі 4, пункт 4.4. «Установлення тарифних розрядів за посадами керівників структурних підрозділів» у підпункті 4.4.1. окремо не вказана аптека як структурний підрозділ та не зазначена посада завідувача-провізора як керівника структурним підрозділом ЛПЗ [5]. В оригіналі підпункт 4.4.1. викладено наступним чином: «4.4.1. Керівникам структурних підрозділів (відділень, кабінетів, лабораторій, відділів тощо) – лікарям посадові оклади встановлюються, виходячи з тарифних розрядів лікарів відповідних спеціальностей та кваліфікаційних категорій (за умови, що спеціальність, за якою їм присвоєна кваліфікаційна категорія, відповідає профілю підрозділу, який вони очолюють), з урахуванням підвищення на 10–25 відсотків залежно від обсягу роботи:

- на 10 відсотків – при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатом, штатним розписом до 3 одиниць включно (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без урахування посад лікарів-інтернів);
- на 20 відсотків – при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатом, штатним розписом понад 3 до 6 одиниць включно (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без

урахування посад лікарів-інтернів);

- на 25 відсотків – при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатом, штатним розписом понад 6 одиниць (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без урахування посад лікарів-інтернів)».

За умови правильного викладення підпункту 4.4.1., а саме наступним чином: «4.4.1. Керівникам структурних підрозділів (відділень, *аптеки*, кабінетів, лабораторій, відділів тощо) – лікарям, *провізорам* посадові оклади встановлюються, виходячи з тарифних розрядів лікарів, *провізорів* відповідних спеціальностей та кваліфікаційних категорій (за умови, що спеціальність, за якою їм присвоєна кваліфікаційна категорія, відповідає профілю підрозділу, який вони очолюють), з урахуванням підвищення на 10-25 відсотків залежно від обсягу роботи:...», не виникало б розбіжностей та порушень щодо оплати праці згідно чинного законодавства України. За такого викладу зазначеного підпункту на практиці оклад завідувачого аптеки ЛПЗ повинен бути встановленим на рівні 13 тарифного розряду та, відповідно, бути збільшеним на 10-25%.

Висновки. При неправильному нарахуванні посадових окладів керівникам структурних підрозділів ЛПЗ, зокрема завідувачому аптеки, порушуються засади теорії й практики управління та менеджменту і виникає ряд економічних, соціальних та субординаційних проблем.

При створенні галузевих відомчих Наказів та відповідних Інструкцій потрібно попередньо моделювати та опрацювати всі можливі ситуації, які можуть виникнути на практиці. Необхідно внести правки до відповідних Наказів МОЗ та МВС щодо впорядкування умов оплати праці працівників.

На жаль, спеціалісти органів та організацій, які проводять перевірки ЛПЗ, зокрема аудиту, зазвичай мають економічну, юридичну освіту і не володіють знаннями щодо галузевих фахових вимог до медичних та фармацевтичних спеціальностей, а також специфікою та особливостями щодо кваліфікаційних вимог до відповідних спеціалістів.

Перспективи подальших розробок. Нами буде проведено дослідження

(звірка) нормативно-правових актів інших відомчих та комунальних ЛПЗ з метою встановлення можливих порушень щодо оплати праці провізорів та фармацевтичних працівників аптек.

ЛІТЕРАТУРА

1. Постанова КМУ № 1298 від 30.08.2002р. «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» (Редакція станом на 26.01.2018р.). Електронний ресурс – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/1298-2002-п

2. Кодекс законів про працю України – Законодавство України. Електронний ресурс – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/322-08

3. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ України від 05.10.2005 року за № 308/519 «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 року за № 1209/11489. Електронний ресурс – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/z1209-05

4. Закон України «Про індексацію грошових доходів населення» Електронний ресурс – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/1282-12

5. Наказ МВС України від 27.06.2013 року за № 622 «Про впорядкування умов оплати праці працівників Державної прикордонної служби України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.07.2013 року за № 1129/23661. Електронний ресурс – Режим доступу: search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE23661Z.html

6. Наказ МОЗ України від 12.12.2006 року за № 818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 26.12.2006 року за № 1367/13241. Електронний ресурс / Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/z1366-06

ЛІКАРНЯНА ФАРМАЦІЯ: СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

А.М. Кричковська¹, Н.Л. Заярнюк¹, О.М. Ушкалова², В.П. Новіков¹

Проведено мета-аналіз Законів України, Постанов КМУ, галузевих та відомчих Наказів, які регламентують оплату праці в лікувально-профілактичних закладах. Встановлено ряд невідповідностей діючих нормативно-правових актів відомчого підпорядкування щодо оплати праці керівників структурних підрозділів, зокрема в аптеках лікувально-профілактичних закладів. Запропоновано внести відповідні зміни до нормативно-правових актів, що дозволить усунути зазначені невідповідності та уникнути на практиці порушень трудового законодавства України.

Ключові слова: відомча лікарняна фармація, лікувально-профілактичні заклади, ставки окладів фармацевтичних працівників.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ: СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЛАТЫ ТРУДА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

А.М. Кричковская¹, Н.Л. Заярнюк¹, Е.Н. Ушкалова², В.П. Новиков¹

Проведено мета-анализ законов Украины, постановлений КМУ, отраслевых и ведомственных приказов, регламентирующих оплату труда в лечебно-профилактических учреждениях. Установлен ряд несоответствий действующих нормативно-правовых актов ведомственного подчинения по оплате труда руководителей структурных подразделений, в том числе в аптеках лечебно-профилактических учреждений. Предложено внести соответствующие изменения в нормативно-правовые акты, что позволит устранить указанные несоответствия и избежать на практике нарушений трудового законодательства Украины.

Ключевые слова: ведомственная госпитальная фармация, лечебно-профилактические учреждения, ставки окладов фармацевтических работников.

HOSPITAL PHARMACY: SOCIAL ASPECTS OF PHARMACEUTICAL WORKERS LABOR PAYMENT

A. Krychcavska¹, N. Zayarnyuk¹, O. Ushkalova², V. Novikov¹

Summary. A meta-analysis of the laws of Ukraine, CMU decisions, sectoral and departmental orders regulating labor remuneration in medical and preventive institutions was carried out. A number of inconsistencies in the existing regulatory and legal acts of departmental subordination on the remuneration of managers of structural divisions, including in pharmacies of medical and preventive institutions, were established. It is proposed to introduce appropriate changes to the regulatory legal acts, which will eliminate these inconsistencies and avoid in practice violations of labor laws of Ukraine.

Key works: departmental hospital pharmacy, medical and preventive institutions, salaries of pharmaceutical workers.

**ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ
ЗБИТКОВОСТІ ВНАСЛІДОК ПОШИРЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ**

Яковлева О. С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

olgayakovleva.zp@gmail.com

З метою фармакоеконімічно обґрунтованого підходу до вибору лікарських засобів проаналізовано епідеміологічні показники, медико-соціальні та економічні наслідки поширення депресивних розладів. За результатами встановлено, що депресивні розлади є важливою соціально-економічною проблемою у всіх країнах світу. За останній час спостерігається зростання економічного тягаря депресивних розладів, який обумовлений, не стільки з фінансовим забезпеченням діагностики і лікування даних розладів, скільки з непрямыми витратами: трудовими втратами, забезпеченням різноманітних форм соціальної підтримки, зайнятістю членів сім'ї турботами про хворих та інш. Важливого значення набуває вибір медичної технології, яка сприятиме соціальному функціонуванню хворих на депресивні розлади та скороченню непрямих витрат.

Пріоритети в області медицини і охорони здоров'я визначаються епідеміологічними тенденціями поширеності окремих розладів та їх впливом на показники працездатності та тривалості повноцінного життя людини. Психічні розлади та проблеми психічного здоров'я набувають у останні десятиліття набувають особливої гостроти для систем організації медичної допомоги. Не випадково психічні розлади все частіше стають предметом спеціального розгляду урядів, міждержавних інститутів, Світового банку. У всьому світі, за даними ВООЗ, зниження працездатності та можливостей соціального функціонування в 12%, а в країнах з високим рівнем доходів населення в 23% випадків пов'язано з психічними розладами. 10% (в найближчій перспективі близько 15%) економічних витрат, які несе суспільство у зв'язку з різними хворобами, обумовлено

психічними захворюваннями та їх наслідками. Серед психічних розладів особливої уваги потребують депресивні розлади (ДР). Це обумовлено тим, що ДР проявляють багатofакторний інвалідизуючий ефект на пацієнтів та їх родичів, а збитки для суспільства від їх поширення щорічно збільшуються. Тому основною метою роботи було вивчення епідеміологічних показників, медико-соціальних наслідків, економічної збитковості поширення ДР. У дослідженні були використані доступні дані про епідеміологічні показники, медичні наслідки, соціально-економічні збитки внаслідок ДР [1, 2,4,8].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 450 мільйонів людей по всьому світу страждають від депресії. До 2020 року депресія може стати другою провідною причиною інвалідності у світі, а до 2030 року очікується, що депресія буде вносити основний вклад в глобальний тягар хвороб. У теперішній час виявлення психічних розладів, особливо депресій, повсюдно зростає. За даними дослідження, проведеного в різних країнах світу, клінічно значимі проблеми психічного здоров'я виявляються у 1/4 пацієнтів загальної медичної мережі: це передусім депресії, тривожні та соматоформні розлади, а також зловживання алкоголем. За оцінками всесвітнього психіатричного дослідження, що проводилося в ряді країн, річна захворюваність ДР становить менше 1% в Нігерії і понад 6% в Сполучених Штатах. Дані по поширеності ДР в інших регіонах демонструють подібні показники. Так, в Австралії захворюваність становить 6,7%, в Чилі – 5,7%. ДР не тільки надзвичайно часто зустрічаються серед населення в цілому, але і відносяться до числа найбільш поширених захворювань в первинній медичній мережі. Дані про частоту ДР в установах первинної ланки різняться, проте ці показники незмінно високі. У міжнародному дослідженні, що проводилося в 14 регіонах 12 різних країн світу, показники захворюваності, ще вище. Отримані дані свідчать, що ДР виникають у 22-33% всіх пацієнтів, у 33-42% онкологічних хворих і у 47% пацієнтів, перенесли інсульт, через 2 тижні після нього, протягом найближчих днів після інфаркту міокарда депресія виникає у 45% осіб, протягом 3-4 місяців – у 33% [1, 4, 8,9].

Необхідно відзначити, що депресія вражає людей будь-якого віку, з усіх прошарків суспільства, в усіх країнах. Вона викликає душевні страждання і впливає на здатність людей виконувати повсякденні завдання. Навіть стани, при яких прояви депресії виражені незначно і не досягають ступеня, достатньої для постановки діагнозу, зазвичай пов'язані з істотним обмеженням працездатності, знижується в міру збільшення симптомів захворювання. Для пацієнтів, які страждають ДР, зазвичай характерні труднощі в спілкуванні і зниження соціальної активності. Крім зниження активності на роботі, в навчанні і повсякденних обов'язках, пацієнти, які страждають депресією, відчують і незворотні наслідки свого захворювання. До них відносяться зниження функціональних обмежень, нездатність виконувати побутові та службові обов'язки, а також порушення взаємин в сім'ї. ДР можуть підвищувати ризик виникнення інших захворювань, приводити до посилення больового синдрому і тим самим обмежувати здатність пацієнта до звернення за медичною допомогою. При наявності депресії збільшується термін стаціонарного лікування при різних захворюваннях, а також погіршується їх прогноз. Найтрагічнішим наслідком при відсутності лікування депресії або недостатньої його ефективності є суїцид, який, за оцінкою ВООЗ, займає друге місце серед причин смерті людей у віці 15-29 років. Ймовірно, офіційні підрахунки показників суїцидів лише частково відображають загальну кількість самогубств, що відбуваються внаслідок депресії [2, 3, 6, 9].

Обмеженням у лікуванні є проблема стигматизація хворих. У всьому світі пацієнти, які страждають депресією, як правило, частіше вважають за краще обстежитися і лікуватися у лікарів загальної практики, а не у психіатрів. У Сполучених Штатах, де чисельність психіатрів досить велика, до фахівців первинної мережі звертається 50% пацієнтів з симптомами депресії, в той час як до психіатрів – лише 20%. У Сполученому королівстві у лікарів загальної практики проходить лікування велика частина хворих депресією, і лише 10% звертаються до психіатрів. Понад 50 років тому для оцінки епідеміологічної ситуації, пов'язаної з розповсюдженням ДР було введено поняття «феномен

айсберга», що відображає ситуацію *за звертаємістю* хворих з цією патологією, до фахівців: лише незначна частина хворих консультувалися у лікарів загальної практики, ще менше число («видима частина айсберга») у психіатрів. Надалі цю концепцію продовжили в описі трьох «фільтрів» надання психіатричної допомоги. За даними проведених досліджень, було встановлено, що лише 10% всіх пацієнтів звертаються до фахівців. Такий низький відсоток може бути пов'язаний з трьома основними факторами: рішення самого пацієнта звернутися за допомогою або демонстрація їм своїх симптомів, діагностичні навички фахівців первинної мережі і готовність лікарів загальної практики направляти своїх пацієнтів до психіатрів [1, 2, 5, 6, 9].

Важливим питанням в епідеміології ДР є їх коморбидність з іншими психічними захворюваннями. Більше 30% хворих на депресію виявляють ознаки тривожних розладів або панічних нападів. У деяких країнах від 10 до 50% пацієнтів з депресією страждають також алкогольною залежністю.

Вперше негативні наслідки поширення ДР для суспільства оцінено в 1995 році у *всесвітньому дослідженні сумарного «тягаря хвороби»*. У цьому дослідженні наведено показники розповсюдженості, захворюваності від різних патологій у світі. Також надається оцінка внеску смертності та інвалідизації, що пов'язані з різними захворюваннями та ураженнями, у загальні збитки. Оцінка проводиться за допомогою комплексної одиниці виміру збитковості від кожного розладу здоров'я у показнику DALY. На сьогодні цей показник є одним з найважливіших що дозволяє оцінити соціальні наслідки захворювань, був введений в 1993 році Гарвардської школою громадського здоров'я у співпраці зі Світовим банком і Всесвітньою організацією охорони здоров'я. За визначенням ВООЗ, DALY є загальною кількістю років, втрачених внаслідок передчасної смертності та інвалідності серед населення. Необхідно зазначити, що результати вперше проведених розрахунків за показником DALY виявились несподіваними для дослідників. Якщо, найбільший внесок у «тягар хвороби» серцево-судинних захворювань можна було передбачити, то депресія серед найбільш витратних хвороб у світі посіла четверте місце. У другому

дослідженні сумарного «тягаря хвороби» на частку нервових і психічних розладів припало 28% DALY, втрачених внаслідок неінфекційних захворювань.

Найбільший внесок в даному показнику належить уніполярні депресією, яка складає 10 з 28% DALY [6, 7, 9].

Важливим фактором, пов'язаним з депресією, є втрата працездатності. У ряді популяційних досліджень, що проводилися в 15 країнах, показано, що депресія частіше пов'язана з інвалідністю, ніж деякі хронічні соматичні захворювання. Використовуючи міжнародні опитувальники, автори встановили, що особи, які страждають депресією, оцінюються як непрацездатні аж до інвалідності, частіше, ніж хворі артритом, бронхіальною астмою, діабетом або артеріальною гіпертензією. Серед інших завдань цього дослідження було встановлено, що навіть пацієнти з важким рівнем розладів досить рідко отримують адекватне лікування в країнах з різними показниками доходів населення, що також негативно позначається на продуктивності праці [6, 9].

Звертають на себе увагу і економічні наслідки ДР для системи охорони здоров'я та суспільства. За даними ВООЗ, депресія і тривожні розлади щорічно завдають світовій економіці збитків у розмірі 1 трлн. \$.

Для кожної країни витрати, пов'язані з відсутністю лікування депресії або недостатньої його ефективністю варіабельні. Показники для індустріально розвинених країн показують істотне значення прямих витрат (витрати на антидепресанти, психотерапію, електросудорожну терапію і вартість перебування в стаціонарі), проте найбільші фінансові втрати пов'язані із непрямими витратами. Вони включають витрати охорони здоров'я на обстеження з приводу соматичних симптомів, що маскують прояви депресії, тривалі терміни госпіталізації в зв'язку з супутніми захворюваннями і перебування на лікарняному, зниження продуктивності праці, а також передчасну смертність в результаті суїцидів.

Понад 20% прямих витрат на охорону здоров'я в країнах Євросоюзу припадає на захворювання нервової системи, найчастіше депресією. У Сполученому Королівстві прямі витрати, пов'язані з депресією, оцінюються в

420 мільйонів фунтів, непрямі витрати становлять 3 мільярди. В Сполучених Штатах, так само як і в Сполученому Королівстві, непрямі витрати перевищують витрати на лікування. Фахівці оцінюють економічний тягар депресії в США в 83,1 млрд. \$). 31% від цієї суми (26,1 млрд. \$) припадає на прямі витрати, пов'язані з лікуванням, 7% (5,4 млрд.) відображають втрати, пов'язані зі смертністю в результаті суїцидів.

Важливим фактором, пов'язаним з депресією, є втрата працездатності. У ряді досліджень, що проводилися в 15 країнах, показано, що депресія частіше пов'язана з інвалідністю, ніж деякі хронічні соматичні захворювання. Використовуючи міжнародні опитувальники, встановлено, що особи, які страждають депресією, оцінюються як непрацездатні аж до інвалідності, частіше, ніж хворі артритом, бронхіальною астмою, діабетом або артеріальною гіпертензією.

Іншим економічним наслідком неадекватного лікування депресії є не виправдано високе використання медичних послуг. Доведено, що депресія зазвичай пов'язана з частими візитами і зверненнями до лікаря, великим обсягом лабораторних досліджень і непотрібних призначень. Підвищення ризику розвитку соматичних захворювань і збільшення терміну їх стаціонарного лікування також негативно відбивається на продуктивності праці. Згідно з підрахунками, 66% пацієнтів з не діагностованим ДР більше 6 разів на рік звертаються до лікаря з приводу соматичних симптомів, які в даному випадку є лише маскою депресії. Пов'язані з депресією економічні витрати частково пов'язані з явищем коморбидності. У міжнародному дослідженні, яке охопило заклади первинної мережі в 6 країнах світу (Іспанія, США, Австралія, Росія, Ізраїль і Бразилія), було показано, що з коморбидністю пов'язано підвищення витрат на надання медичної допомоги на 17-46% в п'яти з шести зазначених країн. Найбільшу частину витрат склали непрямі втрати, викликані втратою працездатності та зниженням продуктивності праці, що зазвичай пов'язані з відсутністю лікування депресії або недостатньою його ефективністю [6, 7, 9].

Разом з тим, необхідно відзначити, що все більше даних свідчить про те, що пов'язані з депресією витрати на охорону здоров'я можуть бути знижені за умови ефективності лікування. Деякі дослідження показали, що витрати на лікування пацієнтів соматичного профілю із супутньою психічною патологією можна скоротити за рахунок своєчасного і адекватного лікування психічних захворювань. За розрахунками дослідників зазначено, що один вкладений в боротьбу з цими хворобами долар принесе будь-якій економіці чотири через поліпшення здоров'я і працездатності населення.

Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

1. Актуальність проблеми ДР обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини. Депресивна патологія охоплює спектр захворювань, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки.
2. Серед витрат, пов'язаних з лікарськими забезпеченням хворих на ДР, найбільша частка припадає на непрямі витрати: внаслідок втрати працездатності, передчасної смертності, соціальні витрати, а також пов'язані з зайнятістю членів сім'ї турботами про хворих та інш.
3. Подальші фармакоеконімічні дослідження повинні бути спрямовані на обґрунтований вибір медичної технології за показниками ефективності серед яких, підвищення соціального функціонування хворих на ДР та скорочення непрямих витрат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Краснов В. Н. Депрессии в общемедицинской практике / В.Н. Краснов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 181-183.
2. Мишиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / Мішиєв В. Д. – Львів Видавництво Мс, 2004. – 207 с.
3. Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы / Н.А. Марута, И.А. Явдак, Е.С. Череднякова, О.С. Марута // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 4. – С. 70-79.

4. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013-2020. Версия 27 августа 2012.– 33 с.
5. Старинець Н. Г. До питання про депресії у неврологічній практиці / Н. Г. Старинець // Український вісник психоневрології.– 2007.– Т. 15, вип. 4.– С. 70-74.
6. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1465–75.
7. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
8. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006;163:1362–70.
9. www.who.int/healthpromotion

RESEARCH OF SOCIAL ECONOMIC ASPECTS OF UNPROFITABLENESS AS A RESULT OF DEPRESSIVE DISORDERS' DISTRIBUTION

Yakovleva O. S.

Epidemiological indicators, medical and social and economic consequences of the depressive disorders' spread are analyzed in order to make a well-founded choice of the pharmacoeconomic method of the drug analysis. It is established according to the results, that depression is an important socio-economic problem in all countries of the world. Recently, there has been an increase in the economic burden of the depressive disorders, which is caused not only with financial support of the diagnostics and the treatment of these disorders, but with indirect costs: labor losses, the provision of various forms of social support, the employment of family members caring for the patients and others. Therefore, an important task is to ensure the availability of medical and pharmaceutical care of the patients. At the same time

carrying out the pharmacoeconomic researches should be directed on the reasonable choice of medical technology, which provides treatment, social functioning of the patients and reduction of indirect costs.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ УЩЕРБА ВСЛЕДСТВИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Яковлева О. С.

С целью фармакоэкономически обоснованного подхода к выбору лекарственных средств проанализированы эпидемиологические показатели, медико-социальные и экономические последствия распространения депрессивных расстройств. По результатам установлено, что депрессивные расстройства являются важной социально-экономической проблемой во всех странах мира. За последнее время наблюдается рост экономического бремени депрессивных расстройств, который обусловлен, не столько с финансовым обеспечением диагностики и лечения данных расстройств, сколько с непрямыми расходами: трудовыми потерями, обеспечением разнообразных форм социальной поддержки, занятостью членов семьи заботами о больных и др. Важное значение приобретает выбор медицинской технологии, которая будет способствовать социальному функционированию больных с депрессивными расстройствами и сокращению не прямых расходов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Батырханова А. Ю., Жакипбеков К.С., Каюпова Ф.Е.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан
kairat_phd@mail.ru

Вступление. Стремительно растущая заболеваемость органов пищеварительной системы на сегодняшний день является актуальной проблемой клинической медицины и входит в четверку наиболее распространенных заболеваний, несмотря на то, что общая заболеваемость населения Республики Казахстан по классу «Болезни органов пищеварения» снизилась с 9132,4 на 100 тыс. населения в 2012 году до 8312,0 в 2016 году [1, 4]. В связи с этим она остается объектом внимания как практикующих врачей, так и организаторов здравоохранения. Данная патология требует того, чтобы ее рассматривали как медико-социальную проблему.

Цель нашего исследования – изучение динамики заболеваемости болезнями органов пищеварительной системы на современном этапе и оценка медико-социального значения данной патологии в структуре здравоохранения Республики Казахстан.

Методы исследования. В нашем исследовании были использованы методы сравнительного анализа, контент-анализа. Был проведен обзор отечественной и зарубежной научной литературы.

Материалы исследования. Спектр болезней пищеварительной системы широк и весьма разнообразен. К ним относятся такие заболевания как гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит, дискинезия желудочно-кишечного тракта, непроходимость кишечника, холецистит, панкреатит, дисбактериоз и др. Наиболее распространенным среди них является гастрит.

Гастрит – собирательный термин, обозначающий различные по происхождению и течению изменения слизистой оболочки желудка. В зависимости от интенсивности и продолжительности действия провоцирующих факторов, патологический процесс может протекать остро, преимущественно с воспалительными изменениями, или хронически, сопровождаясь структурными изменениями и прогрессирующей атрофией слизистой оболочки. Таким образом, различают острый и хронический гастрит. Почти во многих странах мира хронический гастрит фиксируется у 80-90 % населения, при этом, наиболее опасная форма гастрита, так называемое «предраковое состояние», – атрофический гастрит обнаруживается у пациентов моложе 30 лет в 5 % случаев, у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет – в 30 % случаев, у пациентов старше 50 лет – в 50-70 % случаев [5].

По проведенному нами исследованию выявлено, что 29,8% всех заболевших по данным на 2016 год приходится на детей в возрасте до 14 лет. 5,2% составляют подростки от 15 до 17 лет и 65% – взрослое население старше 18 лет (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная таблица заболеваемости по возрастам за 2012-2016 гг.

Возраст/год	2012	2013	2014	2015	2016
0-14	11934,3	11424,1	10955,1	9083,3	9566,0
15-17	19315,6	20384,1	20466,0	12689,9	12239,6
18<	7479,2	7407,6	7548,7	7484,1	8312,0

Болезни органов пищеварения имеют существенную медико-социальную значимость, в связи с тем, что этой патологии подвержены люди всех возрастных групп – дети, подростки, лица трудоспособного возраста и пенсионеры. [6,7]. При этом студенты высших учебных заведений и учащиеся средних специальных учебных заведений вызывают беспокойство как наиболее уязвимые и незащищенные слои населения. Неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье студентов и учащихся (нервно-психические перегрузки, нерегулярное и несбалансированное питание, материальные проблемы, вредные

привычки, стрессовое состояние во время сессий и т.д.) обуславливают высокий уровень патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, при этом заболеваемость пропорциональна курсу обучения учащегося. Дети, подростки, молодежь все чаще становятся пациентами гастроэнтерологов и терапевтов [16].

Нами был проведен сравнительный анализ заболеваемости по классу "Болезни органов пищеварения" на 100 тыс. человек в Республике Казахстан с 2012 по 2016 годы (рисунок 1)

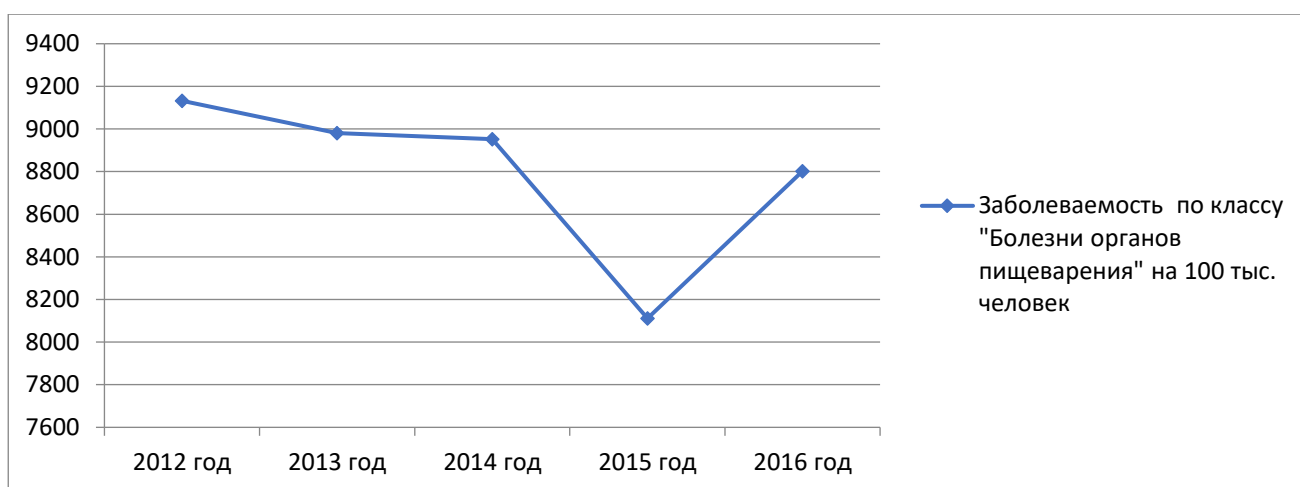


Рис. 1. Динамика заболеваемости по классу "Болезни органов пищеварения" на 100 тыс. человек

На данном рисунке мы наблюдаем постепенное снижение заболеваемости в 2012-2014 годы и резкое снижение в 2015 году. Данную ситуацию можно объяснить успешной реализацией Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы, в результате которой были достигнуты данные показатели. Одной из задач программы являлось улучшение системы здравоохранения в Республике Казахстан. Последующее увеличение заболеваемости в 2016 году можно объяснить подорожанием препаратов и ухудшением материального положения отдельных слоев населения в связи с резким снижением курса национальной валюты к концу 2015 года.

Рецидивирующий характер течения болезни, сопряжение психосоматических расстройств с болезнями органов пищеварения, нерациональное использование препаратов группы нестероидных

противовоспалительных препаратов, кортикостероидов и др. препаратов, способствующих поражению органов пищеварения, отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов, повышая количество больных с хроническим течением болезней органов пищеварения (БОП) [8]. Болезни органов пищеварения могут привести к длительной нетрудоспособности и даже инвалидности, влекут за собой большие прямые и косвенные затраты, как для самого больного, так и для государства. Затраты государства могут быть обусловлены с недопроизведенной продукцией, необходимостью дорогостоящего лечения и реабилитации пациентов, поэтому профилактика и противорецидивное лечение этой патологии является не только медицинской, но и социальной проблемой. Например, только в США ежегодно тратится более 10 млрд. \$ на прямые издержки, связанные с лечением больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и гастритами, в то время как косвенные издержки, связанные с уменьшением работоспособности больных ГЭРБ, составляют 75 млрд. \$ в год [9,10,11].

Болезни органов пищеварения – многофакторные заболевания. К предрасполагающим развитию БОП факторам, помимо стресса и неправильного питания относятся: работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, курение, хиатальная грыжа, некоторые лекарственные средства (блокаторы кальциевых каналов, антихолинергические препараты, бета-адреноблокаторы и др), беременность [12;13]. К группе риска по развитию патологического гастроэзофагеального рефлюкса относятся лица:

- преимущественно мужского пола;
- с органической патологией гастродуоденальной зоны, вегетативной дисфункцией;
- с очагами хронической инфекции, в т.ч. глистно-паразитарной инвазией;
- ожирением;
- мезенхимальной недостаточностью;
- имеющие наследственную предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта [5;14].

Отдельного изучения заслуживает проблема связи патологии верхнего

отдела желудочно-кишечного тракта и ожирения. В настоящее время проводятся исследования, показывающие, что у пациентов с болевым синдромом в области грудной клетки избыточная масса тела и ожирение могут служить фактором риска снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера [15]. Высокая распространенность синдрома диспепсии среди населения определяет и большие расходы, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов [16,17]. Пациенты с болезнями органов пищеварения в 2,6 раза чаще берут лист нетрудоспособности по сравнению с другими пациентами и пребывают в течение года на листе нетрудоспособности на 3-4 недели больше по сравнению со средними показателями, рассчитанными для всего населения [18].

Принципиальное значение приобретает проблема охраны здоровья населения трудоспособного возраста, количество которого уменьшается в силу различных социально-экономических причин, в том числе вследствие дисквалификации по состоянию здоровья. В соответствии с Концепцией Государственной программы «Денсаулық» на 2016-2020 годы [19], охрана здоровья работающего человека должна стать стратегической целью социально-экономического развития страны, причем ключевая роль отводится укреплению здоровья населения на основе обеспечения санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни. Помимо этого, планируется обеспечить население качественными медицинскими услугами на основе интегрированной системы здравоохранения и создать эффективную систему здравоохранения, основанную на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан, путем внедрения обязательного медицинского страхования.

Вывод. Таким образом, проблема болезней органов пищеварения несет в себе ярко выраженный медико-социальный характер, в связи с чем должна решаться комплексно как на государственном уровне, так и на уровне каждого отдельного человека. Необходимо реализовать задачи Государственной программы «Денсаулық» на 2016-2020 годы и распределить ответственность за

здоровье граждан между государством, работодателем и самим гражданином путем внедрения обязательного медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году: стат. сборник. – Астана, 2013. – 316 с.

2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году: стат. сборник. – Астана, 2015. – 360 с.

3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году: стат. сборник. – Астана, 2016. – 358 с.

4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году: стат. сборник. – Астана, 2017. – 356 с.

5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. и др. Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Гл. 3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит: методические рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Т.Л. Лапина и др. – М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2011. – 28 с.

6. Жданова И.А. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей (на примере Краснодарского края) / И.А. Жданова // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2006. – 28 с.

7. Сабгайда Т.П., Окунев О.Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период / Т.П. Сабгайда, О.Б. Окунев // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрова». – 2012. – №1 (23). – С. 12-18.

8. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад / В.А. Исаков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – №5. – С. 38-42.

9. Голубев Н.Н., Маев И.В., Мотузова Е.В., Самсонов А.А., Трухманов А.С. Болезни органов пищеварения / Н.Н.Голубев, И.В. Маев, Е.В. Мотузова, А.А.

Самсонов, А.С. Трухманов // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – Том 10, № 2. – С. 25-38.

10. Modlin I. M., Hunt R.H., Malfertheiner P. et al. Diagnosis and Management of Non-Erosive Reflux Disease – The Vevey NERD Consensus Group / I.M.Modlin, R.H. Hunt, P. Malfertheiner et al. // Journal: Digestion. – 2009. – Vol. 80, № 2. – P. 74-88.

11. Sidney J.W., Pankaj Jay Pasricha, Schmiegel W. et al. The Future Role of the Gastroenterologist in Digestive Oncology: An International Perspective / J.W. Sidney, Pankaj Jay Pasricha, W. Schmiegel et al. // Journal: Gastroenterology. – 2011. – Vol. 141, №. 4. – P. 13-21.

12. Елохина Т. Б., Тютюнник В. Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при беременности / Т.Б. Елохина, В.Л. Тютюнник // «Лечащий врач». – 2009. – № 4. – С. 1-4.

13. Маев И.В., Бурков С.Г., Антоненко О.М., Юренев Г.Л. Психоэмоциональный профиль больных, страдающих ГЭРБ / И.В. Маев, С.Г. Бурков, О.М. Антоненко, Г.Л. Юренев // Известия ВУЗов. Северо-кавказский регион. Естественные науки. – 2006. – Спецвыпуск. «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». – С. 41-43.

14. Сторонова О.А., Трухманов А.С. Методика изучения двигательной функции пищевода. Пособие для последипломного образования / О.А. Сторонова, А.С. Трухманов. – М, 2011. – 36 с.

15. Сторонова О.А., Джахая Н.Л., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т. Корреляция показателей двигательной функции пищевода и индекса массы тела / О.А. Сторонова, Н.Л. Джахая, А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин // РЖГГК. – 2010. – Т.20. – №5. – Прил. №36. – С.152

16. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Общество против изжоги / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – №4. – С.12-15.

17. El-Serag H.B. Time trends of gastroesophageal reflux disease: A systematic review / H.B. El-Serag // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2007. – №5. – P.

17-26.

18. Шульдяков В.А., Тюльтяева Л.А., Денисова Т. П., Черненко Ю. В., Алипова Л.Н. Популяционные аспекты формирования гастроэнтерологической патологии у людей разного возраста / В.А. Шульдяков, Л.А. Тюльтяева, Т.П. Денисова, Ю.В. Черненко, Л.Н. Алипова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 4. – С. 783- 786.

19. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Батырханова А. Ю., Жакипбеков К.С., Каюпова Ф.Е.

В работе представлены результаты анализа статистических сборников Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за период 2012-2016 годов. Рассмотрены медико-социальные аспекты болезней органов пищеварения как на государственном уровне, так и на уровне каждого отдельного человека.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MORBIDITY OF DISEASES OF ORGANS OF DIGESTION

Batyrkhanova A. Yu., Zhakipbekov K.S., Kayupova F.E.

The article presents the results of the analysis of statistical collections of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan "Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of health organizations" for the period 2012-2016. Medico-social aspects of diseases of the digestive organs are considered both at the state level and at the level of each individual person.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАБЛЕТОК НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАНА

Әжіханова Р.Н., Дүйсен Д.Ө.

Казахский Национальный Медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

r.azhikanova@mail.ru

96-dinara@inbox.ru

Вступление. Целью исследования является проведение маркетингового анализа твердых лекарственных форм (таблеток) на фармацевтическом рынке Казахстана. Предметом исследования был Государственный реестр лекарств, зарегистрированных на территории Республики Казахстан в 2018 году. Маркетинговое исследование ассортимента было дано для оценки доли таблеток из твердого лекарственного средства в качестве современного препарата.

Цель. Проведение маркетингового анализа твердых лекарственных форм (таблеток) на фармацевтическом рынке Казахстана.

Методы исследования. Метод статистической обработки государственного реестра лекарственных средств Республики Казахстан (сравнительный анализ).

Основной материал исследования. Промышленность по производству таблеток является одной из самых быстрорастущих отраслей. Таблетки характеризуются наличием лекарственного средства, которое удобно использовать в форме дозированных форм, сильных механизмов действия и т. д. Производство таблеток занимает значительное место на рынке Республики Казахстан.

Выяснилось, что в Республике Казахстан зарегистрировано 8071 препарат, из которых 3478 препаратов являются таблетками, то есть 43% от общего количества – таблетки, а остальные 57% – другие лекарственные формы.(Рис. 1), (Рис. 2)



Рис. 1. Диаграмма, показывающая процент таблеток, зарегистрированных в Государственном реестре Республики Казахстан



Рис. 2. Диаграмма, показывающая процент лекарственных форм, зарегистрированных в Государственном реестре Республики Казахстан

Как вы видите, таблетки в Государственном реестре Республики Казахстан регистрируются в больших количествах. Высокий процент таблеток из всех лекарственных форм является наиболее эффективным, широко используемым препаратом.

Широкий спектр таблеток объясняется его преимуществами:

- прецизионная дозировка лекарств;
- способность модифицировать дозу;
- компактность, удобство транспортировки и хранения;
- полная механизация и автоматизация процесса подготовки, обеспечивающая высокую эффективность, гигиеническую чистоту препарата;
- длительное хранение лекарств в установленной форме;
- возможность сочетания лекарственных средств, которые не подходят для их физических и химических свойств в других лекарственных формах;
- возможность удаления лекарств в одном месте (сбор в одном месте), который обеспечивается путем приготовления специальных таблеток или таблеток, растворимых в желудке;
- возможность продления срока действия лекарств;
- способность регулировать абсорбцию нескольких лекарств в таблетке в течение определенного периода времени, что обеспечивается получением многослойных таблеток;
- написание на поверхности таблетки позволяет избежать ошибок при их получении.

