

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

SOCIAL PHARMACY
IN HEALTH CARE

2025 — Том 11, № 3

Харків
НФаУ

А. А. Котвіцька – головний редактор
В. А. Огнєв – заступник головного редактора
В. П. Черних – головний науковий консультант
А. В. Волкова – відповідальний секретар

Редакційна колегія:

О. О. Беспалова (м. Суми), Л. А. Болотна (м. Харків), І. А. Голованова (м. Полтава),
Б. П. Громовик (м. Львів), У. М. Датхаєв (м. Алмати, Казахстан), І. О. Жарова (м. Київ),
О. М. Заліська (м. Львів), Д. В. Карамішев (м. Полтава), Ю. В. Корж (м. Харків),
К. Л. Косяченко (м. Київ), М. А. Мазепа (м. Львів), В. В. Малий (м. Харків),
О. Я. Міщенко (м. Харків), С. М. Мусоєв (м. Душанбе, Таджикистан), О. М. Очередько (м. Вінниця),
Ю. О. Павлова (м. Львів), Г. Л. Панфілова (м. Харків), О. В. Посилкіна (м. Харків),
О. О. Ріга (м. Харків), Р. В. Сагайдак-Нікітюк (м. Харків), Г. В. Таможанська (м. Харків),
А. Х. Тодорова (м. Варна, Болгарія), В. В. Трохимчук (м. Київ)

Редакційна рада:

О. М. Біловол (м. Харків), Н. Б. Гавриш (м. Харків), О. П. Гудзенко (м. Київ),
О. З. Децик (м. Івано-Франківськ), Г. В. Зайченко (м. Київ), А. В. Кабачна (м. Київ),
І. В. Кубарєва (м. Харків), В. М. Лехан (м. Дніпро), В. М. Лісовий (м. Харків),
О. І. Сердюк (м. Харків)

У третьому номері журналу висвітлено актуальні напрями та проблеми розвитку вітчизняної медицини і фармацевції, зокрема розглянуто особливості фармацевтичного консультування у лікуванні пацієнтів з тривожно-депресивними розладами, формування етичних компетентностей майбутніх фармацевтів, а також обґрунтування необхідності формування організаційно-правового механізму забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі України. Наведено результати дослідження особливостей організації експертно-дорадчих процесів у системі оцінки медичних технологій, оцінки запровадження е-рецептів в Україні на основі досвіду фармацевтів. Крім того наведено результати вивчення праксеологічних аспектів фармацевтичної етики під час виконання професійних обов'язків фармацевтами; а також результати досліджень у соціальному маркетингу, зокрема аналіз споживання лікарських засобів із групи блокаторів кальцієвих каналів і аналіз економічної та фізичної доступності гіполіпідемічних препаратів для раціонального формування асортименту аптек.

Для науковців, представників практичної фармацевції, лікарів, організаторів охорони здоров'я.

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, у яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук.

Категорія Б. Галузь науки – фармацевтичні, медичні науки; спеціальності – 222, 226 (наказ МОН України від 15.10.2019 р. № 1301).

Журнал індексується в міжнародних наукометричних базах і каталогах: BASE, CrossRef, ROAD, Google Академія, Index Copernicus Journals, Openalex, SUDOC, Ulrich's Periodicals Directory, WorldCat, Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського, УРЖ «Джерело».

Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях даних несуть автори.

Рекомендовано вченою радою Національного фармацевтичного університету (протокол № 7 від 01.09.2025 р.)

Адреса для листування: 61002, м. Харків, вул. Григорія Сковороди, 53, Національний фармацевтичний університет, журнал «Соціальна фармацевція в охороні здоров'я». Сайт: <http://sphhcnuph.edu.ua>.

E-mail: socpharm-journal@nuph.edu.ua, publish@nuph.edu.ua

Рішення Національної ради України з питань телебачення і радіомовлення № 1911 (протокол № 17 від 30.05.2024 р.) «Про заяви Національного фармацевтичного університету, м. Харків, щодо реєстрації суб'єкта у сфері друкованих медіа» (ідентифікатор медіа R30-05025)

Підписано до друку 04.09.2025 р. Формат 60 × 84 1/8

Папір офсетний. Друк ризографія. Ум. друк. арк. 10. Обл.-вид. арк. 10,76. Тираж 50 пр.

Редактори: Н. І. Голубєва, О. Ю. Гурко. Комп'ютерне верстання О. М. Білінської
«Соціальна фармацевція в охороні здоров'я». Том 11, № 3, 2025

ISSN 2413-6085 (Print)

ISSN 2518-1564 (Online)

© Національний фармацевтичний університет, 2025

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

УДК 613.8: 614.2: 615.2

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.362>

К. С. ГОШТИНАР, М. В. ХАЙТОВИЧ

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

E-mail: kateryna.hoshtynar@gmail.com

ПРОСПЕКТИВНЕ ФАРМАЦЕВТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

В умовах збільшення випадків тривожно-депресивних розладів призначення антидепресантів набуває масштабного характеру, що супроводжується підвищенням ризиків поліфармації та інших ліко-пов'язаних проблем, особливо у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями. У цьому контексті проспективне фармацевтичне консультування є критично важливим інструментом для підвищення безпеки фармакотерапії, запобігання небажаних лікарських взаємодій та індивідуалізації лікування.

Мета – розроблення алгоритму мінімізації ризиків ліко-пов'язаних проблем (ЛПП) у разі призначення антидепресантів пацієнтам з тривожно-депресивними розладами шляхом запровадження проспективного фармацевтичного консультування.

Матеріали та методи. У межах дослідження було розроблено анкету для виявлення потенційних ЛПП у разі призначення антидепресантів особам з тривожно-депресивними розладами. Анкета, яку заповнювали лікарі-психіатри під час амбулаторних консультацій, містила дані щодо супутньої патології, вживання лікарських засобів, дієтичних добавок, наявності шкідливих звичок тощо. На основі заповнених анкет, без доступу до персональних даних осіб, фармацевт у режимі реально-го часу оцінював ризик розвитку ЛПП та формував рекомендації щодо оптимізації фармакотерапії.

Результати та обговорення. Аналіз проведеного анкетування свідчить про високу частоту супутньої патології та поліфармації з-поміж осіб, яким було призначено антидепресанти. У 76 % випадків зафіксовано наявність коморбідних станів, у 24 % – одночасне призначення п'яти й більше лікарських засобів. Найбільш поширеними ЛПП були потенційні фармакокінетичні взаємодії, що становили 71,1 % від усіх виявлених. Було встановлено достовірну кореляцію між віком, кількістю призначених препаратів та кількістю виявлених ЛПП. Був розроблений та запропонований алгоритм оцінки ризику виникнення ЛПП з метою їхньої мінімізації.

Висновки. Проспективне фармацевтичне консультування на основі даних проведеного анкетування дозволило структуровано виявити потенційні ЛПП та сформувані клінічно орієнтовані практичні рекомендації. Отримані результати підтверджують доцільність інтеграції фармацевта до участі у мультидисциплінарній команді для призначення антидепресантів.

Ключові слова: антидепресанти; лікопов'язані проблеми; тривожно-депресивні розлади; фармацевтичне консультування.

K. S. HOSHTYNAR, M. V. KHAYTOVYCH

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

E-mail: kateryna.hoshtynar@gmail.com

PROSPECTIVE PHARMACEUTICAL COUNSELING IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

The increasing prevalence of anxiety-depressive disorders has led to a growing use of antidepressants, and is accompanied by an elevated risk of polypharmacy and drug-related problems, especially in patients with chronic somatic diseases. In this context, prospective pharmaceutical counseling is a critical tool to improve the safety of pharmacotherapy, prevent potential drug-drug interactions, and enable individualized treatment.

Aim. To develop an algorithm for minimizing the risk of drug-related problems when prescribing antidepressants to patients with anxiety–depressive disorders by introducing prospective pharmaceutical counseling.

Materials and methods. As part of the study, a questionnaire was developed to identify potential drug-related problems when prescribing antidepressants to patients with anxiety–depressive disorders. The questionnaire, which was filled out by psychiatrists during outpatient consultations, included data on comorbidities, concomitant medications, dietary supplements, and lifestyle factors. Based on the completed questionnaires, and without access to patients' personal data, the pharmacist performed a real-time risk assessment of drug-related problems and provided recommendations for optimizing the pharmacotherapy.

Results and discussion. The analysis of the survey revealed a high prevalence of comorbid conditions and polypharmacy among patients receiving antidepressants: 76 % had comorbidities, and 24 % were prescribed five or more medications concurrently. The most frequent drug-related problems were potential pharmacokinetic interactions, accounting for 71.1 % of all identified cases. A statistically significant correlation was found between the patient age, the number of prescribed drugs, and the number of drug-related problems identified. An algorithm for assessing and minimizing the risk of drug-related problems was developed and proposed.

Conclusions. Prospective pharmaceutical counseling based on the questionnaire data has enabled the structured identification of potential drug-related problems and the development of clinically oriented practical recommendations. The results obtained confirm the feasibility of integrating pharmacists into a multidisciplinary team when prescribing antidepressants.

Keywords: antidepressants; drug-related problems; anxiety–depressive disorders; pharmaceutical counseling.

Вступ. Фармакотерапія пацієнтів з тривожно-депресивними розладами часто є складною, особливо за наявності коморбідних станів та поліфармації [1]. Водночас сучасні підходи до фармацевтичної допомоги пацієнтам з психічними порушеннями розширюються, охоплюючи не лише відпуск безрецептурних препаратів, але й консультування щодо застосування рецептурних лікарських засобів [2]. Консультація розглядається як процес перетворення клінічної потреби на структуроване терапевтичне рішення [3] і може охоплювати ситуації як загострення симптомів, так і необхідності корекції довготривалого медикаментозного лікування. Фармацевтичне консультування проводиться як у форматі особистого прийому, так і дистанційно – за допомогою телефонного або відеозв'язку [4].

У низці країн запроваджено моделі, в яких фармацевти мають право призначати лікарські засоби, що розглядається як один зі способів поліпшення доступності медичної допомоги та безперервності лікування [5]. Доведено позитивний вплив фармацевтичного супроводу на перебіг таких хронічних соматичних захворювань, як цукровий діабет 2 типу [6]. У межах мультидисциплінарних команд фармацевтів активно залучають до фармакотерапії, зокрема у пацієнтів з тяжкими інфекціями, для зниження ризику ЛПП [7].

Значна частка ЛПП у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами пов'язана

з фармакокінетичними та фармакодинамічними взаємодіями. Оскільки більшість антидепресантів метаболізуються у печінці за участі ферментів CYP450, вони є вразливими до дії інгібіторів та індукторів цих ферментів, що особливо важливо для пацієнтів з порушенням функції печінки. Крім того, поліморфізм ферментів CYP2C19 та CYP2D6 може змінювати швидкість метаболізму їхніх субстратів-антидепресантів (наприклад, есциталопраму, флуоксетину, пароксетину) і відповідно їхню концентрацію у крові, що підвищує ймовірність небажаних реакцій. Використання таких структурованих підходів, як класифікація PCNE або будь-яка інша (DOCUMENT, GSASA, Westerlund), дає можливість стандартизувати процес виявлення і профілактики ЛПП, а також інтегрувати їх у алгоритм проспективного фармацевтичного консультування [8].

З огляду на значну поширеність ЛПП участь клінічного фармацевта у терапевтичних процесах розглядається як інструмент впливу, що сприяє раціоналізації фармакотерапії, поліпшенню догляду за пацієнтами та зниженню ризиків, пов'язаних із медикаментозним лікуванням [9, 10].

Однак роль фармацевта у лікуванні пацієнтів з тривожно-депресивними розладами залишається недостатньо дослідженою. Враховуючи поширене призначення антидепресантів, часту наявність супутньої патології та ризик взаємодій лікарських засобів, актуальним є вивчення можливостей

фармацевтичного консультування як інструменту для мінімізації ЛПП і підвищення безпеки фармакотерапії.

Метою нашого дослідження було розроблення алгоритму мінімізації ризиків лікопов'язаних проблем під час призначення антидепресантів пацієнтам з тривожно-депресивними розладами шляхом упровадження проспективного фармацевтичного консультування.

Матеріали та методи дослідження. Було створено анкету для виявлення ризику розвитку ЛПП у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами у разі призначення антидепресантів. Анкетування проводилося лікарями-психіатрами під час амбулаторної консультації після ухвалення рішення про доцільність призначення антидепресанту. Анкета містила запитання щодо супутньої патології, вживання лікарських засобів і дієтичних добавок, а також наявності шкідливих звичок пацієнта тощо.

Загалом було проанкетовано 25 пацієнтів (11 жінок та 14 чоловіків) віком 22-74 роки (середній вік $(50,7 \pm 12,8)$ років) з тривожно-депресивними розладами. У більшості пацієнтів відмічались коморбідні стани (табл. 1): артеріальна гіпертензія (24 %); цукровий діабет 2 типу (6,0 %); патологія щитоподібної залози (12 %); у 8 % пацієнтів виявлена бронхіальна астма і/або серцева недостатність, і/або фібриляція передсердь, вертеброгенна люмбалгія. Такі патологічні стани, як ішемічна хвороба серця,

тромбоемболія легеневої артерії, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний холецистопанкреатит, виразкова хвороба шлунка виявлялись у 4 % пацієнтів. У 6 (24 %) пацієнтів з тривожно-депресивними розладами не виявлено коморбідних станів.

Заповнені анкети лікарі надсилали фармацевту, який у режимі реального часу визначав ризик виникнення ЛПП і надавав лікарю пропозиції щодо їхньої мінімізації.

Для аналізу результатів анкетування застосовували методи описової статистики з групуванням пацієнтів за клінічними характеристиками. Потенційні міжмедикаментозні взаємодії оцінювали з використанням бази даних DrugBank [11] та офіційних інструкцій для медичного застосування лікарських засобів. Виявлені ЛПП класифікували відповідно до міжнародної класифікації PCNE (версія 9.1). Кореляційні зв'язки між змінними визначали за допомогою коефіцієнта Пірсона, статистичну значущість встановлювали на рівні $p < 0,05$. Дані обробляли із застосуванням Microsoft Excel.

Результати дослідження та їхнє обговорення. З метою виявлення потенційних ЛПП проаналізовано спектр медикаментозних призначень пацієнтам з тривожно-депресивними розладами. Відповідні дані наведено у табл. 2. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІ33С) есциталопрам, пароксетин та сертралін отримували відповідно 8 (32 %), 9 (36 %) та

Таблиця 1

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Коморбідна нозологія	Кількість пацієнтів (n, %)	
	абсолютна	%
Артеріальна гіпертензія	6	24,0
Ішемічна хвороба серця	1	4,0
Серцева недостатність	2	8,0
Цукровий діабет 2 типу	4	16,0
Бронхіальна астма	2	8,0
Фібриляція передсердь	2	8,0
Гіпотиреоз та інші патології щитоподібної залози	3	12,0
Хронічне обструктивне захворювання легень	1	4,0
Тромбоемболія легеневої артерії	1	4,0
Хронічний холецистопанкреатит	1	4,0
Вертеброгенна люмбалгія	2	8,0
Виразкова хвороба шлунка	1	4,0
Відсутня	6	24,0

8 (32 %) пацієнтів. Також відносно часто призначались амлодипін (20 %), бісопролол (16 %), раміприл (16 %), метформін (16 %), будесонід (12 %), вальсартан (12 %), що відповідало частоті коморбідної патології.

У табл. 3 наведено розподіл пацієнтів за кількістю призначених лікарських засобів. Так, 5 пацієнтів отримували препарат з групи СІЗЗС, 5 пацієнтів – 2 лікарські засоби, 4 пацієнти – 3 лікарські засоби, 5 пацієнтів – 4 лікарські засоби, 3 пацієнти – 5 лікарських засобів, 2 пацієнти – 6 лікарських засобів, а 1 пацієнт – 7 лікарських засобів.

Отже, 6 пацієнтів піддавались поліфармації (5 і більше лікарських засобів). Ризик поліфармації асоціювався з віком пацієнтів – виявлено прямий достовірний кореляційний зв'язок ($r = 0,55$; $p < 0,05$) між віком пацієнта і кількістю лікарських засобів, які він одночасно приймає.

3-поміж факторів ризику ЛПП 3 пацієнти зазначили в анкеті, що вони вживають дієтичні добавки, 1 – вживає алкоголь, 8 – курять, 3 – вживають алкоголь і курять.

Під час вивчення частоти ЛПП встановлено їхню відсутність у 5 пацієнтів, виявлено 1 ЛПП у 3 пацієнтів, відповідно 2 – у 7-ми, 3 – у 4-х, 4 – у 3-х, 5 – у 2-х, 6 – у 1-го пацієнта. Переважали потенційні фармакокінетичні взаємодії лікарських засобів (наприклад, пароксетин як потужний інгібітор ферментів 1 фази метаболізму, міг викликати підвищення концентрації в крові бісопрололу та його небажані реакції); вони відмічались у 71,1 %. Досить часто (17,4 %) спостерігались потенційні фармакодинамічні взаємодії, наприклад, синергізм пригнічувального впливу на центральну нервову систему сертраліну та етанолу. Кількість ЛПП достовірно ($p < 0,05$) корелювала з віком пацієнтів ($r = 0,53$) та кількістю лікарських засобів, які вони вживали ($r = 0,86$) (табл. 4).

Був розроблений алгоритм фармацевтичного консультування в режимі реально-го часу задля мінімізації ЛПП (рис.). У межах алгоритму фармацевт аналізував медичну документацію для виявлення випадків поліфармації, оцінював потенційні ризики фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії лікарських засобів та інформував про це лікаря. Співпраця здійснювалась через електронну медичну документацію або під

Таблиця 2

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ ПАЦІЄНТИ

Лікарський засіб	Кількість пацієнтів (n)
Аторвастатин	1
Ацетилсаліцилова кислота	3
Амлодипін	5
Ацикловір	1
Бісопролол	4
Будесонід	3
Вальсартан	3
Варфарин	2
Гідрохлортіазид	1
Еплеренон	2
Есциталопрам	8
Індапамід	2
Ірбесартан	1
Карведилол	1
Левотироксин натрію	1
Лорноксикам	1
Магній В ₆	2
Метформін	4
Небіволлол	2
Пароксетин	9
Периндоприл	2
Раміприл	4
Ребаміпід	1
Ривароксабан	1
Розувастатин	2
Сертралін	8
Тикагрелор	1
Тіотропію броміду моногідрат	1
Торасемід	1
Тримезадину дигідрохлорид	2
Формотерол	1

Таблиця 3

КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ОДНОЧАСНО ОТРИМУВАЛИ ПАЦІЄНТИ

Кількість лікарських засобів (n)	Кількість пацієнтів (n)
1	5
2	5
3	4
4	5
5	3
6	2
7	1

Таблиця 4

ЧАСТОТА РІЗНИХ ЛІКО-ПОВ'ЯЗАНИХ ПРОБЛЕМ У ПАЦІЄНТІВ

Характер лікопов'язаної проблеми	Частота виявлення (n, %)	
	абсолютна	%
Потенційна фармакокінетична взаємодія лікарських засобів	37	71,1
Потенційна фармакодинамічна взаємодія лікарських засобів	9	17,4
Вживання лікарських засобів небезпечних у певній віковій групі	0	0
Інші	6	11,5
Разом	52	100

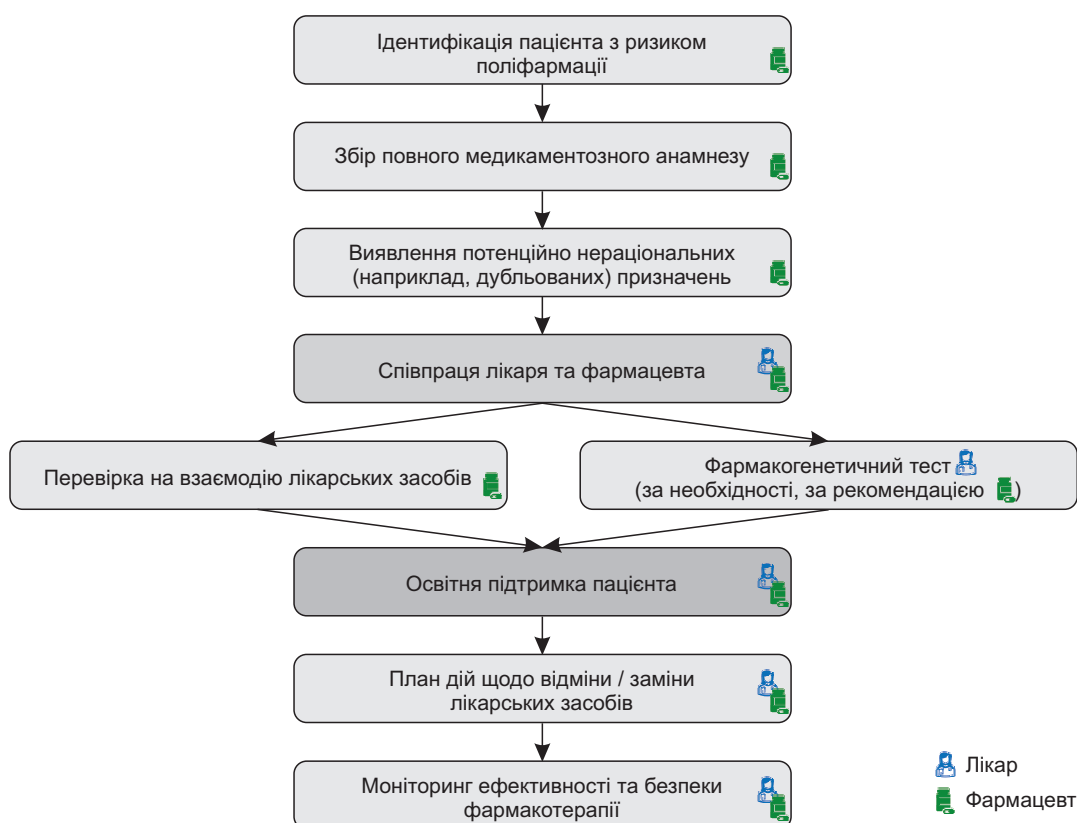


Рис. Алгоритм проспективного фармацевтичного консультування під час лікування пацієнтів з тривожно-депресивними розладами

час безпосереднього консультування; у складних випадках – у форматі мультидисциплінарних обговорень. Як лікар, так і фармацевт забезпечували освітню підтримку пацієнтів, пояснюючи важливість уважного спостереження за реакцією на антидепресанти та дотримання режиму терапії. Лікар ухвалював рішення щодо корекції фармакотерапії, заміни лікарських засобів або призначення фармакогенетичного тестування за рекомендацією фармацевта. Моніторинг ефективності та безпеки терапії проводився спільно лікарем і фармацевтом.

У межах спостереження ($n = 25$) застосування цього алгоритму супроводжувалося

зниженням кількості виявлених ЛПП. Побічних ефектів не виявлено, однак ці результати потребують підтвердження у більших вибірках з контрольною групою.

Отже, у більшості амбулаторних пацієнтів з тривожно-депресивними розладами, які потребували медикаментозного лікування з використанням антидепресантів з групи СІЗЗС, були коморбідні захворювання серцево-судинної та ендокринної систем, досить часто відмічались також захворювання травного тракту та дихальної системи. У 24 % лікування здійснювалось в умовах поліфармації, у половини пацієнтів відмічались шкідливі звички (вживання алкоголю

та куріння), що могло суттєво вплинути на результати застосування антидепресантів.

Схильність до поліфармації корелювала достовірно з віком пацієнтів і ризиком виникнення ЛПП, зокрема потенційної фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії лікарських засобів. Враховуючи отримані дані був розроблений алгоритм ЛПП, який використовувався у проспективному фармацевтичному консультуванні лікарів за результатами аналізу схем лікування пацієнтів і дозволив уникнути виникнення побічних ефектів та відсутності ефективності лікування у всіх пацієнтів.

Важливість втручання фармацевтів для зменшення ризиків взаємодії лікарських засобів та підвищення безпеки пацієнтів отримали за результатами проведених досліджень й інші автори [12, 13].

Особливо важливо здійснювати проспективне фармацевтичне консультування, призначаючи антидепресанти людям похилого віку. Нами виявлено достовірний кореляційний зв'язок між кількістю ЛПП і віком пацієнтів ($r = 0,53$). Іншими дослідниками доведено, що ризик побічних реакцій, пов'язаних з кількома препаратами, зокрема і СИЗС, був вищим у пацієнтів старшого віку, ніж у молодих пацієнтів. Причому у пацієнтів похилого віку побічні реакції мали у 6,4 разів більшу ймовірність призводити до летального наслідку [14].

Отже, міждисциплінарна взаємодія між фахівцями системи охорони здоров'я сприяє кращому контролю захворювань і підвищенню ефективності фармакотерапії. У низці досліджень вказано роль фармацевта в попередженні ЛПП у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами, що забезпечується посиленням освітньої підготовки фармацевтів з питань психічного здоров'я [15]. У літературі описані клінічні випадки, зокрема, коли сімейний лікар враховував пропозиції фармацевта в межах фармацевтичного втручання, що сприяло значному поліпшенню ефективності й безпеки ведення пацієнта з коморбідною патологією. Так, у результаті корекції дози ансіолітика пацієнт відзначив поліпшення стану серцево-судинної системи, якості життя та відновлення рівня самостійності в повсякденному житті [16].

За результатами нашого дослідження, жоден пацієнт не отримав направлення від лікаря на фармакогенетичне тестування, попри наявні дані щодо економічної доцільності такого підходу [17]. З огляду на те, що есциталопрам і сертралін переважно метаболізуються ізоферментом CYP2C19, а пароксетин – CYP2D6 [18], важливо враховувати наявність поширених поліморфізмів ферментів цитохрому Р-450 в європейській популяції. Така генетична варіабельність може зумовлювати підвищений ризик розвитку побічних реакцій під час застосування стандартних доз. Відповідно до отриманих результатів нами було рекомендовано призначати ці препарати з використанням зниженої (половинної) початкової дози з подальшим повільним титруванням до досягнення бажаного клінічного ефекту.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Фармакотерапія амбулаторних пацієнтів з тривожно-депресивними розладами, яким призначають антидепресанти, супроводжується підвищеним ризиком виникнення ЛПП, особливо в осіб похилого віку та за наявності поліфармації (кількість ЛПП достовірно ($p < 0,05$) корелювала з віком пацієнтів ($r = 0,53$) та кількістю лікарських засобів, які вони вживали ($r = 0,86$)).

2. Застосування розробленого алгоритму фармацевтичного консультування сприяє своєчасному виявленню поліфармації, аналізу потенційних фармакокінетичних та фармакодинамічних взаємодій і формуванню пацієнтоорієнтованих рекомендацій лікаря.

3. У цій вибірці ($n = 25$) спостерігалось зменшення кількості виявлених ЛПП після упровадження алгоритму. Побічних реакцій під час спостереження не зафіксовано, проте результати потребують підтвердження у більших вибірках з контрольною групою для підвищення точності виявлення ЛПП.

4. Персоналізоване проспективне фармацевтичне консультування з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів може бути корисним інструментом підвищення безпеки та ефективності фармакотерапії.

Список використаних джерел інформації

1. Pascual, J. C., Arias, L., & Soler, J. (2023). Pharmacological management of borderline personality disorder and common comorbidities. *CNS Drugs*, 37(6), 489–497. <https://doi.org/10.1007/s40263-023-01015-6>
2. Bilousova, N. (2023). Integration of pharmacists into the process of protection of the mental health: International concepts and strategies. *Modern Medicine, Pharmacy and Psychological Health*, 13(4), 94–103. doi:10.32689/2663-0672-2023-4-15
3. Neighbour, R. (2020). *Consulting in a nutshell: A practical guide to successful general practice consultations before, during and beyond the MRCGP*. CRC Press. <https://www.routledge.com/Consulting-in-a-Nutshell-A-practical-guide-to-successful-general-practice/Neighbour/p/book/9780367456955>
4. Hodson, K., Yemm, R., & Thomas, N. (2023). Introduction to the prescribing consultation. *The Pharmaceutical Journal*. <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/introduction-to-the-prescribing-consultation>
5. Walpola, R. L., Issakhany, D., Gisev, N., & Hopkins, R. E. (2024). The accessibility of pharmacist prescribing and impacts on medicines access: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 20(5), 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.01.006>
6. Bakhsh, H. (2025). Impact of pharmacist interventions on health outcomes of patients with type 2 diabetes mellitus in the middle east: A systematic review. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 14, 85–98. <http://doi.org/10.2147/irrp.s515197>
7. Royere, A. E., Pourrat, X., Le Nail, L. R., Lartigue, M. F., Lemaignan, A., Tuloup, V., & Lacasse, M. (2024). Impact of pharmacist-led interventions in a multidisciplinary consultation meeting for bone and joint infection. *Infectious Diseases Now*, 54(7), 104958. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2024.104958>
8. Hoshtynar, K., Khaitovych, M., Kryvanych, O., & Potaskalova, V. (2025). Drug-related problems in comorbid patients with anxiety-depressive disorders. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*, 4(56), 56–64. <https://doi.org/10.15587/2519-4852.2025.338127>
9. Haag, J. D., Bellamkonda, V. R., Perinpam, L., Peters, B. J., Sunga, K. L., Gross, C. L., Dierkhising, R. A., Baudoin, M. R., & Rudis, M. I. (2022). Prevalence and categorization of drug-related problems in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 63(2), 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2022.04.016>
10. Jimmy, N., Upadhy, M., Jaison, J. M., Sidheque, S., Sundaramurthy, H., Nemichandra, S. C., Paneyala, S., Ramesh, M., Sri Harsha, C., Syed, J., & Pal, N. (2023). A clinical pharmacist-led approach on reducing drug related problems among patients with neurological disorders: An interventional study. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 11, 100302. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100302>
11. *The pharmaceutical knowledgebase engineered to power your next big discovery*. (2024). DrugBank. <https://go.drugbank.com>
12. Stuhlec, M., & Tement, V. (2021). Positive evidence for clinical pharmacist interventions during interdisciplinary rounding at a psychiatric hospital. *Scientific Reports*, 11(1), 13641. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92909-2>
13. Vitija, A., Amirthalangam, A., & Soltani, A. (2022). The impact of digital interventions on medication adherence in paediatric populations with attention deficit hyperactivity disorder, depression, and/or anxiety: A rapid systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(12), 4017–4027. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.07.042>
14. Seifert, J., Reinhard, M. A., Bleich, S., Erfurth, A., Greil, W., Toto, S., Grohmann, R., & Glocker, C. (2024). Psychotropic drug-induced adverse drug reactions in 462,661 psychiatric inpatients in relation to age: Results from a German drug surveillance program from 1993–2016. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00530-0>
15. Taylor, D. A., Taylor, A. D. J., Jones, M., & Family, H. E. (2024). Community pharmacist involvement in social prescribing for mental health: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 25, e69. <https://doi.org/10.1017/S1463423624000409>
16. Dévora Gutiérrez, S., Morales Marrero, C., Herrera Ramos, P., Vera Peña, A., Oliva Martin, A. M., & Abdala Kuri, S. (2024). Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales. A propósito de un caso. *Farmacéuticos Comunitarios*, 16(4), 88–95. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2024\).25](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2024).25)
17. Morris, S. A., Alsaidi, A. T., Verbyla, A., Cruz, A., Macfarlane, C., Bauer, J., & Patel, J. N. (2022). Cost effectiveness of pharmacogenetic testing for drugs with Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guidelines: A systematic review. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 112(6), 1318–1328. <https://doi.org/10.1002/cpt.2754>
18. Van Westrhenen, R., Aitchison, K. J., Ingelman-Sundberg, M., & Jukić, M. M. (2020). Pharmacogenomics of antidepressant and antipsychotic treatment: How far have we got and where are we going? *Frontiers in Psychiatry*, 11, 94. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00094>

Внесок авторів:

К. С. Гоштинар: концепція та дизайн дослідження, збір та аналіз даних, відповідальність за статистичний аналіз, написання статті.

М. В. Хайтович: концепція та дизайн дослідження, відповідальність за статистичний аналіз, написання статті, критичний огляд, остаточне затвердження статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

К. С. Гоштинар, аспірант кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (<https://orcid.org/0009-0000-6516-4522>). E-mail: kateryna.hoshtynar@gmail.com

М. В. Хайтович, доктор медичних наук, професор кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (<https://orcid.org/0000-0001-6412-3243>). E-mail: nik3061@gmail.com

Information about the authors:

K. S. Hoshtynar, Ph.D student of the Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, Bogomolets National Medical University (<https://orcid.org/0009-0000-6516-4522>). E-mail: kateryna.hoshtynar@gmail.com

M. V. Khaitovych, Doctor of Medicine (Dr. habil.), Professor of the Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, Bogomolets National Medical University (<https://orcid.org/0000-0001-6412-3243>). E-mail: nik3061@gmail.com

Надійшла до редакції 15.07.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 08.08.2025 р.

Взято до друку 14.08.2025 р.

УДК 174:615.1:378.147

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.364>

Н. А. Сушчук

Одеський національний медичний університет, Україна

E-mail: natalia.sushchuk@ukr.net

ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАРМАЦЕВТІВ: АНАЛІЗ ВИМОГ РИНКУ ПРАЦІ ТА ОСВІТНІХ ПРОГРАМ

Сучасна фармацевтична практика вимагає не лише глибоких знань з фахових дисциплін, а й високого рівня етичної відповідальності. Важливий показник якості роботи сучасного фармацевтичного працівника – дотримання вимог фармацевтичної етики та деонтології, куди входять висока особиста культура, високий рівень професійної обізнаності, тактовність щодо споживача.

Мета – визначення вимог, які висувають стейкхолдери до етичної компетентності здобувачів та дослідження підходів до формування необхідних компетентностей майбутніх фармацевтів.

Матеріали та методи. Теоретичною і методологічною основою дослідження стали сучасні концепції викладання освітнього компонента (ОК) «Етика та деонтологія у фармації», а також чинна нормативно-правова база у сфері вищої освіти та фармацевтичної практики. Інформаційною базою дослідження слугували власні дослідження, наукові публікації, які присвячені проблемам етичної підготовки фармацевтичних фахівців, освітньо-професійні програми (ОПП) та методичні матеріали закладів вищої освіти (ЗВО) України, які здійснюють підготовку магістрів за спеціальністю «Фармація, промислова фармація». У процесі дослідження використовували такі методи: контент-аналіз, системно-аналітичні, логічного аналізу та узагальнення.

Результати та обговорення. Установлено, що 70 % з досліджуваних аптечних мереж у розділі вимог до спеціаліста зазначали необхідність обов'язкової наявності певних етичних компетентностей для претендента на роботу. Етичні компетентності посідають провідне місце у фармацевтичній діяльності, що підтверджується вимогами стейкхолдерів до майбутнього персоналу. Проаналізувавши підходи до формування необхідних компетентностей майбутніх фармацевтів у процесі викладання ОК «Етика та деонтологія у фармації» на базі ЗВО, що готують фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю І8 «Фармація (за спеціалізаціями)» свідчить про те, що ОПП корелює з вимогами стейкхолдерів під час набору персоналу.

Висновки. Проведені дослідження вказують на важливість викладання цієї ОК під час підготовки спеціалістів за напрямом І8 «Фармація (за спеціалізаціями)».

Ключові слова: етика; деонтологія; фармація; фармацевт; фармацевтична освіта; професійна компетентність.

N. A. SUSHCHUK

Odesa National Medical University, Ukraine

E-mail: natalia.sushchuk@ukr.net

FORMATION OF ETHICAL COMPETENCIES OF FUTURE PHARMACISTS: ANALYSIS OF LABOR MARKET REQUIREMENTS AND EDUCATIONAL PROGRAMS

Modern pharmaceutical practice requires not only profound knowledge of professional disciplines but also a high level of ethical responsibility. An important indicator of the quality of work of a modern pharmaceutical professional is adherence to the principles of pharmaceutical ethics and deontology, which encompasses a high level of personal culture, professional awareness, and tact in relation to the consumer.

Aim. To identify the ethical competence requirements set by stakeholders for students and study approaches to the formation of the necessary competencies of future pharmacists.

Materials and methods. The theoretical and methodological basis of the study consisted of modern concepts of teaching the educational component (EC) "Ethics and Deontology in Pharmacy," as well as the current regulatory and legal framework in the field of higher education and pharmaceutical practice. The information base of the research was the author's own studies, scientific publications related to the issues of ethical training of pharmaceutical specialists, as well as educational and professional programs and methodological materials of higher education institutions (HEIs) of Ukraine training Masters in the specialty "Pharmacy, Industrial Pharmacy". During the study such methods as the content analysis, system-analytical, logical analysis, and generalization, were used.

Results and discussion. It has been found that 70% of the pharmacy chains analyzed included specific ethical competence requirements in their job postings for pharmaceutical specialists. Ethical competencies occupy a central role in pharmaceutical practice, which is confirmed by stakeholder expectations toward the future personnel. An analysis of the approaches to forming the necessary competencies in future pharmacists when teaching the EC "Ethics and Deontology in Pharmacy" in HEIs that train specialists of the second (Master's) level in specialty І8 "Pharmacy (by specializations)" indicates that the educational and professional program correlates with the stakeholder requirements for staff recruitment.

Conclusions. The research conducted indicates the importance of teaching this EC in the training of specialists in the field of І8 "Pharmacy (by specializations)".

Keywords: ethics; deontology; pharmacy; pharmacist; pharmaceutical education; professional competence.

Вступ. Сучасна фармацевтична практика вимагає не лише глибоких знань з фахових дисциплін, а й високого рівня етичної відповідальності. Це пов'язано з тим, що у сучасній фармації сформувалася низка серйозних етичних проблем, які не можна вирішити без систематичного аналізу, вивчення, постійної уваги і впровадження змін. Сьогодні, коли фармацевтична галузь шукає найбільш ефективні шляхи свого розвитку, проблеми моральної культури у професії фармацевта залишаються актуальними. Важливий показник якості роботи сучасного фармацевтичного працівника – дотримання вимог фармацевтичної етики та деонтології, куди входять висока особиста культура, високий рівень професійної обізнаності, тактовність щодо споживача [1].

За даними опублікованого дослідження у щотижневику «Аптека», 70 % опитаних клієнтів аптек підкреслили, що для них важливо, коли в аптеці їх зустрічають доброзичливі обличчя працівників, однак 27 % заявили, що вираз обличчя фармацевтів був невдоволеним і непривітним. Особливе значення пацієнти надають інтонації голосу фармацевтичного працівника. Спокійний голос з нотками співчуття, без тіні роздратованості відмічають понад 50 % відвідувачів, натомість 40 % опитаних зазначили, що у працівників аптек не завжди вистачає терпіння вислухати хворого і доброзичливо відповісти йому, роз'яснити все, про що він запитує [1].

Конкурентне середовище вимагає від фармацевта певного рівня знань та успішного застосування стандартів обслуговування, володіння комерційними технологіями, психологією продажів, навичок умілої презентації, вміння володіти конфліктною ситуацією тощо [2].

Етичні дилеми, з якими стикається фармацевт, вимагають належної підготовки, що зумовлює важливість обов'язкового вивчення освітнього компонента (ОК) «Етика та деонтологія у фармації». Особливої актуальності це набуває в умовах інтеграції України до міжнародного фармацевтичного простору, де етичні стандарти є обов'язковою складовою якості фармацевтичної допомоги.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було визначити вимоги, які

висувають стейкхолдери до етичної компетентності здобувачів та дослідити підходи до формування необхідних компетентностей майбутніх фармацевтів у процесі викладання ОК «Етика та деонтологія у фармації» у закладах вищої освіти (ЗВО), що готують фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю І8 «Фармація (за спеціалізаціями)».

Матеріали та методи дослідження. Теоретичною й методологічною основою роботи стали сучасні концепції викладання ОК «Етика та деонтологія у фармації», а також чинна нормативно-правова база у сфері вищої освіти. Інформаційною базою дослідження слугували наукові публікації українських та зарубіжних вчених, що присвячені проблемам реформування вищої фармацевтичної освіти, положення нормативних документів з вищезначених питань, а також попередні власні дослідження. У процесі дослідження використовували системно-аналітичні, методи логічного аналізу та узагальнення.

Результати дослідження та їхнє обговорення. У часи науково-технічного прогресу потреба пацієнта у гуманному, емпатійному ставленні не лише не втратила своєї актуальності, а навпаки, набула ще більшої значущості та вираженості. На сьогодні в Україні зареєстровано понад 14,7 тис. лікарських засобів із тенденцією до зростання, що, зі свого боку, вимагає якісного опанування великого обсягу інформації і належного надання фармацевтичної опіки з урахуванням морально-етичних норм [3]. Так, на підставі вищезазначеного дослідження [1] були згруповані етичні фактори, яких не завжди вистачає фармацевтичному фахівцю під час діалогу з пацієнтом (рис. 1).

Отже, набуття етичних компетентностей майбутнім фармацевтом важливо в його роботі.

На наступному етапі нашого дослідження визначили, які вимоги до етичної компетентності фармацевтичних спеціалістів декларуються стейкхолдерами на етапі добору персоналу. Об'єктом дослідження обрали сайти для пошуку роботи, де опубліковані вакансії на посаду фармацевта / асистента фармацевта від роботодавців [4, 5]. Нами були опрацьовані описи вакансій

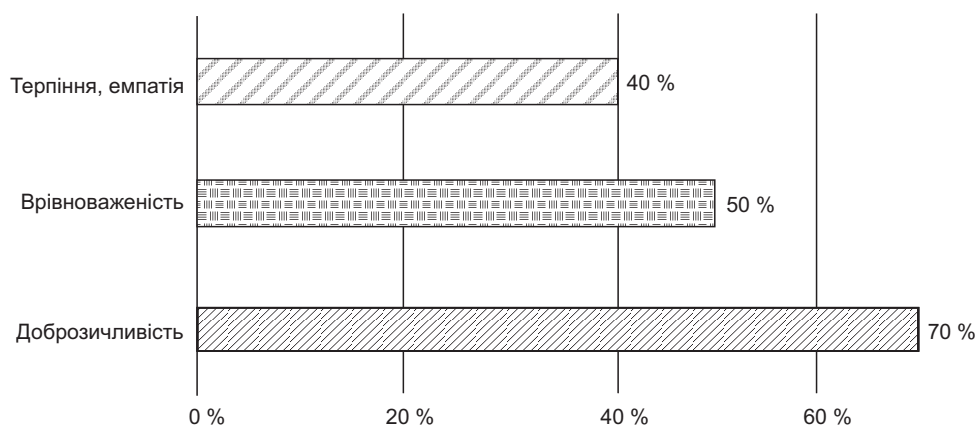


Рис. 1. Етичні фактори, які найбільше впливають на пацієнта під час діалогу з фармацевтом (адаптовано автором)

10 аптечних мереж, які входять до рейтингу 10 провідних за товарообігом: АНЦ, «Подорожник», «9-1-1», «Бажаємо здоров'я», «Аптека Доброго Дня», «Мед-Сервіс», «Здорова Родина», D.S., 3i, Farmacia [6]. Установлено, що 70 % з досліджуваних аптечних мереж у розділі вимог до спеціаліста зазначали необхідність обов'язкової наявності певних етичних компетентностей для претендента на роботу. Слід зазначити, що затребувані аптечними мережами етичні компетентності до спеціалістів повною мірою відповідають Етичному кодексу фармацевтичних працівників, в умовах ролі та вагомості фармацевтичної професії, що все

зростають [6, 7]. Результати дослідження наведено в табл. 1.

Далі було охарактеризовано принципи кожного з елементів етичної компетентності (рис. 2).

Отже, етичні компетентності посідають провідне місце у фармацевтичній діяльності, що підтверджується вимогами стейкхолдерів до майбутнього персоналу. Проте через концентрацію менеджменту компанії на вирішенні економічних питань в умовах ринкових відносин втрачається можливість «бачити» людину, виявляти до неї співчуття, здійснювати належну фармацевтичну опіку, керуючись принципами надання

Таблиця 1

ВИМОГИ РОБОТОДАВЦІВ (АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ) ДО ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Компетентність	Значення компетентності	Вага показника
Комунікабельність, емпатія	Комунікабельність – це здатність ефективно спілкуватися з пацієнтами, колегами та іншими учасниками фармацевтичного процесу, встановлювати взаєморозуміння, використовуючи вербальні та невербальні засоби комунікації, а також адаптуючи стиль спілкування відповідно до ситуації та співрозмовника. Емпатія – це здатність розуміти емоційний стан, потреби та переживання інших людей, виявляти співчуття та підтримку, що сприяє підвищенню довіри пацієнтів і поліпшенню якості фармацевтичної опіки	10
Привітність, позитивний настрій	Привітність та позитивний настрій – це здатність фармацевта підтримувати доброзичливу та відкриту манеру спілкування, що сприяє створенню комфортної атмосфери для пацієнтів і колег, підвищує рівень довіри та позитивно впливає на якість фармацевтичного обслуговування	9
Вміння вирішувати етичні конфлікти	Здатність фармацевта ідентифікувати, аналізувати та ухвалювати зважені рішення у ситуаціях, що містять моральні чи професійні дилеми, з урахуванням етичних принципів, законодавчих норм та інтересів пацієнта	8

Комунікабельність	Емпатія	Привітність, позитивний настрій	Вміння вирішувати етичні проблеми
- Активне слухання та вміння підтримувати діалог з пацієнтами та колегами - Коректне та зрозуміле донесення інформації про лікарські засоби та їхнє застосування - Тактовність у спілкуванні, особливо у складних або конфліктних ситуаціях	- Здатність розпізнавати емоційний стан пацієнта та реагувати на нього відповідним чином - Створення комфортної атмосфери для обговорення питань, пов'язаних зі здоров'ям	- Дружелюбність - Емоційна стійкість - Ввічливість - Оптимістичне ставлення - Посмішка та невербальна комунікація	- Виявлення етичного конфлікту - Аналіз проблеми - Ухвалення рішення - Комунікація та аргументація - Попередження конфліктів

Рис. 2. Стисла характеристика елементів етичної компетентності (власна розробка)

належної аптечної послуги (Good Pharmaceutical Practice – GPP) [1].

Стандарти якості аптечних послуг – «Належна аптечна практика в громадських і лікарняних аптеках» і «Належна аптечна практика в Нових незалежних державах. Настанови з розроблення та впровадження стандартів» – розроблені Міжнародною фармацевтичною федерацією (МФФ) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) відповідно. У цих настановах викладено концепцію GPP, обґрунтовано її застосування, висвітлено питання розвитку й управління якістю [8].