Диаграмма ниже показывает сравнительный анализ таблеток, производимых в Республике Казахстан. Процент медикаментов, производимых отечественными производителями, составил 21% (746 препаратов), Германия – 19% (676 препаратов), Россия – 17,6% (613 препаратов), Польша – 13,3% (462 препаратов), Индия – 37,3% (1297 препаратов), Украина – 9,5% (330 препаратов), Франция – 7,4% (258 препаратов), Беларусь – 7% (249 препаратов), Словения – 17% (602 препаратов), Италия – 4,7% (162 препаратов). (Рис. 3)

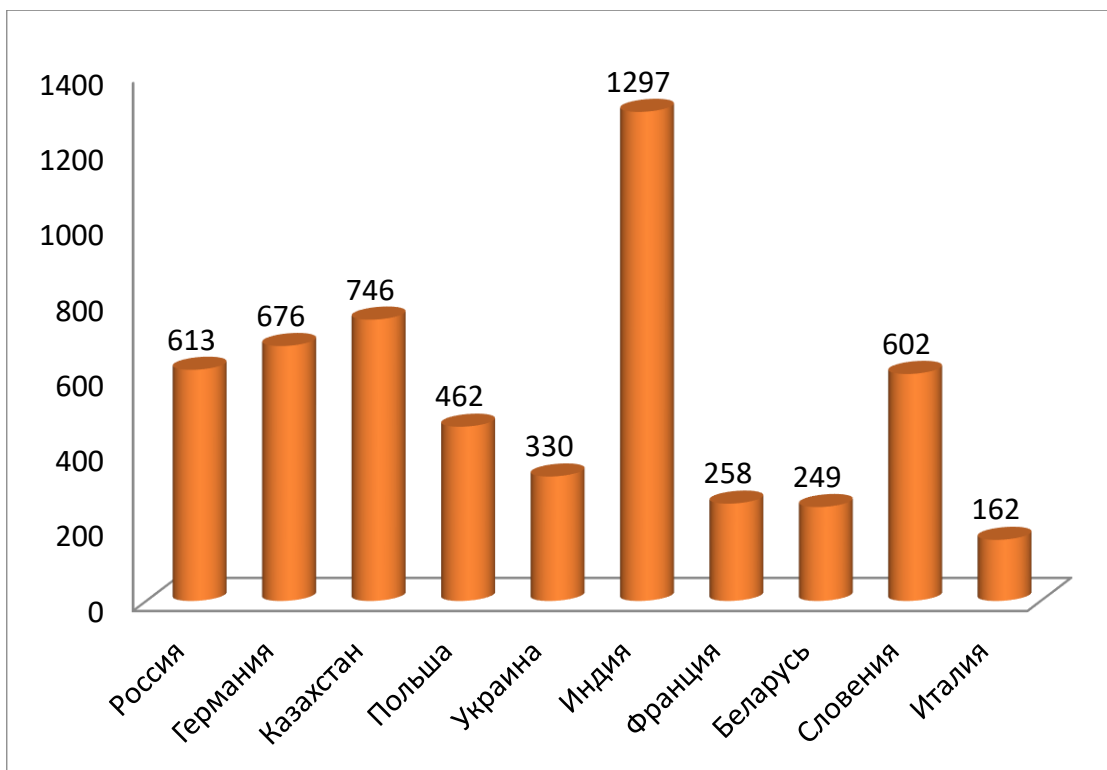


Рис. 3. Диаграмма, показывающая долю стран, производящих таблетки, зарегистрированные в Государственном реестре Республики Казахстан.



Рис. 4. Диаграмма, показывающая долю зарегистрированных таблеток в соответствии с требованиями GMP

Выводы. В результате исследования была определена доля таблеток на фармацевтическом рынке Республики Казахстан. Таким образом, таблетки занимают 43% от всего лекарственных форм. Однако большинство отечественных таблеток импортируются из других стран. Только 726 из 3478 таблеток зарегистрированы в Казахстане. Чтобы быть конкурентоспособными с другими странами, важно увеличить долю таблеток на внутреннем рынке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный реестр лекарственных средств Республики Казахстан
2. Промышленная технология лекарств / В.И. Чуешов [және т.б.]: учебник в 2-х т. Т. 2/ Под ред. Чуешова В.И. – Харьков: МТК–Книга, изд-во НФАУ, 2002. – 310б.
3. Сағындықова, Б.А. Дәрілердің өндірістік технологиясы – Алматы: «Эверо», 2016. – 262- 264б.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАПСУЛ НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Әлімхан М. М.

Казахский Национальный Медицинский университет им.С.Ж.Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

moti.96jan@mail.ru

Вступление. В результате развития фармацевтической технологии производства за последние 40 лет капсула представляла интерес и имела большое значение. Во многих странах среди дозированных лекарственных средств капсулы занимают третье место после таблеток и ампул.

Цель. Целью исследования провести маркетинговый анализ твердого препарата (капсул) на фармацевтическом рынке Казахстана. Объектом исследования является Государственный реестр лекарственных средств, зарегистрированных на территории Республики Казахстан в 2018 году. Маркетинговое исследование ассортимента было предоставлено для оценки доли капсул из твердой лекарственной формы в качестве лекарственного средства на рынке.

Методы исследования. Метод статистической обработки государственного реестра лекарственных средств Республики Казахстан (сравнительный анализ).

Основные материалы исследования. В последние годы капсулы широко используются. Популярность лекарственной формы среди производителей, потребителей и врачей объясняется многими преимуществами и положительными особенностями.

К фармацевтическим преимуществам капсул относятся:

- высокая биодоступность
- точность и равномерность дозирования
- расширенные показания к применению

- высокая стабильность
- физиологическая инертность
- корректирующая способность
- высокая эстетичность

Лекарственный продукт защищен от света, влаги и воздуха. Поверхность капсул хороша по внешнему виду и легко проглатывается, быстро разбухает, плавится и абсорбируется в желудочно-кишечном тракте.

Производство капсул играет значительную роль на рынке Республики Казахстан.

Что касается результатов исследования и их обсуждения, то общее количество зарегистрированных лекарственных форм в Республике Казахстан составляет 8070, в том числе 8% лекарств являются капсулами. В реестре зарегистрирован 657 лекарственных препаратов, произведенных в виде капсул (рис. 1).

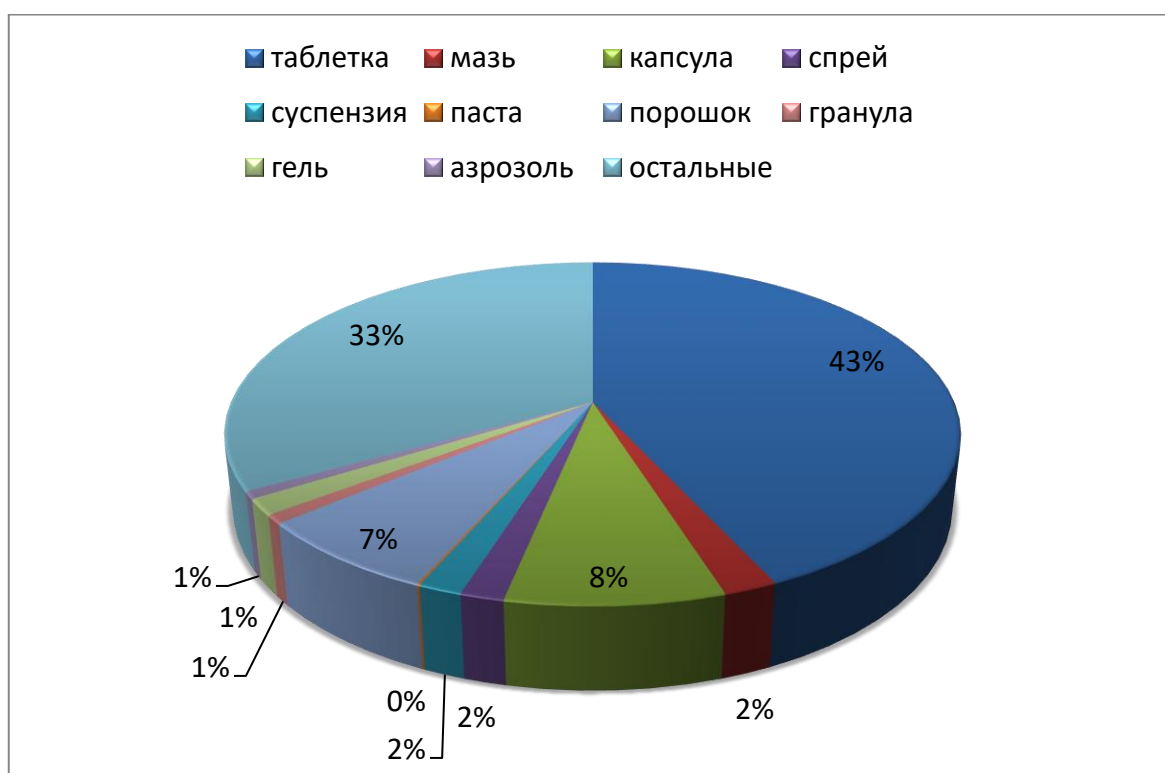


Рис. 1. Диаграмма общего лекарственного средства, предписанная ГРЛС

VIVA Pharm – один из лидеров компании в области фармацевтической разработки, клинических исследований, регистрации, производства, хранения и

распространения широкого спектра высококачественных и доступных лекарств для пациентов. Компания производит около 200 миллионов таблеток и капсул в год. ТОО «Viva Pharm» производит 3 разных видов препарата (рисунок 2).

Таблица 1

**Виды зарегистрированных лекарственных средств,
производимые в ТОО «Viva Pharm».**

Лекарственный вид	Количество
1. Капсула	1
2. Таблетка	27
3. Порошок	1

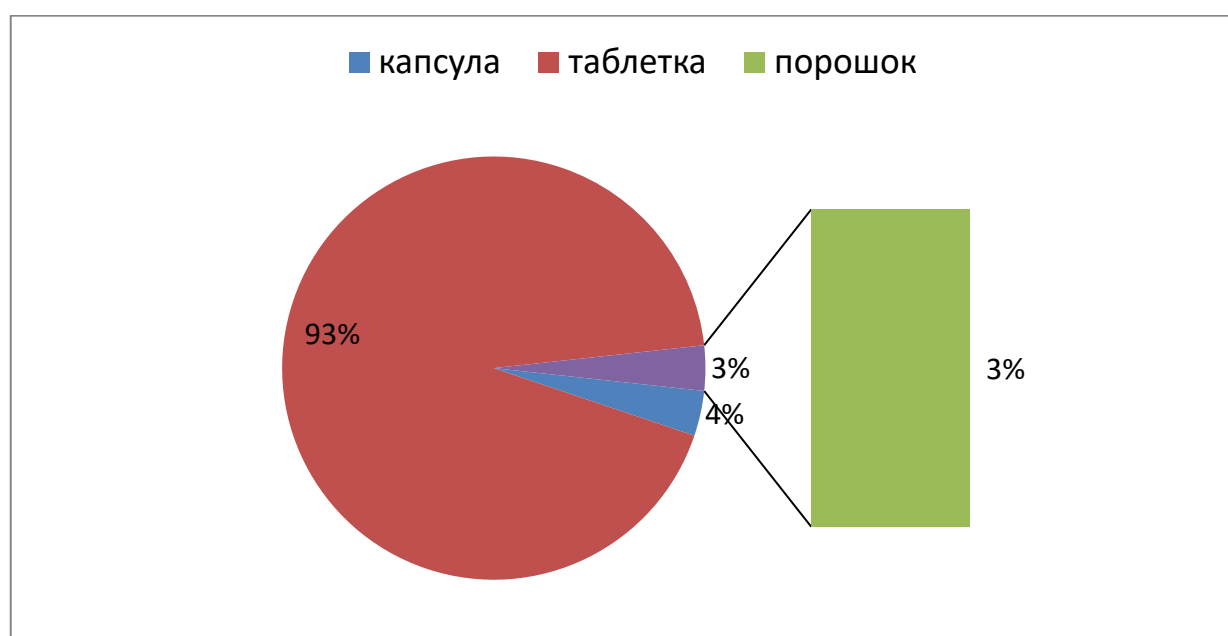


Рис. 2. Диаграмма зарегистрированных лекарственных средств, производимые в ТОО «Viva Pharm»

На следующей диаграмме показан сравнительный анализ производителей капсул, зарегистрированных в Республике Казахстан. Среди иностранных производителей: Германия – 25% (772 препарата), Россия – 21% (669 препаратов), Польша – 9% (292 препарата), Индия – 36% (1113 препаратов), Турция – 9% (277 препаратов) (рисунок 3). Они являются ведущими импортерами.

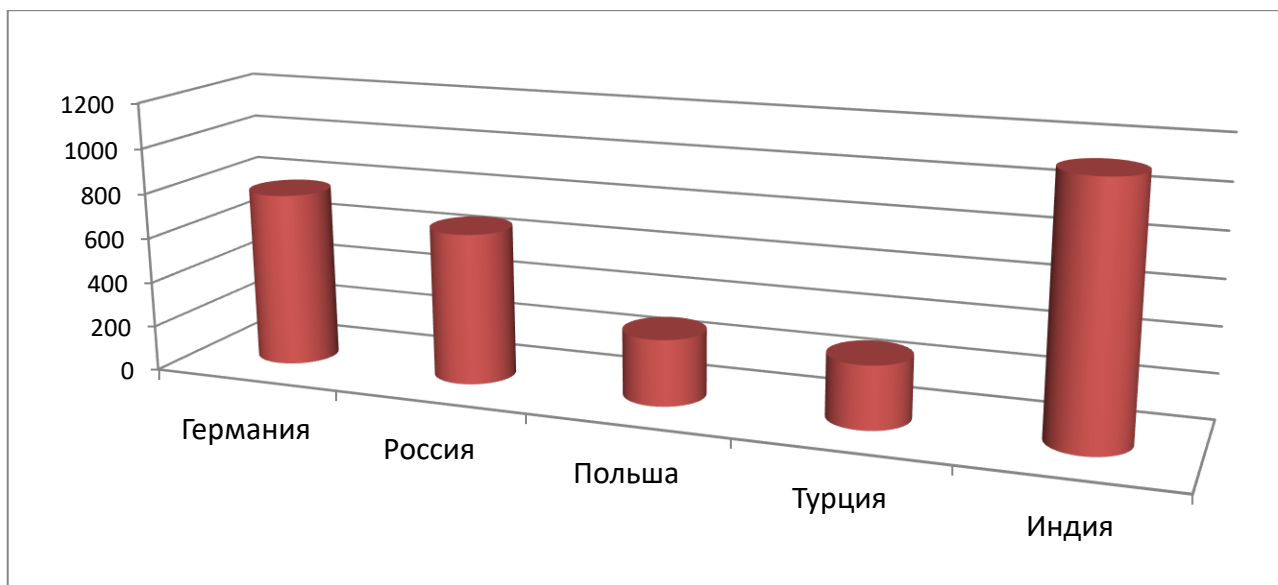


Рис. 3. Диаграмма, показывающая долю стран, производящих капсулы, зарегистрированные в Государственном реестре Республики Казахстан.

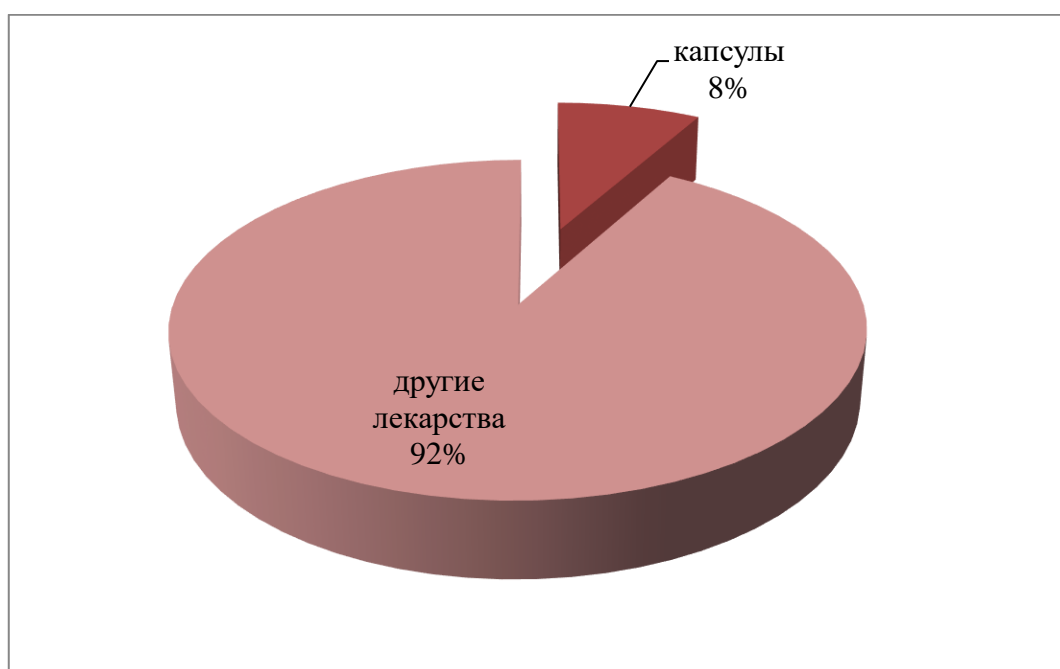


Рис. 4. Доля лекарственных средств в капсулах на рынке РК

Выводы. Нами было проведено маркетинговый анализ лекарственных средств в форме капсул, зарегистрированных в Республики Казахстан. Определено, что доля капсулированных лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке республики составляет 8%, а другие лекарственные формы 92%. Основную часть рынка занимает продукция других стран. Для

того, чтобы быть конкурентоспособным с другими странами в целях расширения внутренних и внешних рынков, нам нужно необходимо повысить количество и качество лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный реестр лекарственных средств Республики Казахстан
2. <https://vivapharm.kz/page?id=2>
3. Грядунова Г.П., Литвинова Т.П., Давигора И.В. О желатиновых капсулах // Фармация. – 1974, № 6 – с. 67-70.

MARKETING RESEARCH CAPSULE ON THE MARKET OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Alimkhan M.M.

Kazakh National Medical university after S.D. Asfendiyarov,

Almaty, Republic of Kazakhstan

moti.96jan@mail.ru

As a result of the development of pharmaceutical manufacturing technology over the past 40 years, the capsule was of interest and importance. In many countries, among the metered-dose medicines, the capsules take the third place after the tablets and ampoules.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ,
ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК
ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА**

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ПРЯМОЇ ДІЇ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Грушковська Д. Т.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

dzvinka3005@gmail.com

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

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

Методики дослідження. Об'єктами дослідження були нормативно-правові документи МОЗ, інформаційно-довідкові матеріали. При виконанні роботи використані методи інформаційного пошуку, анкетного опитування, порівняння та аналізу.

Основний матеріал дослідження. Вивчено і охарактеризовано складові зовнішнього середовища прямої дії, як специфічного оточення фармацевтичної організації. Це споживачі, постачальники, конкуренти, посередники, контактні аудиторії, закони та державні органи, які безпосередньо впливають на діяльність фармацевтичних організацій.

Проаналізовано вплив сезонності на реалізацію лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп, а саме – протиалергійних, противірусних, противиразкових, протигрибкових, протиглистових, протидіарейних, седативних, вітамінів. Розраховано величини коефіцієнта сезонності та проведено їх аналіз, заснований на визначенні мінімальних та максимальних

величин K_c і інтервалу його зміни $\Delta = K_{cmax}...K_{cmin}$.

В результаті проведеного аналізу конкурентоспроможності аптечних закладів методом оцінки зовнішніх переваг на прикладі 3-х аптек було розраховано інтегральний показник конкурентоспроможності. Встановлені показники надають змогу оцінити становище окремо взятої аптеки в порівнянні з іншими, а також зробити висновки щодо покращення організації робочого процесу за окремими напрямками.

Висновок. Постійний моніторинг і аналізування впливу факторів зовнішнього середовища уможливорює розроблення та впровадження заходів для забезпечення стійкої позиції і конкурентоспроможності фармацевтичних фірм на ринку.

АНАЛИЗ МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШЕЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СТАБИЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕ

Цурикова О. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

zurikova@zdravopharm.com

Основным направлением развития современного украинского общества является усиление роли государства в обеспечении населения доступной и эффективной фармацевтической помощью. В свете эффективной реализации данной цели актуальным является анализ мирового опыта функционирования общественного здравоохранения в различных странах мира. Указанное утверждение и определило цель наших исследований.

Объектом исследований стали данные, которые представлены на официальных сайтах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ – <http://www.who.int/>), Организации Объединенных Наций (ООН –

<http://www.un.org.ua/ua/>), Международной фармацевтической федерации (<http://www.fip.org/>). Кроме этого, нами использовались данные аналитических отчетов, которые были подготовлены международными агентствами, специализирующимися на исследованиях уровня фармацевтического обеспечения населения в различных странах. Нами использовался уже традиционный для организационно-экономических исследований инструментарий, а именно такие методы, как исторический, сравнительный, логический и т.д.

В результате проведенных исследований установлено следующее. За последнее десятилетие многие страны добились успеха в организации предоставления медицинских и фармацевтических услуг, а также в финансовой защите своих гражданам. По данным ООН и ВОЗ, приблизительно половина людей в мире не охвачены качественной и доступной медицинской и фармацевтической помощью. Уже не вызывает сомнения тот факт, что инвестирование в здоровье граждан приводит к стимулированию развития экономики и технологических инноваций, созданию рабочих мест, способствует социальной и политической стабильности в стране, повышает экономическую производительность стран. По оценкам международных специалистов, сегмент здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения за последние 15 лет продемонстрировал более интенсивный рост, чем экономика в целом. Так, в период с 2000 по 2016 гг. расходы на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения в мире выросли в среднем на 4,0%, по сравнению с 2,8% (прирост глобальной экономики). Интересным является тот факт, что расходы на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения в странах с низким и со средним уровнем дохода росли еще более быстрыми темпами. Так, указанный рост составил, в среднем, более 6,0% за анализируемый период.

Удельный вес (%) внешних ресурсов в расходах на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения в 31-й стране с низким уровнем дохода составлял в среднем около 30,0% в 2016 г. При этом в 50-ти странах с

доходом ниже среднего уровня и в 57 странах с доходом выше среднего уровня данный показатель составил лишь 3,0% и менее 1,0% соответственно. Как известно, способ финансирования здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в различных странах значительно отличается. Так, страны со средним и высоким уровнем дохода преимущественно имеют более высокую долю расходов на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения из государственного бюджета, общественных фондов или из страховых взносов. За последние 15 лет государственное финансирование указанного сектора экономики несколько увеличилось. Так, данное увеличение составило в среднем 48,0%-51,0% в странах со средним уровнем дохода и 66,0%-70,0% в государствах с высоким уровнем дохода. В странах с низкими доходами государственное финансирование здравоохранения, наоборот, сократилось с 30,0% до 22,0%, что в конечном итоге обусловило увеличение доли внешней финансовой помощи на развитие данного социально значимого сектора экономики с 20,0% до 30,0%. В период с 2000 по 2016 гг. затраты на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения из личных средств граждан снизились с 46,0% до 38,0% в странах с низким уровнем дохода, с 45,0% до 40,0% у государств с уровнем дохода ниже среднего, с 37,0% до 31,0% – в странах с уровнем дохода выше среднего и с 23,0% до 21,0% – с высоким уровнем дохода. На данный момент в странах, где расходы пациентов на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения составляют 50,0% и более, проживает около 1 млрд человек. Государства с высоким уровнем дохода, в которых проживает лишь 16,0% населения всего мира, формируют 80,0% от всех общемировых расходов на здравоохранения и фармацевтическое обеспечение населения. При этом, 76,0% людей, живущих в странах со средним уровнем дохода формируют только 20,0% общемировых расходов на здравоохранения и фармацевтическое обеспечение населения. На страны с низким уровнем дохода, в которых проживает более 500 млн. человек, по данным 2016 г., приходилось менее 1,0% от всех общемировых расходов на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения. В 2016 г.

расходы на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения на душу населения в мире составляли в среднем 1011 \$, при этом только половина стран мира тратит меньше 366 \$ на человека. Как видим, указанный мировой средний показатель скрывает достаточно большую разницу между странами с самыми высокими и самыми низкими расходами на здравоохранение и фармацевтическое обеспечение населения, т.е. от свыше 9 тыс. \$ до менее 20 \$, приходящихся на душу населения в год. По оперативным данным ВОЗ, на данный момент около 50 стран с общей численностью населения около 2,7 млрд человек потратили менее 100 \$ на душу населения с целью сохранения своего здоровья.

В заключение необходимо отметить, что Украина должна развиваться в направлении более рационального использования бюджетных средств и контроля за целевым их использованием различными субъектами отношений в системе здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения.

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА
ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ –
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ахметче А.А., Мухамбетова Г.А., Жакипбеков К.С.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,

г. Алматы, Казахстан

aleka_10_95@mail.ru

Вступление. Детский церебральный паралич (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения [1]. ДЦП является одним из самых инвалидизирующих заболеваний в неврологии детского возраста. По данным работ J.E. Tyson, L.C. Gilstrap, несмотря на активные исследования, предпринятые в последние годы в области неонатологии, частота возникновения заболевания остается высокой, достигая 0,1-0,2% у доношенных младенцев и 1% у недоношенных. Спастический тетрапарез является формой ДЦП, характеризуется выраженным ограничением развития двигательных, психо-речевых функций, низкой коммуникацией. Для профилактики ДЦП необходимо оценить основные факторы риска, способствующие развитию заболевания.

Цель исследования – изучение факторов риска развития спастических форм ДЦП у детей.

Материалы и методы исследования. Изучены анамнестические данные 186 детей со спастическим тетрапарезом, из них 28 детей с клиническим диагнозом спастический тетрапарез (согласно МКБ 10 форма G80.0) и 158 детей со спастической диплегией (G80.1). Проведен ретроспективный анализ данных историй развития детей, которые получали реабилитацию в условиях РДРЦ «Балбулак» в течение 2015 г. Дополнительные данные получены из карты развития ребенка, выписки региональных детских поликлиник.

Сбор анамнестических данных детей с ДЦП проводили с учетом их воздействия с выделением: периода беременности, родов, неонатального периода с оценкой антропометрических данных ребенка при рождении, развития детей в первые месяцы жизни.

Основной материал исследования. Анализ данных пре-перинатального периода показал, что беременность сопровождалась следующими состояниями: угроза прерывания беременности (41,4%); анемия различной степени (37,63%), токсикозы 1,2 половины беременности (41,4%), ВУИ (ЦМВ, ВПГ – 9,68%), повышение артериального давления 5,38% случаев, операция (аппендэктомия) в одном случае. Отягощенный акушерский анамнез по предшествующим беременностям отмечен в двух случаях в виде выкидыша (1,08%).

Патология периода беременности отмечена почти во всех случаях. Преждевременные роды наблюдались в 78,49% случаев, выраженная степень морфофункциональной незрелости отмечена у 19,89% новорожденных. Слабость родовой деятельности отмечена у 17,76% рожениц, отслойка плаценты в 8,6% случаев, родовспоможение в виде экстренного «кесарево сечения» у 10,75% рожениц.

Тяжесть состояния новорожденных была обусловлена гипоксическими, гипоксически-ишемическими, токсическими факторами. В данной группе, у новорожденных детей отмечены признаки асфиксии (37,09%), билирубиновой энцефалопатии в одном случае (0,54%), пролонгированной конъюгационной желтухи (8,06%), нарушения мозгового кровообращения, перинатальный геморрагический инсульт (5,38%).

Реанимационная помощь оказана 31,18% новорожденных с применением аппаратов искусственной вентиляции, с последующим переводом в отделение патологии новорожденных (36,02%).

Полученные данные подтверждают полиэтиологичность развития ДЦП. Патология периода беременности отмечена во всех случаях. К одним из наиболее предрасполагающих факторов к развитию церебрального паралича большинство авторов выделяют преждевременные роды. Недоношенность

имеет большой удельный вес в анамнезе больных ДЦП и составляет, по данным разных авторов, от 19 до 33, 2%, в то время как среди всех новорожденных этот показатель равен 4 – 8% [2,3].

Таким образом, анализ факторов риска развития спастического тетрапареза у детей показал, что патология периода беременности и родов взаимосвязаны. Среди этой группы детей высокий процент преждевременных родов, недоношенных новорожденных с морфофункциональной незрелостью систем организма. Гипоксически-ишемические, гипоксические, травматические факторы способствовали формированию органической патологии нервной системы. Ведущими факторами риска развития ДЦП, спастической диплегии явилось: недоношенность, гипоксически-ишемическое поражение головного мозга, асфиксия в родах, многоплодие, внутриутробные инфекции. С первых дней жизни состояние детей сопровождалось перинатальной патологией ЦНС, с задержкой формирования двигательных и психо-речевых функций.

Выводы:

1. Тяжелое поражение головного мозга вызвано воздействием нескольких факторов риска: гипоксического, инфекционного, травматического и токсического.
2. Факторы риска действовали в разные периоды: беременности, родового и неонатальном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неврология детского возраста: учебник / А.С.Петрухин. – Москва: Медицина, 2004-784 с.;
2. Макаров В.А. Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. №1. 2009 – <http://cplife.ru/n1articles1.html>;
3. Ватолина, М. И. О роли различных перинатальных факторов в развитии детских церебральных параличей /Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1969. – Т.2. – С. 394

РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ В УКРАЇНІ

Кузьмініх С.С., Макаренко О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

olgamakarenko977@gmail.com

Вступ. Перитоніт є одним із найбільш тяжких ускладнень захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини і стабільно посідає провідне місце в структурі хірургічної летальності, яка коливається від 1,3% при місцевому до 80% при розповсюдженому гнійному перитоніті (ГП), при токсичній і термінальній стадії ГП – 25-30%, в випадку прогресування синдрому поліорганної недостатності – 60-87% випадків.

Метою ж даної роботи було встановити рівень захворюваності гострим перитонітом в Україні для подальшої корекції фармацевтичного забезпечення відділень хірургічного профілю.

Матеріали та методи дослідження. Дані статистичного обліку ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» щодо захворюваності гострим перитонітом.

Результати дослідження. Нами проаналізовані дані зареєстрованих випадків гострим перитонітом за період 2015 – 2017 рр. Відмічено, що в 2015 р. по Україні було зареєстровано 6376848 випадків, в 2016 р. – 6296396, а в 2017 р. – 6246306, що відповідає 18144,4, 18001,6 та 17949,5 для зазначених років на 100000 відп. населення. Отже, рівень захворюваності для України протягом зазначеного періоду знаходиться на одному рівні.

Серед зазначених результатів важливо відмітити, що в Дніпропетровській (3122,8/ вип. 100000 насел.; 3095,4/ вип. 100000 насел.; 3029,6/ вип. 100000 насел.), Закарпатській (3777,3/ вип. 100000 насел.; 3722,6/ вип. 100000 насел.; 3609,6/ вип. 100000 насел.), Івано-Франківській (3867,3/ вип. 100000 насел.; 3766,3/ вип. 100000 насел.; 3756,9/ вип. 100000 насел.), Миколаївській (3507,1/ вип. 100000 насел.; 3604,9/ вип. 100000 насел.; 3544,6/ вип. 100000 насел.) та Харківській (3534,3 / вип. 100000 насел.; 3307,1/ вип. 100000 насел.; 3143,1/ вип.

100000 насел.) областях спостерігається високий рівень зустрічності гострого перитоніту за 2015-2017 роках. Найнижчий рівень захворюваності зареєстровано в Волинській (1473,7/ вип. 100000 насел.; 1374,2/ вип. 100000 насел.; 1400,0/ вип. 100000 насел.) та Запорізька (1066,7/ вип. 100000 насел.; 1335,6/ вип. 100000 насел.; 1084,7/ вип. 100000 насел.)

Висновок. Таким чином, нами відмічено високий рівень захворюваності гострим перитонітом в таких великих промислових районах України як Дніпропетровська та Харківська області, проте в Запорізькій рівень захворюваності найнижчий – 1084 випадків на 100000 населення. Необхідно подальше соціальне дослідження високих показників гострого перитоніту в таких регіонах як Закарпатська, Івано-Франківська та Миколаївська області.

**ЛЮДИНА –
СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ –
ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА –
СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ**

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИХОДУ НА РИНОК НОВОЇ МАЗІ ЗІ ШРОТУ ЛИСТЯ ВІЛЬХИ КЛЕЙКОЇ

Баглай Т.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mrs.bata@gmail.com

Вступ. У Національному фармацевтичному університеті отримані та досліджуються екстракти із кори та листя *Вільхи клейкої*. Перший має протизапальну, антимікробну та репаративну дію, другий прискорює репаративні процеси на внутрішньоклітинному рівні та має широкий спектр антимікробної активності. Також розроблено нову лікарську форму – мазь зі шроту листя *Вільхи клейкої*, результатами дослідження якої має стати підтвердження її виразної репаративної, а також протизапальної й антиалергічної дії при місцевому лікуванні шкірних пошкоджень різної генези.

Метою даного дослідження є встановлення підстав для вихід на ринок нової мазі зі шроту листя *Вільхи клейкої*, а саме готовності лікарської спільноти та призначення та використання нового препарату за його появи.

Методики дослідження. За спосіб дослідження запропоновано та використано метод опитування громадської думки серед статистично правильної вибірки з цільової аудиторії практикуючих лікарів первинної та вторинної ланок різних регіонів України. У опитуванні, що тривало в січні-лютому 2018 року, було поставлено відкриті узагальнено-ідентифікуючі та, передусім, закриті змістовні питання практики застосування лікарських засобів при лікуванні ран.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили програмним забезпеченням «Статистика 8», загальноприйнятим в фармакології. Рівень значущості при застосуванні методів математичної статистики був прийнятий за $P = 0,05\%$. Достовірність різниці між середніми значеннями показників визначали за t -розподілом.

Основний матеріал дослідження. Серед опитаних більшість висловила готовність до призначення та застосування нового препарату зі шроту листя

Вільхи клейкої, зокрема, позитивний показник зріс від балансу (+/-) +76 до +92 у фокусі лікарів із фаху хірургія, травматологія, дерматологія (рис. 1).

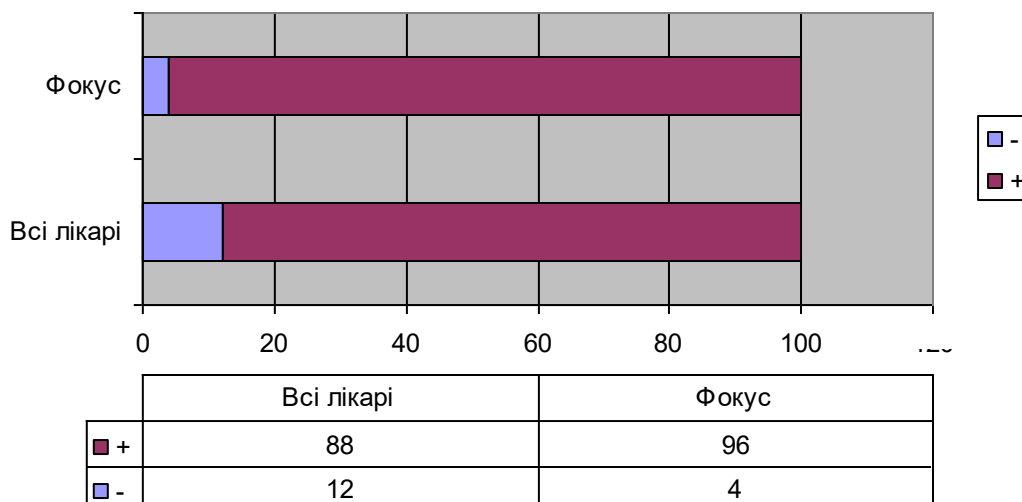


Рис. 1. Баланс схвалення/несхвалення виходу на ринок нової мазі зі шроту листя *Вільхи клейкої*

Серед провідних чинників позитивного відношення з боку всіх опитаних лікарів до впровадження нової лікарської форми, передусім, відзначаються (рис. 2) об'єми та зміст призначення (100%), побічних дій (98%), протипоказань (95%), походження препарату (71%) та ймовірна вартість (59%).

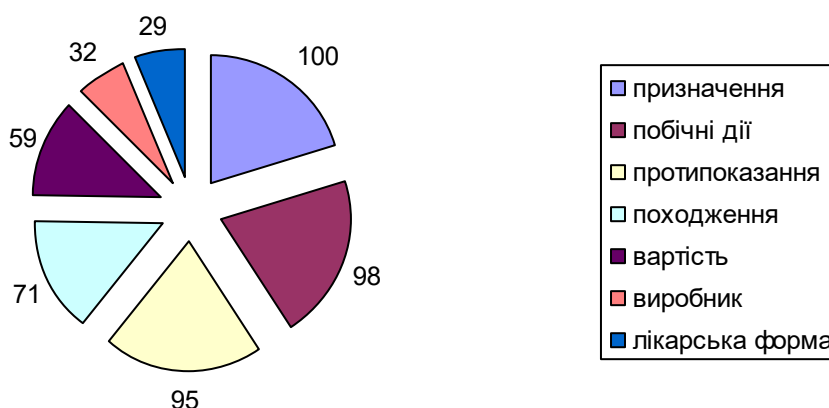


Рис. 2. Чинники рішення про застосування нової мазі зі шроту листя *Вільхи клейкої* (всі лікарі, мультивибір)

У фокусі (вторинна ланка) розподіл чинників не був виразно відмінним.

При чому під показаннями розумілися й фармакологічні властивості, а під походженням – природний чи синтетичний характер діючих речовин.

Через відкрите змістовне питання встановлено, що очікуються порівняння (співставлення) клінічних характеристик нового препарату з широковідомими та вживаними ранозагоюючими препаратами.

Висновки. До загальних висновків по дослідженню можна віднести наступне:

1. Лікарська спільнота позитивно ставитиметься до виходу на ринок нового препарату – нової мазі зі шроту листа *Вільхи клейкої*, причому спеціалізовані фахівці більш оптимістичні, ніж первинна ланка;

2. Серед чинників схвалення виходу на ринок нового «гравця» перевага віддається не сторонам, що є пріоритетними для споживача (ціна, виробник, генеза), а фармакологічним причинам (призначення, протипоказання, подібні дії) не залежно від лікарської ланки.

Серед перспектив треба окреслити маркетингові дослідження, зокрема, в сегменті D03AX (інші препарати, що сприяють загоєнню) препаратів, що сприяють загоєнню (рубцюванню) ран, а також лікарських засобів протизапальної й антиалергічної дії, показаних за лікування шкірних уражень, ефекти чого очікуються від нової мазі зі шроту листа *Вільхи клейкої*.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ

Гаврилюк Я.Д.

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

yaroslava.gavrylyuk@gmail.com

Вступ. В останні роки в ряді країн Європейського Союзу (ЄС) були введені методи оцінки технологій охорони здоров'я (НТА – Health Technology Assessments). НТА оцінює додаткову вартість нової технології охорони здоров'я

порівняно з існуючими. Медичні технології включають в себе лікарські засоби, медичне обладнання, методи діагностики і лікування, реабілітацію та методи профілактики. В Україні ця система знаходиться на стадії розробки та можливого подальшого впровадження законодавством України.

Мета. Дослідити досвід країн ЄС у впровадженні системи оцінки технологій охорони здоров'я для подальшого застосування в Україні. Використано бібліографічний та аналітичний методи дослідження.

Основний матеріал дослідження. Оцінка системи технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) в Європі використовується вже понад 35 років і є основним інструментом в політиці охорони здоров'я та важливою частиною процесу прийняття рішень щодо здоров'я в більшості країн ЄС. У 2005 році була створена Європейська мережа з ОТОЗ, головною метою якої є оптимізація використання ресурсів медичних систем і забезпечення співпраці у сфері системи ОТОЗ в Європі. Керуючись директивою Європарламенту 2011/24/EU щодо співпраці в сфері ОТОЗ та обміну науково-практичною інформацією між країнами ЄС, був створений проект, який має назву НТА Core Model® (укр. Базова модель ОТОЗ). Модель складається з трьох наступних компонентів, кожна з яких має певну мету: 1. стандартизований набір питань ОТОЗ (онтологія), що дозволяє користувачам визначати свої конкретні питання дослідження в межах ієрархічної структури; 2. методичні вказівки, які допоможуть відповісти на питання дослідження; 3. спільна структура звітування для представлення результатів у стандартному форматі «питання-відповідь». За допомогою цієї моделі можна створити звіти з великим обсягом інформації, зробити пошук та використання інформації легким і доступним для всіх зацікавлених сторін у різних країнах. ОТОЗ також використовується національними органами влади, щоб допомогти вирішити, на які технології потрібно відшкодувати кошти на національному рівні.

Висновки. Система ОТОЗ є дуже важливою частиною процесу прийняття рішень щодо здоров'я населення. Вже розроблена та впроваджена модель у ЄС, за допомогою якої можна зручно користуватися системою ОТОЗ у різних країнах

Європи. Таким чином, можна стверджувати, що використання положень цієї системи в Україні допоможе прискорити процес медичної реформи.

СУЧАСНИЙ СТАН ПОВОДЖЕННЯ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ, ЩО НЕ ПІДЛЯГАЮТЬ ПОДАЛЬШОМУ ВИКОРИСТАННЮ, В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Гала Л.О.

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

lilii.gala@nmu.ua

Вступ. Досягнення фармацевтичної галузі щодо розробки нових ефективних лікарських засобів (ЛЗ) важливі для збереження здоров'я населення, проте її відходи з кожним роком все більше впливають на навколишнє середовище, оскільки накопичуються у ґрунті та поверхневих водах. ЛЗ потрапляють у живу природу двома основними шляхами: у складі виділень організму та через систему водопостачання у зв'язку з тим, що невикористані або неякісні препарати зливаються чи викидаються в каналізацію.

Метою роботи є аналіз фактичного стану поводження з ЛЗ, які не підлягають подальшому використанню, в аптечних закладах України для виявлення напрямів подальших досліджень. **Матеріали дослідження** – результати анкетування фармацевтичних працівників. Використано **методи** – аналітико-порівняльний та експертного опитування фахівців.

Результати дослідження. Протягом квітня-травня 2017 року проведено анкетування фахівців аптечних закладів м. Києва та декількох областей країни. Усього роздано 317 анкет. У подальшому використовувалися дані анкет експертів з «дуже високим», «високим» та «достатнім» рівнями компетентності (232 опитаних – 73,2% від загальної кількості прийнятих до роботи анкет).

За даними анкетування лише 24,6% опитаних знають про існування

наказу МОЗ України від 24.04.2015 р. №242 «Про затвердження Правил проведення утилізації та знищення ЛЗ» та можуть назвати його номер або номер попередньо діючого нормативного документа. Стосовно порядку дій з неякісними ЛЗ, як свідчать результати дослідження, – у більшості аптек працівники викупувають препарати, термін придатності яких минув (62,9%), у 32,3% випадків вартість ліків покривається за рахунок підприємства і лише 4,8% респондентів відзначили можливість повернення товару постачальнику. 26,3% опитаних передають такі ЛЗ завідувачу аптеки або на «центральний офіс» для подальшого знешкодження. При цьому шляхи його проведення знаходиться поза сферою їх компетентності. У переважній кількості аптек (73,7%) практикується багаторазове розведення і змивання в міську каналізацію рідких форм препаратів або викидання у складі побутового сміття – для всіх інших ЛЗ, що пов'язане з незацікавленістю керівництва аптекних мереж у фінансуванні цих процесів за рахунок власних коштів. Проте відповідно до вищезазначеного наказу МОЗ України ЛЗ, що не підлягають подальшому використанню, повинні передаватися для утилізації або знешкодження суб'єктам господарювання, які мають відповідні ліцензії на провадження діяльності у сфері поводження з небезпечними відходами безпосередньо або через постачальників, якщо це передбачено умовами договору.

Як правило, терміни придатності ЛЗ в аптеках контролюють 1 раз на місяць (65,1%) для вчасного виявлення препаратів, термін придатності яких невдовзі закінчується, 1 раз на тиждень (20,7%), щоквартально (12,5%) і в декількох випадках 1 раз на півроку чи рік. Протерміновані ЛЗ в 63,4% випадків зберігаються в карантинній зоні, у 17,2% – у спеціально обладнаному місці для тимчасового зберігання таких препаратів, у 19,4% – постійне місце знаходження відсутнє, частіше за все це кабінет або стіл завідувача аптекою. У більшості аптек саме керівник закладу відповідає за роботу з ЛЗ, термін придатності яких минув (77,6%), в інших випадках – це уповноважена особа або весь колектив закладу.

Лише 14,2% фахівців відмічають, що до них звертаються споживачі

стосовно питань повернення невикористаних препаратів до аптеки або правил їх знищення, у зв'язку з чим важливим є систематичне проведення спеціалістами аптек роз'яснювальної роботи щодо правильного поводження з фармацевтичними відходами з метою підвищення рівня соціальної свідомості та відповідальності громадян за збереження природних ресурсів.

Висновки. Аналіз фактичної ситуації, яка склалася в аптечних закладах України, з неякісними ЛЗ, свідчить, що фахівцями практикується методи їх знищення, які не відповідають сучасним принципам поводження з фармацевтичними відходами. Зазначене підкреслює необхідність розробки та впровадження комплексу заходів щодо організації моделі ефективного поводження з ЛЗ, які не підлягають за будь-яких причин подальшому використанню.

ДОСЛІДЖЕННЯ ШИРОТИ АСОРТИМЕНТУ ДРІБНИХ, СЕРЕДНІХ ТА ВЕЛИКИХ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ

Мала Ж.В., Посилкіна О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mala-zhanna@rambler.ru

Вступ. Управління асортиментом є однією з найважливіших функцій будь-якого підприємства. Саме від асортименту багато в чому залежить ефективність його роботи і успіх в цілому.

Метою дослідження є аналіз широти асортименту дрібних, середніх та великих аптечних мереж (АМ) в Україні.

Методики дослідження. В процесі дослідження було використано метод експертного опитування – були опитані 421 співробітника різних за розмірами АМ з різних областей України.

Основний матеріал дослідження. Встановлено, що за широтою

асортименту дрібні, середні та великі АМ відрізняються вагомо (Kruskal–Wallis $H(2,42)=27.59$, $p=0.0 \cdot 10^{-2} < 0.05$, рис. 3.29). Для асортименту аптек, що належать до дрібних АМ, характерна наявність в середньому 3-4 тис. найменувань лікарських засобів (ЛЗ і ВМП). Половина аптечних закладів, які входять до складу АМ середнього розміру, мають в своєму асортименті від 3 до 5 тис. асортиментних позицій. Асортимент середніх АМ є вагомо ширшим у порівнянні з дрібними АМ (Mann–Whitney $U=7199.5$, $Z=-2.55$, $p=1.07 \cdot 10^{-2} < 1.67 \cdot 10^{-2}$). Для аптек, які належать до великих і мега- АМ, в середньому характерна присутність в асортименті 4-5 тис. найменувань ЛЗ і ВМП, причому у 50% таких закладів широта асортименту варіюється від 3-4 тис. до 5-6 тис. найменувань. Великі АМ за широтою асортименту вагомо переважають середні (Mann–Whitney $U=10043$, $Z=-3.79$, $p=1.52 \cdot 10^{-4} < 1.67 \cdot 10^{-2}$), і дрібні (Mann–Whitney $U=4097.5$, $Z=-4.70$, $p=0.3 \cdot 10^{-5} < 0.02$).

Висновки. Таким чином, проаналізовано широту асортименту дрібних, середніх та великих АМ в Україні, що свідчить про значні відмінності у діапазоні середньої кількості асортиментних позицій в залежності від розміру АМ.

**СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ
МЕХАНІЗМИ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ**

ФОРМУЛЯРНА СИСТЕМА ЯК ЕЛЕМЕНТ УПРАВЛІННЯ РАЦІОНАЛЬНИМ ВИКОРИСТАННЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Вишницька І.В., Унгурян Л.М., Базаренко І.С., Каравелкова Ю.С.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

olkhova_irina@mail.ru

Формулярна система (ФС) з позиції менеджменту в охороні здоров'я – один із важливих механізмів державного регулювання якості й доступності надання населенню медичної й фармацевтичної допомоги (послуги), що забезпечує застосування раціональних, тобто організаційно та економічно обумовлених методів постачання, використання та контролю за споживанням лікарських засобів (ЛЗ) за умов існуючого ресурсного забезпечення.

Метою нашого дослідження був порівняльний аналіз складу окремих розділів Державного формуляру (ДФ) ЛЗ України в динаміці за 2009-2017 рр.

ФС функціонує на критеріях включення ЛЗ до формулярних списків усіх рівнів, що відповідають: показникам діяльності галузі (регіону, лікувально-профілактичного закладу); даним щодо ефективності, безпеки препарату, отриманих методами доказової медицини; вітчизняним даним щодо ефективності, безпеки, отриманими методами фармакологічного нагляду. Відбір ЛЗ для включення до ДФ ЛЗ здійснюється на основі пошуку даних у наукових джерелах інформації різного рівня, серед яких обов'язковими є клінічні настанови, медичні стандарти, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, затверджені наказами МОЗ України, формуляр ВООЗ та національні формуляри ЛЗ інших країн. ЛЗ може бути включено до ДФ при наявності його державної реєстрації в Україні; статистичних даних, що підтверджують його високу ефективність; інформації стосовно допустимого рівня безпеки застосування відповідно до Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями ЛЗ, дозволених до медичного застосування, затвердженого наказом МОЗ України. Дієздатна ФС передбачає можливість: застосування ЛЗ, які не входять до формулярного переліку (відповідно до умов клінічної ситуації);

проведення терапевтичної заміни препарату. Крім того, вона створює умови для протидії впливу представників фармацевтичних компаній та рекламної літератури.

Затвердження ДФ ЛЗ України та постійний його перегляд (перше видання – 2009 р., дев'яте – 2017 р.), наказу МОЗ від 22.07.2009 р. № 529 є вагомими кроками до створення ФС у нашій державі.

Нами були проаналізовані розділ 3 ДФ ЛЗ України «Гастроентерологія. Лікарські засоби» (2009-2017), що включає ЛЗ для гастроентерологічних захворювань згідно з стандартами лікування на предмет вмісту ЛЗ для симптоматичного і патогенетичного лікування гастриту і дуоденіту, а також розділ 17 ДФ «Протимікробні та антигельмінтні засоби», що включає антибактеріальні ЛЗ для проведення ерадикаційної терапії *H. pylori*.

Порівняльний аналіз показав, що перший випуск (2009) включав до свого складу 37 ЛЗ, з другого (2010) були виключені комбіновані фітопрепарати (тирлич жовтий + золототисячник + ромашка лікарська + кмин звичайний; перстач гусячий + квітки ромашки лікарської + корінь солодки + корінь дягелю + трава кардобенедикта + трава полину гіркого + трава звіробою звичайного), кальцію карбонат + магнію карбонат, альгінова кислота та фамотидин + кальцію карбонат + магнію гідроксид. Другий і третій (2011) випуски ДФЛЗУ не відрізняються між собою за групою досліджуваних ЛЗ і включають по 36 препаратів. Четвертий випуск (2012) залишився без змін у досліджуваних розділах. З п'ятого випуску (2013) вилучено гідротальцит, з сьомого (2015) – пірензепін та комбіновані препарати: омепразол + амоксицилін + кларитроміцин, рабепразол + орнідазол + кларитроміцин, пантопразол + амоксицилін + кларитроміцин, з дев'ятого (2017) – біфіформ, ацидин + пепсин. В ДФ наголошено на наданні переваги включення до переліку монопрепаратів.

Виявлена динаміка складу розділів ДФ вказує на його постійне вдосконалення і необхідність розвитку ФС в країні з метою раціоналізації використання ЛЗ в умовах обмежених ресурсів галузі охорони здоров'я й фармації.

АНАЛІЗ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» В ОКРЕМИХ АПТЕКАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Корнієнко О.М., Лепкалюк І.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

oef1784@gmail.com

Вступ. На сьогоднішній день в Україні офіційно зареєстровано майже 200 тис. громадян із бронхіальною астмою, на цукровий діабет хворіє 1,2 млн. осіб, на серцево-судинні захворювання ще більше – близько 13 млн. Систематично лікуються лише 14% осіб, звертаючись до лікаря, ще близько третини періодично приймають лікарські засоби. Запровадження ефективної соціально-економічної системи реімбурсації вартості ліків створює можливість суттєвого покращення рівня фармацевтичного забезпечення широких верств населення, позаяк лікування найпоширеніших захворювань стає доступнішим.

Мета. Встановлення особливостей реалізації лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» в окремих аптеках Івано-Франківської області.

Методики дослідження. Об'єктом дослідження були фактичні дані про реалізацію лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, в окремих аптеках м. Коломия і м. Косів за період з 1.04.2017 по 1.01.2018 р. Використовувались методи статистичного і порівняльного аналізу даних первинної маркетингової інформації.

Основний матеріал дослідження. З 1 квітня 2017 р. в Україні реалізується урядова програма «Доступні ліки», у рамках якої пацієнти за рецептом лікаря можуть отримати безкоштовно або з доплатою лікарські засоби для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. Реалізація програми «Доступні ліки» має низку особливостей. Зокрема, суб'єкт господарювання, що бере участь у названій програмі, зобов'язаний забезпечувати безперервну наявність та реалізацію асортименту лікарських засобів, що підлягають повному відшкодуванню

обов'язково, та додатково тих, що підлягають частковому відшкодуванню, у кількості щонайменше 2 торгових назви в кожній групі міжнародних непатентованих назв (МНН). Суттєвою перевагою реалізації програми «Доступні ліки» є те, що пацієнт має право обрати лікарський засіб з наявних пропозицій препаратів різних виробників. Умовою відпуску препарату є наявність виписаного лікарем рецепту форми Ф1 (за МНН) з додатковими реквізитами: печаткою закладу охорони здоров'я і печаткою червоного кольору «Вартість підлягає відшкодуванню», а також наявність асортиментної позиції в Реєстрі лікарських засобів, вартість яких підлягає державному відшкодуванню.

У Коломийському районі Івано-Франківської області налічується близько 99 тис. осіб населення, у Косівському – 88 тис. осіб. У програмі «Доступні ліки» беруть участь мережеві аптеки («D.S.», «Здорова родина», «ЗІ», «Подорожник»), комунальні аптеки Коломийська центральна районна аптека № 31, Косівська ЦРА №40, а також низка одиничних аптек приватної форми власності.

Об'єктом нашого дослідження були дві аптеки у м. Коломия та дві аптеки у м. Косів. Аптека №1.1 розміщена на безпосередньо території Коломийської центральної районної лікарні (ЦРЛ), аптека №1.2 – поза лікарнею. Встановлено, що асортимент реалізованих аптекою №1.1 лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, налічував 13 МНН препаратів для лікування серцево-судинних захворювань, 2 МНН – для цукрового діабету і 1 МНН для лікування бронхіальної астми. Не відпускались за названою програмою верапаміл, ізосорбїду динітрат, метопролол, беклометазон і будесонід. У аптеці №1.2 за програмою «Доступні ліки» реалізації підлягали 12 МНН з 16-ти для лікування серцево-судинних захворювань (крім атенололу, фуросемїду, ізосорбїду динітрату і нітрогліцерину). Серед лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, користувалися попитом по 2 МНН препаратів для лікування цукрового діабету і бронхіальної астми (крім беклометазону).

Найбільшим попитом у досліджуваних аптеках протягом досліджуваного періоду користувалися препарати для лікування серцево-судинних захворювань. Варто зауважити, що в обох аптеках лідером серед названої групи

препаратів є еналаприл табл. 20 мг. Також часто реалізації підлягав амлодипін (табл. 10 мг і 5 мг), бісопролол табл. 5 мг, атрогрель табл. 75 мг, тромбонет табл. 75 мг, метформін табл. 850 мг, карведилол табл. 12,5 мг та низка інших.

Суттєвих відмінностей в об'ємах реалізації за кількістю досліджуваної групи лікарських засобів у аптеках №1.1 і №1.2 не виявлено, позаяк загалом було відпущено відповідно 334 і 353 упакувань.

Для порівняння нами було обрано схожі за локалізацією аптеки в м. Косів. Аптека № 2.1 знаходиться на території Косівської ЦРЛ, аптека № 2.2 – на відстані кількох сотень метрів від лікарні. Варто зауважити, що загальний обсяг реалізації лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, в обох аптеках м Косів є значно більший, ніж в аптеках з аналогічною локалізацією в м. Коломия. Встановлено, що сумарно за аналогічний період 2017 року за вищеназваною програмою в аптеці № 2.1 було відпущено 2100 упакувань лікарських засобів, в аптеці № 2.2. – 884 упакування.

Найбільшим попитом в аптеці №2.1 користувалися еналаприл табл.10 мг, артрогель табл.75 мг і бісопролол табл. 5 мг (256, 243 і 206 упакувань відповідно). Також часто лікарі призначали пацієнтам спіронолактон табл. 0,25, еналаприл табл. 20 мг, бісопролол табл. 10 мг і діаформін табл. 850 мг (145, 136, 116 і 113 упакувань відповідно).

Лідером за кількістю реалізованих упакувань серед досліджуваної групи лікарських засобів в аптеці №2.2. був верошпірон табл. 25 мг (82 упакування). Також високим попитом користувалися атерокард табл. 75 мг, еналаприл табл. 20 і 10 мг, бісопролол табл. 5 і 10 мг, артрогрель табл. 75 мг і амлодипін табл. 5 і 10 мг, їх реалізація протягом досліджуваного періоду становила від 37 до 47 упакувань.

Висновки. У результаті порівняльного аналізу реалізації лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» в окремих аптеках Івано-Франківської області встановлено, що незалежно від локалізації аптечного закладу з трьох груп МНН, вартість яких підлягає відшкодуванню, найбільшим попитом користуються засоби для лікування серцево-судинних захворювань.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ РЕИМБУРСАЦИИ

Лхирши Х., Волкова А.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Вступление. Заболевания системы кровообращения среди населения стран мира сегодня занимают лидирующие позиции по распространенности и причине смертности. Украина не является исключением, так по статистическим данным в 2016 г. у 30 % украинцев диагностированы заболевания системы кровообращения, а показатель смертности от данных патологий в 5 раз превышает смертность от новообразований. С целью повышения экономической доступности лекарственных препаратов (ЛП) для лечения социально значимых заболеваний, к которым относятся и заболевания сердечно-сосудистой системы, правительством Украины внедрен механизм частичной и полной реимбурсации стоимости ЛП для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета II типа и бронхиальной астмы.

Целью нашего исследования стало проведение структурного анализа ассортимента ЛП для лечения сердечно-сосудистых заболеваний украинских производителей, которые включены в государственную программу реимбурсации. Во время исследования использованы методы сравнительного, логического анализа и маркетинговых исследований.

Основной материал исследования. Перечень ЛП для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, стоимость которых подлежит компенсации в рамках программы «Доступные лекарства», насчитывает 17 международных непатентованных названий и 184 торговых наименований ЛП с учетом лекарственных форм. По результатам анализа данной подгруппы установлено, что ассортимент украинских производителей ЛП, которые включены в последнюю редакцию Реестра ЛП программы реимбурсации, составляет 56,7%

наименований от общей численности подгруппы. Препараты представлены 6 украинскими производителями и 9 производителями из Индии, Швейцарии, Израиля, Греции и Кипра.

Структурный анализ перечней ЛП в каждой из подгрупп по МНН показал, что среди препаратов верапамила, атенолола, фуросемида, гидрохлортиазида, изосорбида динитрата, нитроглицерина и дигоксина все наименования представлены украинскими производителями. А в подгруппах карведилола, лозартана и симвастатина преобладают импортные ЛП (доля украинских препаратов менее 30%).

Результаты анализа структуры затрат на приобретение пациентами в рамках Программы реимбурсации ЛП для лечения сердечно-сосудистых заболеваний показали, что компенсируется государством на 100% стоимость почти 20% ЛП из анализируемого ассортимента, при этом количество препаратов украинского производства с полной компенсацией составляет 27 наименований или 14,7% от общего числа. Ассортимент ЛП украинских производителей, стоимость которых более чем на 50% оплачивается пациентами, составляют почти 27% от всех наименований данной подгруппы.

Выводы. Таким образом, результаты анализа свидетельствуют о преобладании в последней редакции Реестра ЛП для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, стоимость которых подлежит компенсации по программе «Доступные лекарства», препаратов украинского производства, однако полное возмещение их стоимости предполагается только для каждого пятого наименования, что подтверждает актуальность пересмотра и дополнения данных реестров с целью повышения доступности фармакотерапии для всех категорий населения.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ЗАСАД ЗАСТОСУВАННЯ ПАРАФАРМАЦЕВТИКІВ ЗА УМОВ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Немченко А. С., Назаркіна В. М., Міщенко В. І., Винник О. В., Тімофеев С. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

viktoriamischenko@ukr.net

Вступ. На сьогодні ортодоксальна медицина, на жаль, не спроможна повною мірою дати позитивний результат в лікуванні захворювання та виявлення справжніх причин його виникнення. Тому у провідних країнах світу розповсюдження набула комплементарна медицина (англ. Complementary medicine – додаткова медицина) – використання нелікарських та немедичних методів лікування (ароматерапія, апітерапія, масаж з застосуванням парафармацевтиків (ПФ)).

Мета. Проаналізувати сучасні засади до комплементарної страхової медицини, а саме профілактичні заходи з використанням ПФ, що спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнтів. Об'єктом дослідження став процес застосування ПФ в умовах комплементарної медицини. Предметом дослідження були обрані сучасні засади комплементарної страхової медицини провідних країн світу – США, Ізраїлю, Швейцарії та ін.

У ході дослідження було використано **методи дослідження:** аналіз ретроспективний, історичний, логічний, системний.

Основний матеріал дослідження. Комплементарна медицина вже увійшла до системи соціального медичного страхування США, Ізраїлю, Швейцарії та інших країн. Вона досліджується і розвивається в Америці та Європі – найбільшими авторитетними організаціями у цій галузі є Національний Інститут Раку, Національний Центр комплементарної та альтернативної медицини (США), Центр MDAnderson, Інститут комплементарної медицини (Великобританія).

В Ізраїлі ще з 01.01.1995 р. діє Закон загального медичного страхування, згідно якого існує приватне страхування здоров'я – будь-який громадянин,

зацікавлений в отриманні додаткових профілактичних послуг (використання ПФ), які не включені до кошика основних медичних послуг, – повинен оформити приватний поліс на комплементарні медичні послуги в одній з страхових компаній Ізраїлю.

У Швейцарії офіційно включені до каталогу послуг лікарняних кас п'ять напрямків комплементарної терапії: традиційна китайська медицина, антропософічеська медицина, гомеопатія, невральна терапія, фітотерапія.

Особливо позитивно можна оцінити результати застосування комплементарної медицини при лікуванні різних хронічних захворювань, коли комплексно використовуються лікарські засоби та різноманітні парафармацевтичні товари.

Наразі медичне страхування в Україні знаходиться на початковому стані, тому актуальним є запозичення позитивного досвіду провідних країн світу щодо функціонування системи комплементарного страхування, що поєднує обов'язкове та добровільне (приватне) медичне страхування. Приватні страхові компанії, які спрямовані на добровільне медичне страхування, пропонують клієнтам пакет послуг, який є або «удосконаленим» варіантом обов'язкового страхування (в Європі – *complementary health insurance*), або ж варіант розширення пакету медичних послуг, що отримує клієнт (*supplementary health insurance*). У межах комплементарного медичного страхування клієнти можуть отримувати лікування у кращих клініках чи претендувати на індивідуальні палати, тоді як у межах саплементарного медичного страхування (розширених послуг) клієнт може додатково «докупити» послуги, які не передбачені полісом обов'язкового медичного страхування.

Висновки. При аналізі досвіду провідних країн світу встановлено, що перспективним напрямком є комплементарна медицина, яка передбачає застосування ПФ з метою профілактики. Функціонування системи комплементарної страхової медицини базується на поєднанні засад обов'язкового та добровільного медичного страхування, ефективного використання традиційних та альтернативних методів лікування.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕФЕРЕНТНОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВА В СТРАНАХ ЕС

Панфилова А. Л.¹, Корж Ю. В.¹, Сокуренок И. А.², Зайцева Ю. Л.¹

¹Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

²Институт повышения квалификации специалистов фармации Национального
фармацевтического университета, г. Харьков, Украина

panf-al@ukr.net

Вступление. Основной целью при создании системы референтного ценообразования на лекарственные препараты (ЛП) является сокращение затрат на фармацевтическое обеспечение населения из государственных и/или негосударственных фондов, например, социальных или иных общественных фондов. Указанный подход базируется на принципе рационального использования взаимозаменяемых ЛП и установления размера возмещения их потребления (на основе разработанной референтной цены) для определенной фармакотерапевтической группы препаратов. На данный момент Украина активно вводит в систему фармацевтического обеспечения населения элементы референтного ценообразования. Поэтому анализ опыта функционирования данного подхода к формированию цен и порядка реимбурсации стоимости потребления лекарств в странах ЕС имеет важное практическое значение.

Основной целью наших исследований стал анализ опыта функционирования механизмов референтного ценообразования в странах ЕС. В работе нами использовались исторический, сравнительный, логический методы научного поиска и исследований.

Основной материал исследования. В результате систематизации данных специальной литературы нами установлено, что в странах ЕС используются два основных механизма референтного ценообразования. Это внешнее и внутреннее ценообразование на ЛП. Внешнее референтное ценообразование на ЛП называется также международным сравнением цен. Это широко распространенный инструмент, используемый для контроля цен на

оригинальные ЛП, которые находятся под действием патентной защиты. Наиболее часто устанавливается максимальная цена за так называемую «стандартизированную единицу», т.е. на одну установленную суточную дозу (Defined Daily Dose – DDD), основанная на ценах этого же ЛП в референтных странах. Следует отметить, что внешнее референтное ценообразование на ЛП применяется при отсутствии рыночной конкуренции в сегменте, т.е. когда в обращении находится только препарат, защищенный патентным правом. Таким образом, внешнее референтное ценообразование используется для контроля ценообразования на препараты, являющиеся, по большому счету, монополистами на определенном сегменте фармацевтического рынка (ФР). В большинстве стран ЕС цены на ЛП устанавливаются в соответствии с общими принципами внешнего референтного ценообразования, т.е. базируются на ценах данного препарата в референтных странах. Как свидетельствуют данные специальной литературы, в большинстве случаев контроль цен применяется только к тем наименованиям ДП, которые подлежат программе реимбурсации. Цены на ЛП, которые не включены в систему реимбурсации, могут устанавливаться в свободном режиме и не находятся под жестким государственным контролем. В странах ЕС данные вопросы урегулированы с помощью «Директивы о прозрачности ценообразования при включении препаратов в систему реимбурсации» («Transparency Directive»). Наиболее часто применяется средняя или самая низкая цена в референтных странах. Референтные страны, как правило, отбираются на основании анализа и показателей схожести развития экономики, социально-экономического уровня развития общества и географической близости.

Для принятия решения относительно установления цен на ЛП компетентные национальные органы принимают во внимание показатели доказательств дополнительной терапевтической эффективности, по сравнению с существующим лечением, или же используют систему технологий оценки здравоохранения (Health Technology Assessment – HTA). Данный метод используется для оценки дополнительного преимущества препарата (так

называемой добавленной стоимости) в сравнении с уже существующими терапевтическими альтернативами. НТА позволяет принимать решения о порядке ценообразования и реимбурсации на основании научно обоснованных и доказательных данных. НТА используется все чаще, а результаты таких исследований играют все большую роль при принятии рациональных управленческих решений в системе фармацевтического обеспечения населения. Методы НТА используются в таких странах, как Бельгия, Дания, Швеция, Финляндия, Нидерланды, Великобритания, Ирландия, Португалия, Норвегия, Эстония, Латвия, Литва, Польша, Венгрия и Германия. Планируется, что данные исследований с применением методов НТА будут широко применяться во Франции, Испании, Словении, Чешской Республике и Словакии.

Внутреннее референтное ценообразование на ЛП в настоящее время используется более чем в 20-ти странах ЕС. Данный механизм применяется для определения уровня реимбурсации, а также при определении максимальной цены на препараты-генерики. Как правило, максимальная цена генерического препарата определяется в виде некоторого % от стоимости соответствующего оригинального препарата. Для применения механизма внутреннего референтного ценообразования на ФР должно находиться необходимое количество взаимозаменяемых ЛП. В большинстве стран взаимозаменяемые препараты группируются в соответствии с АТС-классификационной системой, которая рекомендована ВОЗ и другими международными организациями для проведения маркетинговых и организационно-экономических исследований. В пределах каждой фармакотерапевтической группы рассчитывается референтная цена, которая может определяться как самая низкая либо как средняя цена на лекарство для определенного международного непатентованного названия

Выводы. В заключение следует отметить, что позитивный опыт функционирования референтного ценообразования в странах ЕС должен активно использоваться в построении эффективной системы фармацевтического обеспечения населения Украины на современном этапе развития общества в целом.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКІВ ЗА УЧАСТЮ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УКРАЇНІ

Панфілова Г. Л.¹, Богдан Н. С.², Матушак М. Р.²

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

²Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

nataliabogdan1602@gmail.com

Організація ефективного лікування хворих на тяжкі захворювання або патології, що мають соціальне значення (туберкульоз, ВІЧ, СНІД, гепатит тощо), у більшості країн світу здійснюється з безпосередньою участю держави та суспільних фондів. Не є винятком у цьому відношенні й Україна. З 2015 року державні закупівлі ліків, що використовуються у наданні медичної та фармацевтичної допомоги хворим за державними цільовими програмами, здійснюються за допомогою міжнародних фондів та організацій. Це досить нова форма співпраці державних органів з міжнародними структурами. На погляд урядовців, це дозволяє уникнути корупції і забезпечити українців якісними та життєво необхідними ліками. Тому, враховуючи соціальне значення ефективної організації фармацевтичного забезпечення хворих за умов втілення гуманістичних принципів в практичну охорону здоров'я, є актуальними проведення досліджень, метою яких є аналіз проблем в організації зазначених закупівель ліків.

Об'єктом досліджень стали дані, що представлені на офіційних державних сайтах, зокрема на урядовому порталі (<https://www.kmu.gov.ua/ua/news/250059460>), Міністерства охорони здоров'я (moz.gov.ua). У дослідженнях використовувалися історичний, порівняльний, логічний, математико-статистичний та інші методи наукового пошуку.

У загальнотеоретичному визначенні державні закупівлі постають як самостійний механізм регулювання господарських відносин, який застосовується на різних ринках. Зазначений механізм охоплює різні сфери

економічної політики держави, а саме антимонопольну, антикорупційну, інвестиційну, інноваційну, зовнішньоекономічну, промислову, розвиток малого підприємництва і ціноутворення. Слід зазначити, що участь міжнародних організацій в якості закупівельників ліків та виробів медичного призначення (ВМП) в Україні розглядалася як один з ключових елементів реформи системи державних закупівель ліків. Їх здійснення, як вказувалося раніше, повинно було гарантувати відсутність корупційних схем, якими традиційно славилися раніше державні тендери, що проводилися Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України. Сутність основної ролі та зміст функцій міжнародних організацій у процедурі державних закупівель ліків були затверджені Законом України 269-VIII від 19.03/2015 р. Додатково 19.10.2017 р. Верховна Рада прийняла Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Зазначеним Законом передбачено, що оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України підлягають лише лікарські засоби (ЛЗ), що включені до Національного переліку основних лікарських засобів (ОЛЗ). Тобто, держава зобов'язується забезпечити населення України доступними ліками в рамках Національного переліку ОЛЗ, як й передбачено міжнародними нормами. Враховуючи неперіодичний графік закупівель ЛЗ та ВМП, що здійснюються за державні кошти, виглядає досить проблематичною ефективність виконання державою медико-соціальних зобов'язань перед громадянами країни.

Протягом 2016 року Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, Програма розвитку ООН та Британська королівська агенція «Crown Agents» здійснювали державні закупівлі за кошти бюджету 2015 року за такими напрямками: дитяча та доросла онкологія; дитячі та дорослі гепатити; дитяча гемофілія; туберкульоз; орфанні захворювання; імунопрофілактика та антриретровірусна терапія. У цьому ж році міжнародні організації взяли на себе зобов'язання поставити засоби імунопрофілактики, ЛЗ та медичні вироби в рамках відповідних бюджетних програм за 37 напрямками на суму понад 3 млрд грн. До переліку ЛЗ, що закуповувалися за державні кошти у 2016 році, постійно вносилися зміни. Так, наприклад, планувалося здійснювати закупівлі за 23

програмами. На даний час державні закупівлі здійснюються за 38 програмами. Останні зміни в переліку програм, за якими здійснюються державні закупівлі, були внесені постановою КМУ від 27.12.2017 р. №1083. Механізм внесення зазначених змін залишається, на жаль, непрозорим та незрозумілим.

За офіційними даними, на початок 2018 р. в регіони країни було доставлено 81,0% ЛЗ та ВМП від загальної їх кількості з урахуванням обсягу фінансування у натуральному та 65,0% у вартісному вираженні. З моменту перерахування коштів на рахунки міжнародних організацій минуло більше 2 років, а поставки ЛЗ та ВМП за кошти бюджету 2016 р. досі не завершені. При цьому поставки ЛЗ за кошти бюджету 2017 р. частково розпочато лише за 6 державними програмами. Окрім значної затримки у проведенні закупівель, фахівці відмічають також й непрозорість механізму їх проведення. На жаль, громадськість не спроможна контролювати процес проведення торгів та визначення переможців, оскільки ці дані не оприлюднюються. Міжнародні організації й фонди висвітлюють дані вже за фактом проведених закупівель ЛЗ та ВМП.

Наступною важливою проблемою є недостатній рівень фінансування державних програм. Так, він складає приблизно 19,0%-25,5% від нагальної потреби різних категорій хворих й груп населення у фармацевтичній допомозі. Незрозумілим також є розподіл повноважень місцевих громад, за рахунок яких здійснюється виконання регіональних державних програм з фармацевтичного забезпечення окремих категорій населення або груп хворих. Незрозумілим є також порядок визначення показника кількості упаковок з урахуванням обсягів фінансування, якщо невідома ціна, за якою закуповуватимуться ліки та ВМП.

За результатами систематизації даних можна стверджувати, що організації державних закупівель ЛЗ та ВМП є важливою складовою процесу реформування системи охорони здоров'я й потребує подальшого удосконалення. Необхідно налагодити ефективні комунікації з громадськими організаціями, об'єднаннями з метою формування прозорих моделей відносин між суб'єктами державних закупівель ЛЗ та ВМП.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЯКИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПИТАНЬ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Толочко В.М., Музика Т.Ф.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна
uef-ipksf@.nuph.edu.ua

Вступ. Значне місце серед соціальних програм держави є гарантоване лікування хворих людей та профілактика захворювань. Гарантією якості фармацевтичного забезпечення (ФЗ) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) під час лікувального процесу має бути дотримання чинного законодавства з визначення асортименту лікарських засобів (ЛЗ), дотримання їх ціноутворення, належного обліку та обігу тощо.

В умовах сьогодення ЛПЗ безпосередньо отримують ЛЗ у виробників, оптових компаній. За таких умов контроль за обігом ЛЗ, здійснюється адміністрацією ЛПЗ та уповноваженими особами з виконання ФЗ. На ці посади, адміністрація ЛПЗ у понад 80% випадків призначає спеціалістів фармації. Необхідно відзначити, що останнім часом навантаження на виконавців ФЗ у ЛПЗ значно зросло у зв'язку із змінами законодавчого регулювання цих питань. Тому дослідження організаційних питань ефективного ФЗ ЛПЗ є доцільним і важливим на сучасному етапі розвитку вітчизняного фармацевтичного ринку.