Належна аптечна практика (Good Pharmaceutical Practice, GPP) – рекомендації до діяльності, пов'язаної з постачанням, зберіганням і застосуванням лікарських речовин, лікарських засобів (ЛЗ) і медичних виробів, яка здійснюється в аптеках, лікувальних закладах і домашніх умовах. Настанова з GPP ґрунтується на забезпеченні якості фармацевтичних послуг і містить рекомендації з розроблення національних стандартів для пропаганди здорового способу життя, забезпечення постачання, удосконалення призначення і використання ЛЗ.

Професія фармацевта сьогодні розвивається значними темпами, нові ролі пропонуються і проголошуються не тільки самою професією, а й іншими медичними фахівцями і національними та міжнародними органами й установами. Настанова GPP далекосяжна і досить гнучка, вона повинна зберігати свою актуальність з появою нових ролей. Одним з основних способів управління якістю ЛЗ і фармацевтичного обслуговування населення є стандартизація різних аспектів діяльності аптечних закладів.

Керівництво з GPP – важливий крок у напрямі вдосконалення аптечних послуг [9]. Але особливістю настанов ВООЗ та МФФ є те, що вони не висувають обов'язкових вимог до виконання, оскільки умови аптечної практики в різних країнах значно відрізняються. Вони лише визначають межі, в яких національні фармацевтичні організації розробляють свої стандарти. Запровадження GPP слугує інструментом зміни аптечної практики і має велике значення, оскільки воно зосереджене на профілактиці захворювань більше, ніж на лікуванні; воно орієнтоване на пацієнта, акцентує увагу на значенні інформування пацієнтів щодо правильного застосування ЛП; заохочує раціональне виписування й застосування ЛП; забезпечує високий професіоналізм фахівців та безпосередньо вимагає дотримання професійної етики. Тому на наступному етапі нашого дослідження ми проаналізували підходи до формування необхідних компетентностей майбутніх фармацевтів у процесі викладання ОК «Етика та деонтологія у фармації» на базі ЗВО, що готують фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю І8 «Фармація (за спеціалізаціями)». До аналізу були залучені ОПП та методичні матеріали семи ЗВО [10-16], де викладається ця ОК. У результаті аналізу визначили, що викладання ОК «Етика та деонтологія у фармації» спрямоване на формування в майбутніх фармацевтів ціннісних орієнтирів, моральної відповідальності та здатності до етичного ухвалення рішень у професійній діяльності. Результати досліджень систематизовані в табл. 2, 3.

Під час викладання ОК використовуються такі методи навчання, як лекційні,

Таблиця 2

**ОСНОВНІ ПІДХОДИ У ВИКЛАДАННІ ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА
«ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ У ФАРМАЦІЇ»**

Підхід	Значення
Компетентнісний підхід	Акцент зосереджений на отриманні майбутніми спеціалістами практичних навичок та етико-деонтологічних компетентностей
Проблемно орієнтоване навчання	Розглядаються реальні ситуації та проводиться їхній аналіз з етичного погляду
Інтерактивні методи навчання	Кейс-методи, рольові ігри, ситуаційні завдання
Міждисциплінарний підхід	Інтеграція з клінічною фармацією, фармакоекономікою, фармацевтичним правом та законодавством, організацією та економікою фармації, соціальною фармацією, етичними проблемами

Таблиця 3

**ПЕРЕЛІК КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ, ЯКІ ФОРМУЮТЬСЯ У РЕЗУЛЬТАТІ ВИВЧЕННЯ
ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА «ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ У ФАРМАЦІЇ»**

Перелік компетентностей	Етичні та соціально відповідальні компетентності	Дотримання етичних норм та професійної відповідальності
		Здатність до комунікації з пацієнтами та медичними працівниками
		Збереження принципів конфіденційності у фармацевтичній практиці
		Вміння вирішувати етичні конфлікти
		Готовність до професійного самовдосконалення
	Практичні компетентності	Аналіз реальних фармацевтичних ситуацій на основі етичних норм
		Взаємодія з пацієнтами з іншими культурними та соціальними особливостями
		Використання принципів деонтології під час продажу та у разі рекомендацій ЛЗ

практичні та семінарські заняття. Особлива увага приділяється аналізу реальних етичних проблем у фармації, розігруванню рольових ситуацій (фармацевт – пацієнт, фармацевт – лікар) та роботі з нормативними документами. У ході проведення занять використовується метод «Інтерактивна дискусія» для того, щоб всебічно розглянути проблему та залучити до її обговорення всіх учасників, незалежно від їхнього рівня підготовки, здібностей, характеру тощо. Дискусія розпочинається з вибору проблеми для обговорення. Для активізації навчально-пізнавальної діяльності здобувачів використовуються ситуаційні завдання (водночас для кожної групи формуються різні варіанти). Можна констатувати, що обрання цього методу у викладанні ОК «Етика та деонтологія у фармації» буде найефективнішим, оскільки передбачає активну участь кожного в групі, дозволяючи здобувачам бачити різні боки ситуації, формувати правильне сприйняття та вирішення проблем. Деякі ЗВО проводять подібні дискусії на базі навчальної аптеки кафедри / факультету

під керівництвом викладача, який допомагає здобувачам розібратись у проблемних / конфліктних ситуаціях, спрямовуючи їх відповідь в етичну площину [17, 18].

Отже, результатом вивчення майбутніми спеціалістами ОК «Етика та деонтологія у фармації» є отримання саме тих компетентностей, про які заявляють роботодавці. Проведений аналіз вимог роботодавців продемонстрував, що ОПП корелює з вимогами стейкхолдерів під час набору персоналу. Це вказує на важливість викладання цієї ОК під час підготовки спеціалістів за напрямом І8 «Фармація (за спеціалізаціями)».

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Формування етико-деонтологічної компетентності є необхідною умовою якісної підготовки майбутніх фармацевтів.

2. Аналіз вакансій на посаду фармацевта демонструє обов'язкову наявність вимоги до етичної компетентності претендентів на роботу.

3. Використання етичних компетентностей фармацевтами базується на вимогах

належної аптечної практики і сприяє підвищенню якості фармацевтичних послуг.

4. Поєднання теоретичних основ, практичних завдань та інтерактивних методів навчання забезпечує якісну підготовку майбутніх фармацевтів до вимог фармацевтичного ринку.

5. ОК «Етика та деонтологія у фармації» забезпечує набуття ключових знань і навичок, що відповідає вимогам фармацевтичної практики та сьогодення.

6. Етика та деонтологія мають стати обов'язковим атрибутом діяльності майбутнього спеціаліста, тому що володіння основами етики, її практичним використанням у діловому спілкуванні з клієнтами, бізнес-партнерами, посередниками, населенням загалом допомагає суттєво підвищити професійний рівень у конкурентному середовищі. Тому наступне вивчення впливу етичних компетентностей фармацевта на конкурентоспроможність аптечного закладу є перспективним.

Список використаних джерел інформації

1. Pharmacist's code of ethics: role, significance, relevance. (2023). *Weekly Pharmacy*, (6). <https://www.apteka.ua/article/657951>
2. Gubina, N. V. (2015). Ethics and deontology in pharmacy: new aspects of teaching within the framework of the credit-modular system. *Scientific Bulletin of Uzhgorod University. Series: Medicine*, (1), 266–268. http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2015_1_56
3. *State Register of Medicines of Ukraine*. (n. d.). <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlist?opendocument>
4. *Job search site № 1 in Ukraine*. (n. d.). <https://www.work.ua/>
5. *Opportunity search site*. (n. d.). <https://robota.ua/>
6. *Pharmacy sales recipes. Which pharmacies are leaders in drug sales? TOP-10 largest pharmacy chains of Ukraine*. (2024, January 26). <https://www.rap.in.ua/yaki-apteki-ye-liderami-z-prodazhiv-likiv-top-10-najbilshih-aptechnik-merezh-ukrayini/>
7. *Code of Ethics for Pharmaceutical Workers of Ukraine*. National University of Pharmacy. <https://nuph.edu.ua/etichnijj-kodeks-farmacevtichnih-prac/>
8. *Pharmaceutical Encyclopedia*. (n. d.). <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1166/nalezha-aptechna-praktika>
9. Unguryan, L. M., Belyaeva, O. I., Prylipko, N. A., & Vishnytska, I. V. (2017). Implementation of Good Pharmacy Practice (GPP) standards in the world. *The Scientific Heritage (Budapest, Hungary)*, 9(9), 35. <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7175/Unhurian%20L.M..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. *Odesa National Medical University*. (n. d.). <https://onmedu.edu.ua>
11. *National University of Pharmacy*. (n. d.). <https://nuph.edu.ua>
12. *Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky*. (n. d.). <https://www.meduniv.lviv.ua>
13. *Bukovina State Medical University*. (n. d.). <https://www.bsmu.edu.ua>
14. *Ternopil National Medical University named after I. Ya. Horbachevsky*. (n. d.). <https://www.tdmu.edu.ua>
15. *Ivano-Frankivsk National Medical University*. (n. d.). <https://www.ifnmu.edu.ua>
16. *Vinnitsia National Medical University named after M. I. Pirogov*. (n. d.). <https://www.vnmu.edu.ua>
17. Stechyshyn, I. P., & Denys, A. I. (2019). The role of interactive methods in optimizing the teaching process of the discipline «Ethics and deontology in pharmacy.» *Medical Education*, (4), 103–106. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv_2019_4_21
18. Yashchishyna, Yu. M., & Shashko, V. O. (2016). The use of interactive teaching methods in teaching human resources management disciplines. *Bulletin of Economic Science of Ukraine*, 2(31), 190–192. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Venu_2016_2_42

Внесок авторів: авторка самостійно виконала всі етапи роботи, включаючи ідею, збір та аналіз матеріалу, написання та оформлення статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про автора:

Н. А. Сущук, кандидат фармацевтичних наук, доцентка кафедри організації та економіки фармації з післядипломною підготовкою, Одеський національний медичний університет (<https://orcid.org/0000-0002-2364-3282>). E-mail: natalia.sushchuk@ukr.net

Information about the author:

N. A. Sushchuk, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Organization and Economics of Pharmacy with Post-diploma Specialization, Odesa National Medical University (<https://orcid.org/0000-0002-2364-3282>). E-mail: natalia.sushchuk@ukr.net

Надійшла до редакції 30.06.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 25.07.2025 р.

Взято до друку 01.08.2025 р.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 615:614:2:616-03

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.360>В. М. НАЗАРКІНА¹, І. М. ПОДОЛЬСЬКИЙ², Е. В. КРИВЕНКО¹¹ Національний фармацевтичний університет
Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна² Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету
Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна

E-mail: socpharm@nuph.edu.ua

УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ У СИСТЕМІ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ: ОСНОВНІ ПІДХОДИ, КРИТЕРІЇ ТА УМОВИ

Розвиток оцінки медичних технологій в Україні передбачає не тільки більш широке її впровадження у медичну і фармацевтичну практику, а й обов'язкове використання її результатів для обґрунтування рішень щодо раціонального застосування ліків та оптимізації витрат.

Мета – дослідження особливостей організації експертно-дорадчих процесів у системі оцінки медичних технологій, зокрема методичних підходів, критеріїв та умов ухвалення рішень на її основі.

Матеріали та методи. З використанням системного підходу проведено аналіз, узагальнення та систематизацію даних наукових публікацій, аналітично-звітних документів. Проведено опитування медичних і фармацевтичних працівників стосовно використання результатів оцінки медичних технологій у практичній діяльності.

Результати та обговорення. Аналіз свідчить про значні відмінності в організації процесів власне оцінки (assessment) і критичної оцінки (appraisal) її результатів для ухвалення рішень на їх основі. Проведене опитування лікарів і фармацевтів дозволило визначити основні підходи, критерії та умови ухвалення доказових рішень та їхнього інформаційного забезпечення. Результати анкетування свідчать про недостатнє використання результатів оцінки медичних технологій у практичній діяльності через брак часу, недоступність ресурсів та відсутність відповідних знань і навичок. Респонденти керуються насамперед нормативними документами (протоколами, настановами, формулярами), спираються на власний досвід і думку експертів. Водночас фахівці усвідомлюють важливість оцінки для вибору оптимальних медичних технологій і підвищення ефективності надання медичної та фармацевтичної допомоги.

Висновки. Розроблення теоретико-методологічних підходів до організації експертно-дорадчих процесів, залучення зацікавлених сторін, використання інформаційних джерел, аналітичного апарату щодо їхньої критичної оцінки та засобів обробки є важливим кроком в імплементації оцінки медичних технологій на різних рівнях управління.

Ключові слова: експертно-дорадчі процеси; інформаційне забезпечення; критерії; критична оцінка; оцінка медичних технологій; ухвалення рішень.

V. M. NAZARKINA¹, I. M. PODOLSKY², E. V. KRYVENKO¹¹National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine²Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University
of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

E-mail: socpharm@nuph.edu.ua

DECISION-MAKING IN THE HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT SYSTEM: BASIC APPROACHES, CRITERIA, AND CONDITIONS

The development of the health technology assessment in Ukraine involves not only its wider implementation in medical and pharmaceutical practice, but also the mandatory use of its results to substantiate decisions on the rational use of medicines and cost optimization.

Aim. To study the peculiarities of organizing expert and advisory processes in the system of the health technology assessment, in particular, methodological approaches, criteria, and conditions for decision-making based on it.

Materials and methods. Using a systematic approach, the analysis, generalization and systematization of data from scientific publications, analytical and reporting documents were carried out. A survey of

medical and pharmaceutical workers was conducted on the use of results of the health technology assessment in practical activities.

Results and discussion. The analysis shows significant differences in the organization of the health technology assessment and critical evaluation of its results (appraisal) for decision-making based on it. A survey of physicians and pharmacists revealed the main approaches, criteria, and conditions for evidence-based decision-making and their information support. The survey results indicate the insufficient use of the health technology assessment results in practice due to lack of time, inaccessibility of resources, and the absence of relevant knowledge and skills. Respondents are guided primarily by regulatory documents (protocols, guidelines, forms), relying on their own experience and the expert opinion. At the same time, specialists are aware of the importance of assessment for selecting optimal health technologies and improving the efficiency of medical and pharmaceutical care.

Conclusions. The development of theoretical and methodological approaches to the organization of expert and advisory processes, the involvement of stakeholders, the use of information sources, analytical tools for their critical assessment, and processing tools is an important step in the implementation of the health technology assessment at various levels of management.

Keywords: expert advisory processes; information support; criteria; critical assessment; health technology assessment; decision-making.

Вступ. У всьому світі дедалі більше країн інтегрують оцінку медичних технологій (ОМТ) у процес ухвалення рішень щодо забезпечення доступу і доступності лікарських засобів (ЛЗ) і медичних виробів (МВ), а також внесення їх до відповідних регуляторних переліків. Розвиток ОМТ в Україні передбачає її імплементацію на різних рівнях (національному, регіональному, локальному) [1], вироблення та використання науковцями, практиками та політиками єдиної узгодженої методології. Структурований процес ОМТ складається з двох основних етапів – власне оцінки (assessment) та аналізу результатів ОМТ з урахуванням національного контексту (appraisal) і формування відповідних висновків та рекомендацій [2, 3].

Для ефективної імплементації ОМТ у процес ухвалення рішень важливо врахувати позитивний світовий досвід щодо організації дорадчих процесів, використовуваних методичних підходів та інформаційних джерел. Досягнення соціально-економічного та клінічного ефектів ОМТ потребує належної її організації в межах нормативного поля із забезпеченням підзвітності й прозорості, а також використання сучасних цифрових інструментів і відповідного інформаційного забезпечення, чітких алгоритмів і критеріїв ухвалення рішень, моніторингу їхньої ефективності.

Практика свідчить про значні відмінності у підходах до організації оцінки та дорадчих процесів, зокрема що стосується розподілу повноважень між різними органами / агенціями, залучення зацікавлених сторін, використання інформаційних джерел та аналітичного апарату [4-6].

Організаційно-методичні аспекти ОМТ є предметом наукових досліджень багатьох зарубіжних та вітчизняних вчених і практиків. Проблеми впровадження і розвитку ОМТ в Україні присвячені праці А. С. Немченко, К. Л. Косяченка, М. М. Бабенка, О. М. Філінюк, О. М. Заліської, О. Б. Піняжко, І. А. Костюк та ін. [7-11]. Водночас комплексне дослідження особливостей організації експертно-дорадчих процесів у системі ОМТ не проводилося.

Мета дослідження полягала у проведенні дослідження особливостей організації експертно-дорадчих процесів у системі ОМТ, зокрема основних підходів, критеріїв та умов ухвалення рішень на її основі.

Матеріали та методи дослідження. З використанням системного підходу проведено аналіз, узагальнення і систематизацію інформації стосовно процедур, критеріїв та умов ухвалення рішень на основі доказів. Із цією метою проведено аналіз наукових публікацій, регуляторних актів, аналітично-звітних документів, офіційних сайтів організацій / органів з ОМТ. Для вивчення сучасного стану, нагальних проблем і перспектив використання доказових даних і результатів ОМТ у вітчизняній медицині і фармацевтичній практиці було проведено анкетне опитування 195 медичних і 213 фармацевтичних працівників. Розроблена анкета (Google форма) мала традиційну структуру: вступна частина, основна (змістова) частина і соціально-демографічний блок. Основна частина містила 17 запитань, що дозволили всебічно висвітлити проблематику та досягти поставленої мети досліджень. Репрезентативності вдалося досягти

за рахунок достатнього розміру вибірки та обґрунтованих методів відбору, які забезпечують адекватне відображення характеристик генеральної сукупності. Під час розроблення анкет і проведення досліджень враховані вимоги Кодексу етики Американської соціологічної асоціації (ASA) та Міжнародного кодексу етики (ICC/ESOMAR), що гарантують захист персональних даних та забезпечення прозорості й об'єктивності під час збору й інтерпретації інформації.

Результати дослідження та їхнє обговорення. На першому етапі досліджень, зважаючи на відсутність єдиних узгоджених підходів, було узагальнено підходи щодо дефініцій «assessment» і «appraisal», а також особливостей організації цих процесів – власне оцінки (наукової, або «технічної», як її зазвичай називають) та критичної оцінки й дорадчих процесів, які базуються на її результатах, спрямовані на вироблення конкретних рішень і рекомендацій з урахуванням національного / локального контексту. Результати аналізу узагальнені в табл. 1 та на рис. 1.

Уточнення термінологічного апарату ОМТ особливо важливо в умовах упровадження Регламенту з ОМТ (EU HTAR), яким

врегульовано питання гармонізації клінічних оцінок МТ на рівні ЄС, тоді як економічні та інші аспекти оцінки МТ залишаються в компетенції держав-членів (табл. 2).

За результатами аналізу встановлено, що часто має місце розподіл функцій і повноважень у цій сфері між різними органами / агенціями, що сприяє більшій прозорості, публічності та підзвітності, дозволяє уникати корупційних ризиків і конфлікту інтересів. Так, у Великій Британії такі агенції / організації з ОМТ, як Національний інститут досліджень ОЗ (NIHR), Шотландський консорціум ЛЗ (SMC), Лондонська школа економіки та політичних наук (LSE), Дослідницька група з МТ (MTRG), Стратегічна група з ЛЗ Уельсу (AWMSG), Медичні технології в Уельсі (HTW), Scottish Healthcare Technology Group (SHTG), проводять відповідне оцінювання, а Національний інститут здоров'я та передового догляду (NICE) виконує експертизу та надає рекомендації Національній службі здоров'я стосовно відшкодування МТ (табл. 3).

Шведська рада з ОМТ (SBU) у Швеції обмежена за законом проведенням лише технічної оцінки, тоді як остаточні рішення

Таблиця 1

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ «ASSESSMENT» ТА «APPRAISAL» У РІЗНИХ ДЖЕРЕЛАХ

Джерело	Assessment (Оцінка)	Appraisal (Критичний аналіз)
HTA Glossary.net [12]	Науковий процес, застосовується для опису й аналізу МТ (безпеки, ефективності, доцільності та показань до застосування, вартості й економічної ефективності, а також соціальних, економічних та етичних наслідків)	Процес оцінювання та інтерпретації результатів наукових досліджень шляхом систематичного аналізу їхньої валідності, клінічної та статистичної значущості, а також клінічної релевантності
A. Angelis, A. Lange, P. Kanavos [13]	Оцінювання доказів проводиться технічними групами	Оцінювання експертним комітетом та рекомендації для органу, що ухвалює остаточне рішення
Fontrier A.-M., Visintin E., Kanavos P. [6]	Оцінка передбачає збір, перегляд і синтез клінічних та економічних доказів для підтримки рішень про фінансування	Оцінка використовує клінічні та економічні докази у контексті відповідної системи ОЗ і бере до уваги впливові фактори
N. Patera, C. Wild [14]	Збір, узагальнення доказів, акцент на надійність / відтворюваність	Контекстуалізація доказів і формулювання рекомендацій
L. Sandman, E. Heintz [15]	Оцінювання певних аспектів МТ для формування основи для ухвалення рішення	Рекомендації щодо впровадження МТ на основі оцінки
W. D. Wranik, M. Jakubczyk, K. Drachal [16]	Огляд і оцінка якості доказів, які керуються добре розробленими науковими стандартами	Колективне судження членів комітету щодо клінічної користі та співвідношення ціни і якості МТ на основі отриманих доказів



Рис. 1. Структурований процес оцінки медичних технологій

Таблиця 2

ОСОБЛИВОСТІ ОМТ НА ЗАГАЛЬНОЄВРОПЕЙСЬКОМУ ТА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ ЄС

	Нормативна оцінка	ОМТ на рівні ЄС	ОМТ на рівні країн
Інституція	Європейське агентство з ЛЗ (EMA), Комітет з ЛЗ для людини (CHMP)	Координаційна група держав-членів з ОМТ	Національний орган / агенція з ОМТ
Тип оцінювання МТ	Оцінка для отримання реєстраційного посвідчення	Спільна клінічна оцінка (JCA)	Національна оцінка (економічні, етичні, соціальні, правові аспекти)
Результати	Звіт EPAR (European Public Assessment Report) EMA публікує після ухвалення рішення про видачу реєстраційного свідоцтва	Звіт про спільну клінічну оцінку (Joint Clinical Assessment, JCA) відповідно до вимог регламенту з ОМТ	Місцеві звіти про ОМТ

щодо використання МТ ухвалюють ради округів. Об'єднаний федеральний комітет Німеччини (G-BA) оцінює ступінь додаткової клінічної користі порівняно з компаратором за 6-ма категоріями. Подібним чином Національне управління ОЗ Франції (HAS) оцінює додаткову клінічну цінність МТ за 5-ма рівнями клінічної користі (ASMR). Через суттєві відмінності у процедурах і критеріях оцінки нових та інноваційних ЛЗ у різних країнах ЄС спостерігаються значні розбіжності доступності ЛЗ для населення і затримки виходу на ринок.

В Україні наразі державна ОМТ проводиться Департаментом ОМТ ДЕЦ МОЗ України, відповідно до постанови КМУ № 1300 від 23 грудня 2020 р. вона полягає в первинній (за формальними ознаками) та фаховій експертизі (аналіз результатів порівняльної

ефективності, безпеки, економічної доцільності МТ). За результатами експертизи заяви і досьє уповноважений орган оформлює проєкт висновку, надсилає його заявнику та оприлюднює на сайті, протягом 14 календарних днів триває період обговорення, у разі отримання зауваження висновок доопрацьовують. Створений при ДП «ДЕЦ МОЗ України» Експертний комітет з ОМТ, як консультативно-дорадчий орган, розглядає проєкти висновків, опрацьовує питання щодо соціальних, етичних, організаційних та інших аспектів, пов'язаних з внесенням ЛЗ до Нацпереліку та переліків централізованих закупівель, готує звіти з висновками та рекомендаціями тощо.