Мета. Метою нашого дослідження стало визначення ряду організаційних питань ФЗ ЛПЗ, які здійснюються адміністрацією та уповноваженими особами з виконання ФЗ.

Методики досліджень. Об'єктом досліджень стала організаційна діяльність ЛПЗ Харківського регіону з питань ФЗ. На їх базі нами було вивчено первинну документацію. В ході досліджень були використані аналітичний, порівняльний аналіз та кабінетні дослідження.

Основний матеріал. За сучасних умов нестабільного економічного стану

України ціни на ЛЗ для закладів охорони здоров'я, що фінансуються за бюджетні кошти, виступають ефективним регулятором під час ФЗ ЛПЗ.

Порядок закупівлі ЛЗ, що частково чи в повному обсязі можуть закуповуватись за бюджетні кошти, визначені *Постановою КМУ від 04.07.2017 р. № 547 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. № 333»*, Наказом МОЗ України від 11.07.2017 р. № 782 «Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів», *Постановою КМУ № 240 від 02.07.2014 р. «Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби»*, Наказом МОЗ України від 18.08.2014 р. № 574 «Про затвердження Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, порядок внесення до нього змін та форм декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засіб та виробу медичного призначення» тощо. *Нормативно правове регулювання ФЗ ЛПЗ визначає терміни та умови користування національним переліком (НП) основних ЛЗ (ОЛЗ), декларування оптово-відпускних цін, порядок ціноутворення. Саме ЛЗ, які включені до НП ОЛЗ підлягають закупівлі закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів. За умови задоволення у повному обсязі потреби в ЛЗ, що входять до НП ОЛЗ, ЛПЗ можуть закуповувати й інші препарати. При цьому перевага надається ЛЗ, включених до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.*

Уповноважені особи з виконання ФЗ ЛПЗ користуються Положенням про застосування НП, зокрема розраховують обсяги потреби в закупівлі ЛЗ, які визначаються за видами медичної допомоги, при цьому використовуються методи споживання та методи захворюваності. Перевіряють наявність реєстрації оптово-відпускних цін та рівень гранично постачальницько-збутових, роздрібних надбавок, слідкують за оновленням НП. Усе це ускладнює організацію ФЗ на рівні постачання ЛЗ і виробів медичного призначення (ВМП) в ЛПЗ та вказує на зростання навантаження його виконавців, збільшення витрат часу.

Окрім цього, згідно з чинним законодавством регламентується предметно-кількісний облік ЛЗ і ВМП на усьому шляху їх використання в ЛПЗ. На сьогодні облік ведуть спеціалісти фармації, також старші медичні сестри і сестринські пости. Ведення такого обліку займає значну частину робочого часу та підвищує відповідальність його виконавців за його ефективне здійснення.

Висновки. Дослідження показали, що навантаження на виконавців ФЗ ЛПЗ значно збільшилось на основі змін чинного законодавства для контролю за обігом ЛЗ і ВМП, що використовуються в ході лікувального процесу в умовах стаціонару від постачальника до конкретного хворого. Необхідно зауважити, що недотримання чинного законодавства несе за собою різні види відповідальності, що встановлюються до його порушників.

Аналіз ряду організаційних питань ФЗ у ЛПЗ, показує, що вони постійно адаптуються до чинного законодавства тому є актуальними для контролю ФЗ ЛПЗ і подальшого дослідження для визначення оптимальних шляхів його удосконалення.

**АНАЛІЗ РЕЄСТРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ,
ВАРТІСТЬ ЯКИХ ПІДЛЯГАЄ ВІДШКОДУВАННЮ
ЗА УРЯДОВОЮ ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Феденько С.М.

Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

fedenkosm5@ukr.net

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ), Цукровий діабет II типу (ЦД) та бронхіальна астма (БА) є актуальними проблемами сучасної медицини, які потребують державної підтримки у зниженні показників їх поширеності та

захворюваності. З цією метою в Україні з 01.04.2017 р. запроваджена Урядова програма «Доступні ліки», за якою передбачено отримання ЛЗ для лікування ССЗ, ЦД II типу та БА безкоштовно або з частковою оплатою їх вартості. Тому, актуальним є дослідження особливостей фармацевтичного забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ) в умовах дії Урядової програми «Доступні ліки».

Мета. Дослідити структуру Реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню (Реєстр ЛЗ) та асортименту препаратів, що застосовуються для лікування ССЗ, ЦД II типу та БА .

Методики дослідження. Матеріалами дослідження стали: нормативно-правові акти за визначеним напрямком дослідження, Реєстри ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню. Методи дослідження – системний, статистичний, аналізу, порівняння, узагальнення.

Основний матеріал дослідження. З початку дії Урядової програми «Доступні ліки» Реєстр ЛЗ оновлювався тричі. Редакція Реєстру ЛЗ 03.04.17 р. містила 127 торгових назв (ТН) для лікування ССЗ, 24 ТН – ЦД II типу та 6 ТН – для лікування БА (Наказ МОЗ № 360 від 03.04.17 р.), 26.07.17р. – 160 ТН – для лікування ССЗ, 30 ТН – ЦД II типу, та 9 ТН – БА (Наказ МОЗ № 856 від 26.07.17 р.), 22.01.18р. – 184 ТН – для лікування ССЗ, 43 ТН – ЦД II типу та 12 ТН – БА, (Наказ МОЗ № 111 від 22.01.18 р. зі змінами внесеними Наказом МОЗ № 177 від 05.02.18 р.), із 24 ТН для лікування ССЗ, на які розширився останній реєстр в порівнянні з попереднім – 11 препаратів лозартану.

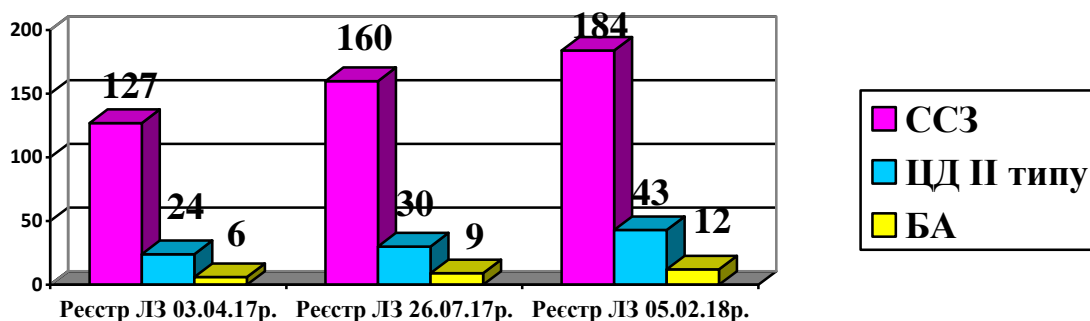


Рис. 1. Динаміка ТН, включених у Реєстр ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню

Проведений аналіз Реєстрів ЛЗ за групами АТС-класифікації, показав хаотичне розміщення ЛЗ для лікування різних нозологій. Загалом, Реєстри містять ЛЗ групи С – Засоби, що впливають на ССС (С01 Кардіологічні засоби, С03 Сечогінні засоби, С07 Блокатори β -адренорецепторів, С08 Блокатори кальцію, С09 Засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему, С10 Гіполіпідемічні засоби). У Реєстр ЛЗ (від 05.02.2018р.) включено із групи С01 антиаритмічні засоби (Аміодарон – 8 ТН), серцеві глікозиди, а саме глікозиди наперстянки (Дигоксин – 2 ТН), а також вазодилататори, що застосовуються в кардіології з групи органічних нітратів (Нітрогліцерин – 3 ТН та Ізосорбїду моно нітрат – 1 ТН). Група С03 – Сечогінні засоби представлена у Реєстрі тіазидами – Гідрохлортіазид – 1 ТН, калійзберігаючими діуретиками – антагоністами альдостерону (Спіронолактон – 5 ТН) та високоактивними діуретиками з групи простих препаратів сульфамідів – Фуросемід – 4 ТН. Група С07 – Блокатори β -адренорецепторів поєднує селективні β -адреноблокатори (Метопролол – 8 ТН, Атенолол – 4 ТН, Бісопролол – 29 ТН), а також – поєднані блокатори альфа- і бета-адренорецепторів – карведілол – 13 ТН. У групу С08 – Антагоністи кальцію, входять селективні антагоністи кальцію з переважною дією на судини, а саме – похідні дигідропіридину (Амлодипін – 36 ТН) та селективні антагоністи кальцію з переважною дією на серце, похідні фенілалкіламіну – Верапаміл – 4 ТН. Представниками групи С09 – Засоби, які впливають на ренін-ангіотензинову систему, які включені у Реєстр є: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, а саме – Еналаприл – 18 ТН, та прості препарати антагоністів ангіотензину II (Лозартан – 11 ТН). Група С10 – Гіполіпідемічні засоби включає гіпохолестеринемічні та гіпогліцеридемічні препарати, а саме – інгібітори ГМГ-КоА-редуктази (Симвастатин – 14 ТН). Також, Реєстр ЛЗ містить групу В – Засоби, що впливають на систему крові та гемопоез (В 01 Антикоагулянти, власне антиагреганти (Клопідогрель – 23 ТН).

Для лікування ЦД II типу у Реєстр ввійшли ЛЗ групи А – Засоби, що впливають на травну систему і метаболізм, а саме А10 Антидіабетичні препарати пігрупи – гіпоглікемічні препарати для прийому всередину –

сульфонаміди, похідні сечовини – Гліклазид – 8 ТН, та Глібенкламід – 3 ТН. А також, найбільшу кількість ТН для лікування ЦД II типу, що включені у Реєстр містить група – антидіабетичні препарати – Бігуаніди – Метформін – 32 ТН.

Для лікування БА у Реєстр ввійшли препарати групи R – Засоби, що діють на респіраторну систему, R03 – Засоби, що застосовуються при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів, а саме Інші інгаляційні препарати для лікування обструктивних захворювань дихальних шляхів – глюкокортикоїди – Беклометазон – 3 ТН, Будезонід – 6 ТН, а також з групи Адренергічні препарати для інгаляційного застосування – Селективні агоністи бета-2-адренорецепторів – Сальбутамол – 3 ТН.

Препарати за АТС-класифікацією розміщені у Реєстрі ЛЗ у такій послідовності: C01–C08–C07–C08–C03–C01–C09–C07–B01–C07–A10–C01–R03–C07–C10–A10–C09. Даний порядок ускладнює роботу працівника аптеки у пошуку необхідного ЛЗ.

Висновки. Проведені дослідження показали, доцільність побудови Реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню за таким ланцюжком: ССЗ (C01, C03, C07, C08, C09, C10, B01)-ЦД II типу (A10)-БА (R03). Запропонований логічний ланцюжок буде зручнішим для пошуку необхідного ЛЗ як для лікарів, так і для працівників аптеки, і скоротить час обслуговування хворого в аптеці.

**ОСНОВИ ПРАВА
ТА ЗАКОНОДАВСТВА
У ФАРМАЦІЇ**

ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО НАГЛЯДУ У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Васильєв С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Stas.vasilev.83@ukr.net

Вступ. Забезпечення права громадян України на охорону здоров'я є одним із завдань соціальної і правової держави. Якість лікарських засобів та дотримання порядку їх виробництва і реалізації повинно бути предметом уважного контролю з боку держави. Належне нормативно-правове регулювання державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів є запорукою надійної охорони здоров'я громадян. Органи державного контролю повинні діяти на підставах і в порядку, встановленому законодавством. Менеджеру фармацевтичного підприємства або аптечної мережі варто враховувати вимоги нормативно-правових актів, які регулюють порядок і підстави державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів.

Метою даних тез доповіді є вивчення особливостей нормативно-правового регулювання державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів.

Серед використаних **методик дослідження** проблеми варто назвати системно-структурний та техніко-юридичний методи, які ґрунтуються на методі філософської діалектики. Системно-структурний метод дозволив зрозуміти структуру українського адміністративного та господарського законодавства, норми якого регулюють здійснення державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів. У свою чергу за допомогою техніко-юридичного методу було вивчено конкретні норми українського господарського та адміністративного законодавства.

Основний матеріал дослідження. Відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 5 квітня 2007 р. державний нагляд – це діяльність уповноважених законом центральних органів виконавчої влади, їх

територіальних органів, державних колегіальних органів, органів виконавчої влади Автономної Республіки Крим, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування в межах повноважень, передбачених законом, щодо виявлення та запобігання порушенням вимог законодавства суб'єктами господарювання та забезпечення інтересів суспільства, зокрема належної якості продукції, робіт та послуг, допустимого рівня небезпеки для населення, навколишнього природного середовища. Одним із органів державного нагляду є Державна служба лікарських засобів та контролю за наркотиками. Вона є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Відповідно до пп. 10 п. 4 Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. одним із завдань даного органу влади є контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Правову основу державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів становлять:

– закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 5 квітня 2007 р.;

– Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р.;

– Порядок контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 р.;

– Порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібною торгівлі, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я

України від 26 листопада 2014 р.;

– Порядок відбору зразків лікарських засобів для лабораторного аналізу під час здійснення державного контролю якості таких засобів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 3 лютого 2010 р.

Специфіка державного нагляду у сфері фармацевтичної діяльності полягає в наступному.

1. Наявність особливого об'єкту контролю – якості лікарських засобів, порядку їх виробництва і реалізації.

2. Необхідність у спеціальних (фармацевтичних) знаннях для посадових осіб органів влади, які здійснюватимуть контрольно-наглядові заходи.

3. Предметом контролю стають як самі лікарські засоби, так і документація, яка є необхідною для провадження фармацевтичної діяльності.

4. Проведення державного нагляду у сфері фармацевтичної діяльності, як правило, потребує лабораторних досліджень зразків продукції.

Висновки. Таким чином, в українському законодавстві встановлено правові засади для здійснення державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів. Законодавчі акти передбачають, як повноваження органів державного нагляду, так і порядок проведення ними контрольно-наглядових заходів, права і обов'язки представника суб'єкта господарювання під час проведення перевірки. Подальші наукові дослідження даної проблематики можуть стосуватися удосконалення правових засад здійснення державного нагляду у сфері обігу лікарських засобів.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Лебединець В.О., Казакова І.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

quality@nuph.edu.ua

Вступ. Стандартизація лікарських косметичних засобів направлена на підвищення конкурентоспроможності й забезпечення імпортозаміщення продукції вітчизняного виробництва, внаслідок чого розробка та дослідження сучасних підходів до її уніфікації відповідно до вимог європейських директив та міжнародних стандартів є важливим і актуальним питанням.

Метою роботи стало вивчення проблематики стандартизації лікарських косметичних засобів (ЛКЗ) в Україні та актуальності розробки фармакопейної статті «Лікарські косметичні засоби» для Державної Фармакопеї України (ДФУ).

Методи дослідження. Об'єктом дослідження є лікарські косметичні засоби, що знаходяться в обігу на ринку України. Дослідження виконували шляхом аналізу законодавчої та нормативної документації, наукових фахових публікацій, а також маркетингового аналізу асортименту ЛКЗ, що реалізуються в аптечних закладах м. Харкова.

Основний матеріал дослідження. Відповідно до поставленої мети було досліджено асортимент ЛКЗ, представлених на регіональному косметичному ринку, вивчено аспекти державного регулювання обігу косметичної продукції в Україні та доцільності її стандартизації шляхом розробки відповідної фармакопейної статті для введення в Державну Фармакопею України.

Дослідження асортименту лікарських косметичних засобів, що реалізуються у регіональних аптеках, показало, що переважна більшість цієї продукції призначена для лікування дерматологічних захворювань шкіри та її додатків – вугрової хвороби, грибкових захворювань тощо. Також об'єктом впливу лікарських косметичних засобів є шкіра, різні стани якої визначаються

як "косметичні недоліки" – жирна, суха, чутлива, пігментована шкіра тощо.

У структурі попиту на косметичному ринку понад 30 % займають косметичні засоби особистої гігієни, засоби з догляду за волоссям становлять понад 19 % ринку; засоби по догляду за шкірою – 18 %. Імпортна косметична продукція складає 92 % від загального обсягу косметичних товарів.

Аналіз складу ЛКЗ доводить наявність в їх рецептурах як лікарських речовин кератолітичної, протизапальної, антимікробної дії, так і речовин, що забезпечують косметичний ефект – пігментів, абразивів, зволожувачів, ожирювачів, віддушок, які забезпечують споживчі характеристики косметичного засобу.

Обіг ЛКЗ в Україні регулюється вимогами Закону України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 № 123/96-ВР та іншими нормативно-правовими актами у сфері охорони здоров'я. Аналіз нормативно-правової бази та фахових публікацій у даному напрямку досліджень засвідчив, що в Україні на даний час на законодавчому рівні не визначено питання термінології та класифікації лікарських косметичних засобів, практично відсутнє відповідне нормативно-правове регулювання якості, безпеки та ефективності лікарської косметичної продукції, на більшість косметичних засобів продовжують діяти застарілі нормативно-технічні документи, які не відповідають міжнародним стандартам. Чинні вимоги щодо стандартизації ЛКЗ не враховують їх особливості, як засобів косметологічного впливу на шкіру. Зважаючи на наявність у ЛКЗ специфічних ознак, які обумовлюють їх косметичний ефект та відповідні споживчі характеристики, відсутність їх належного регламентування не дозволяє належним чином контролювати якість, ефективність і безпеку лікарського косметичного продукту в цілому.

Проблема стандартизації ЛКЗ стає особливо актуальною, зважаючи на перспективи розвитку сучасного косметичного ринку. Світовою тенденцією еволюції косметичної індустрії є затребуваність на ринку багатофункціональних косметичних засобів, які об'єднують як традиційну, косметичну спрямованість дії, так і певний фармакологічний ефект. На

косметичному ринку в даний час реалізується ряд таких косметичних форм, як розчинні губки, лаки для нігтів, піни для ванн тощо, для яких відсутні відповідні законодавчі визначення і стандартизація в Державній Фармакопеї України. При цьому слід відмітити, що зазначені форми представлені у Британській та Європейській фармакопеях. Процес реєстрації лікарських косметичних засобів ускладнюється також і тим, що Перелік назв лікарських форм та упаковок для лікарських засобів, затверджений наказом МОЗ України № 500 від 20.07.2006г., також не містить повноцінної регламентації переліку наявних на ринку косметичних форм. Наприклад, відсутність визначення такої розповсюдженої косметичної форми, як лосьйони, призводить до того, що на вітчизняному косметичному ринку у даній косметичній формі зареєстровані тільки препарати імпортного виробництва.

Висновки. За результатами аналізу асортименту лікарських косметичних засобів, що реалізуються через регіональну аптечну мережу, засвідчено сталий споживчий попит на дану категорію фармацевтичної продукції та збільшення спектрів її дії та форм випуску.

Встановлена недосконалість чинної нормативно-правової бази та відсутність належної регламентації показників якості, безпеки та ефективності ЛКЗ. Невизначеність критеріїв та методів оцінювання якості даної специфічної категорії фармацевтичної продукції не дозволяє забезпечувати її необхідний контроль на споживчому ринку. З метою забезпечення відповідності лікарської косметичної продукції вимогам європейських директив та міжнародних стандартів, законодавчого визначення її термінології та класифікації, вважається за доцільне стандартизація лікарських косметичних засобів в форматі фармакопейної статті «Лікарські косметичні засоби» в Державній Фармакопеї України.

ПАСПОРТИЗАЦІЯ ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ ЯК ЕЛЕМЕНТ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ РЕСУРСАМИ ВНЗ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Літвінова О.В., Посилкіна О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Традиційна суспільна роль класичних університетів та інститутів полягає в отриманні, накопиченні і передачі суспільству знань в умовах незалежності від ринкової кон'юнктури при виборі напрямів і тематики досліджень. Однак, складна економічна ситуація в Україні, суттєве зниження обсягів фінансування науки і ВНЗ, реальна конкуренція між ними, ставлять перед університетами і науково-дослідними інститутами завдання більш активного пошуку і використання додаткових внутрішніх резервів активізації інноваційної діяльності.

У сформованих ринкових умовах ефективно використання об'єктів інтелектуальної власності є необхідним для забезпечення конкурентоспроможності ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю.

Метою роботи є аналіз й узагальнення існуючих наукових підходів і механізмів до комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю.

Методи дослідження. Дослідження проводилися з використанням наукометричних баз даних, патентного відомства України. Були використані загальнонаукові методи пізнання, зокрема, системний підхід з використанням методів ретроспективного та системно-логічного аналізу.

Результати досліджень. Комерціалізація об'єктів інтелектуальної власності – це взаємовигідні дії всіх учасників процесу перетворення результатів інтелектуальної праці у ринковий товар. Як показав проведений аналіз, сьогодні у вітчизняних ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю сформовані значні портфелі об'єктів інтелектуальної власності, проте не розроблені механізми

комерціалізації охоронних документів. Зазначене не дозволяє ефективно використовувати інноваційний потенціал наукових установ, оновлювати оснащення лабораторій, брати активну участь у зарубіжних конференціях і конгресах, організувати закордонні стажування співробітників, інвестувати кошти в майбутні інновації та ін. Існує дефіцит достовірної, систематизованої і регулярно оновлюваної інформації щодо науково-дослідних розробок у вигляді єдиної бази даних, що, перш за все, в значній мірі знижує якість управління науково-інноваційним комплексом і не дозволяє активно використовувати сучасні інформаційно-комунікаційні технології.

Важливим елементом управління інтелектуальними ресурсами ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю є паспортизація об'єктів інтелектуальної власності. Доведено, що доцільне створення бази даних перспективних науково-дослідних розробок (на які оформлені патенти), яка повинна розміщуватися в Інтернеті для ознайомлення всіх зацікавлених осіб. Запропонована форма паспорту об'єкту інтелектуальної власності для внутрішнього та зовнішнього застосування. Паспорт, що має конфіденційну інформацію, повинен застосовуватись для внутрішнього використання і не викладається на сайті. Для потенційних клієнтів, щодо здійснення електронної подачі заявки на придбання ліцензії, пропонується другий паспорт, внутрішнє наповнення якого надає клієнту тільки необхідну і достатню інформацію неконфіденційного характеру для заключення договору. Фінансова сторона договору повинна розглядатися вже при проведенні переговорів, коли клієнт визначився з намірами на придбання об'єкту інтелектуальної власності.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження свідчать, що паспортизація об'єктів інтелектуальної власності збільшить швидкість отримання оперативної та достовірної інформації щодо науково-дослідних розробок, що призведе до підвищення якості управління інтелектуальними ресурсами ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю, дозволить залучати додаткові фінансові ресурси.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО

Пилюга Л.В., Басри Б.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Методы исследования. Проведен анализ научной литературы и интернет-источников за период с 2014 – 2018 гг. В работе использованы логико-теоретические методы исследования.

Цель работы – проанализировать особенности развития фармацевтической промышленности Королевства Марокко.

Следует отметить, что фармацевтическая промышленность Марокко является второй по значению химической отраслью страны после производства фосфатов и в 2013 г. была включена в Национальную программу развития приоритетных отраслей промышленности. Фармацевтический рынок Марокко является одним из 5-ти крупнейших и динамичных развивающихся рынков на африканском континенте. Он оценивается примерно в 2,5 млрд. \$ и составляет в денежном выражении примерно 0,13% от общемирового объема торговли лекарственными средствами (ЛС). Оборот марокканской фармацевтической промышленности составляет 13,7 млрд дирхамов (1,4 млрд \$).

Сегодня в фармацевтической отрасли занято 20000 человек. Производство ЛС в Марокко осуществляют 35 предприятий. Благодаря благоприятному инвестиционному климату, ведущие мировые производители фармацевтической продукции являются владельцами и совладельцами предприятий на территории Марокко: Новартис, Пфайзер, Мерк, Джонсон и Джонсон и др.

Если в 2010 г. основным импортером марокканских фармацевтических препаратов была Франция (на ее долю приходилось 66% экспорта Марокко), то с 2011 г. произошла переориентация экспорта фармацевтической продукции Марокко на страны Африки и Персидского залива. На долю Франции на

сегодня приходится 17% экспорта, Кот Д-д'Ивуара – 20%, Сенегала – 15%, Буркина-Фасо – 11%, Алжира и Туниса – по 17%. Основные виды экспортной продукции фармацевтической промышленности Марокко антибактериальные ЛС, нестероидные и противовоспалительные средства. При этом, марокканский экспорт лекарств пока не в состоянии компенсировать неуклонный рост объема импорта, который наблюдается с 2007 г. и ведет к увеличению разрыва сальдо торгового баланса. В 2016 г. Марокко импортировало ЛС и товаров для здоровья на сумму 5,4 млрд. дирхамов. Местное производство покрывает только 65% спроса, импорт – 35%, тогда как в 2010г. эти показатели составляли 75% и 25% соответственно.

Эксперты связывают такую тенденцию, как с государственной политикой импорта ЛС, так и с недобросовестностью отдельных международных производителей фармацевтической продукции, которые расположены в Марокко. Отмечается так же, что ряд компаний сокращают объемы или сворачивают производство в стране, сохраняя при этом статус фармацевтических производственных лабораторий, что позволяет им импортировать ЛС [1].

Сектор фармацевтической промышленности Королевства регулируется законом № 17-04 от 22 ноября 2006 г., согласно которому процедура открытия в Марокко фармацевтического производства включает выдачу Генеральным секретариатом правительства (*Secrétariat Général du Gouvernement, SGG*) предварительного разрешения, а затем окончательного разрешения со стороны Министерства здравоохранения и Национальной гильдии фармацевтов Марокко (*Ordre des pharmaciens*). Основным систематизированным законодательным актом Марокко, регламентирующим импорт и коммерциализацию фармацевтической продукции на территории Королевства, является Кодекс о лекарственных средствах и деятельность аптек (*Code du médicament et de la pharmacie*).

Согласно новым правилам цена для конечного потребителя на медицинские препараты в Марокко рассчитывается и фиксируется Министерством здравоохранения Королевства в зависимости от минимальной

цены производителя на аналогичные препараты без уплаты налогов и сборов на 6-ти рынках в странах: Саудовская Аравия, Бельгия, Испания, Франция, Португалия, Турция. В случае если импортный препарат не представлен ни на одном из указанных рынков страны, цена продукта на рынке Марокко рассчитывается в зависимости от цены данного лекарства на рынке страны [3].

Процедура регулирования оборота фармацевтической продукции носит преимущественно тарифный характер, на большинство ЛС, особенно жизненно необходимых, пошлины, как правило, составляют 2,5%. К ним относятся, в частности, препараты для лечения онкологических заболеваний, ВИЧ и многие другие. Для ЛС, аналоги которых производятся в Марокко, пошлина может составлять 25% от стоимости товара. Согласно действующего законодательства, для регистрации импортного ЛС с целью его распространения на территории Марокко у предпринимателя могут запросить пакет документов на препарат для Министерства здравоохранения [2].

Подачей документов для регистрации обычно занимается местный партнер-дистрибьютор, который поможет уточнить необходимый перечень документов. Документы принимаются только на французском или английском языках. Процесс регистрации и получения всех необходимых разрешений в Министерстве здравоохранения обычно занимает от 6 до 9 месяцев [4].

Выводы. Проведен анализ современного состояния развития фармацевтической промышленности Королевства Марокко за 2016 – 2018 гг., результаты которого, подтверждают, что для достижения баланса фармацевтического рынка Марокко планируется сократить импорт ЛС за счет местного производства и увеличения экспорта марокканской фармацевтической продукции, рассчитывая в ближайшие пять лет вернуться к уровню покрытия внутреннего спроса на ЛС в 75%.

По прогнозу консалтинговой компании Deloitte, рост потребления лекарственных средств и медицинских услуг в странах Африки, Ближнего Востока и Латинской Америки в ближайшие годы станет главной тенденцией мирового фармацевтического рынка.

**АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ
В СТЕПЕНИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ЗА ФАЛЬСИФИКАЦИЮ ЛЕКАРСТВ В СТРАНАХ ЕС**

Тулегенова А.Р., Дильбарханова Ж.Р., Астанин Д.И., Дурманова М.И.
Казахский Национальный Медицинский Университет им. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан
aigerimt3377@gmail.com

Вступление. Во всем мире незаконный оборот фальсифицированных препаратов наносит непоправимый ущерб общественному здоровью и коммерческой репутации легальных производителей лекарственных средств (ЛС). По данным международных экспертов, ежегодный объем продаж фальсифицированных лекарств на мировом фармацевтическом рынке составляет от 150 до 200 миллиардов евро или от 163 до 217 миллиардов долларов США в год. Это делает фальсификацию ЛС наиболее прибыльной из всех видов незаконной деятельности, которая осуществляется в обществе. Практически все международные организации, которые работают на фармацевтических рынках в той или иной степени, занимаются вопросами борьбы с фальсификацией препаратов. Не остается в стороне от данного процесса и Совет Европы. Так, в конце 2011 года произошли существенные изменения в законодательстве ЕС относительно определения меры ответственности за фальсификацию лекарств и была принята европейская конвенция «Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health» (The Medicrime Convention – далее).

The Medicrime Convention является первым международным документом, обязывающим все подписавшие ее страны привлекать виновных лиц к уголовной ответственности за намеренную фальсификацию ЛС, активных фармацевтических ингредиентов и вспомогательных веществ. Анализ данной конвенции представляется особо актуальным в свете того, что в Республике Казахстан на данный момент осуществляется разработка современной

законодательно-нормативной базы, которая регулирует деятельность государственной системы обеспечения качества ЛС.

Поэтому **целью** наших исследований стал анализ основных изменений, которые были внесены в законодательство стран ЕС в вопросе усиления криминальной ответственности за фальсификацию лекарств. В исследованиях использовались исторический, логический, сравнительный и графический методы.

В результате проведенных исследований нами установлено следующее. Во всех 28 странах ЕС с момента подписания The Medicrime Convention были внесены изменения, предусматривающие усиления криминальной ответственности за фальсификацию лекарств. Все страны-члены ЕС, кроме таких как Финляндия, Люксембург и Мальта, внесли в национальное законодательство дополнительные административные санкции за фальсификацию лекарств, активных фармацевтических ингредиентов и вспомогательных веществ, используемых при производстве препаратов. При этом следует отметить, что на данный момент во всех 28 странах ЕС применяют уголовные наказания за фальсификацию лекарств на всех этапах их продвижения на фармацевтическом рынке. Во всех остальных 21 стране ЕС фальсификация на фармацевтическом рынке является уже противозаконным действием и априори не требует подтверждения о нанесенном материальном или моральном ущербе третьим лицам.

В остальных 7 странах ЕС к фальсификации лекарств могут применяться гражданско-правовые (штрафы) или административные санкции (лишение лицензии). При этом следует отметить, что в этих странах (Болгария, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Финляндия и Швеция) уголовные санкции все-таки применяются, но к отдельным видам противоправной деятельности, связанной с фальсификацией препаратов. Так, например, в Болгарии уголовные санкции применяются только в случае с импортом и экспортом фальсифицированных лекарств. Все остальные виды противоправных действий по фальсификации препаратов рассматриваются государственными органами как гражданско-правовые и административные нарушения с соответствующими санкциями. В

Латвии уголовная санкции применяются только к производству, дистрибьюции и розничной реализации фальсифицированных лекарств. В Латвии и Румынии операции по экспорту и импорту фальсифицированных лекарств рассматриваются компетентными органами как гражданско-правовые и административные нарушения действующего законодательства. В таких странах, как Польша и Швеция фальсификации препаратов при экспорте определяются как гражданско-правовые нарушения действующего законодательства. В Литве под аналогичную юрисдикцию попадают только операции по импорту фальсифицированных лекарств. Кроме этого следует отметить, что в Латвии уголовная ответственность применяется только в случае, если использование фальсифицированных препаратов привело к смерти или нанесло значительный физический вред здоровью граждан. В таких странах, как Португалия и Эстония аналогичные санкции применяются в случаях, когда потенциально фальсифицированный препарат при его применении может нанести значительный вред людям и системе здравоохранения в целом. В таких государствах, как Греция, Румыния, Литва и Швеция уголовные санкции применяются в том случае, если применение фальсифицированного препарата может иметь опасные последствия. Интересным является тот факт, что в других странах мира уголовные наказания за фальсификации и незаконный сбыт такой продукции, повлекший урон здоровья, а также приведший к смерти пациента карается очень строго. Например, в Турции фальсификация лекарств карается лишением свободы на срок от 30 до 50 лет, в США и Индии – пожизненным заключением, а в Китае и некоторых странах мусульманского мира – смертной казнью виновных лиц.

Таким образом, можно сделать **вывод**, что в целом в странах ЕС с момента подписания The Medicrime Convention (2011) до сих пор отсутствует консолидированная и четкая позиции относительно меры ответственности за фальсификацию лекарств на различных этапах продвижения их по товаропроводящей цепи на фармацевтических рынках.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КОРОЛЕВСТВЕ МАРОККО И В УКРАИНЕ

Черкашина А. В., Раззак У.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Вступление. Важной задачей национальных систем здравоохранения, согласно требованиям Концепции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является предоставление населению качественной медицинской и фармацевтической помощи.

При формировании условий предоставления доступной медико-фармацевтической помощи населению, независимо от материального положения и социального статуса в обществе, особое место занимает страхование, как фармаэкономический механизм. Как известно, добровольное и обязательное медицинское страхование (МС) широко распространено в наиболее экономически развитых странах мира.

Целью нашей работы стало проведение сравнительного анализа состояния систем МС в Королевстве Марокко и в Украине.

Методы исследования. Контент-анализ, аналитические методы анализа.

Результаты исследования. Стоит отметить, что стоимость медицинской и фармацевтической помощи в анализируемых нами странах, по сравнению с доходами населения, достаточно высока. Несмотря на это, на сегодняшний день МС как в Марокко, так и в Украине развито недостаточно: обязательное (универсальное) МС отсутствует, а полисы добровольного (общественного и частного) МС имеет около 16 % населения Марокко и около 6 % населения Украины (среди людей с доходом более 5 тыс. грн., количество тех, кто имеет полис добровольного МС, составляет 14 %).

Общественное страхование в Марокко представляет собой систему добровольного МС для определенных слоев населения, в том числе государственных служащих, работников государственных предприятий и

некоторых других специалистов. Платежи учреждениям здравоохранения стандартизированы и установлены правительством после согласования с медицинскими структурами. В среднем, отчисления работников составляют 2,5 % от базового оклада, а работодателей – 3,5 % от фонда заработной платы.

Частное страхование, как правило, предлагается через крупные и международные корпорации, для тех, кто в состоянии позволить себе покрытие платежей (около 1 % населения). Страховщики ведут переговоры непосредственно с частными поставщиками услуг, чтобы определить плату за услуги по ставке. Застрахованные лица обычно платят 20 % по ставке сострахования (однако, иногда эта доплата может достигать 50 %).

Необходимо отметить, что программы добровольного МС в Украине не являются стандартными и разрабатываются индивидуально в соответствии с желаниями и возможностями страхователя. Что касается стоимости личного страхования, она определяется, как правило, после прохождения медосмотра и зависит от многих факторов, а именно: от перечня рисков; от набора бонусных программ (фитнес-центры, профилактический массаж и т.д.); от категории медицинских учреждений, включенных в пакет обслуживания; количества застрахованных; региона обслуживания; состояния здоровья застрахованного.

Цены на полисы добровольного МС в Украине в среднем колеблются от 3,4 тыс. грн. на год (эквивалентно работе 19 дней с минимальной заработной платой) до 25 тыс. грн. и выше. Например, для молодой семьи из двух человек в возрасте 17-35 лет медстраховка с покрытием в размере 50 тыс. грн. в год обойдется для каждого почти в 6 тыс. грн. в год (составляет 6-7 % от средней годовой заработной платы по Украине; эквивалентно работе 33 дней с минимальной заработной платой).

Выводы. в результате проведенного сравнительного анализа состояния систем МС в Королевстве Марокко и в Украине установлено, что обязательное МС отсутствует, а полисы добровольного МС имеют около 16 % и около 6 % населения анализируемых стран соответственно. Стоимость страхового полиса при общественном страховании для работника в Марокко составляет 2,5 % от

базового оклада и около 20 % по ставке сострахования при частном МС. Стоимость полиса добровольного МС в Украине составляет 6-7 % от средней годовой заработной платы по Украине (около 12 % по ставке сострахования).

Как в Марокко, так и в Украине, качественная медицина доступна не всем слоям населения по причине высокой стоимости в сравнении с заработными платами. Дальнейшее развитие и усовершенствование систем добровольного и обязательного медицинского страхования – одно из основных направлений, способствующее предоставлению качественной медицинской и фармацевтической помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фармацевтическое право и законодательство : учеб. пособие для соискателей высш. образования по спец. «Фармация, промышленная фармация» / А. А. Котвицкая, И. В. Кубарева, А. В. Волкова и др.; под общ. ред. А. А. Котвицкой. – Харьков : НФаУ : Золотые страницы, 2017. – 224 с.

2. Малиновская А. Медицинское страхование в Украине: сколько стоит и зачем нужно // Факти. Здоров'я. [Электронный ресурс] // Режим доступа : <https://fakty.ictv.ua/ru/lifestyle/zdorove/20171114-medychne-strahuvannya-v-ukrayini-skilky-koshtuye-i-navishho-potribno/>.

3. Полис медицинского страхования имеет всего 6% украинцев [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://med-insurance.com.ua/review/706>.

**СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ
УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

ВИЗНАЧЕННЯ СУТНОСТІ ФІНАНСОВОГО СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЯК ЕКОНОМІЧНОЇ КАТЕГОРІЇ

Бондарева І. В., Золотарьова Н. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

nataliazolotareva3007.gmail.com

Вступ. Оцінка фінансового стану фармацевтичного підприємства (ФП) є невід'ємним процесом у дослідженні та аналізі діяльності організації. Оскільки за допомогою показників фінансового стану можна, з одного боку – здійснити діагностику проблем, які виникають при функціонуванні ФП, з іншого – покращити результати діяльності підприємства та підвищити його конкурентоспроможність.

Після переходу економіки України до ринкових відносин істотно збільшилася кількість ФП у сфері фінансово-економічної діяльності, тому значно підвищується роль комплексної оцінки кожного підприємства та постає необхідність якісного аналізу оцінки їх фінансового стану. До даного аналізу слід включити показники рентабельності, ліквідності, фінансової стійкості та платоспроможності.

Мета. Метою роботи є визначення сутності фінансового стану ФП як економічної категорії.

Основний матеріал дослідження. Визначення поняття фінансового стану закріплене в законодавстві України. Фінансовий стан підприємства – це результат взаємодії всіх елементів системи фінансових відносин підприємства, визначається сукупністю виробничо-господарських факторів і характеризується системою показників, що відображають наявність, розміщення і використання фінансових ресурсів.

Фінансовий стан ФП залежить від результатів його комерційної, виробничої і фінансової діяльності. Якщо виробничий і фінансовий плани успішно виконуються, то ФП випускає високоякісну конкурентоспроможну

продукцію, яка приносить йому понадплановий прибуток та додаткові джерела коштів, що, в свою чергу, призводить до зміцнення фінансового стану.

Та навпаки, нераціональне використання ресурсів – до недовиконання плану з реалізації продукції та виробництва, в результаті відбувається підвищення її собівартості, зменшення суми прибутку і як наслідок – погіршення фінансового стану підприємства.

Головне призначення фінансового аналізу є визначення та оцінка фінансового стану ФП, його конкурентоспроможність, потенціал у діловому виробництві, а також збір інформації для проведення роботи, яка надає достовірне уявлення про фінансовий та майновий стан ФП.

Виділено основні недоліки української специфіки в цій галузі досліджень. По-перше, оскільки, діяльність ФП здійснюється в умовах трансформаційної кризи, часто результати звітності ґрунтуються на недостовірній інформації. З одного боку, це приховування отриманого прибутку через завищені відсотки податків.

З іншого боку, готівкові і безготівкові форми розрахунків не розділені в звітності, тому не має можливості правильно їх розподілити.

По-друге, аналіз фінансового стану залежить від впливу зовнішніх та внутрішніх факторів, які не завжди можна виявити.

По-третє, навіть при великій кількості показників фінансового стану, аналітика ФП обмежується, визначенням тенденції фінансового стану підприємства критеріями «поліпшення» або «погіршення». По-четверте, виникає проблема нестабільності економіки та інфляційних процесів в Україні.

Висновок. Отже, фінансовий стан ФП – це економічна категорія, що утворюється за допомогою кількісних та якісних показників, які відображають результати діяльності ФП та визначає його фінансову спроможність забезпечити повне фінансування поточної діяльності, саморозвитку, безпеки та погашення зобов'язань перед іншими підприємствами, кредиторами й державою.

РЕИНЖИНИРИНГ ЛОГИСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ДИСТРИБЬЮТОРАМИ

Ержанова Р.Б.

Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,

г. Алматы, Республика Казахстан

roza.001@inbox.ru

Вступление. Проектирование логистической системы является фундаментальной задачей построения товаропроводящей системы, необходимым условием при этом выступает разработка бизнес-процессов в соответствии с особенностями предприятия и отрасли в целом, а также требованиями рынка.

Целью научной работы является обоснование подходов к регламентации процесса управления движением изделий медицинского назначения у дистрибьюторов Республики Казахстана.

Методика исследования – обзор литературных данных и обобщение материала, анализ, синтез и методы маркетингового, системного, логико-структурного, сравнительного анализа, прогнозирования и программирования.

По мнению основателей теории реинжиниринга, реинжиниринг – это фундаментальное переосмысление и радикальное перепроектирование бизнес-процессов для достижения существенных улучшений в таких ключевых для современного бизнеса показателях результативности, как затраты, качество, уровень обслуживания и оперативность.

На основании проведенного исследования и обработки литературных источников можно сделать вывод, что реинжиниринг – это перепроектирование деловых процессов с целью улучшения деятельности предприятия. В реинжиниринге важным является то, как на предприятии хотят организовать работу именно сегодня с учетом спроса на сегодняшнем рынке и возможностей сегодняшних технологий.

Реинжиниринг отличается от разных сфер деятельности фирмы, так от реорганизации – преобразованием процессов, а не организационных структур; а

от управления качеством – заменой существующих процессов на новые. В результате тщательного и всестороннего анализа обнаруживаются пути совершенствования бизнес-процессов посредством их упрощения. Например, скорость и качество их протекания можно увеличить за счет параллельного выполнения тех видов деятельности, которые ранее выполнялись последовательно, или обобщение и систематизация наиболее важной информации, собираемой в критических точках протекания бизнес-процесса.

Для обеспечения деятельности большинства предприятий достаточно от 3 до 10 основных бизнес-процессов, и их невозможно определить без проведения детального анализа и интуиции. При этом бизнес-процессы редко можно описать в терминах традиционных управленческих структур, обычно выделяют три вида типичных бизнес-процессов: выработка стратегии, разработка нового товара и выполнение заказов. Масштаб реинжиниринга зависит от количества основных бизнес-процессов. Реинжиниринг бизнес-процессов позволяет предприятию создать возможности для тесного взаимодействия между поставщиками и заказчиками. Например, компания Bell Atlantic Corporation достигла сокращения времени реализации этого бизнес-процесса «выполнение заказов» с 30 дней до 3, за счет чего компания не только сохранила существующую клиентуру, но и привлекла многих новых заказчиков.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Реинжиниринг предполагает осуществление радикальных, коренных изменений как бизнес-процессов, так и предприятия в целом и взаимоотношений с поставщиками и потребителями. Таким образом, основными составляющими процесса реинжиниринга являются оценка готовности к ним предприятия и разработка плана их внедрения, при этом необходимо четко определить роль сотрудников, участвующих в процессе изменений. Последствия реинжиниринга бизнес-процессов: изменение организационной структуры; изменение работы исполнителя; изменение требований к подготовке сотрудников; изменение оценки эффективности работы и оплаты труда; изменение целей исполнителя; изменение функций менеджеров.

СКЛАДОВІ СТРАТЕГІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Мороз С.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

m.sg@ukr.net

Вступ. Фармацевтична галузь впливає на якість життя в усьому світі, займаючись дослідженням, розробкою, виробництвом та реалізацією продуктів, необхідних для життєдіяльності та життєзабезпечення людини – лікарських засобів (ЛЗ). Сталий розвиток галузі полягає в прихильності та наслідуванні стратегії забезпечення високоякісними та безпечними ЛЗ при розробці нових та покращенні існуючих методів лікування для задоволення медичних потреб. Для фармацевтичних підприємств важливо побудувати свою стратегію з урахуванням основних складових, які забезпечуватимуть досягнення принципів та цілей сталого розвитку.

Мета дослідження – на основі узагальнення досвіду провідних фармацевтичних компаній світу висвітлити основні складові стратегії сталого розвитку.

Методики дослідження – моніторинг офіційних web-сторінок фармацевтичних підприємств, аналіз звітів про сталий розвиток.

Основний матеріал дослідження. Вивчення досвіду провідних фармацевтичних підприємств – лідерів у рейтингу за індексом Доу-Джонса (Dow Jones Sustainability Index, DJSI) показало, що для забезпечення сталого розвитку до їх стратегії включені такі складові та підходи, що орієнтують компанію на наслідування принципів сталості. Серед них виділяються наступні:

– наявність цінностей та пріоритетів діяльності, пов'язаних із сталим розвитком: фокус на пацієнта, інноваційність діяльності, перевага науці, чесність та етичність в роботі;

– етичний (діловий, організаційний) кодекс поведінки – важливий інструмент для забезпечення відповідальної поведінки. Він дозволяє співробітникам розуміти, що являє собою компанія, а також дає їм керівництво, що очікується від них на робочому місці та при взаємодії із

зовнішніми зацікавленими сторонами;

– прозорість діяльності – один з основних принципів сталості, який демонструється розкриттям результатів діяльності компанії при опублікуванні щорічного звіту про сталий розвиток;

– ефективні системи управління на всіх рівнях компанії, які забезпечують прийняття рішень та оптимальні умови роботи, починаючи з ради директорів та асоційованих комітетів ради, які керують стратегічним напрямком. Зокрема, комітет з питань інновацій та розвитку здійснює нагляд за програмою НДР. Управління ризиками контролюється комітетом з управління корпоративними ризиками;

– безпека та якість – операції на підприємствах повинні бути оптимально розроблені, щоб мати можливість динамічно реагувати на ринкові умови. Завдяки високим технічним досягненням у виробництві процеси стало розвиватимуться та відповідатимуть вимогам світового ринку ЛЗ;

– суттєвість – постійний моніторинг операцій шляхом оцінки суттєвості та ідентифікація проблем дозволяє краще визначити сильні та слабкі сторони, а проблеми корпоративної сталості регулюються в середньо та довгостроковій перспективі;

– створення сприятливого робочого середовища, що передбачає сприяння здоров'ю, безпеці та добробуту працівників, прагнення забезпечити співробітників необхідними професійними навичками та визнання завдяки їх внеску у загальну справу;

– забезпечення доступу до лікарських засобів – орієнтація на пріоритетні захворювання (цукровий діабет, онкологічні, серцево-судинні захворювання та ін.), що дає можливості для зростання та підтримки розвитку інфраструктури охорони здоров'я, а також створення партнерства з глобальними організаціями.

Висновки. Забезпечення сталого розвитку фармацевтичних підприємств – це безперервний процес, який потребує створення ними певних цінностей та пріоритетів, що відповідають цілям сталого розвитку, а також побудова своїх стратегій на тих обов'язкових складових, які забезпечуватимуть сталість.

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИМ ПРОЦЕСОМ РОЗРОБКИ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНИМ ПРОЕКТОМ

Слободянюк М.М., Самборський О.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

veritas_kh@ukr.net

Вступ. Підвищення якості та подовження життя людини не можливе без впровадження у медичну практику все нових більш ефективних лікарських засобів (ЛЗ) та на їх основі сучасних медичних технологій. Такий підхід веде не лише до значного підвищення вартості розробок ЛЗ (сотні та млрд. дол. США), а і суттєвого подовження терміну їх розробок (10 і більше років). Підвищення вимог до створення ЛЗ вимагає і від вітчизняних розробників та виробників при постановці на виробництво навіть генеричного або гібридного ЛЗ не менше одного млн. грн. інноваційних коштів. Тому економія часу та коштів в процесі R&D досліджень і отримання необхідного терапевтичного ефекту від нових ЛЗ, максимального зменшення інноваційних ризиків стає не лише економічною, але і соціальною проблемою.

Мета. На основі аналізу результатів виконання науково-дослідних робіт, анкетування дослідників визначити шляхи удосконалення управління технологічним процесом розробки нових ЛЗ як єдиного комплексного соціально орієнтованого проекту.

Методика дослідження. Використано логічний метод, контент-аналіз та методи маркетингових досліджень.

Основний матеріал дослідження. Проведеними нами дослідженнями показано, що інноваційна спрямованість технологічного процесу розробки ЛЗ, як особливого продукту та товару, потребує великих фінансових вкладень, характеризується значною тривалістю, науко- та трудоємкістю, особливістю

етапів, робіт та процесів комплексних хімічних, технологічних, фармакологічних, маркетингових, медичних, економічних та ін. досліджень. Соціально орієнтований напрямок по розробці важливих ЛЗ для контрольованості вартості витрат, терміну досліджень, зменшення ризиків і інвестиційної привабливості у цілому потребують обґрунтованого управління роботами й етапами в загальному технологічному процесі. Ефективне використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів потребує попереднього детального опрацювання прогностичного визначення їх потреби, включаючи за видами робіт та етапами. Залучення фінансових інвестицій у довготривалі проекти зі значною невизначеністю результатів, якими є розробка нових ЛЗ, вимагає обґрунтованого управління ризиками, щодо їх мінімізації, аргументованого надання інвесторам комерційної та інвестиційної привабливості, не тільки з поверненням вкладених фінансових ресурсів, а й отримання інвестиційного доходу з урахуванням середньої ринкової доходності та подальшого підприємницького прибутку. Відомо, що гроші мають властивість знецінення у часі, тому бюджетне проектування повинно визначати і дисконтовані грошові потоки.

Поглиблене вивчення та аналіз складових процедур та видів робіт по розробці нових ЛЗ, дало нам можливість сформулювати логічну послідовність їх виконання, визначити зв'язок із іншими видами та етапами робіт у загальному організаційно-технологічному процесі. Проведено групування етапів та видів робіт процесу розробки та впровадження нового ЛЗ на основі змістового та процесуального підходів. Нами виділено основні модулі, необхідні за ними показники та індикатори якості. Основою бюджетного планування нами визначено часові, грошові та трудові затрати з урахуванням мережевого підходу, критичних «точок» та критичного шляху. Прогнозування необхідних індикаторів та показників якості ЛЗ, ефективності та інвестиційної привабливості, а потім і практичну реалізацію проекту з розробки та використання нового ЛЗ, рекомендується здійснювати на основі формування «дорожньої карти». «Дорожня карта» стає умовною сукупністю об'єктивно

необхідних дій та кроків, їх послідовності та коригування у досягненні заданих показників. Це дозволить не лише обґрунтовано приймати управлінські рішення, а й створювати цільові наскрізні логістичні ланцюги в інноваційному процесі, розробляти підсилюючі плани та проекти (наприклад, маркетингова програма, програма лояльності та ін.) комплексного їх виконання. Таке спрямування діяльності всіх виконавців на реалізацію цілісного інноваційного проекту, як єдиного продукту, висвітлить суттєві ризики, прискорить виконання загальних робіт та, що дуже важливо, суттєво збільшить обґрунтування доцільності такого соціально орієнтованого проекту при варіантах сценаріїв розвитку подій. Прогнозування подій у процесі і необхідних найбільш важливих показників кінцевого результату проекту необхідно здійснювати у базовому, як найбільш ймовірному, оптимістичному та песимістичному варіантах подій. В цілому, «дорожня карта» дозволяє формувати загально задані індикатори якості та ефективності ЛЗ, конкретні економічні показники та інвестиційну привабливість проекту. Одночасно вона дає і змогу контролювати виконання проекту.

Найбільш важливими фінансово-економічними показниками проекту виступають ємність ринку, рентабельність виробництва ЛЗ, обсяги продажу, дисконтований термін повернення інвестицій (DPB), чисте сучасне значення грошового потоку (NPV), внутрішня норма прибутковості (IRR), дохідність інвестованого капіталу (ROI).

Результати досліджень апробовані на прикладі розробки нового ЛЗ для визначення доцільності проекту в цілому, його інвестиційної привабливості, комерційної спроможності при можливих варіантах подій, що дало можливість спрогнозувати найбільш вірогідні ризики та шляхи їх зменшення.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведено дослідження складових технологічного процесу розробки нових ЛЗ, як складного інноваційно спрямованого комплексу хімічних, технологічних, фармакологічних, маркетингових, медичних, економічних та ін. досліджень. Він представляє собою високовартісний та довготривалий соціально важливий

проект зі значною невизначеністю результатів, високими ризиками, потребує ефективного управління, прогнозування індикаторів якості й ефективності ЛЗ, спрямованості одержання необхідних економічних показників проекту. За матеріалами досліджень розробляються методичні рекомендації.

STUDY OF THE DIRECTIONS OF THE CALCULATION THE COST OF THE INDIVIDUAL EMPLOYEE BENEFITS OPTIONS

Zarichkova M.V., Dolgnikova O.M., Chesheva M.V.

Institute of Pharmacy Professionals Qualification Improvement

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

uef-ipksf@nuph.edu.ua

Introduction. Today, the problem of regulation and financial support of the social and economic problems in Ukraine becomes relevant. The pharmaceutical sector of the health industry is not an exception. It is characterized by lack of significant range of unsolved social and economic problems. Thus, one of the areas of improvement of the system of social protection of pharmacy professionals (SPPhP) is the introduction of employee benefits that is quite common in foreign pharmaceutical companies and consists of a rather wide range of options. However, for Ukrainian pharmacy institutions, such component as SPPhP is not widespread and the social needs of the most vulnerable categories of PhP are not satisfied sufficiently

The purpose – to study the directions the calculation of the value of the pharmacy professional's individual options in a pharmacy institution.

Methods. The methodological basis of this study consists of general scientific and applied scientific research methods, including: methods of correlation relationships studying, methods of multivariate analysis (Data Mining algorithms, Association Rules, and Link Analysis), Friedman ANOVA for dependent samples. The abovementioned analysis was conducted by means of StatSoft Statistica software package.

Results and discussion. Problems of social security and social protection of pharmacy professionals were studied in the scientific works of the following scientists: Gromovyk B.P., Gudzenko O.P., Kabachna A.V., Kotvitska A.A., Mnushko Z.M., Nemchenko A.S., Parnovsky B.L., Ponomarenko M.S., Posylkina O.V., Slobodianiuk M.M., Tolochko V.M., Bratishko Yu.S., Kubarieva I.V. and others, but the issue of formation and implementation of the conception of SPPhP and particular directions of improvement of the system of social protection of pharmacy professionals in the current context have not been studied in their works. However, despite the growing interest of scientists and practitioners to this subject, the nature of SPPhP, its impact on the staff motivation and efficiency of their activities are still studied poorly.

The phase of the study consists in the costs planning for the employee benefits, taking into account the regularities and the importance of each component, which were identified in the previous phases. At this phase, according to the respondents an analysis of desirable costs for individual options of the employee benefits, depending on PhP's position, has been conducted. According to these data, the estimated total cost of the employee benefits for the considered positions has been calculated separately.

Descriptive statistical analysis of the desirable expenses has been conducted previously. Due to the fact that none of the indicators were not characterized by the standard statistical law, along with the mean values their central tendencies were characterized by the median.

Friedman dependent samples ANOVA showed a high statistical significance of the differences in the total cost of the employee benefits for PhP's positions of different grades ($\chi^2(N = 84, df = 3) = 41,4483, p=0,00000 \ll 0,05$). The pairwise intergroup comparisons of the costs of the employee benefits, conducted to elaborate the revealed differences applying the Wilcoxon criterion under Bonferroni correction for the comparative multiplicity, showed the significance of the differences between all groups except for the positions of 2nd-3rd and 4th-5th grades ($Z = 2,2014, p = 0,027709 > 0,0083333 = 0,05 / 6$), enabling to write down the following number of

advantages for the desired total cost of the employee benefits, depending on the position of PhP: the cost of the 1st grade < the cost of the 2nd-3rd grade = the cost of the 4th-5th grade < the cost of the 6th grade.

Thus, we can conclude that the total desirable cost of the employee benefits according to the respondent PhP's opinion shall increase, depending on the grade of their work position. At the same time, the indicated growth is statistically significant between the professionals, who work at the positions of the 1st - 2nd grade, between the professionals, who occupy positions of the 4th - 5th grade, in comparison with the heads of pharmacy institutions and directors (6th grade). The difference in the cost of the employee benefits for professionals of the 2nd - 3rd grade in comparison with the 4th - 5th grade is not statistically significant (Figure 1).

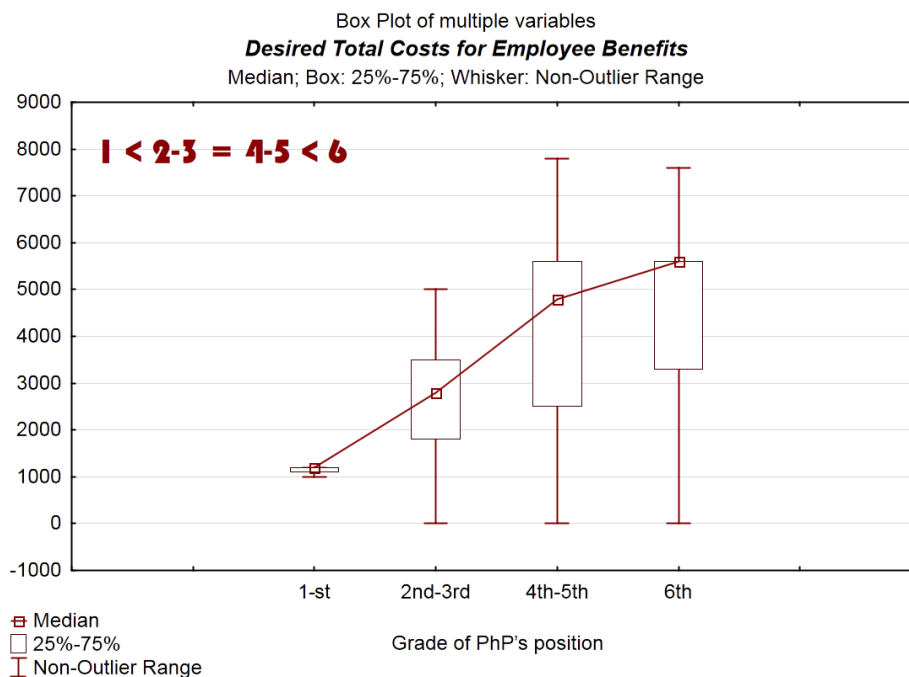


Fig. 1. Graph of the total cost of the employee benefits depending on the grade of PhP's position

Conclusion. According to the obtained data regarding the desired total cost of the employee benefits and according to the developed at the previous phase scheme of optimal distribution of total costs for individual options, which provide the greatest satisfaction with the employee benefits, we can propose the calculation of the cost of the employee benefits for PhP depending on the grade of the occupied position.

On the basis of the proposed scheme of optimal filling of the employee

benefits, a cost calculation has been made for their options, which provide the desired total cost of the employee benefits, estimated on the basis of the data from the survey questionnaires of PhP of the pharmacy institutions of different forms of ownership. Four types of expenses are offered, depending on the grade of PhP's position.

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ І ПОЛОЖЕННЯ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Малініна Н.Г., Шульга Ю.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

malinina_nata@ukr.net

Вступ. На сьогоднішній день питання професійної фармацевтичної етики та фармацевтичної деонтології є одним з найбільш визначних і актуальних для фармацевтичної галузі України. Відповідно до норм чинного фармацевтичного законодавства основним завданням сучасної аптечної мережі – забезпечення населення якісними, ефективними та економічно доступними лікарськими засобами, виробами медичного призначення та дієтичними добавками.

Мета дослідження. Опанувати морально-етичні принципи і положення фахівця фармації у практичній діяльності з позиції соціальної фармації.

Методики дослідження. Матеріалом дослідження виступали дані наукової літератури, нормативно-правові та інструктивно-методичні документи щодо морально-етичних принципів і положень фармацевтичної етики та фармацевтичної деонтології з використанням нормативно-правового та документального аналізу.

Основний матеріал дослідження. На VII Національному з'їзді фармацевтів України, який відбувся 15-17 вересня 2010 року, був прийнятий Етичний кодекс фармацевтичних працівників України (далі – Кодекс). Цей Кодекс визначає етичні норми професійної поведінки та відповідальності фахівця фармації у взаємовідносинах із пацієнтом, лікарем та колегами. Кодекс є сукупністю норм фармацевтичної етики і деонтології поведінки фармацевтичних працівників у процесі надання кваліфікованої, якісної, доступної та своєчасної фармацевтичної допомоги населенню, спрямованих на формування довіри до професійної діяльності фахівця фармації, а також підвищення статусу й іміджу фармацевтичної професії у суспільстві.

За результатами дослідження встановлено, що основна причина не дотримання фахівця фармації принципів та положень фармацевтичної етики та деонтології з пацієнтами аптеки – конфліктні ситуації, створення яких частіше провокують самі ж пацієнти. Розглянемо основні види конфліктних ситуацій в аптечних закладах між: 1) співробітниками аптеки у результаті отримання

невірної інформації; 2) пацієнтом і фахівцем фармації; 3) підлеглим та керівником; 4) аптекою та постачальником; 5) аптекою та конкурентом.

Тому, для вирішення конфлікту необхідно керівнику, завідувачу аптекою, провізору, посереднику, постачальнику знати психологічний портрет кожного працівника аптечного закладу, тим самим передбачати його можливу поведінку в конфліктній ситуації.

Далі в якості прикладу наведемо конфліктну ситуацію «емоційний покупець» в аптечному закладі: «20.01.2018 року в аптеці «К», м. Харків пацієнт (гр. П.) запитує у провізора (гр. Б.) препарат «Ламінарію слані». Гр. Б. дає упаковку гр. П, вона її трясє та просить відкрити, мотивуючи це тим, що пачка важка. Упаковка закрита належним чином, відкрити її, не пошкодивши, неможливо, але гр. П. наполягає на своєму. Гр. Б. приносить іншу упаковку препарату «Ламінарію слані» вже в паперовому пакеті. Однак, Гр. П. не задоволена, обвинувачує провізора, що він спеціально так упакував препарат, щоб не було видно, що це підробка».

Отже, аналізуючи наведений приклад, визначено, як фахівцю фармації вийти з даної ситуації не порушуючи Кодекс: ♦ по-перше, при будь-якому конфлікті не піддаватися паніці та не вступати в суперечку з пацієнтом, а необхідно проявити толерантність до нього; ♦ по-друге, запитати у пацієнта, перший раз він купує препарат, як він собі його уявляє; ♦ по-третє, повідомите, що всі препарати, які є в аптеці, закупаються тільки у перевірених постачальників, мають сертифікат якості, тому фальсифікованих препаратів бути не може. Проте, тільки пацієнту вирішувати, купувати даний препарат чи ні. Необхідно повідомити, що куплений в аптеці товар поверненню та обміну не підлягає. Так, провізор передає відповідальність за прийняття рішення про покупку самому пацієнту, забезпечуючи себе від повторного конфлікту, якщо пацієнт повернеться в аптечний заклад з відкритою пачкою препарату.

Висновки. Визначено морально-етичні принципи і положення фахівця фармації у практичній діяльності з позиції соціальної фармації. Встановлено, що провізор повинен відповідати вимогам фармацевтичної етики та деонтології, а саме: ♦ бути чутливим, доброзичливим і уважним до пацієнтів аптеки; ♦ вміти слухати та завжди знаходити з ними спільну мову.

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THE RELEVANCE OF THE IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL INSTITUTION CORPORATE CODE IN UKRAINE

Tolochko V.M., Artiukh T.O.

Institute of Pharmacy Professionals Qualification Improvement

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

uef-ipksf@nuph.edu.ua

Introduction. Currently the interpretation of the word “Code” (Latin “codex” is a book) is a set of rules in a certain sphere, which may have an officially fixed character, but it is not effective. There is also a more meaningful definition of this term: “Code” is internally integral complex (it has a structural division into parts, sections, etc.) statutory instrument, which is the result of codification, and it provides legal regulation of a certain sphere of social relations, combining the rules of a certain sphere, branch (sub-branch) of law.

However, the current code is not only a tool of high quality communication ethics, formation of organizational culture, positive image of the organization and increase in foreign economic activity, since the society has lacked only universal standards for regulating the human behaviour within the non-standard or conflict situations. Unfortunately, the current state of corporate governance in pharmaceutical institutions of Ukraine is characterized by low level of organizational culture, inconsistency of existing practice of corporate governance with pharmaceutical institutions to generally accepted worldwide principles of re-orientation of personnel management system for individual work with personnel, as the most valuable asset of the pharmaceutical institutions. Consequently, ethics requirements are reflected in corporate and professions codes, and they are ground of the organizational (corporate) culture of institutions.

The purpose. The main purpose of this work is the conduct of study of aspects of the relevance of introduction of the corporate code into the activity of a pharmaceutical institution as a tool of organizational culture management within the framework of adaptive personnel management taking into account the international experience of applying the ethical principles of the activity of pharmaceutical

institutions and pharmacy professionals.

Methods. Modern methods of logical and typological grouping, analytical analysis and comparison, desk (traditional) analysis, questionnaires have been applied for the scientific substantiation of practical aspects of the relevance of implementation of corporate standards and corporate code of a pharmaceutical institution. Analysis and processing of the data have been carried out by mathematical and statistical methods using computer programmes (Microsoft Office Excel 2003). The study subjects are special scientific literature, fundamental publications on labour organization, scientific reviews and monographic publications of domestic and foreign scientists on human resources management of organizations, Internet resources covering methodology, approaches and tests aimed at analysis of various aspects of the organization personnel activity and its culture.

Sociological methods and personal observations carried out among 1940 pharmacy professionals from 23 regions of Ukraine have been applied to confirm the desk results of the study. All respondents have been grouped into three categories: the management (main (leading) pharmacy professional, the director of a pharmacy institution, the head of a pharmacy institution, the head of a pharmacy, the head of a pharmacy department, the head of a pharmacy warehouse or a base, the head of a department), their deputies, chemists and pharmacists.

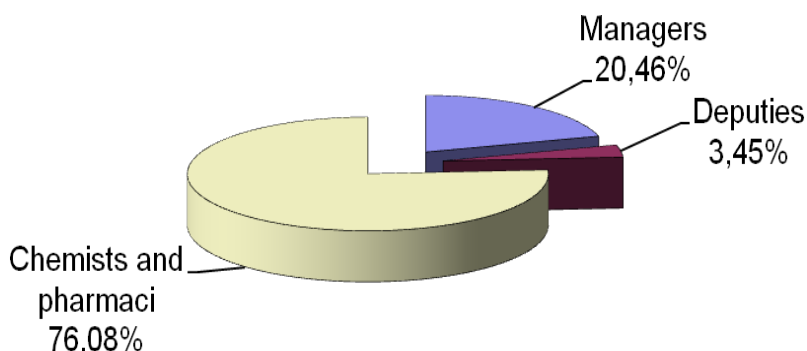


Figure 1. Characteristics of the distribution of respondents by positions

Results and discussion. At the end of the last century, problems of ethics conduct of business acquired not only national (state) but also international character that is inherent in interconnection at international, micro and macro levels, with formation of value-based approaches by the relevant official documents.

In this regard, the United Nations (UN), the Organization for Economic Cooperation and Development, the International Chamber of Commerce jointly developed a framework for the implementation of international rules on conduct of business entities in the international market. The Council of Europe has also conducted significant work in this direction. This issue is of particular importance due to expansion of the activity of multinational corporations (MNCs), which because of their extensive intercontinental or international organizational structure cannot be a controlled entity at macro level and cannot subject to the law of one state. The draft code of international conduct for these companies, developed by the United Nations, was adopted in 1980, it was revised in 1985 and in 1988. The code is being still developed.

Macro-level in Ukraine is represented by rules of corporate governance, regulating the activities of organizations with a number of regulatory documents on the implementation of important principles of business ethics – “implementation of generally recognized civil, integrity regulations of business relations in process of corporate governance”, that was proclaimed by the Secretary General of the OECD, Donald J. Johnson in the introductory word of the print edition of Principles: “... it is important that our efforts will also help to develop the culture of professional values and ethics conduct, which well-functioning markets will depend on. Professions codes are based on the same ethical principles as corporate codes and business ethics codes, but contain standards of conduct for a particular profession or type of activity. They are also inherent in the division into three levels of implementation of professional principles: international, macro and micro levels.

Conclusion. A retrospective analysis of the terminological definition of “Code” and the current version of the interpretation of “Code” has been conducted in order to define the content. It has been established that the most widespread version in the modern world is Business Ethics Code, which is of international nature, inherent in interconnection at international, micro and macro levels, with formation of value-based approaches approved by the relevant official documents. Macro level in Ukraine is represented by the rules of corporate governance. The professional codes on the national level are represented by the Ethics Code of Pharmacists of Ukraine.

СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

**АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ**

Герасимова О. А., Нуриддинов Ахадхон

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ph-econom@nuph.edu.ua

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний во многих странах мира, в том числе и в Украине. Медико-социальное значение заболевания обусловлено хроническим рецидивирующим течением, возможностью развития тяжелых осложнений, а также значительными затратами на лечение. *Helicobacter pylori* является одной из ведущих причин возникновения заболевания. Поэтому антихеликобактерную терапию (АХТ) считают стандартом лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Цель исследования: провести анализ ассортимента лекарственных средств (ЛС), которые включают в схемы АХТ язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, на фармацевтическом рынке Украины.

Методики исследования. Для достижения поставленной цели исследования были использованы структурный, логический, сравнительный и маркетинговый методы. Ассортимент ЛС (ингибиторов протонной помпы, антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов, антибактериальных средств, препаратов висмута) для АХТ язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Украине определяли, используя систему исследования рынка «PharmXplorer» компании «Морион» (по состоянию на декабрь 2017 года). В исследование включали только монопрепараты в виде таблеток и капсул.

Основной материал исследования. На фармацевтическом рынке Украины в 2017 году было представлено 6 международных непатентованных

названий (МНН) (омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол, декслансопразол) ингибиторов протонной помпы, 2 МНН (ранитидин, фамотидин) антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов, 6 МНН (амоксциллин, кларитромицин, левофлоксацин, метронидазол, тетрациклин, тинидазол) антибактериальных средств и 1 МНН (висмута субцитрат) препаратов висмута. Количество их торговых наименований (ТН) составляло, соответственно, 92 ТН, 24 ТН, 102 ТН и 6 ТН. Среди ингибиторов протонной помпы наибольшее количество ТН установлено у пантопразола (35 ТН), антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов – у ранитидина (14 ТН), антибактериальных средств – у левофлоксацина (43 ТН).

Доля ЛС отечественного производства составляет 33 % (74 препарата). Количество предложений на рынке импортных ЛС превышает предложения отечественных компаний-производителей почти в 2 раза. Только среди антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов и препаратов висмута преобладали препараты отечественных производителей. Ингибиторы протонной помпы эзомепразол и декслансопразол, антибактериальный препарат тинидазол в 2017 году не были представлены в Украине ТН отечественного производства.

Диапазон цен на упаковку исследуемых препаратов был широким: ингибиторов протонной помпы – от 8,96 до 514,12 грн., антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов – от 3,62 до 152,65 грн., антибактериальных средств – от 6,20 до 839,00 грн., препаратов висмута – от 69,52 до 377,61 грн. Это дает возможность проведения при необходимости генерической замены ЛС и может существенно влиять на стоимость курса лечения.

Вывод. Лекарственные средства для АХТ язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки были представлены в Украине в 2017 году в широком ассортименте, имели достаточно широкий диапазон цен за упаковку для выбора ЛС как с позиций его эффективности и безопасности, так и экономической целесообразности.

ДОСЛІДЖЕННЯ КОЕФІЦІЄНТУ ЛІКВІДНОСТІ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Костюк І.А.

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

iryna.kostiuk@nmu.ua

Вступ. Бронхіальна астма (БА) є найбільш розповсюдженим хронічним респіраторним захворюванням як у дорослих, так і у дітей. Зважаючи на те, що дана група пацієнтів приймає лікарські засоби (ЛЗ) постійно, то важливого значення набуває їх соціально-економічна доступність. Одним із основних показників, що використовуються для визначення такої доступності ЛЗ є коефіцієнт ліквідності (C_{liq}). Даний показник визначається шляхом поділу суми варіаційного розмаху ціни з урахуванням максимального та мінімального значення ціни за певний період і відображає ступінь конкуренції на фармацевтичному ринку, характеризуючи доступність препарату. Чим менше значення коефіцієнту ліквідності (зазвичай 0-0,5), тим більшим вважається рівень конкуренції, що склалася на ринку, і тим більш доступним є ЛЗ.

Мета та методи дослідження. Для ЛЗ, що застосовуються при лікуванні БА у дітей, було проведено контент-аналіз з використанням Державного реєстру лікарських засобів, який представлений на офіційному сайті ДП «Державний експертний центр» Міністерства охорони здоров'я України, інструкцій для медичного застосування ЛЗ, Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» та цінових пропозицій на дану групу ЛЗ у 186 аптеках міста Києва. До досліджуваної вибірки ввійшли 93 ЛЗ, що у своєму складі містять 13 активних фармацевтичних інгредієнтів.

Результати досліджень. Розраховані значення коефіцієнту ліквідності ціни показали, що максимальні показники ($C_{liq} > 0,9$) частково були у ЛЗ з такими активними фармацевтичними інгредієнтами як Fenoterol, Montelukastum, Methylprednisolone. Дані ЛЗ мають значну варіацію цін та

розбіжність між мінімальною та максимальною, що впливає на рівень конкуренції на ринку та доступність цих препаратів. Для 100% асортименту ЛЗ з такими діючими речовинами як Budesonide, Mometasone, Formoterol та Omalizumab C_{liq} мав значення 0-0,5. Такий результат демонструє незначний варіаційний розмах цін на ЛЗ з даними діючими речовинами та їх соціально-економічну доступність для населення.

Висновки. У зв'язку з тим, що захворюваність на БА серед дитячого населення є значною та дана нозологія ввійшла в ряд державних програм, дослідження цінової кон'юнктури та соціально-економічної доступності даної групи ЛЗ доводить необхідність фінансового регулювання цін на ЛЗ, що застосовуються для лікування БА у дітей.

ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ФІТОТЕРАПІЄЮ

Косяченко К.Л., Саханда І.В., Негода Т.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

sahanda.ivanna@ukr.net

Вступ. Лікарські рослини є ефективними засобами профілактики багатьох серцево-судинних захворювань для груп високого ризику. Також вони часто використовуються як засіб ад'ювантної терапії. Століття досвіду використання лікарських рослин у народній медицині є результатом їх відносно високої ефективності та їх широкого розповсюдження в природних екосистемах, а іноді й поблизу людського житла.

Матеріали та методи. Асортимент лікарських рослин, які використовуються для профілактики та лікування серцево-судинних захворювань; вивчення параметрів оцінки їх асортименту.

Параметрами оцінки асортименту були такі кількісні та якісні характеристиками:

- ширина асортименту (кількість зареєстрованих препаратів);
- структура (за лікарськими засобами, виробниками, лікарськими формами, видами лікарських рослин, фармакотерапевтичними діями).