Аналіз показав, що для підтримки ухвалення рішень у системі ОМТ використовуються методологічні моделі, напрацьовані

Таблиця 3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ [14]

Країна, агенція / орган з ОМТ	Повноваження	Критерії оцінки
Велика Британія, NICE	Комітет з ОМТ – постійний дорадчий комітет. Правління NICE розглядає й інтерпретує докази щодо клінічної й економічної ефективності МТ, розробляє настанови для NHS, надає свої рекомендації NICE	Широкі: баланс вигод і витрат, потреби у медичних послугах; розвиток інновацій. Вужчі критерії: клінічна й економічна ефективність, відповідність компараторів, витрати / вигоди, не пов'язані зі здоров'ям
Велика Британія, Шотландська міжвузівська мережа клінічних настанов SIGN	Розробляє клінічні настанови, засновані на доказах, для Національної служби ОЗ (NHS) Шотландії	Обсяг і надійність доказів, застосовність, узгодженість, клінічний вплив, ресурсні наслідки, інші фактори (відкрита категорія)
Нідерланди, Національний інститут ОЗ – Zorginstituut	Консультує раду директорів щодо суспільних наслідків МТ	Медична етика, медична практика, ухвалення рішень, необхідність, ефективність, економічність, здійсненність
Швейцарія, Швейцарська комісія з політики у сфері федеральних послуг	Дає рекомендації щодо внесення МТ до переліку страхування	Ефективність, доцільність, вигода порівняно з компаратором, ризики, економічна ефективність, вплив на бюджет
Німеччина, Федеральний спільний комітет – G-BA	Визначає, які МТ відшкодовуються, оцінює докази, зібрані під час зовнішнього оцінювання	Вигода, необхідність, економічна ефективність

за результатами реалізації таких спільних міжнародних проєктів:

- базова модель ОМТ (HTA Core Model), створена для уніфікації процесів і результатів ОМТ та їхнього ефективного використання на міжнародному рівні;

- модель INTEGRATE-HTA, як 5-етапний процес комплексної ОМТ, розроблено для складних МТ, що потребують мультидисциплінарного підходу;

- проєкт MedtechHTA, за яким було розроблено рекомендації щодо процесу ОМТ для медичних пристроїв, зокрема з урахуванням кривої навчання, поступових інновацій, динамічного ціноутворення та організаційного впливу;

- моделі ухвалення рішень (GRADE Evidence to Decision (EtD) Framework), розроблені для підтримки настанов клінічної практики, рішень щодо охоплення, а також рекомендацій або рішень системи ОЗ;

- дорадчі процеси, засновані на доказах (evidence-informed deliberative process, EDP) – модель, спрямована на підтримку агенцій з ОМТ на його різних етапах шляхом поєднання структурованого процесу ухвалення рішень із процесом вибору варіантів політики, які відображають погляди зацікавлених сторін;

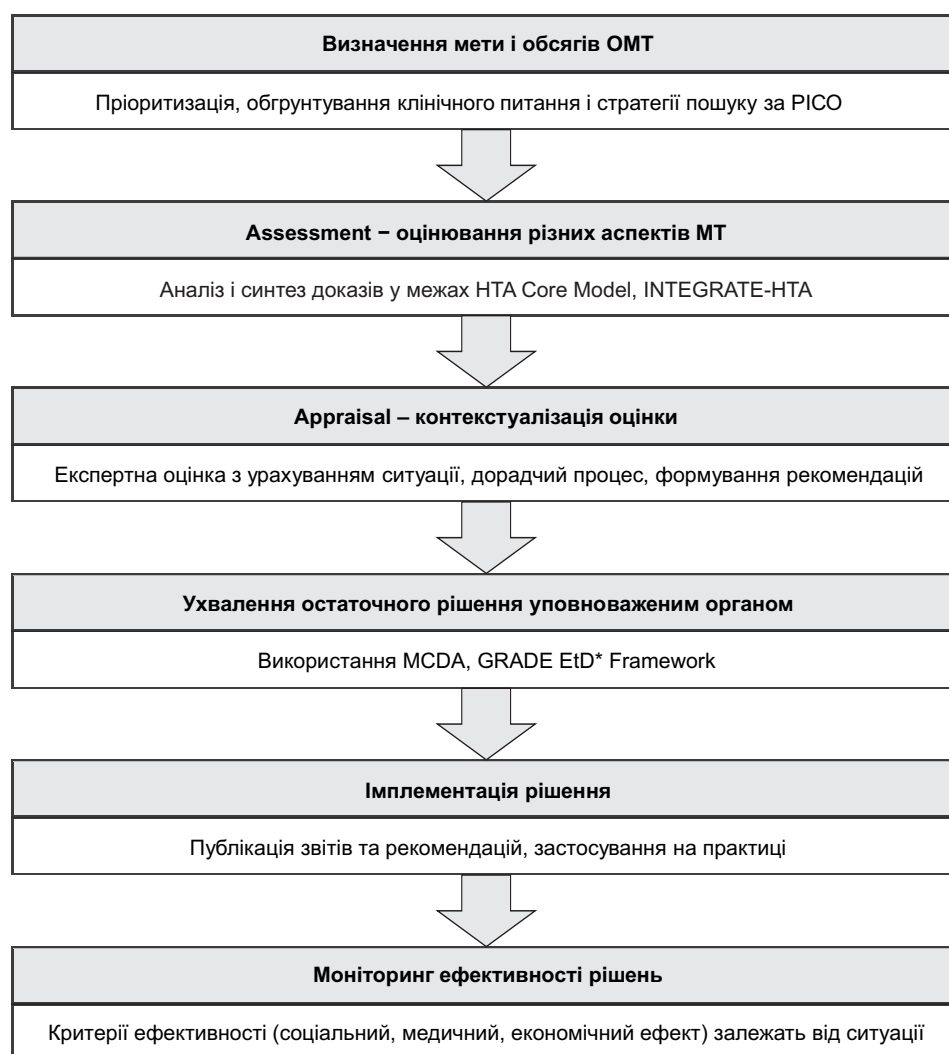
- мультикритеріальний аналіз (MCDA), передбачає три етапи: визначення проблеми, вибір критеріїв і побудову матриці ефективності [17, 18].

Варто зауважити, що на Глобальному політичному форумі HTAi (2020 р.) обґрунтовано керівні принципи управління дорадчим процесом в ОМТ, три з них (прозорість, неупередженість та інклюзивність) вважаються обов'язковими для всіх зацікавлених сторін. Також наголошено на необхідності дотримання принципів послідовності, обґрунтованості, відповідальності й підзвітності [4].

Концепція «відповідальність за обґрунтованість» (англ. Accountability for Reasonableness – A4R) – етична основа, яка окреслює чотири ключові критерії (публічність, релевантність, перегляд і забезпечення виконання), які спрямовані на чесний і справедливий розподіл обмежених ресурсів ОЗ в умовах потреб, що постійно зростають [17].

Рекомендації консультативного комітету з ОМТ Онтаріо ґрунтуються на системі визначальних факторів, що охоплює такі критерії ухвалення рішення:

- 1) загальна клінічна користь (ефективність, безпека, тягар хвороби, потреба);



* – MCDA (multiple criteria decision analysis) – багатокритеріальний аналіз рішень;
EtD – Evidence to Decision – докази для ухвалення рішення.

Рис. 2. Інформаційне забезпечення проведення ОМТ та імплементції її результатів у процесі ухвалення рішень

2) відповідність суспільним очікуванням і етичним цінностям (очікувані суспільні цінності, очікувані етичні цінності);

3) співвідношення ціни та якості (економічна оцінка);

4) доцільність упровадження в систему ОЗ (економічна доцільність, організаційна доцільність) [17].

Ми підтримуємо думку, що ці критерії мають охоплювати чотири ключові сфери (рис. 3), які в сукупності з субкритеріями утворюють вектор цінності («value vector»), а критерії чітко визначені, достовірні й валідовані [19-21].

Нами було опитано медичних і фармацевтичних працівників щодо ухвалення доказових рішень, яке дозволило визначити

основні підходи, критерії та умови ухвалення рішень та їхнього інформаційного забезпечення. Опитування було проведено у 2025 р. з використанням гугл-форм, у якому взяли участь 408 респондентів із 16 регіонів України, характеристика вибірки наведена в табл. 4.

Встановлено, що більшість опитаних лікарів ($n = 131$; 67,2 %) та фармацевтів ($n = 160$; 75,1 %) у процесі ухвалення рішень не використовують результати ОМТ або дані доказової медицини. Цей факт вони пояснюють браком часу (на що вказали 121 з опитаних лікарів (62,1 %) і 124 з фармацевтів (58,2 %)), необхідних ресурсів (94 лікарів (48,2 %) і 119 фармацевтів (55,9 %)), відповідних знань / навичок (34,9 % лікарів ($n = 68$))



Рис. 3. Вектор цінності медичної технології за П. Канавосом

і 42,3 % фармацевтів ($n = 90$)). З-поміж опитаних 36,9 % лікарів (72 респондента) і 52,1 % фармацевтів ($n = 111$) не бачать доцільності у використанні результатів іноземних досліджень у практичній діяльності (складно адаптувати до реальних умов), наголошуючи на тому, що за кордоном використовуються інші підходи до лікування та більш високий рівень витрат на охорону здоров'я (03). Також бар'єрами для використання є відсутність вільного / безоплатного доступу до баз даних і публікацій (про це свідчать відповіді 68,2 % лікарів ($n = 133$) і 71,8 % фармацевтів ($n = 153$)), низький рівень володіння англійською (відповідно 53,8 % лікарів ($n = 105$) і 62,9 % фармацевтів ($n = 134$)), неврегульованість цього питання на законодавчому рівні (46,2 % лікарів ($n = 90$) і 52,1 % фармацевтів ($n = 111$)). Суттєвою проблемою є те, що вітчизняні протоколи і настанови являють собою переклад і адаптацію найкращих практик,

визнаних у всьому світі, але на момент їхнього затвердження в Україні вже утворюється часовий розрив, а у передових країнах світу з'являються нові докази.

У результаті дослідження було встановлено, що для вирішення клінічних питань медичні працівники (і це, як правило, науковці та співробітники кафедр, що розташовані на клінічних базах), використовують такі інформаційні ресурси: PubMed / MEDLINE ($n = 55$; 28,2 %), Cochrane Library ($n = 41$; 21 %), UpToDate ($n = 33$; 16,9 %), Embase ($n = 16$; 8,2 %), Medscape ($n = 14$; 7,2 %). Більше лікарі-практики орієнтовані на національні клінічні протоколи ($n = 110$; 56,4 %), міжнародні протоколи і настанови ($n = 92$; 47,2 %), Державний формуляр ЛЗ ($n = 82$; 42,1 %), Британський національний формуляр ($n = 31$; 15,9 %), власний досвід та думку колег ($n = 101$; 51,8 %) та експертів у цій сфері ($n = 94$; 48,2 %), звіти з ОМТ ($n = 25$; 12,8 %), результати клінічних досліджень ($n = 47$; 24,1 %),

Таблиця 4

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Ознака	Характеристика	Медичні працівники		Фармацевти	
		к-ть	%	к-ть	%
Вік	До 30 років	37	19,0	46	21,6
	31–40 років	48	24,6	83	39,0
	41–50 років	55	28,2	48	22,5
	51–60 років	43	22,1	27	12,7
	Старше 60 років	12	6,2	9	4,2
Досвід роботи	1–5 років	42	21,5	37	17,4
	5–10 років	51	26,2	95	44,6
	10–20 років	46	23,6	56	26,3
	Понад 20 років	56	28,7	25	11,7
Стать	Жінки	118	60,5	158	74,2
	Чоловіки	77	39,5	55	25,8
Разом		195	100,0	213	100,0

наукові публікації з рецензованих джерел ($n = 32$; 16,4 %), доповіді конференцій ($n = 55$; 28,2 %). Водночас як одну з основних проблем респонденти зазначили відсутність актуальних протоколів або настанов за багатьма напрямками / нозологіями, зокрема для рідкісних захворювань.

Фармацевти більше керуються затвердженими нормативними документами (формуляром, протоколами фармацевта) – 38,0 % ($n = 81$), власним досвідом ($n = 162$; 76,1 %), у разі виникнення спірних питань звертаються до думки колег ($n = 98$; 46,0 %) та експертів у цій сфері ($n = 90$; 42,3 %), бази даних доказової медицини та наукові публікації використовують одиниці ($n = 26$; 12,2 %).

Варто зауважити, що одним з важливих джерел отримання інформації і лікарі, і фармацевти вважають цикли тематичного удосконалення (65,1 і 68,1 % відповідно), наукові конференції (52,8 і 46,9 %), тренінги і семінари, вебінари (43,1 і 45,1 %), дистанційні курси (21,0 і 17,8 %). Позитивно оцінені респондентами ініціативи щодо розширення напрямів спеціалізації за рахунок «Фармаконагляду», «Клінічної фармації» та «Оцінки медичних технологій» (55,9 і 62,0 %).

На вибір інформаційного ресурсу, як свідчать результати опитування, впливають насамперед доступність (безкоштовно) – на користь цієї думки висловилися 67,2 % лікарів ($n = 131$) і 71,8 % фармацевтів ($n = 153$), зручність користування (відповідно 51,8 % ($n = 101$) та 56,8 % ($n = 121$)), авторитетність ресурсу (48,2 і 45,1 %), актуальність інформації (48,7 і 42,7 %), рекомендації колег (46,2 і 51,2 %).

На запитання «Чи знайомі ви з принципами ОМТ?» лише 16,9 % опитаних лікарів ($n = 33$) та 12,7 % фармацевтів ($n = 27$) відповіли ствердно. Фрагментовані знання у цій сфері мають 32,3 % лікарів ($n = 63$) і 27,2 % фармацевтів ($n = 58$), лише чули про ОМТ 36,9 і 32,9 % відповідно. Стосовно регулярності використання баз даних доказової медицини та ОМТ у практичній діяльності більшість опитаних відповіли, що це трапляється дуже рідко, час від часу (призначення ЛЗ у складних клінічних випадках, розроблення локальних формулярів, обґрунтування потреби для складання річного плану закупівель).

Разом із тим одним з важливих джерел інформації є дані / докази реальної клінічної практики (real world data/real world evidence – RWD/RWE) та результати, що повідомляються пацієнтами (patient reported outcomes – PRO). На запитання «Чи маєте ви досвід збору або використання RWD/RWE у своїй роботі?» позитивно відповіли лише 16,9 % лікарів ($n = 33$), але ці процеси також не можна вважати регулярними і систематичними. Як правило, використовуються дані з електронної медичної документації, реєстрів пацієнтів, дані про споживання ЛЗ тощо. На запитання «Чи вважаєте ви, що RWD/RWE можуть бути корисними для покращання якості медичної допомоги?» позитивно відповіли 33,3 % лікарів ($n = 65$) і 24,9 % фармацевтів ($n = 53$), частково (наприклад, для орфанних пацієнтів в умовах значної невизначеності) – 42,1 % лікарів ($n = 82$) і 38,0 % фармацевтів ($n = 81$).

На запитання «Які інструменти або методи збору PRO» ви знаєте / використовуєте?» більшість респондентів зазначили опитувальники пацієнтів (77,9 % лікарів і 56,8 % фармацевтів), цифрові додатки для моніторингу стану (72,8 % лікарів і 76,1 % фармацевтів), інтерв'ю або анкетування пацієнтів (34,9 % лікарів і 41,8 % фармацевтів).

Отже, результати проведеного опитування свідчать про низьку обізнаність медичних і фармацевтичних фахівців у питаннях методології ОМТ та, відповідно, недостатнє використання її результатів у практичній діяльності. Водночас фахівцями усвідомлюється її важливість для вибору оптимальних МТ з погляду як клінічних результатів, так і економічної доцільності й впливу на бюджет.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Інтеграція результатів ОМТ у процес ухвалення рішень дозволяє оптимізувати витрати в системі ОЗ, підвищити прозорість та обґрунтованість політики фінансування. Світовий досвід свідчить про необхідність інституціоналізації цього процесу, особливо в країнах з обмеженими ресурсами.

2. У наших дослідженнях ми виходимо з того, що assessment – це перший етап, до якого входять систематичний збір, аналіз

і узагальнення даних про ефективність, безпечність, економічну доцільність і соціальний вплив МТ. Цей етап зазвичай виконується незалежними аналітичними структурами (агенціями) і має на меті забезпечити доказову базу для ухвалення рішень. Appraisal – це другий етап, у якому беруть участь експерти, політики, пацієнти та представники системи ОЗ. Вони аналізують результати ОМТ з урахуванням контексту країни – етичних норм, пріоритетів системи ОЗ, наявних ресурсів та інших чинників.

3. Відповідно до чинного законодавства державна ОМТ містить первинну і фахову експертизу, що проводиться уповноваженим органом, який за її результатами оформляє проєкт висновку і забезпечує публічний та прозорий процес обговорення із залученням зацікавлених сторін.

4. У ході проведених досліджень встановлено низький рівень імплементації результатів ОМТ у вітчизняну медичну і фармацевтичну практику, що підтверджено результатами проведеного анкетного опитування.

Отже, важливо опрацювати та на законодавчому рівні врегулювати питання використання результатів ОМТ у процесі ухвалення рішень щодо закупівель, реімбурсації, ціноутворення на інноваційні високівартісні МТ. Відповідно, перспективними напрямками досліджень є розроблення систем підтримки ухвалення рішень та їхніх стандартизованих процедур із застосуванням методології мультикритеріального аналізу, сучасних цифрових технологій, зокрема штучного інтелекту. Важливим напрямом є розроблення критеріїв оцінки ефективності рішень (Post-HTA Monitoring).

Список використаних джерел інформації

1. Kostiuk, I. A., Filiniuk, O. M., Liaskovskyi, T. M., Hryshchenko, V. M., Ditkivskiy, I. O., Voloshyn, D. V., Yakovets, V. S., Unitska, O. M., Kosiachenko, K. L., & Sudzhu, R. (2024). Hospitalna otsinka medychnykh tekhnolohii v Ukraini: rezultaty pilotnoho proiektu ta rekomendatsii dlia podalshoho vprovadzhenia. *Ukrainian Medical Journal*, 165(7). <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.165.260664>
2. HTA systems in Europe. (2016). EUPATI Toolbox. <https://toolbox.eupati.eu/resources/hta-systems-in-europe/>
3. Gsteiger, S., Bucher, H. C., Ryan, J., & Ruof, J. (2024). Technology Assessment vs. Technology Appraisal—How to Strengthen the Science/Value Dichotomy with EU HTA? *Journal of Market Access & Health Policy*, 12(4), 369–377. <https://doi.org/10.3390/jmahp12040028>
4. Bond, K., Stiffell, R., & Ollendorf, D. A. (2020). Principles for deliberative processes in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(4), 445–452. <https://doi.org/10.1017/s0266462320000550>
5. HTA & Relative Efficacy Assessment. (б. д.). EFPIA Homepage. <https://www.efpia.eu/about-medicines/use-of-medicines/hta-relative-efficacy-assessment/>
6. Fontrier, A.-M., Visintin, E., & Kanavos, P. (2021). Similarities and Differences in Health Technology Assessment Systems and Implications for Coverage Decisions: Evidence from 32 Countries. *PharmacoEconomics – Open*, 6, 315–328. <https://doi.org/10.1007/s41669-021-00311-5>
7. Babenko, M. M., Nazarkina, V. M., Nemchenko, A. S., & Kosiachenko, K. L. (2023). Naukove uzahalnennia pidkhodiv do rozvytku systemy otsinky medychnykh tekhnolohii u mizhnarodnii praktytsi. *Farmatsevychnyi zhurnal*, 78(4), 46–61. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.23.05>
8. Babenko, M. M. (2024). Priorytetni napriamy rozvytku systemy otsinky medychnykh tekhnolohii v Ukraini: rezultaty opytuvannia. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 10(2), 12–22. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.24.321>
9. Filiniuk, O. M., Aleshko, D. V., Babenko, M. M., Kosiachenko, K. L., & Kakhvechi, R. (2022). Decision-making regulatory framework of the introduction of health technologies at the hospitals in Ukraine. *Farmatsevychnyi zhurnal*, (1), 6–14. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.22.01>
10. Babenko, M. M. (2024). Ekspertna otsinka stanu ta problem vprovadzhenia otsinky medychnykh tekhnolohii v Ukraini. *Farmatsevychnyi zhurnal*, 79(4), 18–28. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.24.02>
11. Babenko, M. M., & Kosiachenko, K. L. (2025). Ekspertna otsinka priorytetnykh napriamiv vprovadzhenia medychnykh i farmatsevychnykh tekhnolohii v Ukraini. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal*, 27(1), 73–79. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.1.315813>
12. HtaGlossary. (б. д.). <http://htaglossary.net/>
13. Angelis, A., Lange, A., & Kanavos, P. (2017). Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 123–152. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0871-0>

14. Patera, N., & Wild, C. (2014). *Assessment – APPRAISAL – Decision. LBI-HTA Decision Support Document Nr. 72*. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. https://eprints.aihta.at/1036/1/DSD_72.pdf
15. Sandman L., & Heintz E. (2014). Assessment vs. appraisal of ethical aspects of health technology assessment: Can the distinction be upheld? *GMS Health Innovation and Technologies*, (10), doi: 10.3205/hta000121
16. Wranik, W. D., Jakubczyk, M., & Drachal, K. (2020). Ranking the Criteria Used in the Appraisal of Drugs for Reimbursement: A Stated Preferences Elicitation With Health Technology Assessment Stakeholders Across Jurisdictional Contexts. *Value in Health*, 23(4), 471–480. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.10.012>
17. Richardson, M., Mittmann, N., & Kaunelis, D. (б. д.). *Deliberative Appraisal Processes in Health Technology Assessment. Environmental Scan*. CADTH Health Technology Review. <https://www.canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/download/nm0001/129?inline=1#fig01>
18. Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R. A., Rada, G., Rosenbaum, S., Morelli, A., Guyatt, G. H., & Oxman, A. D. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*, 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>
19. Kanavos, P. (2013). Multiple Criteria Decision Analysis for Value Based Assessment of New Medical Technologies: A Conceptual Framework. LSE Health. *London School of Economics and Political Science*, 33, 1–16.
20. Angelis, A., & Kanavos, P. (2013). A Multiple Criteria Decision Analysis Framework For Value Based Assessment Of New Medical Technologies. *Value in Health*, 16(3), A53. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.03.302>
21. Angelis, A., & Kanavos, P. (2016). Value-Based Assessment of New Medical Technologies: Towards a Robust Methodological Framework for the Application of Multiple Criteria Decision Analysis in the Context of Health Technology Assessment. *PharmacoEconomics*, 34(5), 435–446. <https://doi.org/10.1007/s40273-015-0370-z>

Внесок авторів:

В. М. Назаркіна: концепція дослідження, аналіз та інтерпретація даних; перегляд та редагування статті.

І. М. Подольський: аналіз та інтерпретація даних; перегляд та редагування статті.

Е. В. Кривенко: методологія дослідження; аналіз літератури; збір даних; аналіз та інтерпретація даних; написання статті – оригінальний проект (чернетка).

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

В. М. Назаркіна, доктор фармацевтичних наук, професор кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<http://orcid.org/0000-0002-0767-6180>). E-mail: victory.nazarkina@gmail.com.

І. М. Подольський, доктор фармацевтичних наук, професор кафедри клінічної фармакології, Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-2368-7170>). E-mail: ilya.podolsky@gmail.com

Е. В. Кривенко, аспірант кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0009-0008-8230-6113>). E-mail: alzepil@gmail.com.

Information about the authors:

V. M. Nazarkina, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Social Pharmacy Department, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<http://orcid.org/0000-0002-0767-6180>) E-mail: victory.nazarkina@gmail.com

I. M. Podolsky, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Department of Clinical Pharmacology, Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-2368-7170>). E-mail: ilya.podolsky@gmail.com

E. V. Kryvenko, PhD Student of the Social Pharmacy Department, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0009-0008-8230-6113>). E-mail: alzepil@gmail.com

Надійшла до редакції 06.06.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 17.07.2025 р.

Взято до друку 30.07.2025 р.

УДК 615.1:005.95/.96:34-055.2

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.365>

Н. М. САХНАЦЬКА, Я. Д. РАФАЛЬСЬКА

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

E-mail: sakhnatskaya@ukr.net

ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У контексті реформування системи охорони здоров'я України особливої важливості набуває модернізація гендерно чутливої кадрової політики, яка є складовою парадигми соціально відповідального менеджменту. Фармацевтична галузь України є високофемінізованою, однак у ній зберігаються бар'єри щодо захисту трудових прав жінок, забезпечення рівного доступу до ухвалення управлінських рішень, справедливої оплати праці, можливостей професійного зростання та збалансованого розподілу робочого часу й відпочинку. Це зумовлює актуальність проблеми та необхідність її ґрунтовного наукового осмислення.

Мета – обґрунтування необхідності формування організаційно-правового механізму забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі України з урахуванням національного законодавства, міжнародного досвіду та сучасних викликів, пов'язаних із трансформацією системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи: матеріалами дослідження стали нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я та фармації, наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, нефінансові звіти провідних світових фармацевтичних компаній, а також інформаційні ресурси офіційних сайтів громадських професійних асоціацій. Використано такі методи: контент-аналіз нормативно-правових актів, наукових публікацій і нефінансових звітів, системний підхід, структурно-логічний метод, методи порівняння та узагальнення, а також графічний метод для візуалізації результатів дослідження.

Результати та обговорення. Установлено, що, попри наявність законодавчих гарантій гендерної рівності, в Україні відсутній системний механізм упровадження гендерного підходу до управління фармацевтичними організаціями. Узагальнено досвід провідних фармацевтичних компаній, які реалізують гендерно чутливу кадрову політику, менторські програми та заходи зі зменшення розриву в оплаті праці. На основі систематизації даних запропоновано багаторівневу модель упровадження та реалізації принципів гендерної рівності на макро-, мезо- та мікрорівнях.

Висновки. Результати проведеного аналізу підтверджують перспективу формування цілісного організаційно-правового механізму забезпечення гендерної рівності як необхідної умови сталого розвитку фармацевтичного сектору в Україні. Інтеграція гендерного підходу сприятиме підвищенню ефективності, інноваційності та стійкості галузі в контексті євроінтеграції та післявоєнного відновлення. Запропонована багаторівнева модель реалізації гендерної політики – на макро-, мезо- та мікрорівнях – має важливе практичне значення, оскільки забезпечує комплексний підхід до усунення гендерних диспропорцій, посилення кадрового потенціалу та зміцнення інституційної спроможності фармацевтичних організацій.

Ключові слова: гендерна рівність; інклюзивність; корпоративна політика; охорона здоров'я; соціальна відповідальність; фармація.

N. M. SAKHNATSKA, YA. D. RAFALSKA

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

E-mail: sakhnatskaya@ukr.net

FORMATION OF THE ORGANIZATIONAL AND LEGAL MECHANISM FOR ENSURING GENDER EQUALITY IN THE PHARMACEUTICAL SECTOR OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF UKRAINE

In the context of reforming the healthcare system of Ukraine, it is particularly important to modernize gender-sensitive personnel policies, which are part of the socially responsible management paradigm. The pharmaceutical industry in Ukraine is highly feminized, but there are still barriers to protecting women's labor rights, ensuring equal access to managerial decision-making, fair remuneration, opportunities for professional growth and a balanced distribution of working hours and rest. This determines the urgency of the problem and the need for its thorough scientific understanding.

Aim. To substantiate the need to form an organizational and legal mechanism for ensuring gender equality in the pharmaceutical sector of Ukraine, taking into account the national legislation, international experience and current challenges related to the transformation of the healthcare system under martial law.

Materials and methods. The research materials were normative legal acts in the field of healthcare and pharmacy, scientific publications by domestic and foreign authors, non-financial reports of leading

global pharmaceutical companies, as well as information resources from the official websites of professional associations. The following methods were used in the course of the work: the content analysis of regulatory and legal acts, scientific publications and non-financial reports, a systematic approach, a structural-logical method, methods of comparison and generalization, as well as a graphical method for visualizing the research results.

Results and discussion. It has been found that despite the existence of legislative guarantees of gender equality, Ukraine lacks a systemic mechanism for implementing a gender-sensitive approach in the management of pharmaceutical organizations. The experience of leading pharmaceutical companies, including practices of gender-sensitive human resource policies, mentoring programs, and initiatives to reduce the gender pay gap, has been summarized. Based on the systematization of the data, a multi-level model for implementing gender equality principles at the macro-, meso-, and micro-levels has been proposed.

Conclusions. The results of the analysis confirm the prospect of forming a comprehensive organizational and legal mechanism for ensuring gender equality as a necessary condition for the sustainable development of the pharmaceutical sector in Ukraine. The integration of the gender approach will contribute to improving the efficiency, innovation and sustainability of the industry in the context of the European integration and post-war reconstruction. The multi-level model proposed for implementing the gender policy – at the macro, meso and micro levels – is of great practical importance as it provides a comprehensive approach to eliminating gender disparities, strengthening human resources and institutional capacity of pharmaceutical organizations.

Keywords: gender equality; inclusiveness; corporate policy; healthcare; social responsibility; pharmacy.

Вступ. Сучасна парадигма розвитку фармацевтичної галузі передбачає не лише забезпечення населення якісною фармацевтичною допомогою, а й інтеграцію соціально відповідального середовища, у якому принципи гендерної рівності є невід'ємною складовою ефективного управління конкурентоспроможною організацією [1-3]. В Україні правове регулювання гендерної політики базується на низці нормативно-правових актів, з-поміж яких провідне місце посідає Конституція України, зокрема стаття 24 гарантує рівність прав і свобод незалежно від статі, створюючи підґрунтя для подальшого розвитку державної політики у сфері забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі системи охорони здоров'я України [4].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), жінок становлять 67 % світової робочої сили в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення [5]. Проте внесок жінок у світову систему охорони здоров'я та ринок праці залишається помітно недооціненим – близько 75 % керівних посад обіймають чоловіки, що свідчить про так звану «вертикальну сегрегацію» (нерівномірний розподіл чоловіків і жінок у межах посадової ієрархії) [6, 7]. Забезпечення збалансованого представництва жінок і чоловіків на керівних посадах у фармацевтичній галузі має вирішальне значення для формування інноваційної, інклюзивної та ефективної моделі управління організацією. Рівний доступ до лідерських позицій створює передумови для меритократичного підходу, в основі якого – професійна компетентність,

кваліфікація та досвід, а не гендерна належність [8]. Зі свого боку, це позитивно корелює з підвищенням продуктивності персоналу, ефективності функціонування та конкурентоспроможності фармацевтичних організацій загалом.

Провідні фармацевтичні компанії вже протягом тривалого часу інтегрують питання гендерної рівності у політику корпоративної соціальної відповідальності, розглядаючи її як важливий чинник реалізації принципів сталого розвитку [9]. Показовим прикладом реалізації довгострокової політики з подолання гендерної нерівності є діяльність фармацевтичної компанії «Pfizer», яка у 2018 році вперше оприлюднила дані щодо медіанного гендерного розриву в оплаті праці, який тоді становив 15,5 %. Завдяки впровадженню стратегій із забезпечення рівності у 2024 році цей показник скоротився до 7,9 %. Хоч динаміка зменшення є позитивною, компанія декларує, що досягнення повної рівності потребує подальших цілеспрямованих зусиль і системної реалізації стратегій у довгостроковій перспективі [10].

Отже, на тлі нормативно закріплених гарантій рівності та позитивних прикладів корпоративної практики залишається актуальною потреба у формуванні моделі організаційно-правового механізму, що забезпечуватиме системне впровадження гендерного підходу до діяльності вітчизняних фармацевтичних організацій.

У процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я питання гендерної нерівності часто залишаються поза фокусом державної політики. Водночас низка країн

і міжнародних організацій вже напрацювали значний практичний досвід з імплементації комплексного гендерного підходу, що охоплює як нормативно-правові, так і управлінські інструменти – від гендерного бюджетування до формування чутливих до різноманіття політик у кадровій сфері.

У 2015 році Американське товариство фармацевтів систем охорони здоров'я (American Society of Health-System Pharmacists – ASHP) створило Керівний комітет з питань лідерства жінок у фармації, який розробив рекомендації для підтримки жінок на керівних посадах у клінічній, адміністративній та освітній сферах. Стратегії були спрямовані на три вектори: особистий розвиток, підтримка з боку роботодавців та сприяння з боку держави. Ініціатива набула особливого значення на тлі все більшої уваги до питань дискримінації, домагань, балансу роботи й особистого життя, а також рівності та інклюзії. Діяльність комітету стала основою для послідовної підтримки жінок у фармацевтичному лідерстві в межах ASHP [11].

У межах трансформаційного підходу до розвитку фармацевтичної галузі Міжнародна фармацевтична федерація (FIP) визначила 21 Ціль розвитку FIP, з яких особливе значення має Ціль розвитку FIP 10 «Рівність та справедливість». Ключовим інструментом упровадження Цілі 10 виступає ініціатива FIP-EquityRx – спеціалізована програма з питань рівності та інклюзивності у сфері фармації. Ця програма спрямована на розвиток інституційних політик, поширення практик соціальної відповідальності й активне залучення представників професійної спільноти до глобального дискурсу з питань гендерного балансу, різноманіття та справедливості в охороні здоров'я [12]. У 2020 році FIP започаткувала ініціативу «Women in Science and Education» (FIPWiSE) до Міжнародного дня жінок і дівчат у науці, проголошеного Організацією Об'єднаних Націй (ООН). Ця ініціатива спрямована на підвищення участі жінок у фармацевтичних науках та освіті, а також на створення сприятливих умов для їхнього професійного зростання. FIPWiSE є складовою стратегії FIP щодо просування гендерної рівності в усіх сегментах фармацевтичної діяльності та відображає відданість формуванню інклюзивного науково-освітнього середовища

у глобальному фармацевтичному просторі [13].

У науковому дискурсі України питання гендерної рівності у фармацевтичному секторі наразі висвітлено фрагментарно, проте сформовано підґрунтя для досліджень у цій сфері. Важливим елементом формування ефективної гендерної політики є одночасно розвиток корпоративної соціальної відповідальності (КСВ), зокрема прозорої нефінансової звітності фармацевтичних організацій. Як зазначають Н. О. Ткаченко, І. Я. Городецька та О. Р. Левицька, українська фармацевтична галузь лише на початковому етапі впровадження КСВ-практик [14], що створює потенціал для інтеграції принципів гендерної рівності у систему управління персоналом на засадах соціально відповідального бізнесу. У цьому контексті важливими є праці М. В. Зарічкової, де висвітлено етапи становлення системи соціального захисту в охороні здоров'я та акцентовано на необхідності створення сприятливого нормативного середовища для реалізації соціальної політики у фармацевтичних організаціях [15, 16]. Зазначені положення є релевантними у контексті гендерної рівності, адже жінки становлять переважну більшість працівників фармацевтичного сектору, а отже, саме вони у більшості стикаються з викликами у сфері соціального захисту. Особливу увагу до регулювання трудових прав фармацевтів приділено в працях А. А. Котвицької, Д. Ю. Тарасенко та І. В. Кубаревої, які проаналізували специфіку правового статусу фармацевта: кваліфікаційні вимоги, пільги, право на скорочений робочий день і додаткову відпустку [17]. Це створює підґрунтя для розроблення гендерно чутливих кадрових політик, що враховують специфіку праці жінок у галузі.

Поряд із численними дослідженнями, які присвячені сучасному розумінню гендерної рівності у сфері охорони здоров'я, тема набуває особливої актуальності і для української фармації, зважаючи на сучасні виклики – як системні, так і спричинені воєнним станом. Попри наявність базових нормативно-правових гарантій рівних прав і можливостей, в Україні відсутній цілісний організаційно-правовий механізм, орієнтований саме на забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі. Окремо

варто наголосити, що у вітчизняному науковому дискурсі недостатньо досліджено вплив гендерної рівності на ефективність функціонування фармацевтичних організацій. Це формує перспективну наукову нішу, яка потребує подальших теоретичних узагальнень, емпіричних досліджень і розроблення практичних рекомендацій для інтеграції гендерного підходу в сучасні моделі управління фармацевтичними організаціями.

Мета дослідження – обґрунтування організаційно-правового механізму забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі України з урахуванням національного законодавства, міжнародного досвіду та сучасних викликів, пов'язаних із трансформацією системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження стали нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я та фармації, наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, нефінансові звіти провідних світових фармацевтичних компаній, а також інформаційні ресурси офіційних сайтів громадських професійних асоціацій. У процесі роботи використано такі методи: аналіз нормативно-правових актів, контент-аналіз наукових публікацій і нефінансових звітів, системний підхід, структурно-логічний метод, методи порівняння та узагальнення, а також графічний метод для візуалізації результатів дослідження.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Формування ефективного організаційно-правового механізму забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі потребує комплексного аналізу чинної нормативно-правової бази України. У межах дослідження проаналізовано основні законодавчі та підзаконні акти, які формують фундамент державної гендерної політики. Узагальнені результати наведено в табл. 1, що дозволяє візуалізувати правове поле щодо регулювання гендерних аспектів.

Окрім наявного нормативного підґрунтя гендерної політики, особливу увагу слід приділити системному впровадженню принципів інклюзивності та соціальної відповідальності у внутрішню політику фармацевтичних організацій. Такий підхід має стати не лише інструментом реалізації державної гендерної стратегії, а й важливою складовою

процесу євроінтеграції, адже Європейський Союз (ЄС) послідовно опікується цією проблемою. У Стратегії ЄС з гендерної рівності на 2020-2025 роки наголошується на необхідності «усунення гендерних розривів на ринку праці», «досягнення рівної участі жінок та чоловіків у всіх секторах економіки» та «досягнення гендерного паритету в ухваленні рішень» [25]. Згідно з аналітичними даними Європейської Комісії пандемія COVID-19 непропорційно вразила жінок і дівчат, що обумовлено їхньою високою зайнятістю у секторах із підвищеним ризиком звільнення та обмеженими соціальними гарантіями. Жінки втрачали роботу в 1,8 рази частіше, ніж чоловіки, що вказує на глибоку структурну нерівність на ринку праці [26]. У цьому контексті особливої значущості набуває аналіз міжнародного досвіду корпоративних кейсів гендерно чутливого управління у фармацевтичному секторі, зокрема в країнах ЄС, де рівність прав та можливостей жінок розглядається як ключовий чинник ефективності, етичності та сталого розвитку фармацевтичного бізнесу [27]. У провідних фармацевтичних компаніях ЄС активно впроваджуються програми, спрямовані на досягнення гендерного балансу, розвиток жіночого лідерства та усунення нерівності в оплаті праці, що було враховано під час формування вибірки для аналізу. Хоча L'Oréal не належить до фармацевтичних компаній у класичному розумінні цього терміна, корпорація володіє брендами Vichy та La Roche-Posay, продукція яких широко представлена в аптечному сегменті України та позиціонується як лікувальна косметика (космецевтика). Зважаючи на ці особливості та вагомий вплив зазначених брендів на фармацевтичний ринок, досвід компанії «L'Oréal» також було долучено до вибірки (табл. 2).

Аналіз корпоративних програм провідних фармацевтичних компаній ЄС свідчить про системну трансформацію підходів до забезпечення гендерної рівності та розвитку жіночого лідерства. Запровадження чітких кількісних цілей, прозорих механізмів оплати праці, менторських програм і підтримки кар'єрного зростання жінок демонструє практичну реалізацію принципів інклюзивності та соціальної відповідальності в корпоративній культурі.

Таблиця 1

**СИСТЕМАТИЗАЦІЯ КЛЮЧОВИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ
ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В УКРАЇНІ**

Нормативний документ	Ключові положення
1	2
Конституція України, ст. 24 [4]	Є основним законом держави, який закріплює принцип рівності всіх громадян перед законом. Визначає, що «громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом», а також підкреслює, що не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками статі. Стаття 24 створює правову основу для формування подальших нормативних актів, спрямованих на забезпечення гендерної рівності в усіх сферах, зокрема й у фармації
Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 8 вересня 2005 року № 2866-IV [18]	Визначає засади державної політики у сфері забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя: політичній, соціальній, економічній, культурній тощо. Введено поняття «гендерна рівність», «дискримінація за ознакою статі», «гендерна чутливість», «позитивні дії» тощо
Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» від 6 вересня 2012 року № 5207-VI [19]	Визначено поняття дискримінації як обмеження прав або відмінне ставлення до особи, що має на меті чи наслідком порушення принципу рівності. Виділено основні форми дискримінації та покарання за скарги на дискримінацію. Цей нормативний акт є важливим інструментом для формування внутрішньої політики фармацевтичних організацій, орієнтованої на запобігання дискримінації за статевою, віковою, етнічною ознакою чи станом здоров'я. Він також обґрунтовує потребу впровадження інклюзивних підходів до кадрової політики та управління персоналом у галузі охорони здоров'я
Розпорядження Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1128-р «Про схвалення Стратегії забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2030 року» [20]	Стратегічний документ, який визначає довгострокову політику України у сфері забезпечення гендерної рівності до 2030 року. Він спрямований на інституційну трансформацію, посилення спроможності органів влади, організацій та суспільства щодо реалізації принципу рівних прав жінок і чоловіків
Кодекс законів про працю України від 10 грудня 1971 року № 322-VIII [21]	Є основним нормативно-правовим актом, що регулює трудові відносини в Україні. У контексті забезпечення гендерної рівності головне значення має ст. 2-1, яка закріплює принцип недопущення дискримінації у сфері праці, зокрема за ознакою статі. Кодекс гарантує рівність прав і можливостей жінок і чоловіків у працевлаштуванні, оплаті праці, просуванні по службі, умовах праці та доступі до професійної підготовки
Постанова Кабінету Міністрів України від 28 листопада 2018 року № 997 «Питання проведення гендерно-правової експертизи» [22]	Визначає механізм проведення гендерно-правової експертизи нормативно-правових актів та проєктів законодавчих актів. Вона ухвалена з метою реалізації державної політики у сфері забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків відповідно до міжнародних зобов'язань України. Згідно з документом гендерно-правова експертиза – це аналіз нормативно-правового акту (проєкту), спрямований на виявлення положень, які можуть мати дискримінаційний вплив або призводити до нерівного становища осіб за ознакою статі
Наказ Міністерства соціальної політики України від 29 січня 2020 року № 86 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення гендерно-правової експертизи нормативно-правових актів» [23]	Затверджує методичні рекомендації, що визначають порядок, критерії та інструменти для проведення гендерно-правової експертизи нормативно-правових актів (НПА). Документ слугує практичним орієнтиром для державних органів, органів місцевого самоврядування, а також інших суб'єктів, які розробляють або аналізують нормативно-правові акти

Продовження табл. 1

1	2
Розпорядження Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1544-р «Про схвалення Національного плану дій з виконання Резолюції Ради Безпеки ООН 1325 "Жінки, мир, безпека" на період до 2025 року» [24]	Передбачає комплекс заходів, спрямованих на посилення участі жінок у процесах світобудування, захист їхніх прав в умовах конфлікту, протидію гендерно зумовленому насильству, а також врахування гендерного компонента в системах охорони здоров'я, безпеки та оборони. Особливу увагу приділено гендерному аудиту та підвищенню інституційної спроможності державних органів, що є актуальним і для фармацевтичного сектору в умовах воєнного стану

Таблиця 2

АНАЛІЗ КОРПОРАТИВНИХ ІНІЦІАТИВ ЩОДО ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ ТА РОЗВИТКУ ЖІНОЧОГО ЛІДЕРСТВА У ФАРМАЦІЇ

Компанія / організація	Мета програми
<i>Sanofi</i>	Забезпечення рівного представництва жінок у керівних структурах компанії та ліквідація гендерного дисбалансу в оплаті праці. Компанія поставила мету: досягнення 50 % жінок з-поміж управлінського складу до 2025 року; впровадження гендерно нейтральної батьківської відпустки тривалістю не менше 14 тижнів [28]
<i>AstraZeneca Plc.</i>	Компанія зобов'язалася досягти 50 % представництва жінок на всіх рівнях, включно з керівними позиціями, до 2025 року. Також компанія впроваджує політику обов'язкового розгляду жінок-кандидаток під час найму на керівні ролі, створює можливості «fast-track» розвитку для перспективних співробітниць та програми наставництва для них [29]
<i>Dômes Pharma Group</i>	У 2023 році започаткувала власну програму розвитку жіночого лідерства. Історично в цій сімейній компанії жінки вже обіймали найвищі посади (три покоління жінок-керівниць), тож нова ініціатива покликана продовжити цю традицію та «сприяти зростанню частки жінок у ролях лідерів» [30]
<i>Merck KGaA</i>	У 2021 році оголосила мету досягти паритету (50% жінок) на керівних позиціях до 2030 року, підвищивши частку жінок-лідерів до 36 % вже станом на 2021 рік. Merck запровадила обов'язкове навчання керівників принципам інклюзивного лідерства (вже 37 % менеджерів пройшли тренінги) і підтримує понад 40 внутрішніх спільнот працівників, зокрема мережу «Women in Leadership», що нараховує тисячі учасників [31]
<i>Novartis International AG</i>	Підтримка гендерного балансу з-поміж керівництва та принцип «рівна оплата за рівноцінну працю» у всіх країнах присутності. Компанія ще у 2019-2020 рр. однією з перших в галузі запровадила глобальну гендерно нейтральну відпустку для батьків (щонайменше 14 тижнів), задавши тенденцію, яку підхопили й інші компанії. Подібні політики зараз стали галузевим стандартом з-поміж провідних фармвиробників і сприяють утриманню талановитих співробітниць, даючи їм можливість поєднувати кар'єру та сім'ю [32]
<i>Bayer AG</i>	Компанія у співпраці з фондом «Falling Walls» («Падаючі стіни») започаткувала програму «Жіночий науковий талант», яка спрямована на підтримку жінок на початку їхньої кар'єри в науці. Ініціатива покликана розширити представництво жінок у науковому середовищі та створити умови для їхнього професійного зростання. Програма передбачає річний інтенсивний курс для 20 учасниць, що містить щорічні зустрічі, постійні семінари, кар'єрні консультації, обмін досвідом і менторську підтримку. Головною метою є формування спільноти жінок-науковиць, які готові до проривів у своїй галузі та прагнуть досягти лідерських позицій у науці та інноваціях [33]
<i>L'Oréal Group</i>	З 2020 року L'Oréal упровадила методологію EDGE для оцінки гендерної різниці в оплаті праці у 28 країнах, охопивши 84 % співробітників, з метою ліквідації невинуватених розривів. З 2020 року у Франції діє внутрішня менторська програма для жінок, індивідуальні коуч-сесії й наставництво від топ-менеджменту компанії. Фонд «L'Oréal-UNESCO For Women in Science» підтримує науковців через міжнародні та національні стипендії; понад 4 400 жінок-дослідниць отримали підтримку [34]

Водночас варто зазначити, що вивчення вітчизняного досвіду з реалізації подібних ініціатив у фармацевтичному секторі України є особливо актуальним. З початком повномасштабної війни в Україні жінки-фармацевтки опинилися у вразливому становищі. Робота в умовах бойових дій супроводжувалася загрозою життю та відсутністю належної безпеки і захисту [35]. Значна частина жінок була змушена мігрувати, що спричинило втрату роботи, перерви у кар'єрі та соціальну нестабільність. Поєднання професійних обов'язків з необхідністю догляду за членами родини, зокрема дітьми,

особами літнього віку, людьми з інвалідністю чи близькими, які зазнали поранень унаслідок війни, призводить до зростання психоемоційного навантаження та підвищує ризики професійного вигорання з-поміж працівників. В умовах воєнного стану і трансформації ринку праці особливого значення набуває розроблення та впровадження механізмів підтримки жінок-фармацевток, зокрема через програми професійного розвитку, захисту трудових прав, менторства та участі в управлінських процесах.