Результати. Як показало дослідження, в проаналізованому періоді загальний асортимент українського ринку фітопрепаратів налічував понад дві тисячі найменувань, а саме 2280, що склало близько 17%, тобто майже п'ята частина офіційно опублікованих цифр усіх лікарських препаратів, зареєстрованих за період 2001-2017 рр. (13,5 тис.). Це досить високий показник, який свідчить про важливість препаратів з лікарською рослинною сировиною (ЛРС) для лікування і профілактики різних захворювань.

Серед лікарських препаратів рослинного походження майже половині (41,8%) належать рідкі форми: розчини для внутрішнього або зовнішнього застосування, для ін'єкцій, краплі, сиропи тощо; 31,6% – тверді лікарські форми: капсули, порошки та ін. Більше 13% асортименту включають м'які форми: мазі, лініменти, супозиторії тощо. Серед препаратів є також лікарські засоби рослинного походження у вигляді зборів, брикетів, чаю, питома вага яких 9,1%. Інші лікарські форми, які складають лише 3,7%, представлені у формі аерозолів (15 позицій), концентратами, кубиками.

Висновки. Нами вивчений та проаналізований перелік лікарських рослин, які відображають основні підходи до фітотерапії захворювань серцево-судинної системи: використання серцевих глікозидів – перші високоефективні препарати для лікування серцевої недостатності; Р-активні сполуки, які зміцнюють судин і регулюють метаболізм організму; різноманітні алкалоїди, які, зокрема, стимулюють активність організму. Аналіз асортименту фітопрепаратів на українському ринку показав, що асортимент лікарських засобів характеризується як динамічна система, яка постійно оновлюється за рахунок нових вітчизняних препаратів або реєстрації вперше в Україні препаратів рослинного походження, які завоювали переваги споживачів за кордоном.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЯМИХ ПРОДАЖІВ ЛІКУВАЛЬНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Котлярова В. Г., Чечотка О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. На теперішній час відомі багато технологій та інструментів просування лікарських засобів (ЛЗ). Не дивлячись на те, що лікувально-косметичні засоби (ЛКЗ) згідно Закону України «Про лікарські засоби» відносяться до ЛЗ, існують деякі відмінності. Одним із елементів маркетингових комунікацій є прямі продажі. При просуванні ЛЗ вони не є насущними. Це пояснюється тим, що, зазвичай, ЛЗ рекомендуються лікарем. Інша річ – ЛКЗ. За результатами проведених досліджень, тільки 37% споживачів придбавають ці засоби за рекомендаціями лікаря чи косметолога. В той же час перелік ЛКЗ, які представлені на ринку України, занадто широкий. Тому саме прямі продажі повинні допомогти споживачам обрати саме той засіб, який вирішить їх проблеми.

Метою дослідження є обґрунтування значущості застосування прямих продажів лікувально-косметичних засобів.

Методи дослідження: опитування споживачів для визначення значущості прямих продажів, аналізу вимог аптечних мереж до консультантів з ЛКЗ та контент-анализу для визначення переваг цього елемента маркетингових комунікацій.

Основний матеріал дослідження. До прямих продаж ЛКЗ відносяться консультації в зоні аптеки. Окрім упевненості в якості товару, покупцеві важливо, як з ним поспілкувалися, як презентували засоби краси. Такі консультації можуть проводитися провізорами-фахівцями (консультантами) з реалізації ЛКЗ, представниками торгової марки та промоторами. Між ними існують відмінності. «Робота консультанта припускає виявлення потреб і очікувань покупця, а також надання комплексної консультації про продукт. У обов'язку промоутера – роздача листівок з основною інформацією про продукт, інформування покупця про акції і умови тестування продукції». Про важливість роботи в аптеці власних

консультантів наголошують Е. Бутивщенко та Н. Ротай: «Незважаючи на привабливість допомоги фахівців від торгових марок, керівництво аптечних і торгових мереж все ж робить ставку на формування власної висококваліфікованої команди консультантів. Враховуючи загальні тенденції розвитку ринку лікувальної косметики, ми йдемо до того, щоб цими препаратами в аптеці займався окремий фахівець» [1]. Т. Сидоренко наголошує, що «найбільш ефективний спосіб комунікацій можна отримати за допомогою консультантів» [2].

Таким чином, як слідує з проведених власних досліджень та за результатами аналізу літературних джерел, дуже важливим елементом маркетингових комунікацій при просуванні ЛКЗ, є прямі продажі. Аналіз потреби у фахівцях в аптечних закладах показав, що «найбільш затребувані в аптеках консультанти по лікувальній косметиці – таких пропозицій на ринку праці близько 70%.

З метою виявлення вимог до консультантів з ЛКЗ було проведено опитування покупців цих засобів у аптечних закладах. Аналіз опитування показав, що найбільш очікуваними характеристиками консультантів для споживачів є: ввічливість та доброзичливість – 90 %, обізнаність у відмінностях засобів різних торгових марок – 73,4 % опитаних, бажання допомогти – 68,7 %.

Аналіз вимог аптечних мереж до консультантів з лікувальної косметики показав, що найбільш затребуваними є наступні – знання: асортименту ЛКЗ, які представлені на ринку України, основ фармакології та косметології; досвід роботи з лікувальною косметикою.

Висновки. Таким чином, порівняння показало, що вимоги споживачів та аптечних мереж до консультантів з ЛКЗ мають відмінності. Напрямом подальших досліджень будуть узгодження цих вимог та розробка стандарту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бутивщенко Е. Два взгляда на торговлю препаратами лечебной косметики /Е. Бутивщенко, Н. Ротай // Фармацевтические ведомости. – 2005. – № 3. – С. 27-31.

2. Косметика на аптечных полках! Тенденции потребительских предпочтений // Аптека. – 2011. – №8 (779).

ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ТЕНЕКТЕПЛАЗИ ЯК ПОТЕНЦІЙНОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Левицька О.Р., Громовик Б.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

OEF1784@gmail.com

Вступ. Одним із сучасних доказових методів лікування хворих з ішемічним інсультом (ІІ) є системна тромболітична терапія (ТЛТ). Для її проведення використовується єдиний лікарський засіб (ЛЗ) — альтеплаза. Проте цей ЛЗ має певні обмеження до застосування та низку серйозних ускладнень. Вказане зумовлює необхідність досліджень інших препаратів як потенційних засобів для системної ТЛТ при ІІ. Альтернативою альтеплазі може стати теноктеплаза, яка сьогодні використовується як тромболітик при гострому інфаркті міокарда. Низка клінічних досліджень (КД) показала перевагу теноктеплази над альтеплазою при ІІ, тому її розглядають як ймовірну альтернативу альтеплазі.

Мета дослідження. Вивчення конкурентоспроможності теноктеплази як потенційного засобу для тромболітичної терапії при ІІ.

Методики дослідження. Графічно-математична оцінка конкурентоспроможності ЛЗ. При оцінці конкурентоспроможності враховували дані доказової медицини стосовно ефективності та безпеки теноктеплази та альтеплази при ІІ. Порівнювали такі ЛЗ: 1. Актилізе® (альтеплаза), ліофіл. д/р-ну д/інф. 50 мг фл, з розчинником у фл 50 мл, №1 – мінімальна закупівельна ціна станом на лютий 2018 р. – 12472,69 грн. 2. Металізе® (тенектеплаза) ліофіл. д/р-ну д/ін. 50 мг фл, з розчинником в шприцах 10 мл, № 1 – мінімальна закупівельна ціна станом на лютий 2018 р. – 38345,58 грн. Обидва ЛЗ виробляє фірма Boehringer Ingelheim (Німеччина). Для хворого стандартної статури (дорослий пацієнт, який має вагу 70±5 кг, зріст 170±10 см) доза альтеплази з

розрахунку 0,9 мг/кг становитиме $63 \pm 4,5$ мг або 2 фл актилізе. Доза тенекеплази з розрахунку 0,4 мг/кг становитиме $28 \pm 2,0$ мг, тобто 1 фл металізе.

Основний матеріал дослідження. Графічно-математична оцінка засвідчила, що за такими показниками як реканалізація через 24 год, функціональні результати через 3 місяці, співвідношення користь/ризик, спосіб введення, селективність до фібрину, період напіввиведення та стійкість до впливу інгібітора активатора плазміногену I типу тенекеплаза переважає, а за вартістю — поступається альтеплазі (рис.1). Встановлено, що коефіцієнт конкурентоспроможності для альтеплази становить 0,60, а для тенекеплази – 2,59, тобто в 4,3 рази вищий ніж в альтеплази.

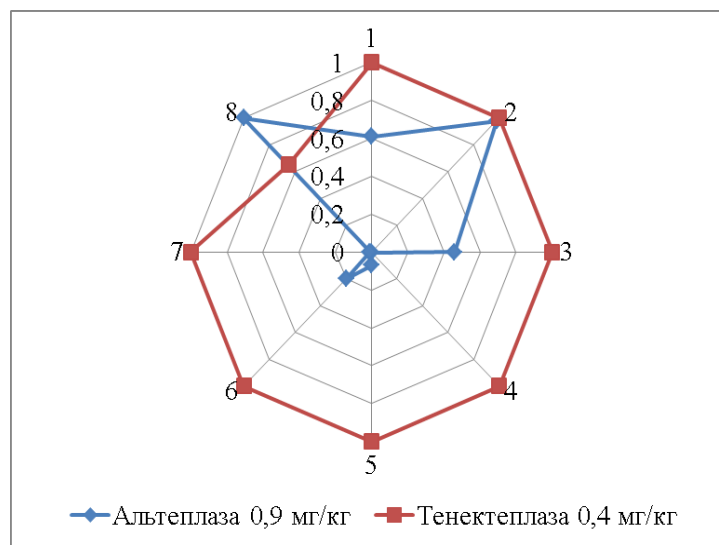


Рис.1. Графічна модель оцінки переваг тенекеплази та альтеплази:

- 1) реканалізація через 24 год;
- 2) функціональні результати через 3 міс; 3) користь/ризик;
- 4) спосіб введення; 5) селективність до фібрину; 6) період напіввиведення;
- 7) стійкість до впливу інгібітора активатора плазміногену I типу; 8) вартість.

Джерело: власна розробка

Висновки. Тенекеплаза за обраними критеріями порівняння має значні переваги перед альтеплазою, тому може стати її ймовірною альтернативою, враховуючи майже аналогічний профіль безпеки та ефективності, а також кращу зручність використання. Для підтвердження чи спростування цього необхідні

подальші широкомасштабні КД, позаяк інтереси хворих з ІІ мають бути пріоритетом систем охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень. Плануємо моніторинг, аналіз та узагальнення результатів поточних КД щодо тенектеплази при ІІ.

**АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ,
РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

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

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з основних причин захворюваності та смертності працездатного населення України. За даними Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) наразі зареєстровано більше 32,5% дорослого населення України хворого на ГХ. Очікується, що у всьому світі до 2030р. понад 23 млн. чол. помруть від ГХ. Тому актуальності набуває аналіз асортименту лікарських засобів (ЛЗ) представлених у аптечних закладах та рекомендованих при лікуванні ГХ.

Мета. Метою є аналіз асортименту антигіпертензивних ЛЗ, представлених у аптечних мережах м. Харкова у період з 01.05.2017р. по 01.10.2017р.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалися матеріали Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з артеріальної гіпертензії, який затверджений наказом МОЗ України від 24.05.2012р. № 384 та данні щодо асортименту антигіпертензивних ЛЗ у в аптеках м. Харкова. Методами були обрані аналітичний та узагальнення інформації.

Результати. Для опрацювання необхідного сегменту дослідження нами була сформована вибірка, яка включала у себе ЛЗ за фармакотерапевтичними групами (ФГ), всього налічувалось 8 груп препаратів за анатомо-терапевтично-хімічною (АТС) класифікацією. Серед асортименту аптеки, ЛЗ антигіпертензивної дії склали 313 найменувань за торговими назвами (ТН). При аналізі асортименту антигіпертензивних ЛЗ за ФГ було встановлено, що групи інгібіторів АПФ і бета-адреноблокаторів займали відповідно 18% (або 57 ТН) та 16% (51 ТН), групи блокаторів кальцієвих каналів і діуретиків становлять по 11% (по 35 ТН). Група антагоністів ангіотензину II займала 8% від усього асортименту (26 ТН). Частка нітропрепаратів складала 3% (8 ТН). До групи інших ЛЗ, що становили близько 2% асортименту, увійшло 5 препаратів – альфа-адреноблокатор, препарати раувольфії, хомвіотензин та агоністімідазолових рецепторів. Найбільшу частку асортименту склали комбіновані ЛЗ – 31% (96 ТН), серед яких превалювали комбінації діуретиків з іншими препаратами. При аналізі представлених препаратів за лікарськими формами було встановлено, що превалювали ЛЗ у формі таблеток – 294 або 93,9% від усієї досліджуваної сукупності, капсули – 10 ЛЗ за ТН або 3,2%, ампули для ін'єкційного введення – 5 препаратів або 1,6%, краплі та драже – по 2 ЛЗ або 0,6%. Аналіз компаній-виробників ЛЗ дозволив встановити, що препарати вітчизняного виробника склали 32,59%, а іноземного – 67,41%.

Висновок. Підсумовуючи слід зазначити, що у дослідженні асортименту ЛЗ за ТН у аптечних мережах м. Харкова превалювали препарати іноземного виробника, які як правило мають низьку доступність для населення у зв'язку з високим ціновим розмахом. Це свідчить про актуальність впровадження програм імпортозаміщення для ЛЗ, рекомендованих при лікуванні ГХ.

СВІТОВІ ЗАТРАТИ НА R&D У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЯХ

Страпчук С. І., Бородін В. Г.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

baysvetlana@gmail.com

Вступ. Особливістю фармацевтичних компаній є тривалий цикл розробки лікарських препаратів, який може сягнути 10-15 років з відповідним бюджетом на рівні 1,4 млрд. \$. США. Проведення наукових досліджень і розробок (Research & Development – R&D) є необхідною умовою розвитку фармацевтичних виробників. Щорічні відрахування на R&D у фармацевтичній галузі в 5 разів перевищують аналогічні інвестиції в аерокосмічну та оборонну промисловість, в 3,75 рази – в хімічній промисловості і в 2,5 рази – у комп'ютерній галузі.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні необхідності затрат на R&D у фармацевтичних компаніях для забезпечення виробництва якісних продуктів.

Матеріали та методи дослідження. Використовувались офіційні дані сайтів фармацевтичних компаній та статистичні бази даних.

Отримані результати. Проведення наукових досліджень і розробок є необхідною умовою успішного розвитку фармацевтичних компаній. Світові затрати на R&D в 2014р. становили 142 млрд. \$., тоді як витрати на наукові дослідження та розробки семи найбільших компаній склали 55 мільйонів \$ США. При цьому спостерігається щорічний приріст в розмірі 3,4% за період 2006-2014 рр. Очікується, що до 2020 року витрати становитимуть близько 160 млрд. \$ (за умови, що R&D в 2014-2020рр. становитимуть 2,0%).

На сучасному етапі витрати на розробку одного лікарського препарату перевищують 1,38 млрд. \$ США. Для порівняння, в 1975 р. такі витрати становили близько 138 млн. \$ США. При цьому на розробку та клінічні випробування лікарського засобу або вакцини необхідно 10-15 років. Збільшення витрат викликано потребою в більш безпечних ліках, підвищенням якості терапії та зменшенням побічних дій для пацієнтів. Для порівняння з

іншими галузями на R&D в фармацевтичній галузі припала більша частина інвестицій навіть під час економічної та фінансової кризи.

За результатами опитувань провідних фахівців галузі переважна більшість респондентів (80%) вважає, що дослідження та розробки (R & D) силами самої компанії не є найбільш ефективним шляхом для інновацій. Близько половини (41%) керівників компаній вважають за краще отримувати інноваційні розробки від підрядників, і приблизно така ж кількість керівників (39%) згадує можливість придбання цілих компаній, як кращий підхід до вирішення питання інноваційності портфеля продукції, особливо в області біотехнологій. Протягом останніх років фармацевтичні компанії займалися скороченням витрат та раціоналізацію за деякими підрозділами, а саме: продажі (69%), виробництво (59%), дистрибуція та логістика (59%), маркетинг (57%), виробництво хімічних компонентів (41%).

На рис. 1 наведено 10 провідних світових фармацевтичних компаній у 2017 році за кількістю препаратів R&D, який очолює швейцарська компанія Novartis з кількістю 251 препарат.

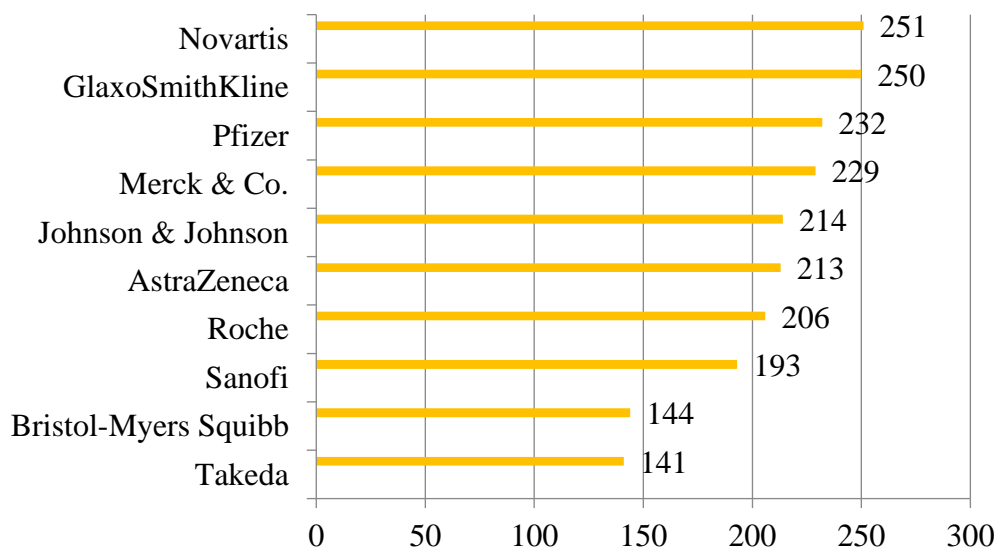


Рис. 1. ТОП-10 фармацевтичних компаній світу 2017 року за кількістю R&D-продуктів

У той же час багато компаній усвідомлюють необхідність перегляду всієї схеми створення ціни, щоб вона базувалася на ключових компетенціях у сфері

маркетингу, продажів, досліджень і розробок. Окремі заходи щодо скорочення витрат можуть давати фармацевтичним компаніям лише тимчасові перепочинки. У довгостроковій перспективі компанії повинні переглянути всю цінову схему створення вартості.

Висновки. Фармацевтична галузь потребує зростання мотивації щодо розробки нових лікарських препаратів. На сьогодні відсутні стимули переходу від існуючої терапії до нової методики попередження та лікування. Тільки нові технології допоможуть фармацевтичній галузі розвиватися далі шляхом створення більш безпечних та ефективних ліків. Конкурентоспроможними будуть такі ліки, які будуть оцінюватися пацієнтами, а також компаніями-виробниками з точки зору економіки їх виробництва. Об'єднання технологічного прогресу, інтелектуальних прав і соціальних умов у кінцевому підсумку призведе до більш конструктивного розуміння природи захворювань та шляхів їх лікування.

СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕВОГО РИНКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ В УКРАЇНІ

Страпчук С. І., Рак В. С.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

baysvetlana@gmail.com

Вступ. Фармацевтична промисловість України є однією з найбільш швидкозростаючих та високоприбуткових галузей. За період 2010-2016 рр. вона стала лідером за темпами приросту обсягів продажу виробленої продукції: базовий темп становив 174%, тоді як щорічне зростання обсягів продажу вироблених фармацевтичних продуктів і препаратів склало 16-19%, а у 2015 році навіть 39%. За відповідний період рентабельність операційної діяльності підприємств фармацевтичної галузі України в середньому становила 13-17%.

Витрати на ліки на душу населення в Україні є низькими порівняно з Євросоюзом, і складають від 50\$ до 165\$ на рік. Наприклад, у Польщі витрачається вдвічі більше лікарських препаратів на душу населення – близько 330\$ на рік, а в Німеччині – 630\$ на рік. Це свідчить про суттєвий нереалізований потенціал вітчизняного ринку.

Мета дослідження полягає у визначенні тенденцій та особливостей розвитку фармацевтичного ринку країни в системі національної економіки.

Матеріали та методи дослідження. Використовувались офіційні дані сайтів фармацевтичних компаній та статистичні бази даних.

Отримані результати. У структурі ВВП України продукція фармацевтичної галузі має відносно невелику частку – в середньому 2,1%. Динамічні зміни ВВП за період 2011-2016рр. та свідчать про нестійкий розвиток економіки країни, що пояснюється кризовими явищами на світовому та внутрішньому ринку. Обсяг ВВП у 2016 році вдвічі менший від обсягу ВВП у 2013 році та спричинений девальвацією валюти в Україні, тоді як в умовах місцевої валюти ринки зростали. Проте, ця частка є найвищою порівняно з іншими країнами пострадянського простору: Росії, Білорусії та Казахстану.

Ці країни успадкували свої сектори фармації від Радянського Союзу. Кожна колишня республіка мала іншу структуру економіки, фармацевтичне виробництво було добре представлено в Україні, Росії та Білорусії, та дещо менше в Казахстані. У той час як природні ресурси є ключовими в Росії та Казахстані, частка фармацевтичної продукції у їх ВВП є нижчою, ніж в Україні та, незначною мірою, у Білорусії. Це є наслідком посилення ролі фармацевтичного сектору в економіці з меншою залежністю від природних ресурсів.

Як для міжнародних операторів фармацевтичного ринку, так і для вітчизняних виробників, Україна – це перспективний ринок з населенням 42,7 млн.чол, з яких 70% проживають у містах, при цьому 23 млн чол. – особи працездатного віку (у віці 15-70 років). Середня тривалість життя в Україні – 71 рік. Кількість державних лікарень – 1800. За даними Українського інституту

демографічних та соціологічних досліджень, 76% осіб віком 25-64 років отримали диплом про вищу освіту. Україна у 2016 році визнана 64-ю найбільшою економікою світу, в якій ВВП у реальному вимірі становив 87,2 млрд. \$, а ВВП на душу населення за поточними цінами становив 2,05\$ США. Річний прогрес у рейтингу Світового банку «Простота ведення бізнесу» у 2017 році: 80 місце в 2016 році (2015 рік – 83). Оцінка індексу сприйняття корупції: 29 в 2016 році (2015 рік – 27). На фоні загального зростання у гривневому еквіваленті з 30 млрд. грн. у 2013 році до 45 млрд. грн. у 2016 році, та враховуючи дані щодо динамічних змін ВВП та структурного співвідношення секторів в економіці, вважаємо, що основним фактором зростання є ціновий, спричинений девальвацією національної валюти.

Фармацевтичний ринок України ринок є 14-м найбільшим ринком у вартісному відношенні у Центральній та Східній Європі та є другим за величиною ринком у регіоні. При цьому, імпорт на ринку України домінує у вартісному виразі, і становить 63%. Дана тенденція прослідковується також на відповідних фармацевтичних ринках Росії, Казахстану та Білорусі (70% проти 30%). За дослідженнями експертів, якщо вимірювати в кількісних одиницях, дане співвідношення є зворотним, наприклад імпорт в Росії становить 39%. Таким чином, можна стверджувати про подібність секторів: імпорт представлений запатентованими ліками, що мають високу вартість, тоді як місцеві фармацевтичні компанії переважно виробляють доступні дженерики.

Огляд ринку та сегментація препаратів, що відпускаються за рецептами, складають до 68% продажів у вартісному вираженні залежно від ринку. Запатентовані препарати вимагають зазвичай низької частки продажів (11-29%), оскільки вони є найдорожчими. Дженерики надають дешевшу альтернативу та є основою державних програм охорони здоров'я (39-50% продажів). Дані препарати традиційно сильніші через більш доступні ціни, кращу інформованість клієнтів та тенденцію до самолікування.

В Україні всі виробники зобов'язані мати місцевий або міжнародний сертифікат GMP. Лікарські препарати, що ввозяться в Україну, повинні

відповідати GMP. Виробники також повинні гарантувати, що активні інгредієнти, які вони використовують для виробництва своїх препаратів, відповідають GMP.

Висновки. Аналіз проведеного дослідження свідчить, що обсяги виробництва фармацевтичної продукції на вітчизняних підприємствах щорічно зростають приблизно на 17-18%. Не зважаючи на дуже низький рівень консолідації в фармацевтичному секторі, створено фармацевтичні кластери в містах Київ, Харків, Львів, Суми та Вінниця. За останні 5 років інвестиції в фармацевтичну промисловість оцінюються приблизно на 200 мільйонів доларів США. Враховуючи зазначені вище тенденції розвитку фармацевтичного ринку та ролі національних виробників у структурі промисловості України, доцільно приділити увагу інструментам стратегічного маркетингу на рівні підприємства з метою підвищення ефективності його діяльності.

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ
ДОПОМОГИ**

**ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ
АССОРТИМЕНТА ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

Кубарева И.В., Гавриш Н. Б., Лхирши Маха

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Основной целью паллиативной медицины является поддержание качества жизни пациента в финальный период болезни, максимальное облегчение физических и моральных страданий больного человека и его близких. Фармацевтическая составляющая паллиативной помощи представляет собой, в первую очередь, систему мер, направленных на борьбу с симптомами основного заболевания наносящих значительных страданий пациенту. Среди клинических симптомов, которые вызывают больше всего страданий пациентам в терминальной период жизни, особенно в паллиативной онкологии, на первом месте является болевой синдром. Опиоидные анальгетики, представленные наркотическими и психотропными лекарственными средствами (ЛС), относятся, согласно положениям международных организаций – ООН, ВОЗ и Международного комитета по контролю наркотиков к жизненно важным и незаменимым средствам обезболивания и облегчения страданий тяжелобольных при оказании паллиативной помощи [1,2,3].

Эффективное обезболивание страдающих от хронической боли пациентов до настоящего времени остаётся серьёзной проблемой здравоохранения во многих странах.

Цель исследования – провести анализ рынка опиоидных анальгетиков используемых при оказании паллиативной помощи больным в Украине.

Материалы исследования: Маркетинговые исследования рынка осуществлялись на основании анализа официальных источников информации о зарегистрированных и разрешенных к медицинскому применению ЛС в Украине – Государственного реестра лекарственных средств Украины и

Государственного формуляра лекарственных средств.

Методы: контент-анализ, системный, маркетинговые методы, элементы группировки и обобщения.

Результаты исследования: В ходе исследования был проведен поэтапный анализ ассортимента препаратов группы опиоидных анальгетиков которые используются для снижения болевого синдрома.

Установлено, что согласно данных Государственного реестра лекарственных средств [4] в Украине по состоянию на 20.04.2018 г. зарегистрировано 31 торговое название данной группы. В ходе сегментации ассортимента ЛС по лекарственным формам (ЛФ), установлено, что структуру формируют такие ЛФ: твердые (32,3 %), жидкие (61,8 %), мягкие (5,9 %). Среди твердых ЛФ преобладают таблетки (23,5 %), капсулы составляют (8,8 %), жидкие формы представлены инъекционными растворами (55,9 %) и пероральными растворами (5,9 %). Мягкие формы представлены в виде трансдермальных пластырей.

В результате проведенного анализа ассортимента препаратов по странам-производителям установлено соотношение отечественных и импортных ЛС, при этом, 67,6 % зарегистрированных ЛС представлены украинскими производителями и 32,4 % приходится на долю иностранных производителей, среди которых такие страны, как Латвия, Италия, Индия, Германия, Бельгия, Швейцария и Франция.

В ходе исследования были выявлены страны-импортёры в Украину, поставляющие субстанции опиоидных анальгетиков в виде порошка для отечественного производства. Среди них: Великобритания (Macfarlan Smith Limited), Чехия (Тева Индастриз с.р.о), Латвия (Northern Synthesis), Венгрия (Алкалоида Химический завод), Франция (Sanofi), Словацкая Республика (Saneca Pharmaceuticals a.s), Швейцария (Siegfried Ltd), Индия (Rusan pharma, Ltd. и Supriya Lifescience Ltd.), США (Mallinckrodt).

В соответствии с результатами контент-анализа регулирующих перечней ЛС установлено, что в девятом выпуске Государственного формуляра ЛС для

снижения болевого синдрома при оказании паллиативной помощи рекомендованы 7 препаратов класса опиоидных анальгетиков, среди них: Морфин, Тримеперидин, Фентанил, Бупренорфин, Буторфанол, Налфубин, Трамадол [5]. При этом, согласно Унифицированному клиническому протоколу паллиативной помощи для контроля хронического болевого синдрома, кроме вышеперечисленных рекомендованы еще Кодеин, Гидроморфон и Метадон [6].

Выводы. В ходе исследования проведено анализ ассортимента зарегистрированных в Украине опиоидных анальгетиков для снижения болевого синдрома, а также субстанций, используемых при оказании паллиативной помощи больным. Выявлена позитивная тенденция преобладания ЛС отечественного производства. Вместе с тем, доминирование на украинском рынке инъекционных и таблетированных форм препаратов указанной группы значительно затрудняет их применение пациентами, в первую очередь, детских возрастных групп. Перспективными направлениями исследований, на наш взгляд является комплексная оценка физической и экономической доступности фармацевтического обеспечения паллиативных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дацюк Н. О., Шолойко Н. В., Жогов И. В. Маркетинговый анализ фармацевтического рынка опиоидных анальгетиков в Украине. *Фармацевтичний журнал*. 2016. № 6. С. 22–30.
2. Князевич В. М. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року». *Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку* : матеріали наук.-практ. конф. Х., 2014. С. 5–13.
3. Кубарева І. В. Аналіз нормативно-правового регулювання надання паліативної допомоги в Україні. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*. 2017. № 4 (8). С. 27-32. URL: <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/14024> (дата звернення: 20.04.2018).
4. Державний реєстр лікарських засобів України : інформаційний фонд / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України.

URL: <http://www.drlz.kiev.ua/>. (дата звернення: 20.04.2018).

5. *Державний* формуляр лікарських засобів. Вип. 9. URL: www.dec.gov.ua/.../informatsijno-poshukova-sistema-elektro (дата звернення: 20.04.2018).

6. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 квітня 2012 р. № 311. URL: mtd.dec.gov.ua/images/.../311_2012/dod_311_2ukrmd.pdf (дата звернення: 20.04.2018).

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ
АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ
СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ**

АВС – АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ РЕФЛЮКС – ЕЗОФАГІТОМ У ДІТЕЙ

Карімова М.М., Макаренко О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» м. Дніпро, Україна

malikakarim0107@gmail.com

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є хронічним рецидивуючим патологічним станом, поширеність якого серед світового населення вкрай висока. Відомо, що ГЕРХ є частою патологією пацієнтів дитячого віку. У дітей з патологією органів травлення частота виявлення рефлюкс-езофагіту коливається від 8,7 до 17%. Лікування дітей хворих на ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом вимагає значних матеріальних витрат на лікування. Оптимізувати раціональну фармакотерапію захворювання дозволяє оцінка лікування за допомогою допоміжного методу клініко-економічного підходу – АВС-аналіз.

Метою дослідження є проведення АВС-аналізу споживання лікарських засобів для лікування ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом у дітей.

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз 35 листів призначення (форма 003-4/о) із історії хвороб пацієнтів з діагнозом гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба із рефлюкс-езофагітом однієї з дитячих лікарень м. Дніпра за період грудень 2017 – лютий 2018 рр.

Результати дослідження. При аналізі 35 листків призначення нами визначений список лікарських засобів, які призначались пацієнтам дитячого віку для лікування ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом. Нами визначено 31 позиція лікарських препаратів (ЛП), що призначались для лікування ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом. При ранжуванні зазначених ЛП за АВС-критеріями до групи А увійшли 11 позицій, що відповідало – 75,84% за розрахунком грошових витрат, до групи В – 11 ЛП (19,26%), а на групу С було витрачено 4,90% коштів, до неї увійшло 9 ЛП.

До групи А увійшли представники стимуляторів перистальтики домперидон (A03FA03) та мозаприд (A03FA09), які в сумі займають 21,72% (4460,34 грн.) від загальних витрат. Також в групі А виявились достатньо витратними: дієтична добавка, що сприяє нормалізації і підтримці нормальної мікрофлори кишечника, БіоГая – 9,52% (1955,59 грн.), комбінації простих солей

Маалокс[®], Алмагель[®] (A02AD01) – 8,64% (1773,7 грн.), лактобактерії та комбінації Лактовіт форте, Лацидофіл, Біолакт[®] (A07FA) – 7,64% (1568,10 грн.), поліферментні препарати Мезим[®] форте, Панкреатин, Креон[®] 10000, Креазим 10000 (A09AA02) – 7,14% (1465,06 грн.) та алюмінія фосфат Фосфалюгель (A02AB03) – 7% (1437,84 грн.).

Висновок. Таким чином, нами показано, що при ранжуванні ЛП за АВС-критеріями, до групи А (найбільш витратної) увійшли прокінетики, які є засобами першої лінії лікування ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом. Однак, використання дієтичної добавки, що не має доведеної клінічної ефективності, БіоГая є нераціональним витрачанням фінансових ресурсів.

DRUG PRESCRIPTION TO PATIENTS WITH DEPRESSION: RESULTS OF FREQUENCY ANALYSIS

Kobets M. N., Kobets Yu. N., Filiptsova O. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

may4ok777@yahoo.com

According to the World Health Organization, depression is one of the most common mental disorders, which affects more than 300 million people from all age groups. In the most severe cases, depression can lead to suicide, being the second leading cause of death among people in the 15-29 age group.

Despite modern and effective methods of treatment, less than half of people with depressive disorders receive correct pharmacotherapy. This is due to a number of reasons, among which we can distinguish lack of resources, including money, wrong diagnosis. At the same time, people who do not have depressive disorders, sometimes are made with an erroneous diagnosis and prescribed with antidepressants. Unfortunately, the number of people with depression and other mental health problems is growing all over the world, making this class of diseases socially significant.

The aim of the work was to determine the main directions of pharmacotherapy of patients with depression and to determine the drug leaders by the frequency of prescriptions for this category of patients.

Materials and methods. In the work medical cards of inpatients with depressive disorders for the period from 2011 to 2017 were used. For this analysis, the patient's medical records for 2017 (a fragment of the study) were selected. The research was carried out on the basis of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Kharkiv). Frequency analysis of prescriptions of medicines of patients with depression has been carried out.

Results of the study. The main direction of pharmacotherapy of patients with depressive disorders is the administering of antidepressants and antipsychotics according to the requirements of the current Unified Clinical Protocol (Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1003 of 25.126.2014).

In 2016, medical records of 123 inpatients were analyzed. In the course of the research, prescription drugs were administered for the frequency of prescriptions: sodium chloride (88 prescriptions) – blood substitutes and perfusion solutions; amitriptyline solution (76), amitriptyline tablets (53), piracetam (43), doxepin (38), paroxin (29) – antidepressants; gidazepam (59) – a tranquilizer; thiamine chloride (56), ascorbic acid (42) – vitamins; riboxin solution (38) – a means of influencing the processes of tissue metabolism.

In 2017, medical cards of 28 inpatients with this diagnosis were analyzed (a fragment of the study). In the course of the research, prescription drugs were prescribed for the frequency of prescription: gidazepam (24), amitriptyline solution d / in. (22), amitriptyline tablets (16), piracetam (10), doxepin caps. 25 mg (8), paroxin (8) – antidepressants; sodium chloride (23) – blood substitutes and perfusion solutions; ascorbic acid (14), thiamine chloride (6) – vitamins; riboxin solution (7) – a means that affects the processes of tissue metabolism.

Conclusions. In the course of the analysis, the main directions of pharmacotherapy of patients with depression have been established.

In general, the pharmacotherapy of patients with depressive disorders, conducted on the basis of the State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS Ukraine" (Kharkiv), met the requirements of the current Unified Clinical Protocol (Order of the Ministry of Health of Ukraine № 1003 from 25/126.2014).

More than 30% of prescriptions for the analyzed period (2016 and 2017) refer to the antidepressants and antipsychotics.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ ЗА 2014-2017 ГОДЫ

Силаев А.А., Ткачева О.В., Белинский Д.И.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

feknfay@ukr.net

Введение. ОРВИ занимают первое место в мире среди инфекционных заболеваний и представляют серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему для современного общества. В Украине ОРВИ ежегодно болеют более 10 млн. жителей.

Одной из важнейших задач здравоохранения Украины является рациональное применение профилактических и лечебных мероприятий, направленных на защиту населения от инфицирования ОРВИ и эффективное лечение заболевших. Лечение ОРВИ проводится в двух направлениях: повышение иммунного статуса организма и устранение симптомов простуды. Для ускорения выздоровления и нормализации параметров неспецифического иммунитета, нарушенных при ОРВИ, медицинские и фармацевтические специалисты рекомендуют применять иммуностимуляторы. Популярными группами иммуностимуляторов являются препараты интерферона, а также индукторы интерферона.

Цель исследования: анализ объемов потребления иммуностимуляторов, применяемых для лечения ОРВИ, выраженных в натуральных показателях (количестве упаковок) на фармацевтическом рынке Украины за 2014-2017 гг.

Методика исследования. Анализ объемов потребления иммуностимуляторов проводили с помощью системного анализа по данным информационно-поисковой системы «Морион», которая предоставляет ассортимент ЛС, цены, количество реализованных упаковок ЛС за определенный период времени.

Основной материал исследования. Иммуностимуляторы, применяемые при ОРВИ, по АТС классификации относятся к группе LOZA и представлены на

украинском фармацевтическом рынке на основе 4 МНН: природный интерферон α (L03A B01), интерферон альфа-2b (L03A B05), эхинацея пурпурная (L03A X22), прочие иммуностимуляторы (L03AX21). Среди последних необходимо выделить МНН тилорон, представленный на рынке под торговыми названиями «Амиксин» и «Лавомакс».