Контент-аналіз відкритих джерел та сайтів вітчизняних аптекних закладів,

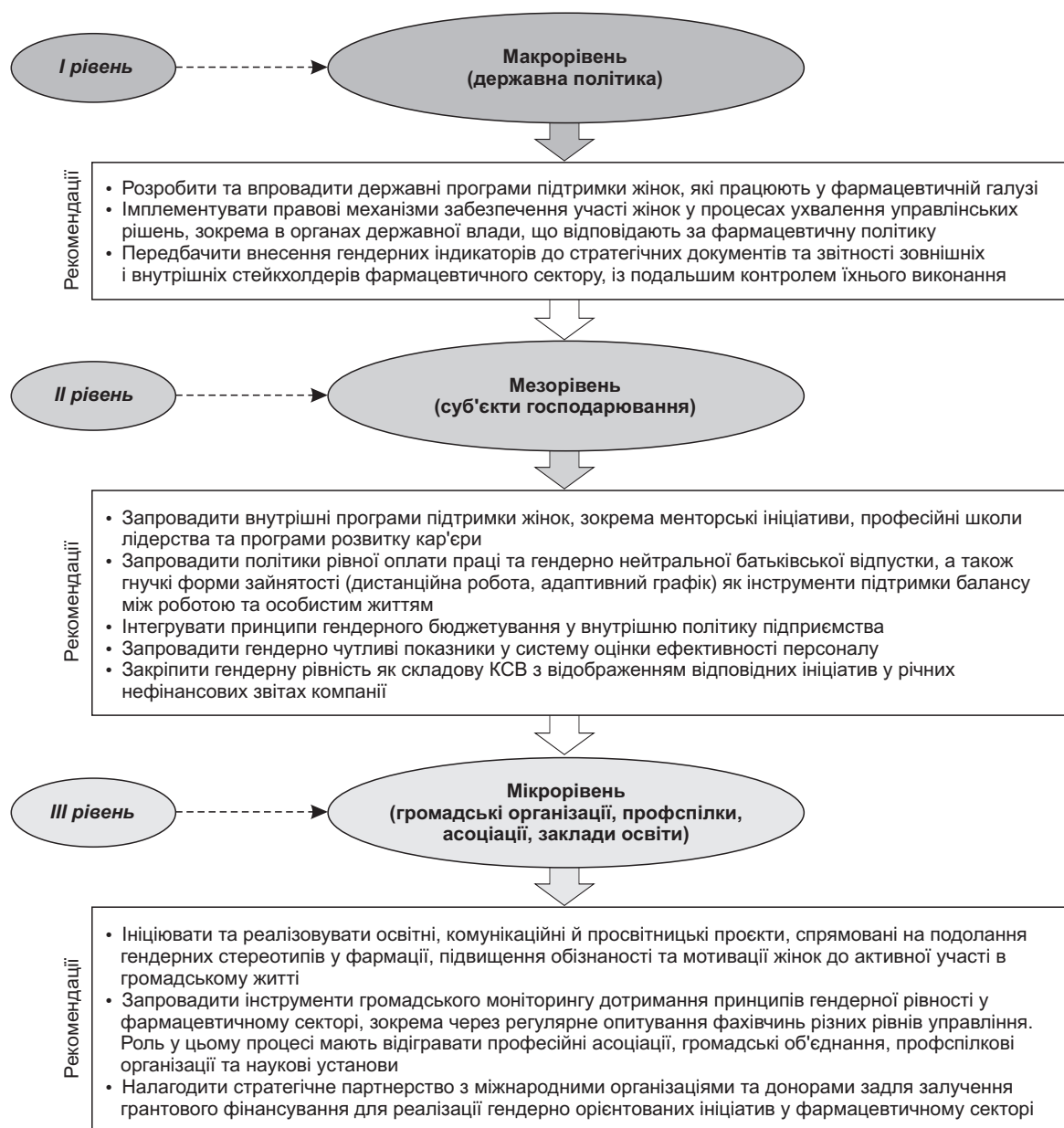


Рис. Багаторівнева модель реалізації гендерної політики у фармацевтичному секторі (авторська розробка)

фармацевтичних компаній і громадських організацій засвідчує відсутність системної політики гендерної рівності у більшості з них. Наразі спостерігається відсутність задекларованих стратегій просування жінок на керівні посади, недостатній рівень прозорості щодо дотримання принципу рівної оплати праці та відсутність менторських або лідерських програм саме для жінок у фармацевтичній сфері. Це свідчить про необхідність формування комплексної моделі підтримки гендерної рівності, яка буде стосуватися як внутрішньої корпоративної політики, так і зовнішніх соціально орієнтованих ініціатив за участю професійних об'єднань, освітніх закладів та державних структур.

Враховуючи виявлені виклики, з якими стикаються жінки у фармацевтичному секторі, особливо в умовах воєнного стану, виникає об'єктивна необхідність у впровадженні цілісної системи підтримки гендерної рівності, що було систематизовано у багаторівневу модель (рис.).

Реалізація політики забезпечення гендерної рівності у фармацевтичному секторі вимагає системного та багаторівневого підходу, що охоплює одночасну активність на макрорівні (державна політика), мезорівні (фармацевтичні організації та підприємства) та мікрорівні (громадські організації, професійні асоціації) (рис.). Лише в умовах узгоджених дій усіх зацікавлених сторін можливе формування сталого механізму гендерно чутливого управління у фармації. Комплексне впровадження запропонованих заходів не лише дозволить подолати наявні структурні бар'єри та професійні диспропорції, а й сприятиме формуванню інклюзивного середовища, яке забезпечуватиме рівні можливості для жінок у професійній самореалізації, управлінні та ухваленні рішень. Такий підхід відповідає сучасним викликам і є невід'ємною умовою гармонізації національної політики з європейськими принципами гендерної рівності, соціальної відповідальності та сталого розвитку у сфері охорони здоров'я.

Висновки

1. Проаналізовано вітчизняну нормативно-правову базу щодо забезпечення гендерної рівності та встановлено, що наявні законодавчі документи формують необхідне

правове підґрунтя для наступного розроблення організаційно-правових механізмів реалізації державної гендерної політики у фармацевтичному секторі охорони здоров'я.

2. Аналіз міжнародного досвіду показав успішні кейси інтеграції гендерної політики у систему КСВ провідних фармацевтичних компаній. Водночас результати контент-аналізу вітчизняних аптечних закладів, фармацевтичних підприємств і громадських організацій засвідчили відсутність задекларованої гендерної політики, менторських програм і системних заходів підтримки жінок у професійному розвитку. Така ситуація, особливо в умовах воєнного стану, посилює структурні диспропорції, поглиблює гендерну нерівність та створює реальні ризики для інклюзивності й стійкості фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

3. Запропоновано багаторівневу модель підтримки гендерної рівності у фармацевтичному секторі, що охоплює макрорівень (державна політика), мезорівень (фармацевтичні організації та підприємства) та мікрорівень (громадські асоціації, професійні об'єднання, профспілки). Такий підхід забезпечує системність та узгодженість дій стейкхолдерів і адаптивність фармацевтичної галузі до викликів воєнного часу. Імплементация принципів запропонованої моделі сприятиме формуванню стійкої, інклюзивної та соціально відповідальної системи управління у вітчизняній фармації, що відповідатиме сучасним викликам та європейським орієнтирам гендерної політики.

Перспективи подальших розробок.

Одним із важливих напрямів подальших досліджень є розроблення та проведення національного опитування жінок-фармацевток, що дозволить виявити актуальні проблеми, з якими вони стикаються у професійному середовищі, зокрема труднощі в кар'єрному просуванні, прояви дискримінації, емоційне вигорання тощо. Результати такого емпіричного дослідження стануть підґрунтям для формування практичних рекомендацій щодо вдосконалення трудових, організаційних та управлінських механізмів у сфері фармацевтичної діяльності, орієнтованих на забезпечення гендерної рівності та створення безпечного й інклюзивного робочого середовища.

Список використаних джерел інформації

1. Mill, D., Burton, L., Lim, R., Barwick, A., Felkai, C., Sim, T. F., & Dineen-Griffin, S. (2023). A vision to advance gender equality within pharmacy leadership: Next steps to take the profession forward. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(6), 965–968. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.03.001>
2. Mousa, M., Boyle, J., Skouteris, H., Mullins, A. K., Currie, G., Riach, K., & Teede, H. J. (2021). Advancing women in healthcare leadership: A systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. *EClinicalMedicine*, 39, 101084. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101084>
3. El Arnaout, N., Chehab, R. F., Rafii, B., & Alameddine, M. (2019). Gender equity in planning, development and management of human resources for health: a scoping review. *Human Resources for Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0391-3>
4. Konstytutsiia Ukrainy. Zakon Ukrainy № 254k/96-VR (2020). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр#Text>
5. *The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19*. (2022). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>
6. Turlo, N. P., & Litvin, O. H. (2025). Henderna nerivnist v oplati pratsi: suchasni tendentsii. *Naukovi pratsi Mizhrehionalnoi Akademii upravlinnia personalom. Ekonomichni nauky*, 1(77), 51–60. <https://doi.org/10.32689/2523-4536/77-7>
7. Angelko, I. V., Lech, G. A., & Ribun, L. V. (2018). Henderna sehrehatsiia – stereotyp ta problema suchasnoho rozvytku vitchyznianoho rynku pratsi. *Scientific Bulletin of UNFU*, 28(9), 31–34. <https://doi.org/10.15421/40280905>
8. Smith, S. G., & Sinkford, J. C. (2022). Gender equality in the 21st century: Overcoming barriers to women's leadership in global health. *Journal of Dental Education*, 86(9), 1144–1173. <https://doi.org/10.1002/jdd.13059>
9. Velasco-Balmaseda, E., de Celis, I. L., & Izaguirre, N. E. (2023). Corporate social responsibility as a framework for gender equality: Mapping of gender equality standards for sustainable development. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*. <https://doi.org/10.1002/csr.2673>
10. *Gender Pay Gap Report*. (2025). Pfizer. <https://www.pfizer.co.uk/responsibility/diversity-equity-and-inclusion/gender-pay-gap-report>
11. Eiland, L. S., Swarthout, M. D., Thomas, E. L., Vanderpool, H. K., & White, S. J. (2022). Women in pharmacy leadership: The journey continues. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 79(23), 2174–2178. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxac238>
12. *FIP EquityRx. Pharmacy Leaving No One Behind*. (2020). <https://equityrx.fip.org/>
13. Uzman, N., Selcuk, A., Pehlivanovic, B., Balta, E., Hammoudi Halat, D., Etukakpan, A., Masyitah, N., Thompson, C., & Duggan, C. (2022). Enabling positive practice environments for women in science and education with FIPWiSE toolkit. *Pharmacy Education*, 22(1), 761–770. <https://doi.org/10.46542/pe.2022.221.761770>
14. Tkachenko, N. O., Horodetska, I. Y., & Levytska, O. R. (2023). Analysis of approaches to the preparation of social reporting of pharmaceutical enterprises. *Current issues in pharmacy and medicine: science and practice*, 16(2), 186–193. <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2023.2.275452>
15. Zarichkova, M. V., Tolochko, V. M., Semchenko, K. V., Dolzhnikova, O. M., & Moroz, S. G. (2023). Features of forming a social package for pharmacy specialists in pharmacy institutions. *Social Pharmacy in Health Care*, 9(2), 46–55. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.23.287>
16. Tolochko, V. M., Zarichkova, M. V., Surikov, O. O., & Dolzhnikova, O. M. (2021). The study of the development of the social protection system in Ukraine taking into account the experience of foreign countries. *Social Pharmacy in Health Care*, 7(2), 47–60. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.21.222>
17. Kotvitska, A. A., Tarasenko, D. Y., & Kubareva, I. V. (2016). Analysis of the current state of legal and regulatory adjustment of labour relationship in pharmaceutical sector of health care field. *Social Pharmacy in Health Care*, 2(2), 25–31. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.16.43>
18. Zakon Ukrainy «Pro zabezpechennia rivnykh prav ta mozhlyvostei zhinok i cholovikiv» № 2866-IV (2005, Veresen 08). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2866-15#Text>
19. Zakon Ukrainy «Pro zasady zapobihannia ta protydii dyskryminatsii v Ukraini» № 5207-VI (2012, Serpen 06). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5207-17#Text>
20. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy «Pro skhvalennia Derzhavnoi stratehii zabezpechennia rivnykh prav ta mozhlyvostei zhinok i cholovikiv na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu z yii realizatsii na 2022-2024 roky» № 752-r (2022, Serpen 12). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/752-2022-p#Text>
21. Kodeks zakoniv pro pratsiu Ukrainy № 322-VIII (1971, Hruden 10). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
22. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy «Pytannia provedennia henderno-pravovoi ekspertyzy» № 997 (2018, Lystopad 28). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-2018-n#Text>

23. Nakaz Ministerstva sotsialnoi polityky Ukrainy «Pro zatverdzhennia Instruksii shchodo intehtatsii hendernykh pidkhodiv pid chas rozroblennia normatyvno-pravovykh aktiv» № 86 (2020, Liutyi 07). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0211-20#Text>
24. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy «Pro zatverdzhennia Natsionalnogo planu dii z vykonannia rezoliutsii Rady Bezpeky OON 1325 «Zhinky, myr, bezpeka» na period do 2025 roku» № 1544-r (2020, Zhovten 28) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1544-2020-p#Text>
25. López-Martínez, M., Riquelme Perea, P. J., & de Maya Matallana, M. (2022). Gender equality models in the European Union. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 42(7-8), 605–623. <https://doi.org/10.1108/ijssp-04-2021-0092>
26. Bukhari, N., Manzoor, M., Rasheed, H., Nayyer, B., Malik, M., & Babar, Z.-U.-D. (2020). A step towards gender equity to strengthen the pharmaceutical workforce during COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00215-5>
27. *Gender equality strategy*. (2020). European Commission. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#:~:text=The%20key%20objectives%20are%20ending,a%20dual%20approach%20of%20gender
28. *Gender Pay Gap Report*. Sanofi (Genzyme Ireland Ltd). (2022). [https://www.sanofi.com/assets/countries/ireland/docs/our-responsability/2022-Report.pdf#:~:text=In%20Q3%202022,%20female%20representation,\(2025%20target:%2040](https://www.sanofi.com/assets/countries/ireland/docs/our-responsability/2022-Report.pdf#:~:text=In%20Q3%202022,%20female%20representation,(2025%20target:%2040)
29. *Taking women to the top of pharma*. (2023). European Medical Journal. <https://www.emjreviews.com/emj-gold/article/taking-women-to-the-top-of-pharma/#:~:text=Aspirations%20could%20involve%20aiming%20for,at%20senior%20levels,%20by%202025>
30. *Leadership féminine: Women of Dômes Pharma – Dômes Pharma*. (2023). Dômes Pharma – Expert des domaines thérapeutiques de spécialité. <https://www.domespharma.com/women-of-domes-pharma/#:~:text=N%20ous%20pouvons%20être%20fiers,d'activité%20avec%20pour%202023>
31. *Merck. Diversity, Equity and Inclusion*. (2021). <https://www.merckgroup.com/en/annual-report/2021//management-report/non-financial-statement/employee-related-matters/diversity-equity-and-inclusion.html#:~:text=For%20us%2C%20inclusion%20means%20creating,age%20diversity%2C%20or%20veteran%2Fmilitary%20status>
32. *Novartis. Novartis in Society*. (2025) https://www.novartis.com/sites/novartis_com/files/novartis-integrated-report-2024.pdf
33. *Female Science Talents: Breaking the Barriers for Women in Science*. (2024). Bayer Foundation. <https://www.bayer-foundation.com/female-science-talents-breaking-barriers-women-science>
34. Pombala, S. (2024). The impact of women in natural product research: a legacy of innovation. *Natural Product Research*, (1–2). <https://doi.org/10.1080/14786419.2024.2416514>
35. Aliekperova, N. V., & Sakhnatska, N. M. (2022). Sotsialna vidpovidalnist farmatsevychnoho biznesu pid chas nadzvychainykh sytuatsii ta voiennoho stanu. U *Tekhnolohichni ta biofarmatsevychni aspekty stvorennia likarskykh preparativ riznoi napravlennosti dii* (s. 462–464). Natsionalnyi farmatsevychnyi universytet. <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/4677>

Внесок авторів:

Н. М. Сахнацька: концепція дослідження, методологія дослідження, збір даних, аналіз та інтерпретація даних, написання статті – оригінальний проєкт (чернетка).

Я. Д. Рафальська: аналіз літератури, методологія дослідження, збір даних, перегляд та редагування статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

Н. М. Сахнацька, доктор філософії за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація, асистентка кафедри організації та економіки фармації, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (<https://orcid.org/0000-0003-4693-4717>). E-mail: sakhnatskaya@ukr.net

Я. Д. Рафальська, доктор філософії за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація, асистентка кафедри організації та економіки фармації, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (<https://orcid.org/0000-0002-1047-3114>). E-mail: yaroslava.rafalska@nmu.ua

Information about authors:

N. M. Sakhnatska, PhD in Pharmacy, Teaching Assistant of the Department of Organization and Economy of Pharmacy, Bogomolets National Medical University (<https://orcid.org/0000-0003-4693-4717>). E-mail: sakhnatskaya@ukr.net

Ya. D. Rafalska, PhD in Pharmacy, Teaching Assistant of the Department of Organization and Economy of Pharmacy, Bogomolets National Medical University (<https://orcid.org/0000-0002-1047-3114>). E-mail: yaroslava.rafalska@nmu.ua

Надійшла до редакції 12.06.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 02.08.2025 р.

Взято до друку 08.08.2025 р.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

УДК 615.11+615.15 (477)

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.358>

У. В. Хомут, І. О. Федяк

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

E-mail: khomul@ifnmu.edu.ua

УПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ РЕЦЕПТІВ В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВОЇ СКЛАДОВОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ФАРМАЦЕВТІВ

Електронний рецепт відіграє важливу роль у цифровізації системи охорони здоров'я в Україні та є важливим інструментом управління забезпеченням лікарськими засобами. Упровадження е-рецептів приводить національну систему охорони здоров'я України у відповідність до міжнародних стандартів, зокрема в контексті євроінтеграційних зобов'язань. Е-рецепт забезпечує прозорість, облік та контроль обігу рецептурних лікарських засобів, сприяє раціоналізації фармакотерапії та підвищує відповідальність усіх учасників цього процесу.

Мета – аналіз впливу е-рецептів на роботу фармацевтів та оцінювання переваг і проблем, з якими вони стикаються під час їхнього упровадження, а також визначення майбутніх напрямів розвитку системи е-рецептів для підвищення ефективності фармацевтичного обслуговування.

Матеріали та методи: використано методи анкетного опитування, аналізу та синтезу, формально-логічний, семантичний, порівняльний та системний. Аналіз даних проводився за допомогою Microsoft Office Excel та STATISTICA 12.

Результати та обговорення. У проведеному дослідженні було встановлено, що рівень задоволеності фармацевтів системою е-рецептів, упровадженою в Україні, є досить високим і становить у середньому $(7,79 \pm 2,02)$ за десятибальною шкалою. За результатами проведеного опитування, середнє значення кількості е-рецептів, що відпускаються одним фармацевтом протягом робочого дня, становить $(6,95 \pm 0,41)$ рецепта. Водночас середня кількість е-рецептів на антибіотики значно нижча – $(1,60 \pm 0,19)$ рецепта на день. Поряд з цим середній час відпуску одного е-рецепта учасниками анкетування становив 2,63 хвилини. Позитивними аспектами електронного призначення ліків, які найчастіше згадувалися у відповідях у вільному тексті, були безпека, уникнення дефектів, притаманних паперовим рецептам (262), та зменшення вірогідності безконтрольного споживання антибіотиків (295). Однак респонденти також описали кілька недоліків електронного призначення лікарських засобів.

Висновки. Результати проведеного дослідження засвідчили, що впровадження е-рецепта в аптечну практику України є важливим кроком на шляху цифровізації фармації та посилення контролю за обігом рецептурних лікарських засобів, зокрема антибіотиків. Більшість фармацевтів підтримують ідею е-рецепта як інструмента раціоналізації процесу відпуску лікарських засобів, зменшення зловживань та підвищення прозорості фармацевтичної допомоги.

Ключові слова: антибіотики; електронний рецепт; електронна система охорони здоров'я; фармацевт.

U. V. KHOMUT, I. O. FEDIAK

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

E-mail: khomul@ifnmu.edu.ua

THE INTRODUCTION OF ELECTRONIC PRESCRIPTIONS IN UKRAINE AS AN IMPORTANT COMPONENT OF THE ELECTRONIC HEALTHCARE SYSTEM: THE EXPERIENCE OF PHARMACISTS

The electronic prescription plays an important role in the digitalization of the healthcare system in Ukraine and is an important tool for managing the supply of medicines. The introduction of e-prescriptions brings the national healthcare system of Ukraine in line with international standards, in particular in the

context of European integration obligations. The e-prescription provides transparency, accounting and control of the turnover of prescription drugs, contributes to the rationalization of pharmacotherapy and increases the responsibility of all participants in this process.

Aim. To analyze the impact of e-prescriptions on the work of pharmacists, assess the advantages and problems they face during their introduction, as well as determine future development directions for the e-prescription system to improve the efficiency of pharmaceutical services.

Materials and methods. The methods used included questionnaire surveys, analysis and synthesis, formal-logical, semantic, comparative, and systemic methods. The data analysis was performed using Microsoft Office Excel and STATISTICA 12.

Results and discussion. Our study found that the level of satisfaction among pharmacists with the e-prescription system implemented in Ukraine was quite high, with an average score of 7.79 ± 2.02 . According to the survey results, the average value of the number of e-prescriptions dispensed by one pharmacist during the working day was 6.95 ± 0.41 prescriptions. At the same time, the average number of e-prescriptions for antibiotics was significantly lower – 1.60 ± 0.19 prescriptions per day. Additionally, the average time to dispense one e-prescription, as reported by the respondents, was 2.63 minutes. The positive aspects of electronic prescribing that were most frequently mentioned in the free-text responses were safety of avoiding defects inherent in paper prescriptions (262) and the reduction in the likelihood of uncontrolled antibiotic consumption (295). However, respondents also described several disadvantages of electronic prescribing of medicines.

Conclusions. The results of the study have shown that the introduction of the electronic prescription in the pharmacy practice of Ukraine is an important step towards the digitalization of pharmacy and strengthening control over the turnover of prescription drugs, particularly antibiotics. Most pharmacists support the idea of the e-prescription as a tool for rationalizing the drug dispensing process, reducing abuse, and increasing the transparency of pharmaceutical care.

Keywords: antibiotics; electronic prescription; electronic health system; pharmacist.

Вступ. Електронні рецепти (е-рецепти) стали важливим етапом у трансформації систем охорони здоров'я, забезпечуючи ефективність, зручність і безпеку процесу призначення ліків. Упровадження цієї технології впливає на всі етапи фармацевтичного процесу – від виписування рецепта лікарем до його виконання в аптеці. Одним з основних аспектів успішного функціонування системи е-рецептів є роль фармацевтів, які безпосередньо взаємодіють з пацієнтами та лікарськими засобами.

У багатьох країнах, зокрема в Європі та США, е-рецепти вже стали стандартною практикою. Їхнє впровадження дало такі значні переваги, як зниження ризику медичних помилок, поліпшення доступу до ліків і спрощення процесів обліку. Однак, попри всі переваги, цей процес не є бездоганим і супроводжується низкою викликів, зокрема у сфері адаптації фармацевтів до нових технологій, управління технічними проблемами та забезпечення захисту персональних даних.

Європейські країни вже кілька років активно впроваджують системи е-рецептів, що сприяє модернізації фармацевтичної практики та поліпшенню якості медичних послуг. Зазначені системи дають можливість знизити кількість медичних помилок, покращити доступ пацієнтів до ліків і зменшити адміністративне навантаження як на

лікарів, так і на фармацевтів. Досвід кількох європейських країн є цікавим прикладом ефективного впровадження е-рецептів у різних умовах і з урахуванням особливостей національних систем охорони здоров'я.

Естонія та Фінляндія активно реалізували систему е-рецептів. Естонія стала однією з перших європейських країн, яка впровадила національну електронну систему охорони здоров'я, де е-рецепти стали невід'ємною частиною медичного обслуговування. Це дозволило пацієнтам отримувати лікарські засоби без необхідності фізично відвідувати лікаря для отримання рецепта [1]. Фінляндія, зі свого боку, також запровадила систему, яка інтегрована з електронними медичними картами, що дозволяє лікарям швидко перевіряти історію хвороби пацієнта і відповідно призначати ліки [2]. У Польщі система е-рецептів була запроваджена в 2019 році. Країна провела масштабну реформу, забезпечивши автоматичне генерування рецептів за допомогою електронних платформ. Фармацевти в Польщі повідомляють про зручність використання цієї системи, оскільки вона зменшує людські помилки під час виписування та відпуску ліків. Проте фармацевти також зазначають, що для впровадження е-рецептів було необхідно значно оновити технічну інфраструктуру та провести навчання для медичних працівників [3]. Франція почала впроваджувати

е-рецепти з 2022 року, плануючи повністю перейти на цю систему до кінця 2024 року. Відповідно до плану усі медичні рецепти повинні були переведені в електронний формат, що зменшило б кількість паперових рецептів і підвищило безпеку пацієнтів. Система е-рецептів у Франції забезпечує лікарям доступ до історії хвороб пацієнта, що дозволяє значно знижувати кількість помилок під час призначення ліків [4]. Німеччина також активно впроваджує е-рецепти. У 2020 році була запущена програма, яка дозволяє лікарям виписувати е-рецепти через цифрову платформу. Однак, як показує досвід цієї країни, перехід до е-рецептів потребував значних змін в інфраструктурі та навчанні фармацевтів. Проблеми, які виникали під час упровадження, стосувалися технічних труднощів і затримок у взаємодії між різними медичними платформами [5].

В Україні впровадження е-рецептів є частиною масштабної реформи медичної сфери, спрямованої на підвищення ефективності надання медичних послуг, забезпечення доступу до ліків і зниження адміністративного навантаження на лікарів і фармацевтів. Уведення е-рецептів стало важливим кроком у цифровізації медичних послуг і поліпшенні безпеки для пацієнтів, зокрема у контексті боротьби з підробленими ліками та лікарськими помилками. Процес упровадження е-рецептів в Україні розпочався з 2018 року в межах реалізації проєкту «Електронне здоров'я», який став частиною національної стратегії розвитку охорони здоров'я. Уже в 2019 році Міністерство охорони здоров'я України запустило пілотний проєкт електронних рецептів для відпуску лікарських засобів на основі державної програми «Доступні ліки». Однак повномасштабне впровадження е-рецептів відбулося лише в 2020 році, коли система стала обов'язковою для всіх лікарів та аптек.

З моменту впровадження системи е-рецептів в Україні роль фармацевта зазнала значних змін. Ця нова система не лише змінила процес виписування та відпуску лікарських засобів, але й покращила взаємодію між лікарями, фармацевтами та пацієнтами, що сприяло підвищенню безпеки під час використання лікарських засобів. Однак для ефективної роботи з е-рецептами

фармацевтам необхідно мати спеціальні знання та навички, а також пристосуватися до нової технології.

Основні етапи роботи фармацевта з е-рецептами. Після отримання е-рецепта пацієнт повинен надати фармацевту унікальний код, що був згенерований під час виписування рецепта лікарем. Фармацевт вводить цей код у систему для перевірки на відповідність та автентичність рецепта. Завдяки електронній системі фармацевт може без особливих зусиль перевірити, чи дійсно рецепт є актуальним і не був змінений.

Після перевірки е-рецепта фармацевт може відпустити пацієнту лікарський засіб згідно з інформацією на рецепті. Оскільки система дозволяє отримувати дані про історію призначень ліків пацієнту, фармацевт має можливість перевірити можливі протипоказання або взаємодії між ліками, що особливо важливо для пацієнтів, які приймають кілька лікарських засобів одночасно.

Фармацевт також зобов'язаний внести дані про відпущений препарат у національну електронну базу даних. Це дозволяє здійснювати контроль за відпуском ліків, уникати випадків надмірного призначення та зловживання лікарськими засобами. Однією з важливих функцій фармацевта є консультування пацієнтів щодо правильного застосування ліків, що були відпущені за е-рецептом. Фармацевт може також надати інформацію про можливі побічні ефекти, дозування, а також нагадати про важливість виконання приписів лікаря. Відпуск ліків за е-рецептом в Україні забезпечується електронною системою охорони здоров'я (ЕОЗ) і передбачає такі етапи:

- пацієнт на прийомі у лікаря отримує е-рецепт, після чого йому надходить SMS-повідомлення з номером рецепта та кодом його погашення. За потреби лікар надає інформаційну довідку;
- фармацевт може просканувати штрихкод, який міститься в інформаційній довідці, або ввести 16-значний код з SMS до медичної інформаційної системи (МІС) вручну;
- далі в інтерфейсі МІС з'явиться перелік торгових назв ліків, що доступні до відпуску за рецептом;
- пацієнт обирає з-поміж запропонованих варіантів торгову назву лікарського

засобу, керуючись власним вибором та фінансовими можливостями;

– для завершення відпуску ліків у ЕСОЗ необхідно ввести код підтвердження, а у разі відпуску наркотичних (психотропних) ліків або препаратів, що підлягають відшкодуванню за програмою «Доступні ліки», – накласти електронний підпис працівника аптеки [6].

Для того щоб пацієнт міг легко знайти аптеку, яка відпускає ліки за е-рецептом, інформаційна наліпка «Відпускаємо ліки за е-рецептом» розміщується в зоні, доступній для поля зору відвідувачів.

Мета дослідження – аналіз впливу е-рецептів на роботу фармацевтів, оцінка переваг та проблем, з якими стикаються професіонали під час їхнього впровадження, а також визначення майбутніх напрямів розвитку системи е-рецептів для підвищення ефективності фармацевтичного обслуговування. Особливістю проведеного дослідження було визначення думки фармацевтів щодо функціонування української системи е-рецептів.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено онлайн-опитування 378 респондентів з різних регіонів України шляхом поширення анкети через соціальні мережі. Дані були зібрані через онлайн-анкети, які були надіслані фармацевтам у період з 27.11.2023 до 30.03.2025 року. Учасники опитування у своїх відповідях надавали інформацію щодо посади, кваліфікаційної категорії, стажу роботи та регіону роботи, щоденного обсягу е-рецептів, часу, необхідного для обробки е-рецепта, рівня задоволеності електронною системою рецептів, проблем, з якими стикаються під час її використання, та позитивних рис цієї системи. Учасників попросили оцінити свою задоволеність за шкалою Лайкерта від 1 до 5, де 5 означає «дуже задоволений», а 1 – «не задоволений». Питання щодо проблем, з якими стикаються учасники анкетування, та позитивних рис електронної системи рецептів, були відкритими і передбачали надання коротких відповідей у довільній формі. Анкета була попередньо валідована і жодних незрозумілих або некоректних питань не було виявлено. Перед початком анкетування учасникам було повідомлено про

мету дослідження і те, що їхня участь є добровільною. Лише 215 осіб із загальної кількості учасників опитування дали відповіді на запитання, які стосувались кількості рецептів та часу їхнього опрацювання.

Результати дослідження та їхнє обговорення. В анкетуванні взяли участь 378 респондентів, що представляють різні регіони України та посади в аптечній практиці. 3-поміж опитаних 40,0 % (n = 151) обіймали посаду завідувача аптеки, 36,2 % (n = 137) працювали на посаді фармацевта, а ще 23,8 % (n = 90) – асистентами фармацевтів (табл. 1), що свідчить про достатню представленість усіх категорій працівників, які займаються відпуском ліків.

Аналіз стажу роботи виявив, що найбільшу частку становлять фахівці з досвідом до 5 років – 36,2 % (n = 133). Наступною за чисельністю групою були фармацевти зі стажем 10-19 років – 22,5 % (n = 85). Спеціалісти з 6-9 роками досвіду роботи становили 19,8 % (n = 75), а зі стажем понад 20 років – загалом 22,5 % (n = 85), зокрема 13,8 % мали 20-29 років досвіду, і 8,7 % – понад 30 років. Такий розподіл свідчить про домінування молодших фахівців у вибірці, що важливо враховувати під час інтерпретації їхнього ставлення до цифрових інструментів.

Участь у дослідженні взяли представники 15 регіонів України, при цьому переважали жителі Івано-Франківської області – 34,0 % (n = 128), Львівської – 22,2 % (n = 84) та Київської – 13,5 % (n = 51) областей. Частка представників Хмельницької області склала 8,7 %, Закарпатської області – 7,7 %, Черкаської області – 3,2 %. Працівники аптечних закладів решти 9 регіонів разом становили менше 10 % вибірки.

Результати аналізу досвіду роботи фармацевтів з е-рецептами показали, що учасники опитування цілком очікувано зазначають, що лікарські засоби для лікування захворювань серцево-судинної системи домінують з-поміж тих, які відпускаються за е-рецептами (табл. 2).

Переважна більшість опитаних фармацевтів (60,0 %) зазначила, що вони відпускають лікарські засоби за е-рецептами 1-5 разів на день. Водночас 11,6 % обробляють 10-19 рецептів, понад 20 відвідувачів з е-рецептами щодня обслуговують 8,8 % працівників аптек.

Таблиця 1

ЗАГАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Параметри	Категорія	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Посада	завідувач аптеки	151	40,0
	фармацевт	137	36,2
	асистент фармацевта	90	23,8
Разом		378	100
Кваліфікаційна категорія	вища	38	10,1
	перша	37	9,8
	друга	55	14,5
	без категорії	248	65,6
Разом		378	100
Стаж роботи	до 5 років	133	36,2
	6-9 років	75	19,8
	10-19 років	85	22,5
	20-29 років	52	13,8
	понад 30 років	33	8,7
Разом		378	100
Регіон роботи	Івано-Франківська	128	34,0
	Львівська	84	22,2
	Київська	51	13,5
	Хмельницька	33	8,7
	Закарпатська	29	7,7
	Черкаська	12	3,2
	Сумська	9	2,4
	Рівненська	8	2,1
	Чернівецька	8	2,1
	Волинська	6	1,6
	Миколаївська	3	0,8
	Житомирська	3	0,8
	Тернопільська	2	0,5
	Вінницька	1	0,2
	Кіровоградська	1	0,2
Разом		378	100
Аптека, в якій працює учасник опитування, бере участь у програмі «Доступні ліки»		371	98,1

Поряд з цим 48,8 % фармацевтів взагалі не відпускають антибіотики щодня, 49,8 % фармацевтів обробляють лише 1–5 рецептів, 6 і більше – лише 1,4 %. 3-поміж учасників анкетування понад 10 рецептів не виписував жоден фармацевт (табл. 3).

За підходом Rea та Parker [7], обчислений коефіцієнт Cramér's V = 0,61 свідчить про сильний асоціативний зв'язок між типом лікарського засобу (антибіотик чи інший) та кількістю е-рецептів, що відпускаються. Тобто антибіотики залишаються

специфічною категорією лікарських засобів, де впровадження е-рецепта ще не досягло рівня звичайної аптечної практики, що вимагає подальшого дослідження та розроблення цілеспрямованих зусиль для оптимізації процесу.

Аналіз анкет дозволив виявити найпоширеніші помилки в е-рецептах, які унеможливають відпуск лікарських засобів (табл. 4). Відповідаючи на запитання множинного вибору «Які помилки в електронних рецептах найчастіше спостерігалися

Таблиця 2

**ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ВІДПУСКАЮТЬСЯ ЗА Е-РЕЦЕПТАМИ
(ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ)**

Групи лікарських засобів	Кількість	Відсоток (%)	Порядок відшкодування
Серцево-судинні	310	82,0	Рецепт з відшкодуванням за програмою «Доступні ліки»
Інсуліни та засоби для лікування діабету	26	6,9	Рецепт з відшкодуванням за програмою «Доступні ліки»
Антибіотики	18	4,8	Повна оплата
Для лікування хронічного обструктивного захворювання легень	14	3,7	Рецепт з відшкодуванням за програмою «Доступні ліки»
Для лікування психічних розладів	3	0,8	Рецепт з відшкодуванням за програмою «Доступні ліки»
Не можу відповісти	7	1,8	
Разом	378	100	

вами у разі їхнього надходження», учасники анкетування найчастіше (198 разів) обирали відповідь «У рецепта закінчився строк дії», що, найімовірніше, свідчить про непоінформованість пацієнтів про термін дії е-рецепта. Учасники опитування 143 рази звернули увагу на помилки у дозуванні лікарських засобів, 121 раз вказали на помилки в оформленні е-рецептів.

Оцінки впливу е-рецепта на робочий процес фармацевтів узагальнено в табл. 5. Кожне твердження оцінювалося респондентами за п'ятибальною шкалою Лайкерта: від 1 (категорично не згоден) до 5 (цілком згоден). Отримані відповіді були піддані кількісному аналізу шляхом обчислення зважених середніх оцінок для кожного твердження.

Найвищу середню оцінку отримало твердження «Електронний рецепт корисний

Таблиця 3

**КІЛЬКІСТЬ Е-РЕЦЕПТІВ,
ЯКІ ВІДПУСКАЮТЬСЯ ЗА ОДИН ДЕНЬ**

Кількість е-рецептів, які фармацевти відпускають за один день	Загалом		Антибіотики	
	n	%	n	%
20 і більше	19	8,8	0	0
10-19	25	11,6	0	0
6-9	36	16,7	3	1,4
1-5	129	60,0	107	49,8
Жодного	6	2,8	105	48,8
Разом	215	100	215	100

у моєї роботі» (4,38), що свідчить про високий рівень загальної позитивної оцінки цього інструменту з-поміж фармацевтів. Також твердження про полегшення роботи

Таблиця 4

**ПОМИЛКИ В Е-РЕЦЕПТАХ, З ЯКИМИ СТИКАЮТЬСЯ ФАРМАЦЕВТИ
ПІД ЧАС ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Категорія	Кількість
Помилки у назві інгредієнтів	48
Несумісні лікарські засоби	16
Помилки у дозі лікарського засобу: використаний неправильний спосіб позначення дози, завищені вища разова чи добова дози	143
Зазначення торговельної замість міжнародної непатентованої назви лікарського засобу	56
Помилки в оформленні рецепта	121
Завищення встановленої норми одноразового відпуску	24
Помилки у позначенні способу застосування лікарського засобу: дози, частоти, часу, умов прийому та курсу/строку лікування тощо	34
У рецепта закінчився строк дії	198
Інше	24

Таблиця 5

ОЦІНКА ЕЛЕКТРОННОГО РЕЦЕПТА РЕСПОНДЕНТАМИ

Твердження про е-рецепт	Категорично не згоден (1)	Скоріше не згоден (2)	Не знаю (3)	Скоріше згоден (4)	Цілком згоден (5)	Середнє $\pm$ SD
Корисний у моїй роботі	0,5 %	2,8 %	7,4 %	36,7 %	52,6 %	4,38 $\pm$ 0,80
Полегшує мою роботу	1,9 %	8,4 %	10,7 %	39,1 %	40,0 %	4,17 $\pm$ 0,99
Сприяє ефективнішій роботі	1,9 %	12,1 %	14,0 %	34,9 %	37,2 %	4,03 $\pm$ 1,05
Дозволяє працювати швидше	3,3 %	17,7 %	9,8 %	33,5 %	35,8 %	3,91 $\pm$ 1,11

Таблиця 6

**СТАТИСТИКА АНАЛІЗУ ЗАДОВОЛЕНОСТІ Е-РЕЦЕПТАМИ ЗАГАЛОМ
ЗАЛЕЖНО ВІД ДОСВІДУ РОБОТИ**

Досвід роботи (д.р.)	Кількість відповідей	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс
5 р. > д.р	133	7,56	8	2,15	1	10
5 р. $\leq$ д.р. < 10 р.	75	8,05	8	1,62	5	10
10 р. $\leq$ д.р. < 20 р.	85	7,65	8	2,05	2	10
20 р. $\leq$ д.р. < 30 р.	52	7,83	8	2,18	1	10
30 р. $\geq$ д.р	33	8,48	9	1,92	3	10

Таблиця 7

**ЧАС ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ЗА Е-РЕЦЕПТОМ**

Час	n	%
Менше 1 хвилини	14	6,51
Від 1 до 2 хвилин	111	51,63
Від 3 до 5 хвилин	82	38,14
Від 6 до 10 хвилин	8	3,72
Разом	215	100

отримало високу оцінку (4,17), що вказує на сприйняття е-рецепта як чинника, що сприяє зручності виконання професійних завдань. Водночас твердження, що стосуються підвищення ефективності (4,03) та швидкості (3,91) виконання обов'язків, отримали порівняно нижчі оцінки. Це може свідчити про наявність певних труднощів або обмежень у практичному застосуванні системи е-рецепта. Частина респондентів, зокрема, залишилась нейтральною або схилилася до негативної оцінки вказаних аспектів, що може бути пов'язано з такими факторами, як повільна робота технічного забезпечення, недостатня інтеграція ІТ-систем або недостатня підготовка персоналу.

Оцінка ступеня задоволеності е-рецептами за десятибальною шкалою загалом не залежить від досвіду роботи (табл. 6).

На наступному етапі нами проаналізовано тривалість обслуговування е-рецепта в практиці фармацевта, що є одним із важливих індикаторів ефективності його впровадження. У межах дослідження було зібрано відповіді від 215 фармацевтів, які надали оцінку середнього часу, що витрачається на відпуск одного е-рецепта. Отримані результати наведено в табл. 7.

Аналіз результатів показав, що понад половина респондентів (51,63 %) здійснює відпуск е-рецепта протягом 1-2 хвилин, ще 38,14 % фармацевтів витрачають від 3 до 5 хвилин, що також вважається прийнятним у межах аптечного обслуговування. Водночас лише 3,72 % повідомили про відпуск тривалістю понад 6 хвилин – така частка може свідчити про епізодичні труднощі, пов'язані з технічними аспектами (збої програмного забезпечення, повільне інтернет-з'єднання, складність рецепта тощо). У результаті середній показник становить 2,63 хвилини, що підтверджує досить високу оперативність і зручність е-рецепта в роботі фармацевтів.

Отже, з урахуванням отриманих даних можна стверджувати, що е-рецепт оптимізує

Таблиця 8

ПЕРЕВАГИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ Е-РЕЦЕПТІВ

Переваги	Кількість відповідей
Уникнення дефектів, притаманних паперовим рецептам (типові помилки, нерозбірливий почерк лікаря тощо)	262
Зменшення вірогідності безконтрольного споживання антибіотиків	295
Можливість пацієнту самому обрати торгове найменування антибіотика, зважаючи на купівельну спроможність	216
Уникнення ймовірності втрати, пошкодження тощо паперового рецепта	155
Можливий облік відпуску антибіотиків	140
Можливість планування закупівель антибіотиків для аптеки та для закладу охорони здоров'я за бюджетні кошти	92
Інше	5

процес реалізації лікарських засобів, зменшуючи ймовірність помилок, пришвидшуючи документообіг, і покращує якість фармацевтичного обслуговування.

З-поміж переваг запровадження е-рецептів учасники опитування найчастіше вказують на зменшення вірогідності безконтрольного споживання антибіотиків (табл. 8). Цілком очевидно, що використання е-рецептів дозволяє уникнути дефектів, притаманних паперовим рецептам. Досить часто (216 разів) учасники анкетування з-поміж переваг е-рецептів вказали на можливість пацієнту самому обрати торгове найменування антибіотика, зважаючи на купівельну спроможність.

З-поміж недоліків системи е-рецептів респонденти найчастіше (267 разів) вказують на неможливість відпуску лікарських засобів через відсутність інтернету, знеструмлення тощо (табл. 9). Цей факт відображає особливості функціонування аптечної мережі в умовах інтенсивних бомбардувань об'єктів енергетичної інфраструктури України. Аналогічно до цього можуть бути пов'язані перебої в роботі медичної інформаційної системи, на що учасники опитування звернули увагу в 197 випадках.

Цифровізація охорони здоров'я, зокрема впровадження системи е-рецепта, давно набула глобального значення. Згідно з нашими результатами українські фармацевти підтримують ідею запровадження е-рецепта, що узгоджується з даними, отриманими в інших країнах Європи, де електронна рецептура стала обов'язковим стандартом обігу лікарських засобів.

У Польщі впровадження системи е-рецепта супроводжувалося державною підтримкою та навчальними курсами. Дослідження показало, що більшість фармацевтів визнали поліпшення якості обслуговування та повідомили про зниження кількості помилок [3].

У країнах Балтії, зокрема в Естонії, понад 95 % рецептів виписуються в електронному форматі, що дозволяє пацієнтам отримувати лікарські засоби без паперових документів [1].