Анализ потребления иммуностимуляторов показал, что наиболее потребляемыми в натуральных показателях за 2014-2017 гг. были прочие иммуностимуляторы (L03AX21), реализация препаратов которых в 2014 г. составила 2141,30 тыс. упаковок, в 2015 г. – 2163,95 тыс., в 2016 г. – 3045,25 тыс., в 2017 г. – 2966,94 тыс. упаковок. На втором месте по потреблению были препараты эхинацеи пурпурной, потребление которых в 2014 г. составило 1577,34 тыс. упаковок, в 2015 г. – 1706,60 тыс. упаковок и затем постепенно снизилось до 990,34 тыс. – в 2016 г. и 795,14 тыс. – в 2017 г. Из группы прочих иммуностимуляторов наиболее потребляемым был индуктор интерферона – тилорон, потребление которого в 2016-2017 гг. превысило объем потребления эхинацеи (1916,39 тыс. и 1507,12 тыс. упаковок). Возросшее потребление тилорона по сравнению с эхинацеей обусловлено его скоростью развития эффекта, который наступает через 24 часа (в крови достигается максимальная концентрация 4-х интерферонов - α , β , γ и λ). В клинических исследованиях установлено, что тилорон в 5,4 раза сокращает сроки лечения ОРВИ, снижает частоту развития серьезных осложнений: пневмонии – в 3,4 раза, бронхита – в 1,8 раза. Положительный эффект от применения препаратов эхинацеи наблюдается только после 2-х недельного курса их приема.

Вывод. Лидерами по потреблению в натуральных показателях за 2014-2017 гг. были прочие иммуностимуляторы (L03AX21), а на втором месте препараты эхинацеи пурпурной. Среди прочих иммуностимуляторов наиболее потребляемыми были препараты тилорона, которые в 2016-2017 гг. превысили потребление препаратов эхинацеи. Тилорон имеет преимущества перед препаратами эхинацеи по скорости наступления эффекта.

АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПОЛІФЕРМЕНТНОЇ ДІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ ЗА 2014-2016 РОКИ

Яковлева Л.В., Бердник О.Г., Сташук Т.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Ферментні лікарські засоби (ЛЗ) використовуються для замісної терапії при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози та для симптоматичної терапії більшості гастроентерологічних розладів. Активна реклама та доступність ЛЗ цієї групи призводять до частого самолікування будь-яких порушень травлення без обґрунтованих на те показань. Ферментні ЛЗ є одними з найбільш вживаних в загальнотерапевтичній та гастроентерологічній практиці. Виходячи з вищезазначеного, актуальним є вивчення споживання ЛЗ даної групи для подальшої корекції терапії та запобігання небезпечного самолікування.

Мета - вивчення та аналіз споживання ЛЗ ферментної дії на фармацевтичному ринку України протягом 2014-2016 років.

Матеріали та методи. Об'єми споживання ферментних ЛЗ досліджували за допомогою рекомендованої ВООЗ АТС/DDD-методології, яка застосовує класифікаційну систему АТС (Anatomic Therapeutic Chemical Classification System) та одиницю виміру DDD (Defined Daily Dose), яка є визначеною добовою дозою в грамах. Метод застосовують для моніторингу споживання ЛЗ, які становлять особливий інтерес для суспільства з точки зору серйозних медико-соціальних та економічних наслідків їх нераціонального застосування. Для розрахунку обсягів споживання ферментних ЛЗ використано показник DDDs на 1000 жителів на день (DDD/1000 жителів/день). Відомості про величини DDD отримані на сайті ВООЗ: www.who.int/countries/ukr. DDDs – це кількість визначених середніх добових доз (DDD), які спожиті хворими на певній території (у конкретному регіоні, закладі охорони здоров'я) за певний

період (місяць, квартал, рік). В даному дослідженні розрахунки проводили за кожний рік протягом 3-х років.

Основний матеріал дослідження. На фармацевтичному ринку України у 2014-2016 рр. ферментні ЛЗ для регуляції травлення були представлені 2 МНН (A09AA02 Поліферментні засоби та A09AA10 Інші (Солізим)) та 67 ТН в різних лікарських формах: в таблетках або драже, вкритих кишковорозчинною оболонкою, твердих капсулах з гастрорезистентними гранулами у формі мікросфер та мінітаблеток. Більшість з них іноземного виробництва.

Аналіз отриманих даних демонструє стабільний ріст споживання в групі поліферментних ЛЗ (з 6,02 DDDs/1000 жителів/день у 2014 році до 6,92 DDDs/1000 жителів/день у 2016 році) (рис. 1). Найбільша питома вага в загальній структурі споживання ЛЗ ферментної дії характерна для поліферментних ЛЗ (пік споживання в 2016 р. – 6,92 DDDs/1000 жителів/день). Споживання Солізиму також збільшилось (з 0,29 DDDs/1000 жителів/день у 2014 році до 0,54 DDDs/1000 жителів/день у 2016 році) з піком споживання в 2015 р. – 0,68 DDDs/1000 жителів/день, але при цьому залишається стабільно низьким у порівнянні з поліферментними препаратами.

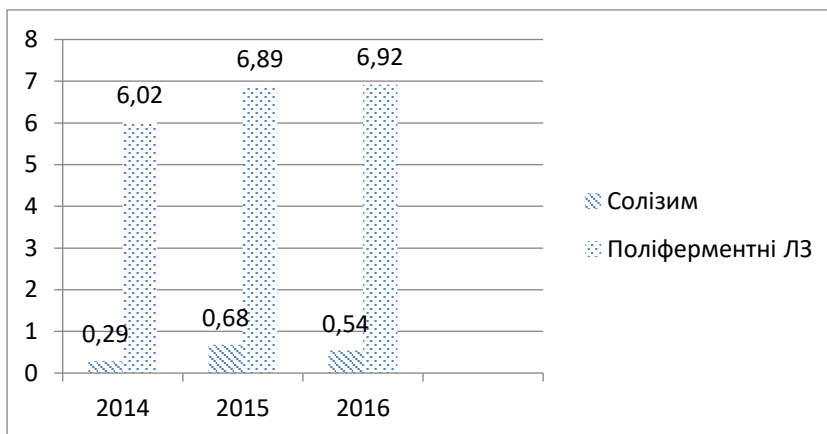


Рис. 1. Обсяги споживання ферментних ЛЗ (DDD/1000 жителів/день)

Висновки. Враховуючи стабільний ріст споживання ферментних ЛЗ в обох представлених групах та сучасну тенденцію широкого використання ферментних ЛЗ при переїданні, актуальним є вивчення та аналіз споживання цих ЛЗ для корекції ферментотерапії та запобігання негативних наслідків самолікування.

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

Кричківська А.М., Заярнюк Н.Л., Паращин Ж.Д., Лобур І.П., Хоменко А.І.,

Новіков В.П.

Національний університет «Львівська політехніка», м. Львів, Україна

volodymyr.p.novikov@lpnu.ua

Вступ. Згідно вимог чинного законодавства України в аптечних закладах на вітринах та полицях спеціальних шаф повинні розміщуватись всі наявні в асортименті вироби медичного призначення (ВМП) та лікарські засоби (ЛЗ), за винятком наркотичних, психотропних, отруйних, одурманюючих та прекурсорів за списком № 1. Раніше нами було проведено дослідження ринку продуктів дитячого харчування (ПДХ) як специфічного асортименту аптечних закладів. При проведенні даного дослідження нами було виявлено, що викладка ПДХ у вітчизняних аптеках займає доволі багато місця, оскільки сухі суміші або замітники грудного молока та каші розміщуються окремо від м'ясних консервів, окремо розставляються овочеві й фруктові пюре та соки. Також, нами було помічено, що ЛЗ розташовуються на вітринах згідно фармакологічних груп, однак, при викладці за цим принципом, серед ЛЗ часто зустрічаються препарати однакові за дією, але які не відносяться до ЛЗ.

Мета. Провести аналіз мерчандайзингу ЛЗ та ВМП в аптечних закладах в Україні та за кордоном, також привернути увагу до професійної етики та відповідальності саме у фармацевтичному бізнесі.

Методики дослідження. При дослідженні використовували методи мета-аналізу, польових і кабінетних досліджень та порівняльного аналізу.

Основний матеріал дослідження. За кордоном, в досліджуваних нами країнах ЄС, а саме Республіці Польщі, Німеччині та Австрії, ПДХ не продаються в аптечних закладах. В цих країнах ПДХ продаються в маркетах та спеціалізованих магазинах. Серед супутніх товарів в аптеках можна придбати ВМП для дітей та косметичні засоби, які представлені у неширокому асортименті, однак ціни на них

значно вищі ніж у маркетах. На жаль, в Україні майже у всіх аптечних закладах дуже багато супутніх товарів, за якими важко розгледіти ЛЗ. Все це призводить до того, що аптечні заклади сприймаються відвідувачами як спеціалізовані супермаркети, а відповідно, розсіюється увага як фахівців, так і відвідувачів. Отже, необхідно чітко розмежовувати зони викладки ЛЗ та супутніх товарів у торговельному залі та окремо виділяти місця для обслуговування відвідувачів.

Також, при проведенні польового дослідження нами було зауважено, що в ряді аптечних закладів на вітринах розміщено за фармакологічними групами та фармакотерапевтичною дією поряд ЛЗ та препарати, що не відносяться до ЛЗ. Одним з таких прикладів може слугувати розташування наступної продукції: «Ворміл», який є відомим антигельмінтних ЛЗ, та «Ворміл фіто», який не є ЛЗ, однак також застосовується як антигельмінтних засіб.

Поряд на вітрині були розміщені: «Ворміл» – порошок для перорального застосування сусп., 200 мг/10 г по 10г у пак. (виробник: Віндлас Хелскере Пвт. Лтд для «Мілі Хелскере Лтд», Індія/Великобританія) №10 та «Ворміл Фіто» – капсули № 60 у банках пластмасових (виробник: Сурья Хербел Лтд для «Мілі Хелскере Лтд.», Індія/Великобританія), а також Ворміл Фіто сироп для дітей того ж виробника. У Ворміл Фіто не міститься діючої речовини – альбендазолу, а в його склад входить порошок рослинної сировини та водні екстракти, а саме: Маллотус філіппінський (*Mallotus philippinensis*) 200 мг, Бутея однонасіннева (*Butea frondosa*) 100 мг, Кассія трубчата (*Cassia fistula*) 70 мг, Куркума довга (*Curcuma longa*) 70 мг, Деревій звичайний (*Achillea millefolium*) 70 мг, Гарденія гумміфера (*Gardenia gummifera*) 70 мг; водні екстракти: Куркума довга (*Curcuma longa*) 75 мг, Ембліка лікарська (*Embllica officinalis*) 75 мг, Деревій звичайний (*Achillea millefolium*) 75 мг, Часник посівний (*Allium sativum*) 75 мг, Ембелія смородинова (*Embelia ribes*) 75 мг, Сить округла (*Cyperus rotundus*) 75 мг, Псоралея ліщинолистна (*Psoralea corylifolia*) 75 мг, Фенхель звичайний (*Foeniculum vulgare*) 50 мг, Горіх волоський (*Juglans regia*) 25 мг; допоміжні речовини: натрію бензоат; оболонка капсули: желатин.

При цьому термін придатності ЛЗ «Ворміл» становить 2 роки, а термін

придатності препарату «Ворміл фіто» складає 3 роки. Слід зауважити, що дизайнерське оформлення препарату «Ворміл фіто» виконано таким чином, що спочатку читається назва Ворміл, а зверху під кутом (доволі грайливо), зеленим шрифтом йде надпис фіто. Небезпека полягає в тому, що дозування та способи застосування ЛЗ «Ворміл» та не ЛЗ «Ворміл фіто» суттєво відрізняються. Відвідувач може забути при замовленні у провізора вказати, що він хоче придбати препарат саме фіто. Загалом, постає питання правомірності вживання для не ЛЗ такої ж назви як для ЛЗ.

Висновки. З метою покращення умов обслуговування відвідувачів аптеки та підвищення відповідальності фармацевтичного бізнесу необхідно відкривати два відділи продажу: відділ відпуску ЛЗ та ручний відділ.

При викладанні товару на вітринах в аптечних закладах необхідно чітко розмежовувати викладку не лише за фармакологічною дією препаратів, а й враховувати чи є даний препарат ЛЗ.

Перспективи подальших розробок. Проаналізувати можливі загрози для фармацевтичного бізнесу загалом та для спеціалістів фармації зокрема у ситуаціях, коли економічна вигода висувається на перше місце, а певні сталі засади та вимоги до ведення фармацевтичної справи відкидаються або не беруться до уваги.

STUDY OF KEY AREAS OF THE SOCIAL RESPONSIBILITY OF MULTINATIONAL PHARMACEUTICAL COMPANIES

Zhadko S.V., Al-Rkapa Mohammed Tawfiq

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

svzhadkopharm@gmail.com

Corporate social responsibility (CSR) is defined as the overall contribution of business to sustainable development, characterized as economic development that does not undermine the ability of future generations to meet their needs. The

European Commission gives a definition of CSR as the responsibility of enterprises for their impacts on society.

The purpose of the paper is to analyze the directions of CSR of pharmaceutical companies by example of Janssen, Roche, GlaxoSmithKline, Novartis, Pfizer and Merck based on secondary sources of marketing information.

Pharmaceutical companies are aware of the importance of CSR and this is confirmed by the existence of a clearly formulated CSR policy and criteria for its evaluation. All researched companies have corporate responsibility (CR) steering group or committee; half of them have separate CR department and sustainable business or shared value sector. Only two from six companies have separate philanthropy entity foundation and systemic sustainable shared value business model.

Research has shown that pharmaceutical companies engage in a wide spectrum of activities in the direction of CSR. These activities include product involvement, and health systems strengthening. Product involvement is provided by differential pricing sales for resource poor countries, donation and special licensing agreements for resource poor countries. Health systems' strengthening is directed on supply-chain support, private increased product distribution capacity, improved local manufacturing, infrastructure investment, or informal provider engagement and promoting uptake of health insurance. Additional programs include targeted research and development specifically to meet developing country healthcare needs in pharmaceutical products with no commercial potential.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Огарь С.В., Пімінов О.Ф., Шульга Л.І., Лукієнко О.В.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації

Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

farmtex-ipksf@nuph.edu.ua

Вступ. Вивчення історичного минулого суспільства та історичних коренів фармації як соціально важливого сектору охорони здоров'я залишається актуальним і сьогодні. У цьому контексті особливого значення набуває вивчення подій і фактів, пов'язаних з розвитком вітчизняної фармацевтичної освіти як на рівні вищої університетської освіти, так і на професійно-практичному рівні.

Мета. Вивчення, узагальнення та аналіз тривалості термінів навчання у підготовці вітчизняних фармацевтичних кадрів до 1991 року.

Методи дослідження. В роботі використано методи інформаційного пошуку, порівняння, узагальнення та аналізу.

Основний матеріал дослідження. Перші згадки про фармацевтичну освіту, як процес і результат засвоєння людиною систематизованих знань, умінь і навичок, можна датувати початком 18 століття, коли аптеки на Лівобережній Україні утворювались та, здебільшого, керувались іноземцями. Саме в той час українці набули право працювати в таких аптеках та вчитися у закордонних фахівців. Курс фармацевтичного навчання тривав 5-6 років, після чого аптекарські учні складали іспити на звання «гезель» та відряджались до польових аптек на 2-3 роки. Потому вони мали право скласти іспити на звання провізора і могли самостійно працювати.

У 19 столітті при університетах були відкриті фармацевтичні відділи, а на медичних та ветеринарних факультетах почалося викладання курсів фармакології. Аптеки набирали учнів з осіб, які мали освіту не менше 6 класів класичної гімназії. Після трирічного навчання та іспитів вони отримували

звання аптекарських помічників. Далі, після трирічної практики в аптеці та продовження дворічного провізорського курсу при університеті і державних іспитів, особи що навчалися, здобували дипломи провізора. Згодом вони також мали право складати іспити і захищати дисертації на звання магістра фармації. Завідувати аптеками дозволялося тільки провізорам або магістрам.

Саме на початку 19 ст. на кафедрі лікарського речовинослів'я, фармації та лікарської словесності факультету медичних і лікарських наук Харківського Імператорського університету вперше в Україні розпочалася підготовка професійних фахівців для аптек і за 5 років перші випускники вже отримали дипломи магістрів фармації. Згодом було відкрито фармацевтичну лабораторію та розпочато підготовку фахівців аптечної справи і науковців, які займалися фундаментальними дослідженнями в галузі органічної хімії і фармакогнозії.

Після революції 1917 року підготовку фармацевтів при аптеках було скасовано і тільки у 1921 році були засновані фармацевтичні навчальні інститути з 4-річним курсом навчання (у Харкові й Одесі) та фармацевтичні технікуми з 3-річним навчанням (у Києві, Вінниці та Харкові); у 1923 році засновано хіміко-фармацевтичні факультети при Харківському та Одеському університетах; з 1930 року українські фармацевтичні навчальні заклади перейшли з системи наркомату освіти до наркомату охорони здоров'я, після чого інститути були переведені на п'ятирічний термін навчання.

У 1936 році в рамках реформи фармацевтичної освіти й підготовки провізорів у фармацевтичних інститутах знову був встановлений чотирирічний термін навчання, а в період Великої Вітчизняної війни (1941-1945 рр.) фахівці вищої кваліфікації взагалі навчались всього 2,5 роки. З 1949 року було повернено 5-річний термін навчання, що дозволило започаткувати виробничу практику обсягом 7 навчальних тижнів.

З 1953 року започатковано вищу фармацевтичну освіту за заочною формою навчання для осіб, що мали середню фахову освіту та стаж роботи понад 5 років, а також були створені вечірні відділення у фармацевтичних вишах та факультетах. П'ятирічний термін навчання дозволив збільшити

кількість годин на вивчення медико-біологічних дисциплін, а також розширити програми з аналітичної хімії, фармацевтичної хімії, технології ліків і галенових препаратів, фармакогнозії, організації фармацевтичної справи, що було вперше передбачено навчальним планом 1955-1956 навчального року.

У 1965 році Міністерством вищої і середньої спеціальної освіти СРСР був затверджений новий навчальний план із терміном навчання провізорів 4,5 років, у зв'язку з чим повністю були переглянуті програми та збільшено кількість годин на профільні дисципліни, що, в наступному, мало негативні наслідки у підготовці провізорів, вочевидь, через обмеженість терміну навчання.

Негативний 10-річний досвід та систематичні численні обговорення пропозицій викладачів вищих навчальних закладів фармацевтичного профілю дозволили у 1977 році відновити п'ятирічний термін навчання у фармацевтичних закладах вищої освіти: до нового навчального плану ввійшли такі нові дисципліни як патологія та фармакотерапія. Одночасно були розроблені програми зі спеціалізації (10 семестр навчання). Того ж 1977 року було вперше впроваджено програму післядипломного однорічного стажування молодих фахівців. Так, п'ятирічний термін додипломної підготовки за очною формою навчання виявився найефективнішим та залишався сталим у наступні роки.

Висновки. З моменту набуття Україною незалежності і дотепер в умовах нового механізму господарювання і ринкової економіки у сфері діяльності провізора постійно відбуваються трансформації, виникають додаткові, принципово нові, професійні вимоги до працівників фармацевтичного сектору, що, в свою чергу, зумовлює необхідність суттєвих змін у вищій школі. Такі перетворення у системі фармацевтичної освіти, зокрема, поява нових спеціальностей, освітньо-професійних програм та програм післядипломної підготовки фармацевтичних кадрів з певними термінами навчання, спрямовані на розширення обріїв вищої професійної освіти, як на додипломному, так і на післядипломному рівні, що є особливо актуальним в аспекті освоєння фармацевтичною освітою концепції «Освіта впродовж усього життя».

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ СТАНІСЛАВОВА (ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА)

Семенів Д.В., Христюк В.Р., Федяк І.О.

Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

vira-chrystuk@ukr.net

Вступ. Аптечна справа в Івано-Франківську (Станіславові) нараховує більше трьох століть. У структурі тутешньої єзуїтської школи уже в 1721 році була аптека.

Метою роботи став аналіз історичного розвитку фармацевтичного забезпечення населення в м. Івано-Франківську (Станіславові).

Методи дослідження. Бібліографічний, історичний та системно-логічний.

Результати дослідження. На Прикарпатті вперше стаціонарну медичну допомогу почали надавати у 1784 р. в монастирі капуцинів, що в селі Маріямпіль біля м. Галича. У «Газеті львівській» за 1816 р. збереглися відомості, що у шпиталі Сестер Милосердя у Маріямполі з 1 листопада 1814 р. по 31 грудня 1815 р. було проліковано 843 хворих, з яких – 786 осіб вилікувалось, 15 – померло, 42 – залишилося у шпиталі для подальшого лікування. Пізніше, у 1858 р. у шпиталі вже офіційно працював лікар. У 1909 р. тут налічувалось 30 ліжок, на яких за 1 рік було госпіталізовано 400 хворих, з яких померло тільки 9 осіб. З вище наведеної статистики можна зробити висновок, що лікарська практика Сестер Милосердя була плідною, багатьом людям врятувала життя. Громада Сестер Милосердя проживала у наданому їм монастирі до 1945 р., опікувалася хворими, сиротами і школою. Разом з іншими громадянами польської національності, вони виїхали у 1945 р. до Польщі.

Саме з Станіславова походить відомий фармацевт, видатний аптекар і хімік-дослідник XIX століття Теодор Торосевич (1789 – 1876 рр.). Народився у вірменській родині, вчився в місцевій гімназії, аптекарську справу вивчав у

Віденському університеті, здобув ступінь магістра. По закінченні університету проходив аптечну практику у Львові. 1819 року відкрив власну аптеку «Під римським імператором Титусом» (працює дотепер). Найкращою науковою аптечною лабораторією Галичини у ХІХ ст. була лабораторія цієї аптеки.

Перша класична аптека у Станіславові відкрилась за Австрії, у 1777 р., називалась «Під якорем». Другий фармацевтичний заклад міста називався «Під срібним орлом». Наприкінці ХІХ століття власником аптеки значиться поляк Ян Мацура. У 1877 р. Станіславів мав уже третю аптеку: у травні 1903-го Густав Адам відкрив аптеку «Під зіркою» на вулиці Заболотівській, 1. Тепер це Аптека №9 і саме вона є найстарішою з наявних в Івано-Франківську. Аптека «Під ангелом» відкрилась у 1910-му і стала п'ятою в місті. Очолював її високоосвічений магістр фармації Казимир Арматис. Аптека працює до цих пір, правда, тепер вона називається «Іва-Фарм».

Отже, кількісне зростання аптек в колишньому Станіславі виглядало так: до 1875 року – 2 аптеки (А. Байла і Я. Мацури), 1877 рік – 3 аптеки (додалась аптека А. Аміровича), 1903 рік – 4 (аптека Г. Адама, згодом В. Гундермана), 1910 рік – 5 (додалась аптека К. Арматиса), 1912 рік – 6 (плюс аптека З. Теодоровича). 1934 року в місті вже нараховувалось 8 приватних аптек.

Історик Наталя Храбатин наводить розміри місячної платні аптекарських працівників станом на 1936 р. Так, магістр фармації отримував 215 злотих, його асистенти мали від 90 до 115 злотих, а фізичний працівник (підсобник) задовільнявся 50 монетами. Середня зарплата у місті тоді була приблизно 100-120 злотих.

20 січня 1938 року в кам'яниці на площі Ринок, 11, відкрилась аптека «Під короною». Вперше в історії Станіславова її власницею стала жінка – магістр фармації Ядвіга Меус. 29 січня, лише через вісім днів після відкриття «Під короною», відсвяткувала новосілля аптека Олександра Вайса. Цей добродій теж був магістром фармації. Прізвище в нього явно не слов'янське, і навіть не християнське, утім називалась аптека «Під Матір'ю Божою».

У Станіславові працювали також фармзаклади при лікарнях, а лікарі могли мати свої домашні аптеки. Багато магазинів ліків знаходилося у власності

єврейських фармацевтів, але під час нацистської окупації 1941-1944 рр. майже всі вони виявилися в гетто, тому керівництво закладами брали провізори інших аптек.

У місцевих провізорів існував негласний закон – у разі гострої необхідності відпускати ліки в будь-який час доби. Їх добротою багато зловживали, тому для захисту права фармацевтів на здоровий сон у 1908 р. прийняли розпорядження про те, що за нічний візит в аптеку пацієнт додатково платив 50 галерей. Втім, від сплати цього збору особа звільнялася, якщо мала при собі рецепт від лікаря, де той чітко вказував, що ліки потрібні терміново.

Висновки. В історії станіславівських аптек простежується цікава закономірність: якщо аптека починала працювати, то ніщо не могло її знищити. Змінювалися власники, місця розташування, але назва і фармацевтичні традиції закладу залишались незмінними. Деякі аптеки, що виникли століттями тому, працюють і до тепер. Отже, столиця Прикарпаття має славне фармацевтичне минуле: тут жили і працювали видатні хіміки-дослідники, власники більшості аптек трепетно зберігали традиції моральності, а назви фармацевтичних закладів часто вражали своєю оригінальністю. За даними ліцензійного реєстру, станом на лютий 2018 р. в м. Івано-Франківську функціонують 840 місць роздрібною торгівлі лікарськими засобами, а саме: 671 аптека та 163 аптечні пункти, які належать 471 суб'єкту господарювання.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЗАРОДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Унгурян Л.М., Беляєва О.І., Петкова І.Б., Колисниченко М.В.

Одеський національний медичний університет, Україна

liana@ukr.net

Вступ. Знайомство з історією розвитку фармацевтичної освіти дає змогу підвищити моральний і загальноосвітній рівень майбутнього фахівця, сформувати пошану до своєї професії та використати все краще на благо

споживача. Саме багатогранний аналіз накопиченого досвіду за довгі роки історичного розвитку фармацевтичної освіти може бути визначальним для майбутніх позитивних перспектив та тенденцій її подальшого розвитку.

Однак, питання передумов виникнення та становлення системи професійної підготовки фармацевтів є маловивченим та недостатньо висвітленим, тому пошук и встановлення історичної хронології розвитку фармації на основі архівних даних є актуальним.

Метою нашого дослідження було опрацювання ексклюзивних історичних матеріалів для більш детального вивчення розвитку фармацевтичної освіти минулих років в м. Одеса.

Результати дослідження. Так, у 1915р. відкрито Одеський хіміко-фармацевтичний інститут, який був започаткований від хіміко-фармацевтичного відділення фізико-математичного факультету Одеських вищих жіночих курсів. До інституту могли вступати особи, що досягли 18 років, які відповідали всім вимогам та положенням у вищому навчальному закладі. Курс навчання тривав 4 роки. Учні, які закінчили повний курс навчання, виконали згідно навчального плану всі правила про заліки триместрів, а також захистили публічно перед комісією дипломну роботу на тему відповідно до обраної спеціальності та проходження річного практичного стажу, отримували встановлене свідоцтво на звання «Фармако-хімік». Особи, які бажали отримати право самостійної роботи в аптеках, повинні були мати практичний стаж в аптеці 1 рік та здати додаткові випробування з практичної фармації.

Згодом була організована науково-промислова хіміко-фармацевтична лабораторія з метою ознайомлення студентів з технікою виготовлення фармацевтичних препаратів у фабричному масштабі. В лабораторії виготовлялись складні фармацевтичні препарати, які здавались в Медін, Водздрав та Окрздрав.

28 вересня 1923р. відбулось засідання бюро хіміко-фармацевтичної та медико-біологічної предметних комісій для перегляду навчального плану. Розглядались питання про наступні положення: інститут повинен випускати

фармако-хіміків за спеціальністю у трьох галузях: фармацевтичної промисловості, бактеріології з медичним аналізом та практичної фармації (провізор); для працівників фармацевтичної промисловості та працівників аптек повинен бути загальний учбовий план, відмінністю якого, від діючого став розширений програмний курс з рецептури та збору і зберігання лікарських речовин.

В 1923р. вперше відбулися випускні колоквиуми для осіб, які обрали своєю спеціальністю фармацевтичну хімію, хіміко-фармацевтичне виробництво та хіміко-фармацевтичні дослідження. Таким чином, вперше відбувся випуск фармако-хіміків з цілком закінченою спеціалізованою освітою.

З 1929 р. навчальний рік складався з розрахунку 2-х семестрових теоретичних занять, а третій літній триместр надавався у вигляді виробничої практики. Для підготовки фахівця інститут перейшов на п'ятирічний термін навчання, включаючи захист дипломної роботи. Для покращення показників підготовки студентів інститут передбачав розподіл на два факультети: виробничий та аналітичний.

Висновки. Таким чином, на основі аналізу літературних та архівних даних відтворено хронологію стосовно зародження фармацевтичної освіти в Південному регіоні на початку ХХ століття.

**ОРГАНІЗАЦІЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ
СИТУАЦІЙ**

ЛОГІСТИЧНА МЕРЕЖА У СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

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

¹Українська військово-медична академія, Київ, Україна

²Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

maryvictory@ukr.net

Вступ. За даними військових вчених, з 1945 по 2015 рр. у світі відбулося понад 50 локальних воєн і 400 збройних конфліктів внаслідок яких загинуло більше 30 млн. чоловік. Деякі збройні протистояння тривають і до теперішнього часу, в тому числі і на території України. На різних етапах часу, завдяки відповідному медичному забезпеченню вдалося врятувати значну кількість життів, як серед військових, так і серед мирного населення. Світовий та власний досвід медичного забезпечення військовослужбовців під час бойових дій підтверджує, що організація оперативного доступу постраждалих до лікарських засобів і виробів медичного призначення в разі скорочує санітарні втрати і сприяє запобіганню небезпечних ускладнень життю і здоров'ю поранених. Тому питання удосконалення системи медичного постачання Збройних Сил (ЗС) України вельми актуальні та є адекватною відповіддю на виклики сьогодення. Вищезазначена проблема сьогодні привертає особливої уваги у зв'язку з проведенням в Україні оборонної реформи, серед завдань якої є створення єдиної ефективної системи логістики ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, як у мирний, так і у воєнний час, яка повинна функціонувати відповідно до стандартів НАТО і здатна якісно співпрацювати зі збройними силами інших держав-членів НАТО та Євросоюзу.

Мета роботи полягає в дослідженні сутності поняття логістичної мережі та її складових у об'єднаній системі військової логістики, визначення базових термінів та понять, які формують теоретичну основу у військовій логістиці відповідно до міжнародних норм і вимог.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження

проведено аналіз вітчизняної та закордонної наукової літератури, доктринальних, керівних настанов відкритого користування та чинної нормативно-правовій бази України. Методами дослідження є бібліографічний та аналітичний.

Основна частина. Відповідно до вимог оборонної реформи нашої країни, створено Головне управління логістики (J4) у складі Генерального штабу ЗС України, що надасть можливість на стратегічному рівні під єдиним керівництвом здійснити планування та управління логістичним забезпеченням, в тому числі і медичним постачанням, ЗС України та інших військових формувань під час виконання спільних завдань. Функціонування української єдиної ефективної системи логістики, що направлене на зміцнення боєздатності ЗС України, має бути відповідно до принципів і стандартів, прийнятих державами-членами НАТО і бути сумісною з логістикою збройних сил інших держав-членів Альянсу. При проведенні спільних (багатонаціональних) завдань, фахівці з логістичного забезпечення військ повинні використовувати не тільки єдину систему кодифікації військового майна сил оборони, сумісну із системою кодифікації НАТО, але й єдину спільну термінологію у сфері логістики та спільну інформаційну і комунікаційну системи, згідно євроатлантичних норм та стандартів. Узагальнення наукової зарубіжної літератури з військової логістики та доктринальних публікацій і посібників дало змогу визначити сутність поняття логістичної мережі, її складових у військовій логістиці та виокремити декілька основних логістичних термінів:

Логістичний вузол (ЛВ) – місце, де може відбуватися будь-яка логістична діяльність. Як приклади ЛВ можна навести точку переобладнання перевантажувальної зони/пункту дозаправки, зону логістичної підтримки бригади, пункт поставки озброєнь, порт висадки, повітряний простір, склад медичного майна, боєприпасів. Транспортні вузли ще називають терміналами.

Логістичне ребро (ЛР) або грань з'єднує два логістичних вузла. Дорога, що з'єднує логістичне відділення постачання з точкою видачі (живлення) матеріально-технічних засобів (в т.ч. медичного майна), залізниця, яка

сполучає ремонтне депо з портом посадки, а також повітряний маршрут між двома повітряними полями, є прикладами логістичних ребер.

Лінії зв'язку (ЛЗ) – маршрути, які з'єднують військові сили в передній частині театру операцій (бойових дій) з логістичними базами в зоні зв'язку і тилу зоні. Уздовж ЛЗ поставки, обладнання та військові сили просуваються вперед, а евакуйований особовий склад і техніка переміщуються назад. ЛС складається з ряду пов'язаних логістичних ребер. Отже, основою для ЛЗ між тилом та театром бойових дій є сучасні транспортні засоби і ця основа має бути доповнена довгостроковими і надійними системами зв'язку та сучасними комп'ютеризованими засобами інформації для підтримки прийняття рішень.

Логістична мережа (ЛМ) – упорядкований набір логістичних вузлів і ребер, де ЛЗ це шляхи в логістичній мережі. ЛМ містить вихідні вузли, проміжні вузли і вузли призначення, за допомогою цієї мережі, потоки (військове майно (в т. ч. і медичне майно та техніка), інформаційний, кадровий) переміщуються. У ЛВ вони тимчасово утримуються (зберігаються) або перенаправляються на інший шлях через ЛМ. Різні з'єднання вузлів (ЛР) представляють різні способи переміщення та ешелонування потоків по ЛМ. **Логістичне розгортання** є конкретною реалізацією ЛМ.

Логістичні ресурси – матеріально-технічні засоби (в т.ч. медичне майно), обладнання та логістичний персонал, які проходять через логістичну мережу. Їх загальне призначення полягає в тому, щоб зберегти і підтримати військову операцію. Логістичні ресурси складають потік в логістичній мережі.

Висновки. Таким чином, досліджено сутність поняття логістичної мережі та її складових у об'єднаній системі військової логістики. Разом з тим, виникає необхідність у дослідженні інформаційної підтримки ЛМ у системі медичного постачання ЗС України та інших військових формувань, впровадженні новітніх інформаційних технологій у практику військової охорони здоров'я та єдиної програмно-інформаційної і комунікаційної системи військової логістики, інфраструктури збору інформації згідно євроатлантичних норм та стандартів.

**ДОСВІД З ОСНАЩЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ АПТЕК
ДЛЯ ОТРИМАННЯ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ
У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ ДЛЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ**

Шматенко О.П., Хомутецька Н. І., Голуб А. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

homrufina@gmail.com

В умовах збройних конфліктів та надзвичайних ситуацій необхідність застосування військово-польової технології ліків обумовлена тим, що може виникати одночасна велика кількість постраждалих та різке зростання потреби у лікарських засобах. Як свідчить досвід, внаслідок порушення транспортних шляхів, зв'язку, знищення запасів лікарських засобів промислового виробництва в зоні збройних конфліктів або надзвичайних ситуацій, повноцінна фармацевтична допомога медичним або військово-медичним підрозділам протягом значного часу виключається. В таких умовах екстемпоральне виготовлення лікарських засобів дозволить забезпечити безперервність та ефективність надання медичної допомоги та лікування постраждалих. Екстемпоральні ліки забезпечать оперативність та гнучкість поставок лікарських засобів у будь-яких лікарських формах, номенклатурі та обсягах – від одиничних індивідуальних прописів до значної кількості серій ін'єкційних та інфузійних розчинів.

Крім того, екстемпоральні лікарські засоби не можливо повністю замінити ліками промислового виробництва з ряду причин:

- для деяких екстемпоральних ліків відсутні аналоги промислового виробництва завдяки нерентабельності їх виробництва, незначної потреби, їх нестабільності, короткого терміну зберігання, неможливості адекватного дозування для новонароджених, дітей та людей похилого віку;
- частина пацієнтів може потребувати індивідуального підходу до

надання їм медичної допомоги;

- деякі препарати промислового виробництва містять стабілізатори і регулятори кислотності, тому їх не можна використовувати для новонароджених.

Тому очевидно, що надання медичної допомоги під час збройних конфліктів та в умовах надзвичайних ситуацій неможливо без розгортання польових аптек та екстемпорального виготовлення лікарських засобів. Наявність власної технологічної бази з виготовлення стерильних розчинів є одним із факторів автономності та підвищення боєздатності медичної служби Збройних Сил. Але організація процесу та технологія виготовлення стерильних розчинів залишаються малоефективними завдяки морально і фізично застарілого обладнання.

Мета дослідження – вивчити досвід інших країн світу з розробки медичного оснащення для екстемпорального виготовлення лікарських засобів у польових умовах.

Сьогодні неможливо уявити невідкладну медичну допомогу постраждалим безпосередньо на полі бою (в осередку аварії, катастрофи, стихійного лиха) без інфузійної терапії. Особливості виготовлення інфузійних розчинів у польових умовах визначаються специфікою розгортання та організації роботи аптек етапів медичної евакуації та польових медичних закладів.

Нами був вивчений досвід служби медицини катастроф та військово-медичної служби інших країн. Для забезпечення автономної роботи медичних загонів спеціального призначення розроблена аптека мобільна. У мобільній аптеці здійснюється поряд з прийомом, розміщенням, зберіганням та відпуском медичного майна, виготовлення стерильних і нестерильних лікарських форм, у тому числі інфузійних розчинів, а також контроль їх якості.

Деякі вчені та промислові колективи розробили спеціальну установку для виготовлення стерильних розчинів як в аптечних, так й у польових умовах. Ця установка дозволяє: збирати та короткий час зберігати воду для ін'єкцій; виготовляти, фільтрувати та дозовано розливати у стерильній робочій зоні

розчинів у приміщеннях, що не нормуються за чистотою повітря, а також їх закупорювати; проводити внутрішньо аптечний контроль якості розчинів, що виготовляються.

У результаті проведення наукових досліджень та досвідно-конструкторських робіт був створений принципово новий зразок аптечного технологічного обладнання – аквадистилятор із закритим контуром охолодження. Його особливістю є наявність блоку охолодження закритого типу, що забезпечує багатократне використання води в якості холодоагенту. Цей аквадистилятор може використовуватись як в аптеці, так й у польових умовах.

Вченими та фахівцями з військової фармації також розроблений комплекс, який дозволяє здійснювати виготовлення інфузійних розчинів та асептичний дозований розлив готового розчину в стерильний полімерний контейнер. Принципово новим конструктивним елементом комплексу, що забезпечує запобігання мікробної контамінації простерилізованих інфузійних розчинів у зоні розливу, є мікробокс. Його використання дозволяє проводити заповнення стерильних полімерних контейнерів у приміщеннях з різними класами за чистотою повітря.

Розробка та використання інноваційних технологій та медичного обладнання надасть можливість:

- підвищити ефективність надання медичної допомоги в ході бойових дій або при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій мирного часу;
- здійснити надання медичної допомоги пораненим і хворим на основі передових та інноваційних медичних технологій, а також проводити їх підготовку до подальшої евакуації безпосередньо в осередку санітарних втрат.

Створення власного медичного обладнання та інноваційних медичних технологій повинно ґрунтуватись на результатах проведення науково-дослідних та досвідно-конструкторських робіт.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ
АСПЕКТИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО ВАЖЛИВИХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ

Гаркуша М. І., Сагайдак-Нікітюк Р.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

sagaidak_rita@ukr.net

Відповідно до Належної аптечної практики, фахівці фармації – це спеціалісти охорони здоров'я зі спеціальною освітою та підготовкою, яким доручено їхніми національними або іншими відповідними органами влади керування розподілом лікарських засобів (ЛЗ) для споживачів і докладання відповідних зусиль щодо забезпечення їх безпечного та ефективного застосування, що вимагає від них бути обізнаними стосовно галузевих законодавчих актів, змін у належних практиках, відповідних стандартів, появі нових ЛЗ, способів та методів лікування тощо; а також бути толерантними, урівноваженими відносно споживачів і колег. Тобто володіти певними соціально-психологічними характеристиками, потрібними для здійснення своєї професійної діяльності.

Метою досліджень є визначення системи соціально-психологічних показників діяльності фахівців фармації.

Методи дослідження: методи аналізу та синтезу, обґрунтування, логіко-структурного та порівняльного аналізу, огляд літературних джерел.

Результати дослідження На підставі проведеного аналізу визначено, що для кожної конкретної сфери діяльності доцільно виділяти певне ядро стійких специфічних функцій. Так, для фахівців фармації таким ядром виступає виготовлення та контроль якості лікарських засобів, забезпечення населення і закладів охорони здоров'я ЛЗ й іншими товарами медичного призначення та належної фармацевтичної опіки хворих при відпуску безрецептурних ЛЗ, обслуговування споживачів аптек та їх якісне консультування тощо. Також за допомогою анкетного опитування фахівців фармації були сформовані їх

професійно важливі соціально-психологічні характеристики, які складають інваріанте ядро (таблиця 1).

Таблиця 1

Інваріантне ядро професійно важливих соціально-психологічних характеристик фахівців фармації

Компетентність	Відсоток опитуваних, які відзначили цю компетентність
<i>Психологічна складова</i>	
<i>Психоемоційна стійкість</i>	
Стресостійкість	100
Здатність зберігати увагу	97
Врівноваженість в кризових ситуаціях	95
Самоконтроль поведінки та емоцій	91
<i>Відношення до людей (споживачів, клієнтів, колег)</i>	
Ввічливість	95
Принциповість	94
Толерантність	93
Тактовність	92
<i>Відношення до себе</i>	
Ціннісні орієнтації	99
Спрямованість	95
Об'єктивність самооцінки	92
Почуття власної гідності	90
<i>Соціальна складова</i>	
<i>Соціально особистісні</i>	
Авторитет	98
Рівень соціальних норм спілкування	97
Відповідальність	96
Чесність	91
<i>Когнітивні</i>	
Рівень соціального інтелекту	91
Професійна самоактуалізація	90
Саморозвиток	89

Творча активність	88
<i>Почуття причетності до аптечного закладу</i>	
Сумлінність	93
Ініціативність	90
Зацікавленість в справах аптеки	87
Відношення до праці	86

Висновки. Таким чином, соціально-психологічні характеристики фахівців фармації виявляються через здатність контролювати свою соціальну поведінку та розуміти поведінку інших, визначати механізм виникнення конфліктних ситуацій та їх уникнення або вирішення (залагодження), володіти механізмами саморегуляції тощо. Перспективними напрямками подальшого дослідження вважаємо розробку науково-обґрунтованого методичного забезпечення механізмів ефективності підвищення діяльності фахівців фармації.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ-СПОЖИВАЧІВ ЛІКУВАЛЬНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Котлярова В. Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.yep@nuph.edu.ua

Вступ. Шкіра є одним із основних органів людини. Через сенсорні та захисні механізми шкіри здійснюється її контакт із зовнішнім середовищем. За дослідженнями науковців, проблеми зі шкірою хоч раз у житті мали понад 70 % українців. В залежності від причини ці проблеми можуть вирішуватися як лікарськими засобами, так і лікувально-косметичними засобами (ЛКЗ). Проведені дослідження на протязі останніх 10-12 років показали. Що основними споживачами ЛКЗ є жінки [1]. Але поступово до цих засобів звертаються і чоловіки. Питома вага чоловіків-споживачів ЛКЗ за останні 5

років зросла на 3-5%.

Метою роботи є дослідження та формування профілю споживача-чоловіка лікувально-косметичних засобів. У дослідженні використовувалися **методи** контент-аналізу та опитування споживачів.

Основний матеріал дослідження. З метою визначення портрету середнього споживача-чоловіка ЛКЗ в аптечних закладах м. Харкова, м. Запоріжжя, м. Тернополя було проведено опитування чоловіків та жінок, які цікавилися цими засобами. Було опитано 217 споживачів, серед яких 58 чоловіків, 159 жінок. Результати опитування наведені у табл. 1.

Аналіз показав, що на прийняття рішення щодо придбання ЛКЗ для чоловіків найбільш суттєвим є реклама, власна ініціатива та поради лікаря. Звертає на себе увагу, що у 19% випадків чоловіки з цього питання звертаються за порадою до дружин.

Серед чоловіків найбільш впливовими методами залучення до покупки є додаткові послуги – 35 % , 31% опитаних споживачів (чоловіків та жінок, які покупали чоловічі засоби) самі соромляться здійснювати покупку.

Таблиця 1

Характеристика портрету чоловіка-споживача ЛКЗ станом на 2016 р.

Особистісні характеристики споживача	
Вік	41–60 років
Рід зайняття	Службовець, підприємець, власник бізнесу
Освіта	Вища
Середній дохід, грн./міс.	Понад 8000
Стиль життя	Активний
Психологічні характеристики споживача	
Тип купівельної поведінки	Язичницька
Найбільш важливий чинник ЛКЗ	Ефективність, інноваційність, якість, безпечність, популярність торгової марки, дизайн пакування, зручність застосування, ціна
Перевага при виборі ЛКЗ	95 % – ЛКЗ тільки зарубіжного виробництва, 5 % – країна – виробник значення не має
Мотиви придбання	37 % – реклама,

	25 % – власна ініціатива, 19 % – порада дружини, 19 % – консультація лікаря (косметолога)
Методи залучення покупців	35 % – додаткові послуги, 31 % – покупка ЛКЗ дружиною чи іншим членом сім'ї, 25 % – реклама, 9 % – інші

Треба відмітити, що важливість (пріоритетність) характеристик при виборі ЛКЗ змінюється за віком (рис.1).

Для чоловіків фактор ефективності є основним при виборі ЛКЗ. Звертає на себе увагу важливість фактору інноваційності для них. Під інноваційним продуктом розуміється – «результат науково-дослідної і (або) дослідно-конструкторської розробки». Якщо для споживачів 16-20 років він є не важливим, то починаючи з 20 років важливість цього фактору зростає.

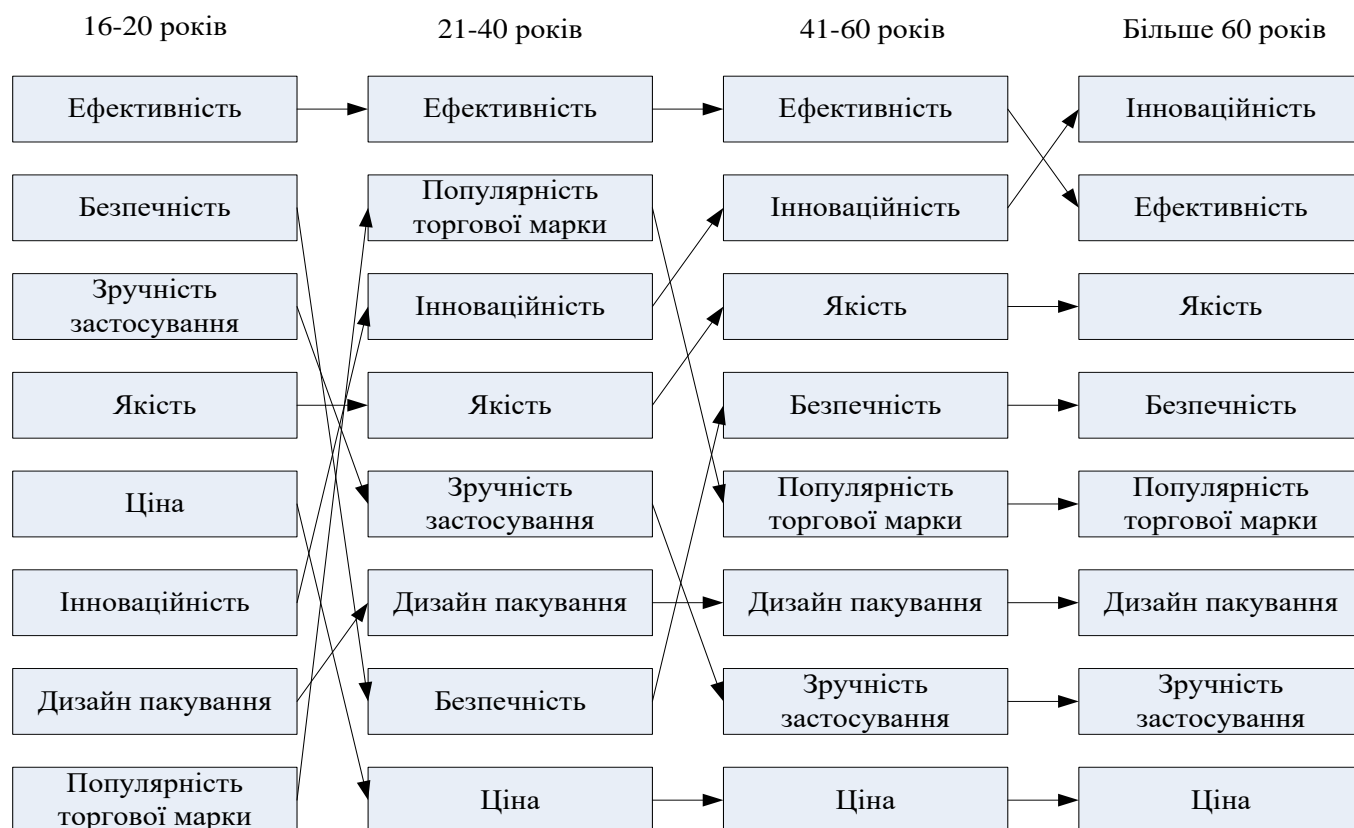


Рис. 1. Зміна пріоритетів факторів вибору ЛКЗ серед чоловіків в залежності від вікової групи

Тобто, чоловікам важливо знати, яка саме технологія виробництва ЛКЗ,

який механізм його дії на шкіру. Фактор якості не є вирішальним для чоловіків-споживачів ЛКЗ, але якість продукції обов'язково враховується при виборі. Важливість фактору ціни для чоловіків з віком втрачає важливість при виборі ЛКЗ.

Висновки. Таким чином, дослідження характеристик чоловіків-споживачів ЛКЗ показало їх відмінність від характеристик жінок-споживачів цих засобів. Тому при розробці маркетингових заходів ці відмінності треба враховувати для того щоб не втратити цю групу споживачів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Посилкіна О. В. Дослідження характеристик споживачів лікувальної косметики в Україні / О. В. Посилкіна, В. Г. Котлярова, О. В. Чечотка // ScienceRise. Pharmaceutical Science. – 2016. – № 4 (4). – С. 53-60

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ

Пузак Н. О., Гавриш Н.Б., Матвєєва Г. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. За сучасних умов значної практичної реалізації у різних сферах економіки набули соціально-психологічні методи менеджменту. Вони використовуються з метою підвищення виробничої активності працівників, створення відповідних соціально-психологічних умов їх діяльності. Передусім такі методи зорієнтовані на дотримання принципу психофізіологічної сумісності у колективі, формування здорового морально-психологічного клімату, виховання почуття взаємодопомоги та колективізму. Базуючись на суспільно-значущих морально-етичних цінностях, вони активно використовують індивідуальну та групову свідомість, психологічні особливості

різних типів індивідів, спільнот, які є передумовою вибору конкретних прийомів впливу.

Головна мета застосування соціально-психологічних методів менеджменту – формування у колективі позитивного морально-психологічного клімату, який активізує ініціативність кожного працівника, творчу цілеспрямованість та самодисципліну.

Мета дослідження. Оцінити ступінь згуртованості та інтеграції серед співробітників аптеки та оцінити стан морально-психологічного клімату в колективі.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було застосовано методи наукового аналізу та анкетного опитування.

Результати. Для ефективного застосування соціально-психологічних методів управління необхідно володіти інформацією про міжособистісні та групові стосунки в трудовому колективі, здібності й риси характеру кожного працівника, психологічну сумісність членів колективу, їхні симпатії та антипатії, вплив стилю керівництва на морально-психологічний клімат у трудовому колективі.

З огляду на зазначене, нами здійснено анкетне соціометричне опитування серед працівників аптеки м. Харкова.

В опитуванні приймали участь 20 респондентів (15 жінок і 5 чоловіків) віком від 24 до 50 років з вищою і середньою освітою, з досвідом роботи від 2 до 28 років. Серед анкетованих були завідувач аптеки, заступник завідувача, провізори, фармацевти та допоміжний персонал. Узагальнені дані представлено у вигляді соціограми, яка дозволяє охарактеризувати взаємостосунки між членами колективу та оцінити ступінь згуртованості у колективі аптеки.

Використавши дані соціограми та розрахункову формулу (1), нами визначено індекс згуртованості групи ($Z_{гр}$). Отримані результати ($Z_{гр} = 0,22$) показали, що у колективі даної аптеки спостерігається дуже низький рівень згуртованості.

$$Z_{гр} = \frac{\sum R_{74}^+}{0,5N(N-1)} \quad (1), \text{ де}$$

Z_{gr} – індекс згуртованості групи;

$\sum R^+_{74}$ – кількість взаємопозитивних виборів в групі;

N – кількість членів групи, що приймали участь в опитуванні.

Важливою характеристикою групи є також індекс інтеграції (I_{gr}), що розраховується за формулою (2). Значення цього індексу характеризує здатність групи зберігати свою структуру як єдине ціле:

$$I_{gr} = 1/N_i \quad (2), \text{ де}$$

N_i – кількість членів групи, які не отримали жодного вибору.

Розрахований показник (I_{gr}) також виявився низьким ($I_{gr} = 0,15$).

Таким чином, одержані результати вказують на наявність міжособистісних конфліктів, а також прихованих несприятливих психологічних факторів у колективі аптеки. Завдання керівника – знати стан психологічного клімату у своєму колективі, впливати і регулювати відносини в ньому, що сприятиме розвитку соціальних ресурсів аптеки, її можливостей, необхідних для ефективного виконання поточних завдань і досягнення її цілей.

**ФАРМАЦЕВТИЧНА
ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН
ІНФОРМАЦІЙНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ФАРМАЦЕТИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ У СОЦІАЛЬНІЙ ФАРМАЦІЇ

Бойко А.І.¹, Марків Н.В.², Максимішин Б.Й.³

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

²Тернопільське обласне виробничо-торгове аптечне об'єднання,
м. Тернопіль, Україна

³Чортківська центральна комунальна районна лікарня, м. Чортків, Україна
abojko71@yahoo.com

Вступ. На наш погляд професійною основою соціальної фармації є якісне теоретичне обґрунтування та практична реалізація заходів з класичних фармацевтичних проблем: аналіз споживання, визначення потреби у лікарських засобах (ЛЗ), впровадження інноваційних ЛЗ, лікарських форм, використання комп'ютерних технологій та підготовка спеціалістів для реалізації ідей реформування галузі. При виборі базових напрямків досліджень з соціальної фармації необхідно, в першу чергу, орієнтуватися на певне захворювання (або сукупність захворювань), проблеми медичної та фармацевтичної допомоги при якому як в Україні, так і на світовому рівні потребують активізації. Беззаперечно, одним з таких соціально важливих захворювань на сьогодні є цукровий діабет (ЦД).

Мета. Розглянути використання методології фармацевтичної інформатики для вирішення завдань соціальної фармації (на моделі фармацевтичної допомоги хворим на ЦД).

Методики дослідження. Використано методи фармацевтичної інформатики та системний метод для їх узагальнення.

Основний матеріал дослідження Застосована нами концепція досліджень з соціальної фармації використовує сучасну методологію фармацевтичної інформатики, зокрема, комп'ютерні бази даних (А.І.Бойко, 2003), а протягом останнього десятиріччя – комп'ютерні бази знань (А.І.Бойко,

Б.Л.Парновський, 2010), метою яких є забезпечення фармацевтичної складової реформування системи допомоги хворим на цукровий діабет (ЦД) в Україні на основі комп'ютеризації.

Визначено шляхи переходу від традиційних до електронних рецептів, розроблено методику фармацевтичної діагностики електронних рецептів (А.І.Бойко, 2011). У рамках Проекту “Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні” (А.І.Бойко, 2012), за участю лікарів-ендокринологів та провізорів створених за нашою ініціативою спеціалізованих аптек для хворих на ЦД, проведено науковий експеримент з інтеграції медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ЦД за допомогою електронних рецептів, ведення комп'ютерних медикаментозних паспортів (А.І.Бойко, Б.Й.Максимишин, 2012).

Принциповим аспектом створення реально функціонуючої системи соціальної фармації є відповідна підготовка провізорів спеціалізованих аптек для співпраці в інтегрованій групі “хворий на ЦД – лікувально-профілактичний заклад (лікар-ендокринолог) – аптека (провізор)” із застосуванням комп'ютерних технологій. За нашою ініціативою у 2009 р. до навчальних планів та уніфікованих програм передатестаційних циклів та циклів стажування включено вивчення дисципліни “Фармацевтична інформатика”, у центрі уваги якої – принципи забезпечення фармацевтичною інформацією високого рівня доказовості, використання сучасних інформаційних та комп'ютерних технологій (інформаційно-пошукових систем, баз даних, баз знань). Також нами опрацьовано авторську навчальну програму циклу тематичного удосконалення “Інформатизація рецептурного обігу в Україні” (2012 р.) за якою проходять навчання провізори, що потребують поглибленої спеціалізованої підготовки.

Висновки Опрацьовано та представлено методи фармацевтичної інформатики, що використовуються у соціальній фармації для оптимізації фармацевтичної допомоги хворим ЦД.

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Заліська О.М., Максимович Н. М., Стасів Х.-О. Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

maximovi43@ukr.net

Фармацевтичний працівник при відпуску лікарських засобів (ЛЗ) для вагітних жінок повинен володіти додатковими доказовими сучасними знаннями для надання якісної фармацевтичної опіки, оскільки внаслідок неправильного прийому ліків можуть виникнути переривання вагітності, недоношеність, утруднені пологи, смерть плода, вади розвитку немовляти тощо. Соціальні аспекти складова фармакотерапії 2 в 1 – матері і плоду мають особливо вагомое значення для забезпечення здорового майбутнього нації.

Методи дослідження: інформаційний аналіз, узагальнення та контент-аналіз.

Основний матеріал. У 2017 р. опубліковані рекомендації ВООЗ, які присвячені проблематиці охорони здоров'я матерів (WHO Recommendations on Maternal Health). Встановлено, що ці рекомендації включають критерії вибору правильного асортименту ЛЗ при вагітності, під час та у перший період після пологів, а також рекомендації для самої жінки після вагітності та для немовлят.

Одним з провідних інформаційних джерел в Україні щодо інформації про ЛЗ при вагітності є Державний формуляр лікарських засобів (ДФЛЗ), 9 випуск (2017). Нами було проведено аналіз ліків у додатку ДФЛЗ «Особливості застосування ЛЗ у жінок в період вагітності та в період лактації». Зокрема додаток 3 включає дані про особливості застосування ЛЗ для вагітних жінок, в період лактації. Ця інформація подається таким чином: ЛЗ протипоказано; застосування можливе тоді, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода; не рекомендується; можна застосовувати після ретельної оцінки співвідношення користь/ризик, відсутні дані прийому, тому

доцільним є чітке призначення, дози і протипокази препаратів залежно від терміну (триместру) вагітності. Нами встановлено, що у переліку наявні 839 МНН ЛЗ. Препарати, які дозволені до застосування вагітними, становили лише 4% від загальної кількості, тобто 35 МНН ЛЗ. Проте, при детальному вивченні усіх включених ЛЗ, які віднесені до категорії «можна застосовувати після ретельної оцінки співвідношення користь/ризик» було виявлено, що для препаратів метилдопи, фосфоралу, ацетилсаліцилової кислоти, кларитроміцину є недостатньо обґрунтована інформація щодо показів, дози, тому потребує уточнення інформації про дозування і покази за даними доказової медицини.

Нами проведено анкетування більше 160 провізорів щодо обізнаності про практику використання ЛЗ поза офіційними інструкціями («off-label»). Встановлено, що більшість фахівців (67,86%) не знає про можливість практики застосування поза показами в інструкціях. Було здійснено аналіз інструкцій препаратів, які використовують найчастіше вагітні жінки – це антибактеріальні засоби та ЛЗ для фармакотерапії нудоти та блювоти. Об'єктом аналізу були дані про можливість їх прийому під час вагітності. Результати показали, що домінує показ «застосування дозволено, коли є клінічна потреба» та не вказані дані про термін, коли не можна застосовувати ЛЗ, а це актуалізує необхідність системного перегляду інформації про дози, інтервал прийому та тривалість, особливо при вагітності в оновленні інформації за зразком Британського національного формуляра, в якому доказові дані оновлюються 2 рази в рік.

Висновки. Нами обґрунтовано, що фармацевтичну інформацію, особливо для вітчизняних інструкціях потрібно систематично оновлювати, щоб зменшити частку терміну «користь/ризик», а інформацію про дози і режим лікування, який наведено в інструкціях ЛЗ, подавати більш летальної доказово релевалентно. ДФЛЗ необхідно доповнювати відповідно до сучасних доказових даних та подавати чіткі дані та покази про дозування та тривалість прийому для вагітних жінок, щоб забезпечити раціональне використання ЛЗ в Україні.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ РИЗИКІВ ПОРУШЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ДАНИХ У ВИРОБНИЦТВІ РАДІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Качанюк В.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Kachanjuk@ukr.net

Злоякісні новоутворення займають одне з лідируючих місць в статистиці смертності та стійкої втрати працездатності населення України. Саме тому важливе практичне значення для ядерної медицини має організація виробництва радіофармацевтичних препаратів (РФП) у відповідності до вимог належної виробничої практики (НВП).

Новим сучасним напрямком розвитку регуляторних вимог у сфері НВП є забезпечення цілісності даних. Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення кількості виявлених порушень цілісності даних під час перевірок регуляторними органами фармацевтичних підприємств на відповідність виробництва лікарських засобів вимогам НВП.

Американське Федеральне управління з нагляду за якістю харчових і лікарських препаратів (FDA) опублікувало проект Настанови з цілісності даних у квітні 2016 року. В ньому йдеться: «За останні роки все частіше спостерігаються порушення принципів GMP, які пов'язані з цілісністю даних під час перевірок регуляторними органами з контролю лікарських засобів».

Саме тому, однією з актуальних проблем є забезпечення цілісності даних у виробництві безпечних та ефективних РФП.

Для забезпечення цілісності даних у виробництві і контролі якості РФП за допомогою методу управління ризиками FDA «Дерево помилок» було здійснено ідентифікацію потенційних ризиків порушення цілісності даних, які впливають на якість РФП, що виробляються в ПЕТ-центрі. На Рис. 1 схематично зображене «Дерево помилок», яке включає послідовність і комбінації порушень цілісності даних.

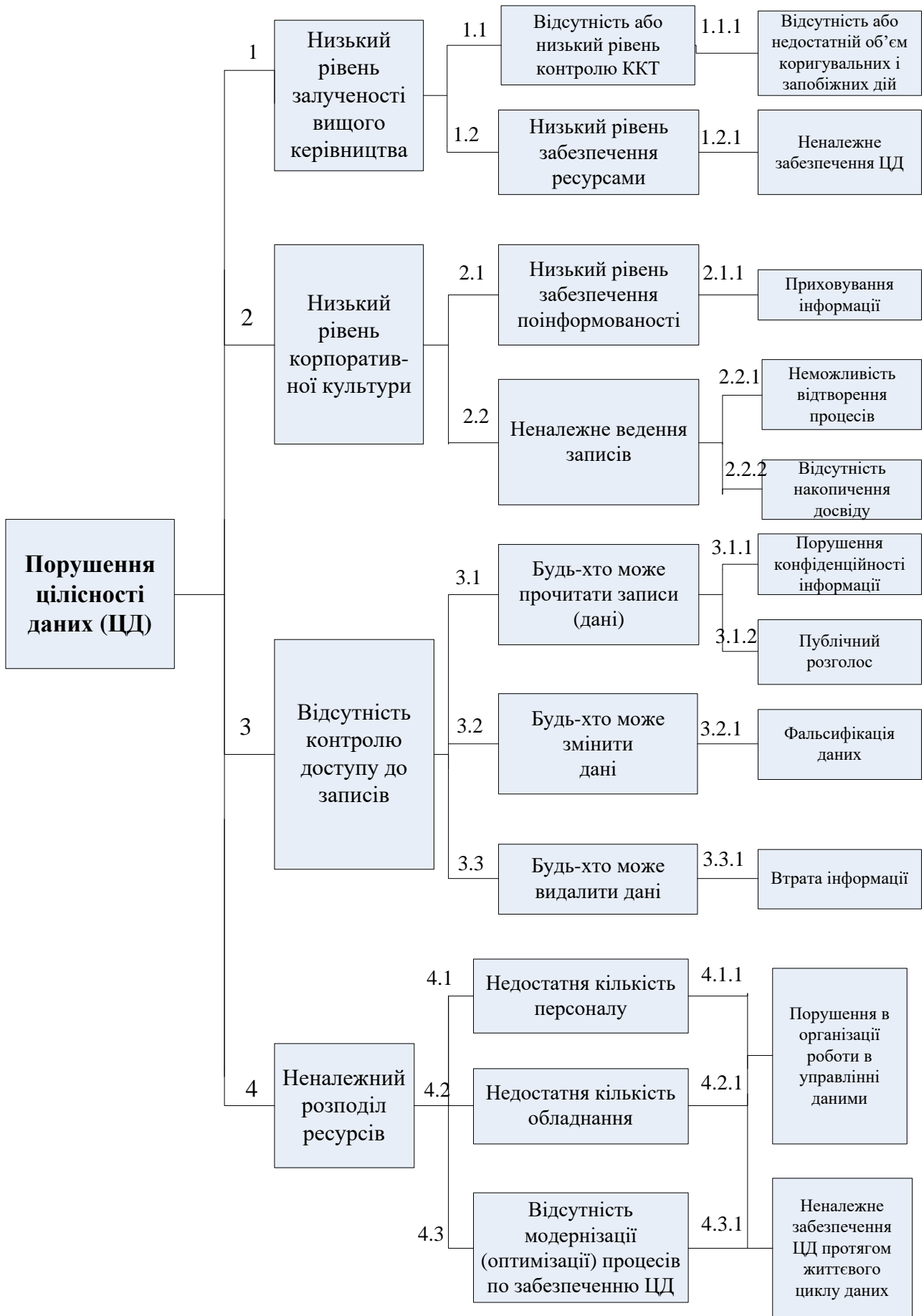


Рис. 1. «Дерево відмов» (послідовність, комбінації порушень цілісності даних)

Отже, для ефективного управління ризиками порушення цілісності даних у виробництві та контролі якості РФП необхідно вчасно ідентифікувати ризики, оцінювати і утримувати їх під контролем.

Отримані результати можуть бути використані для проектування системи управління даними.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Салхи Амин, Чмыхало Н. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Вступление. По определению ВОЗ рациональное использование лекарственных средств (ЛС) – это такое их применение, когда пациенты получают препараты в соответствии с клинической необходимостью, в дозах, отвечающих индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного периода времени и с наименьшими затратами для себя и общества. В мировой врачебной практике более 50% ЛС назначают, отпускают или реализуют нецелесообразно, а половина пациентов применяет их недолжным образом. С точки зрения экспертов ВОЗ, государственные органы обязаны отвечать за обеспечение населения непредвзятой, объективной и доказательной информацией, касающейся общественного здоровья, включая сведения о ЛС. В настоящее время в мире создаются специализированные центры, в задачи которых входит внедрение новых технологий обработки и анализа информации о состоянии фармацевтического рынка, предоставление населению сведений о наличии медикаментов в аптечных учреждениях.

Резюмируя вышеизложенное *целью* работы стало изучение влияния

фармацевтической информации на рациональное использование ЛС.

В ходе исследования *использованы методы* системного, сравнительного, ретроспективного анализа и методы социологических исследований.

Результаты исследования. В научной литературе наряду с термином «нерациональное использование лекарственных средств» широко применяются следующие понятия:

- проблемы, связанные с использованием лекарств (англ. – Drug Related Problems), которые определяются как случаи, связанные с использованием ЛС, который препятствует и/или может препятствовать достижению желаемого положительного эффекта лекарственной терапии;
- ошибки терапии (англ. – Medical Errors), как ошибки в планировании или реализации лечения, которые могут привести и/или привели к нежелательным последствиям.

Экспертная группа ВОЗ предложила и утвердила двенадцать ключевых положений для обеспечения рационального использования лекарственных средств (РИЛС), которые представлены на рис. 1.

В качестве модельной группы исследования выступили фармацевты розничных аптек г. Харькова, которые непосредственно контактируют с населением и играют ключевую роль в информировании пациентов (потребителей) по рациональному использованию ЛС и уменьшению рисков лекарственного самолечения. Исследование проводилось методом слепого анкетирования, общее количество респондентов составило 100 человек. По данным ответов фармацевтов характер информации о ЛП предоставляемой ими пациентам, обширен. При приобретении товаров аптечного ассортимента пациенты чаще всего задают вопросы о дозе, кратности и способе применения ЛП, на что указывают ответы 66% фармацевтов и о сроке годности ЛП – 65,8%. Реже посетителей аптек интересует информация о правилах хранения ЛП в домашних условиях (35,2%); комбинации с другими ЛП, пищей, алкоголем и никотином (32,2%); предупреждение о возможных побочных эффектах (31%); противопоказания (31%); длительность лечения (29,7%); меры предосторожности при приеме (26,5%) и сведения о производителе ЛП (19,7%).



Рис. 1. Ключевые положения экспертной группы ВОЗ относительно обеспечения рационального использования лекарственных средств

Степень удовлетворенности посетителей аптеки информационной помощью фармацевта оценивалось нами по 4 балльной шкале, где значение 0 соответствовало ответу «Нет ответа»; 1 балл – «Абсолютно не удовлетворен»; 2 балла – «Весьма не удовлетворен»; 3 балла – «Весьма удовлетворен» и 4 балла – «Абсолютно удовлетворен». В проведенном исследовании приняли участие респонденты из разных возрастных групп, но большую часть составили лица в возрасте от 35 лет. Анализ полученных ответов респондентов показал, что из 60 опрошенных большинство посетителей аптек – 23 человека (38,3%) оценили информационные услуги фармацевта в 3 балла. Другие 16 респондентов (26,7%) потребителей выбрали ответ, соответствующий 2 баллам; 15 (25%) – выбрали 4 балла; 2 (3,3%) – выбрали 1 балл и не определились с ответом 4 (6,7%) респондентов.

Таким образом, можем констатировать, что осуществление информационных коммуникаций в аптеке имеет позитивную оценку (в сумме – 90%) со стороны потребителей ЛС, которых интересуют такие параметры лечения как способ приема, время приема, дозировка; длительность лечения и противопоказания (65%, 30% и 31% соответственно), что в свою очередь является важной составляющей в системе социально – эффективного фармацевтического обеспечения.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

Al-Rkapa M. T.	216	Громовик Б. П.	56, 189
Artiukh T.O.	178	Грушковська Д.Т.	100
Chesheva M.V.	171	Датхаєв У.М.	43
Dolgnikova O.M.	171	Дильбарханова Ж.Р.	155
Filiptsova O. V.	207	Дурманова М.И.	155
Kobets M. N.	207	Дүйсен Д.Ө.	86
Kobets Yu. N.	207	Ержанова Р.Б.	164
Mukanova A.B.	19	Әжіханова Р.Н.	86
Teubaeva M.I.	19	Әлімхан М. М.	91
Tolochko V.M.	178	Жакипбеков К.С.	43, 51, 78, 106
Yun O.M.	19	Зайцева Ю. Л.	131
Zarichkova M.V.	171	Заліська О.М.	250
Zhadko S.V.	216	Заярнюк Н.Л.	61, 214
Zhakupbekov K.S.	19	Золотарьова Н. В.	162
Астанин Д.И.	155	Казакова І.С.	147
Ахметче А.А.	106	Каравелкова Ю.С.	122
Бабаханова Ж.Е.	43	Карімова М.М.	206
Баглай Т.О.	112	Качанюк В.В.	252
Базаренко І.С.	122	Каюпова Ф.Е.	78
Байдуллаєва Ш.А.	51	Козирєва О.В.	26
Басри Б.	152	Колисниченко М.В.	225
Батырханова А. Ю.	78	Корж Ю. В.	131
Белинский Д.И.	209	Корнієнко О.М.	124
Бердник О.Г.	211	Костюк І.А.	184
Беляєва О.І.	225	Косяченко К.Л.	185
Білоус М. В.	230	Котвіцька А. А.	12, 35
Богдан Н. С.	134	Котлярова В. Г.	187, 240
Бойко А.І.	248	Кричковська А.М.	61, 214
Бондарєва І. В.	162	Кубарєва И.В.	12, 35, 200
Бородін В. Г.	193	Кузьмініх С.С.	109
Васильєв С.В.	144	Куриленко Ю.Є.	191
Винник О. В.	129	Лебединець В.О.	147
Вишницька І.В.	122	Левицька О.Р.	189
Волкова А.В.	127	Лепкалюк І.С.	124
Гаврилюк Я.Д.	114	Літвінова О.В.	150
Гавриш Н. Б.	200, 243	Лобур І.П.	214
Гала Л.О.	116	Лукієнко О.В.	220
Гаркуша М. І.	238	Лхирши Маха	200
Герасимова О. А.	182	Лхирши Х.	127
Голуб А. Г.	233	Макаренко О.В.	109, 206
Горбаньов В.В.	35	Максимишин Б.Й.	248

Максимович Н. М.	250	Самойленко В.В.	26
Мала Ж.В.	118	Саханда І.В.	185
Малініна Н.Г.	176	Семенів Д.В.	223
Марків Н.В.	248	Силаєв А.А.	209
Матвеева Г. С.	243	Слободянюк М.М.	168
Матущак М. Р.	134	Сокурєнко І. А.	131
Міщенко В. І.	129	Стасів Х.-О. Я.	250
Мороз С.Г.	166	Шашук Т.С.	211
Музика Т.Ф.	137	Страпчук С. І.	193, 195
Мухамбетова Г.А.	106	Сурікова І. О.	12
Назаркіна В. М.	129	Тімофєєв С. В.	129
Негода Т.С.	185	Ткачева О.В.	209
Немченко А. С.	129, 191	Толочко В.М.	137
Новіков В.П.	61, 214	Тулегєнова А.Р.	155
Нуриддинов Ахадхон	182	Унгуриян Л.М.	122, 225
Нурлыбекова А.Н.	51	Ушкалова О.М.	61
Огарь С.В.	220	Федєнько С.М.	139
Панфілова Г. Л.	131, 134	Федяк І.О.	223
Парацин Ж.Д.	214	Хоменко А.І.	214
Петкова І.Б.	225	Хомутецька Н. І.	233
Пілюга Л.В.	152	Христук В.Р.	223
Пімінов О.Ф.	220	Цурикова О. В.	101
Подколзіна М.В.	191	Черкашина А. В.	158
Посилкіна О.В.	118, 150	Чечотка О. В.	187
Пузак Н. О.	243	<i>Чмыхало Н. В.</i>	254
Раззак У.	158	Шматєнко О. П.	230, 233
Рак В. С.	195	Шульга Л.І.	220
Рижов О. А.	230	Шульга Ю.О.	176
Сагайдак-Нікітюк Р.В.	238	Яковлева О. С.	69
Салхи Амин	254	Яковлева Л.В.	211
Самборський О.С.	168		

Наукове видання

Серія Наука

**Соціальна фармація:
стан, проблеми та перспективи**

МАТЕРІАЛИ

***IV міжнародної науково-практичної інтернет-
конференції***

(Харків, 24-25 квітня 2018 року)

Відповідальний за випуск:
Суріков О. О.

Національний фармацевтичний університет
61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

Підписано до друку 05.05.2018. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк різнографічний.
Наклад 150 прим. Замов. № 14032014

Надруковано ФОП Петров В.В.
Адреса: м. Харків, вул. Гв Широїнівців, 79 В тел. (057) 778 - 60 - 34