У проведеному нами дослідженні було встановлено, що рівень задоволеності фармацевтів системою е-рецептів, запровадженою в Україні, є досить високим і становить приблизно $(7,79 \pm 2,02)$. Цей показник загалом дещо нижчий, ніж аналогічний, отриманий під час опитування фармацевтів у Туреччині,

Таблиця 9

НЕДОЛІКИ Е-РЕЦЕПТІВ

Недолік	Кількість відповідей
Неможливість відпуску через відсутність інтернету, знеструмлення тощо	267
Перебої в роботі МІС	197
Труднощі в отриманні ліків за е-рецептами для людей похилого віку	166
Обмеженість у виборі препарату асортиментом конкретної аптеки	88
Виписування на 1 е-рецепті лише 1 найменування антибіотика, на відміну від можливості виписування 3-х найменувань на паперовому варіанті	123
Інше	8

де рівень задоволеності складає $(4,4 \pm 0,8)$ за п'ятибальною шкалою [8]. В іншому дослідженні, проведеному в США, лікарі та фармацевти загалом були задоволені е-рецептами, хоча й зазначали певні проблеми, пов'язані із системою [9]. Схожі висновки були отримані й в Естонії, де пацієнти, лікарі та фармацевти відзначали високий рівень задоволення від користування е-рецептами. Позитивні наслідки використання е-рецептів (пришвидження операцій, економія часу та зменшення кількості помилок) учасниками анкетувань вважалися чинниками, що суттєво вплинули на високий рівень задоволеності від цієї системи [1].

Шведські фармацевти в 2010 році загалом були задоволені електронним призначенням рецептів (98 %). Жодної суттєвої різниці ($p > 0,05$) у загальній задоволеності не можна було пояснити віком, статтю чи стажем респондентів. Більшість респондентів вважали е-рецепти та електронне зберігання рецептів безпечними для пацієнтів (95 %), такими, що забезпечують переваги для пацієнтів, є економічно ефективними для аптеки та сприяють кращій комунікації та взаємовідносинам як з пацієнтами, так і з лікарями, що виписують рецепти. Позитивними аспектами електронного призначення лікарських засобів, які найчастіше згадувалися у відповідях у вільному тексті, були безпека та економія часу [10]. Наведені дані загалом співзвучні з оцінкою системи е-рецептів українською фармацевтичною спільнотою. У подібному дослідженні, проведеному в Україні в 2024 році, 156 фахівців (59,5 % респондентів) вважають, що відпуск лікарських засобів за рецептом має гарантувати безпечне та раціональне фармацевтичне забезпечення, тому з основних переваг е-рецепта виділяють надійний контроль за їхнім відпуском. Також це підтверджує інший критерій, який визначили 133 респонденти (50,8 %), зокрема вони звернули увагу на те, що запровадження е-рецептів сприяє розвитку раціонального застосування рецептурних лікарських засобів і, як наслідок, захищає здоров'я пацієнта [11], що загалом збігається з результатами нашого дослідження.

За результатами проведеного опитування, середнє значення кількості е-рецептів,

що відпускаються одним фармацевтом протягом робочого дня, становить $(6,95 \pm 0,41)$ рецепта. При цьому середня кількість е-рецептів на антибіотики значно нижча – $(1,60 \pm 0,19)$ рецепта на день. Варто зазначити, що майже половина опитаних фармацевтів (48,8 %) зазначили повну відсутність е-рецептів на антибіотики протягом дня, що може свідчити про фрагментарний характер упровадження електронної форми призначення цієї категорії лікарських засобів або обмежену потребу з боку пацієнтів, збереження певних неформальних практик у сфері відпуску лікарських засобів, можливість самолікування.

Водночас середній час відпуску одного е-рецепта учасниками анкетування становив 2,63 хвилини. При цьому більше половини респондентів (51,6 %) зазначили, що процес відпуску займає від однієї до двох хвилин, а ще 6,5 % – менше однієї хвилини. Лише у 3,7 % випадків тривалість цього процесу перевищувала 6 хвилин. Отримані дані свідчать про достатню оперативність і зручність процедури оброблення е-рецептів в умовах аптеки, що є позитивною ознакою з погляду адаптації фармацевтичної практики до цифрових змін. У подібному дослідженні, проведеному в Україні (2024 р.) близько 80% е-рецептів, що відпускаються фармацевтичними працівниками, потребують до 5 хв часу на 1 е-рецепт незалежно від їхнього віку і професійного стажу [12].

У Греції для 88,3 % фармацевтів електронне призначення рецептів позитивно вплинуло на їхній робочий розпорядок. Зібрані відкриті відповіді зазначають, що воно підвищило швидкість та ефективність оброблення рецептів. Крім того, вказується на простоту використання та уникнення помилок [13].

Водночас фармацевти Туреччини повідомляли, що обробляли в середньому $(57,5 \pm 36,1)$ рецептів на день і витрачали близько $(1,7 \pm 0,8)$ хвилини на реєстрацію кожного е-рецепта [8].

Отже, робота в цифровому середовищі суттєво скоротила час, потрібний для оброблення рецептів, порівняно з паперовим форматом. Нині ж завдяки е-рецептам фармацевти можуть швидко завершувати реєстрацію, просто скануючи штрих-коди

ліків, адже основна інформація уже внесена лікарем у систему.

Скорочення часу на оброблення рецептів дає фармацевтам можливість більше уваги приділяти спілкуванню з пацієнтами. Тим часом саме належне спілкування є ключем до правильного використання лікарських засобів і досягнення найкращих результатів лікування [8]. Тобто е-рецепти опосередковано сприяють успіху лікування, надаючи фармацевтам більше часу для живого людського діалогу з тими, хто довіряє їм своє здоров'я.

У цьому дослідженні також було оцінено проблеми, з якими фармацевти стикалися під час використання системи е-рецептів.

Найбільш суттєві недоліки системи е-рецептів, зазначені у нашому дослідженні (табл. 9), загалом співзвучні з думками їхніх закордонних колег. Водночас навіть у країнах з розвинутою цифровою інфраструктурою виявляються проблеми. Найчастішою проблемою фармацевтів за кордоном виявилось те, що коди е-рецептів, згенеровані системою та передані пацієнту для аптеки, часто були переписані лікарями неправильно або неповністю. Крім того, виникали труднощі через інші помилки: лікарі не вносили діагноз у систему, вводили неправильну дозу лікарського засобу або обирали неактивні ліки (тобто ті, що не входять до переліку відшкодування).

Грецькі фармацевти оцінили нечіткі або неправильні інструкції щодо дозування як найважливішу проблему (64,2 %), відсутність згадки про алергію пацієнта (38,7 %) та відсутність звітності про побічні реакції на лікарські засоби (34,3 %) [13].

Система е-рецептів контролює та запобігає можливим помилкам на всіх етапах обігу рецепта – від його виписування до моменту відшкодування. Окрім цього, е-рецепти вирішують проблеми, пов'язані з неправильним трактуванням або нерозбірливістю рукописних рецептів, і скорочують час, який фармацевт витрачає на оброблення рецептів.

Фармацевти виступають не лише виконавцями, а й провідниками цифрової медицини для пацієнтів.

Більше того, впровадження е-рецептів спричиняє позитивні зміни у багатьох сферах: зменшення кількості медичних помилок і побічних ефектів від лікарських засо-

бів, спрощення процесу введення даних, контроль витрат на ліки та виявлення випадків їхнього зловживання.

Висновки

1. Український досвід упровадження е-рецепта не є унікальним, але й не повторює сліпо чужі сценарії. Його розвиток залежатиме від адміністративного впливу та активного залучення фармацевтичної спільноти. Результати проведеного дослідження засвідчили, що впровадження е-рецепта в аптечну практику України є важливим кроком на шляху цифровізації фармації та посилення контролю за обігом рецептурних препаратів, зокрема антибіотиків. Більшість фармацевтів підтримують ідею е-рецепта як інструменту раціоналізації процесу відпуску лікарських засобів, зменшення зловживань та підвищення прозорості фармацевтичної допомоги.

2. Особливо актуальним виявилось питання рецептурного відпуску антибіотиків. Запровадження обов'язковості е-рецепта на цю групу лікарських засобів отримало загальну підтримку з-поміж респондентів, оскільки сприяє боротьбі з антибіотикорезистентністю та зменшує кількість випадків самодіагностики й самолікування.

3. Е-рецепт у сучасному вигляді є дієвим, але ще не досконалим інструментом фармацевтичної опіки. Його повноцінне впровадження вимагає не лише технічного вдосконалення платформи, а й системної освітньої діяльності з-поміж фармацевтів та населення. У сфері контролю за обігом антибіотиків е-рецепт доводить свою ефективність, однак потребує подальшого інституційного закріплення як стандарту національної фармацевтичної політики.

Перспективи подальших розробок.

У контексті боротьби з антибіотикорезистентністю варто зосередити наступні дослідження на оцінці динаміки відпуску антибіотиків за е-рецептами. Перспективним є вивчення довгострокових ефектів е-рецепта на організацію аптечного процесу, обігу рецептурних лікарських засобів та роль фармацевта в системі надання медичної допомоги. Наступні дослідження за цими напрямками сприятимуть не лише вдосконаленню цифрових інструментів, а й формуванню цілісної, безпечної та ефективної моделі фармацевтичної опіки в Україні.

Список використаних джерел інформації

1. Kõnd, K., & Lilleväli, A. (2019). E-prescription success in Estonia: The journey from paper to pharmacogenomics. *Eurohealth*, 25(2), 18–20. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332593/Eurohealth-25-2-18-20-eng.pdf>
2. Peltoniemi, T., Suomi, R., Peura, S., & Lähteenoja, M. N. Y. (2021). Electronic prescription as a driver for digitalization in Finnish pharmacies. *BMC Health Services Research*, 21, 1017. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07003-0>
3. Kowalczyk, M., Hermanowski, T., & Kolasa, K. (2023). Badanie opinii polskich farmaceutów na temat perspektywy wdrożenia systemu e-recepty i elektronicznej dokumentacji medycznej. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*, 42(23), 327–338. https://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z42_23.pdf
4. *Digital prescription. G_NIUS - Guichet National de l'Innovation et des Usages en e-Santé*. G_NIUS. (n.d.). <https://gni.us.esante.gouv.fr/en/regulations/regulation-profiles/digital-prescription>
5. Graf, A., Fehring, L., Henningsen, M., & Zinner, M. (2023). Going digital in Germany: An exploration of physicians' attitudes towards the introduction of electronic prescriptions - A mixed methods approach. *International Journal of Medical Informatics*, 174, 105063. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105063>
6. *Vidpusk retsepturnykh likiv za e-retseptom - roziasnennia dlia farmatsevtiv*. (2023). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. <https://moz.gov.ua/uk/vidpusk-recepturnih-likiv-za-e-receptom-%E2%80%93-roz%CA%BCjasnennja-dlja-farmacevtiv>
7. Rea, L. M., & Parker, R. A. (1992). *Designing and conducting survey research*. Jossey-Bass.
8. Bilgener, E., & Bulut, S. (2021). Evaluation of electronic prescriptions in Turkey: A community pharmacy perspective. *Health Policy and Technology*, 10(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.11.003>
9. Grossman, J. M., Cross, D. A., Boukus, E. R., & Cohen, G. R. (2012). Transmitting and processing electronic prescriptions: Experiences of physician practices and pharmacies. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(3), 353–359. <https://doi.org/10.1136/amiainl-2011-000515>
10. Hammar, T., Nyström, S., Petersson, G., Rydberg, T., & Åstrand, B. (2010). Swedish pharmacists value ePrescribing: A survey of a nationwide implementation. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 1(1), 23–32. <https://doi.org/10.1211/jphsr.01.01.0012>
11. Tereschenko, L. V., Korzh, I. V., Tereschenko, O. S., Volkova, A. V., & Afanasenko, O. V. (2024). The assessment of the state of prescription dispensing by pharmacists in the context of the electronic prescription introduction in Ukraine. *Social Pharmacy in Health Care*, 10(2), 54–62. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.24.319>
12. Koval, V. M., Kryvoviaz, O. V., & Mykhalevych, V. M. (2024). Analiz trudnoshchiv vidpusku likarskykh zasobiv za elektronnyimi retseptami. *Farmatsevtichniy chasopys*, (4), 64–72. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2024.4.14933>
13. Grammatikopoulou, M., Lazarou, I., Giannios, G., Kakalou, C. A., Zachariadou, M., Zande, M., Karanikas, H., Thireos, E., Stavropoulos, T. G., Natsiavas, P., Nikolopoulos, S., & Kompatsiaris, I. (2024). Electronic prescription systems in Greece: A large-scale survey of healthcare professionals' perceptions. *Archives of Public Health*, 82, 68. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01304-6>

Внесок авторів:

У. В. Хомут: ідея, дизайн дослідження, збір та аналіз інформації, участь у написанні статті, узагальнення результатів.

І. О. Федяк: ідея, участь у написанні статті, корекція статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Подяки. Висловлюємо вдячність усім учасникам анкетування.

Відомості про авторів:

У. В. Хомут, аспірантка кафедри судової медицини, медичного та фармацевтичного права, Івано-Франківський національний медичний університет, Україна (<https://orcid.org/0000-0002-7704-340X>). E-mail: khomul@ifnmu.edu.ua

І. О. Федяк, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри судової медицини, медичного та фармацевтичного права, Івано-Франківський національний медичний університет, Україна (<https://orcid.org/0000-0002-9578-3719>). E-mail: ifediak@ifnmu.edu.ua

Information about the authors:

U. V. Khomut, Postgraduate Student of the Department of Forensic Medicine, Medical and Pharmaceutical Law, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-7704-340X>). E-mail: khomul@ifnmu.edu.ua

I. O. Fediak, PhD in Pharmacy, Associate Professor of the Department of Forensic Medicine, Medical and Pharmaceutical Law, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-9578-3719>). E-mail: ifediak@ifnmu.edu.ua

Надійшла до редакції 12.05.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 17.06.2025 р.

Взято до друку 23.06.2025 р.

УДК 174.4:615.1/.9:001.895:614.2:303.62

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.361>

І. П. Стечишин, А. І. Дуб, Ю. В. Семенчук

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, УкраїнаE-mail: dub_aih@tdmu.edu.ua

ВИВЧЕННЯ ПРАКСЕОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ЕТИКИ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ

Сучасна система охорони здоров'я ставить перед фармацевтами не лише завдання забезпечення споживачів якісними лікарськими засобами (ЛЗ), але й високі етичні вимоги щодо взаємодії з відвідувачами, лікарями та іншими учасниками медичного процесу. Важливим є належне виконання професійних обов'язків, що формують довіру до фармацевта. Значну роль відіграє праксеологічний підхід, який дозволяє систематизувати аспекти фармацевтичної етики.

Мета – дослідження праксеологічних аспектів фармацевтичної етики, що виявляються під час професійної діяльності фармацевтичних фахівців, обґрунтування їхнього значення для забезпечення якісної, етично обґрунтованої фармацевтичної допомоги, формування пацієнтоцентричної моделі обслуговування та запобігання професійним і етичним порушенням.

Матеріали та методи. Дослідження здійснювалося методом онлайн-анкетування працівників аптечних закладів (березень-травень 2025 року). Анкета містила паспортну та спеціальну частини із запитаннями відкритого і закритого типу. Кількість респондентів (304 особи) була визначена методом вибіркового спостереження (метод А. Н. Колмогорова). Опрацьовано відповіді працівників аптек з різних областей України. Застосовано методи статистичного аналізу, порівняння, графічної інтерпретації даних, а також логіко-етичне тлумачення результатів відповідно до положень Етичного кодексу фармацевтичного працівника України.

Результати та обговорення. Переважна більшість респондентів (97,3 %) керується інтересами споживача, демонструючи пацієнтоцентричність. Водночас 93,4 % визнають вплив комерційних стимулів. Лише 23,7 % завжди пропонують дешевший аналог, 75,0 % – тільки за запитом, що обмежує право споживача на вибір. Щодо комунікації з відвідувачами аптеки: 44,7 % завжди пояснюють спосіб застосування ЛЗ, 43,4 % – лише за запитом, 11,8 % – за можливості; регулярно ставлять уточнювальні запитання – 69,7 %; інформують про побічні ефекти ЛЗ – 78,9 %. Випадки системного відпуску рецептурних ЛЗ без рецепта не визнані, проте 28,9 % уникали прямої відповіді, водночас необхідність рецепта пояснюють 53,9 %, відмовляють у відпуску 17,1 %. Загалом виявлено значне розмежування між декларованими етичними нормами та реальними практиками у роботі респондентів, що свідчить про необхідність системного етичного супроводу та навчання.

Висновки. Більшість респондентів дотримуються базових етичних принципів – пацієнтоцентричності, відповідального інформування, запобігання шкоді. Водночас вплив фінансових стимулів та вибірковість у комунікації залишаються викликами, які потребують корекції через професійне навчання, тренінги з професійної етики та посилення самоконтролю.

Ключові слова: аптечна практика; етичні норми; інформована згода; конфлікт інтересів; лікарські засоби; пацієнтоцентричність; праксеологія; професійна відповідальність; рецептурний відпуск; фармацевтична етика.

I. P. STECHYSHYN, A. I. DUB, Y. V. SEMENCHUK

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine*E-mail: dub_aih@tdmu.edu.ua

THE STUDY OF PRAXEOLOGICAL ASPECTS OF PHARMACEUTICAL ETHICS IN THE PERFORMANCE OF PROFESSIONAL DUTIES

The modern healthcare system sets pharmacists not only the task of providing consumers with high-quality medicines, but also high ethical requirements in interactions with visitors, physicians, and other participants in the medical process. Proper performance of professional duties is essential for building trust in the pharmacist. A significant role is played by the praxeological approach, which allows us to systematize the aspects of pharmaceutical ethics.

Aim. To study the praxeological aspects of pharmaceutical ethics manifested during the professional activities of pharmacy specialists; to substantiate their importance for providing high-quality, ethically grounded pharmaceutical care, for the formation of a patient-centered service model, and the prevention of professional and ethical violations.

Materials and methods. The study was conducted via an online survey of pharmacy employees (March–May 2025). The questionnaire included demographic and specialized sections with open- and closed-ended questions. The number of respondents (304) was determined using the sample observation

method (A. N. Kolmogorov's method). Responses of pharmacy workers from different regions of Ukraine were analyzed. Methods of statistical analysis, comparison, graphical data interpretation, as well as logical and ethical interpretation of results in accordance with the provisions of the Code of Ethics of the Pharmaceutical Worker of Ukraine were applied.

Results and discussion. The overwhelming majority of respondents (97.3 %) are guided by consumer interests, demonstrating patient-centricity. At the same time, 93.4 % recognize the impact of commercial incentives. Only 23.7 % always offer a cheaper analog, while 75.0 % do so only upon request, thereby limiting the consumer's right to choose. Regarding communication with pharmacy visitors: 44.7 % always explain the way of drug administration, 43.4 % – only upon request, and 11.8 % – when possible; 69.7 % regularly ask clarifying questions; 78.9 % provide information on adverse drug reactions. No cases of systematic dispensing of prescription medicines without a prescription were reported, although 28.9 % avoided a direct answer. The necessity of a prescription is explained by 53.9 % of pharmacists, while 17.1 % refuse dispensing. In general, there is a significant difference between the declared ethical norms and the actual practices of respondents, indicating the need for systematic ethical support and continuous training.

Conclusions. Most respondents adhere to basic ethical principles – patient-centricity, responsible information provision, and harm prevention. At the same time, the impact of financial incentives and selectivity in communication remain challenges requiring correction through professional training, ethics workshops, and increased self-control.

Keywords: pharmaceutical ethics; praxeology; professional responsibility; patient-centricity; informed consent; medicinal products; pharmacy practice; prescription dispensing; ethical standards; conflict of interest.

Вступ. У всі часи працівники медицини та фармації були носіями найкращих людських якостей [1]. Багато лікарів старого світу були філософами і творцями суспільних норм та етичних принципів. На основі праць Гіппократа медицина одержала «Клятву Гіппократа», яка стала фундаментальною для професійної діяльності. Проте Раннє середньовіччя відмежовує лікарську діяльність від фармацевтичної. З'являються перші аптеки та фармацевти, які закономірно теж потребують динамічного розвитку етичних правил своєї діяльності. Етику, як живий організм, неможливо обмежити певним рамками. Вона, як відображення розвитку суспільства, постійно оновлюється. У 20 столітті А. Швейцер, пропагуючи любов до всього живого, висунув твердження, що «етика є безмежною відповідальністю за все, що живе». Результати еволюційного розвитку етики як науки, що виявляються у її здатності адаптуватися до сучасних викликів і відображати багатовимірність етичних підходів, знайшли своє відображення в Етичному кодексі фармацевтичних працівників України (далі – Кодекс) [2].

Сучасний Кодекс відображає морально-професійну суть фармацевтичної діяльності та стимулює фармацевта відповідати сучасним стандартам професійної етики, європейським підходам та національному контексту. З-поміж основних цінностей Кодексу є повага до гідності та прав споживача, професійна компетентність, етична взаємодія з колегами та медичними працівниками,

дотримання законодавства та професійних стандартів, чесність та доброчесність, гуманізм і милосердя, соціальна відповідальність. Основоположною цінністю виступає здоров'я та благо споживача.

З одного боку, перелічені цінності є базою у професійній діяльності фармацевтичного працівника відповідно до морально-етичних принципів. Проте, з іншого боку, сучасний фармацевт потрапляє у вир дилеми «етика – прибуток», що зазвичай пропонує складний вибір не на користь відвідувача аптеки. Безкінечний стан вибору між етичними принципами та вимогами керівництва, які спрямовані на прибуток, впливають на ціннісні якості ефективної та професійної відповідальної поведінки фармацевта на практиці.

Ефективність та результативність професійної діяльності фармацевта можна проаналізувати з позиції праксеології, яка розглядає якісні характеристики дій спеціаліста у контексті їхньої оптимальності та доцільності. Наука, яка інтенсивно розвивалася у Польщі завдяки зусиллям Тадеуша Котарбінського, а в Україні – Євгена Слуцького [3], оперує факторами, що впливають на процес успішної діяльності фармацевта [4].

Праксеологія була центром думки Котарбінського. Роздуми над людською діяльністю, удосконалення її роботи, досягнення запланованого ефекту – це елементи праксеологічних припущень [5]. Вони не лише містять теоретичний вимір, але й мають застосовуватися у професійній практиці.

Схема праксеологічних дій, окреслена Котарбінським, також функціонує в роботі фармацевта. Для досягнення запланованої мети необхідний суб'єкт дії (фармацевт) та робота, яку він виконує.

Пошук цінностей і тривалих етичних основ є невід'ємною рисою сучасної людини. Це особливо важливо в роботі фармацевта, чия поведінка не може суперечити нормам, викладеним, наприклад, у Кодексі. Достовірність фактів та наукових доказів є основним орієнтиром, на який спирається фармацевт для ефективного виконання своїх професійних обов'язків, визначених посадовими інструкціями, а також етичними стандартами. Окрім аспекту наукових знань, необхідною умовою також є етичний аспект, що створює умови для цілісного підходу до споживача, який є психосоматичною єдністю. Професійні дії, що розглядають споживача лише як «хвору сутність» або клієнта, потреби якого мають бути задоволені з користю, являють собою заперечення того, що є суттю роботи фармацевта – допомоги людині, яка цього потребує. Тому дослідження праксеологічних маркерів фармацевтичної етики є важливим кроком до вдосконалення якості фармацевтичної допомоги та підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я загалом.

Останнім часом активізувалися дослідження, присвячені осмисленню професійної фармацевтичної етики крізь призму праксеологічного підходу. Під впливом ринкових трансформацій та соціальних викликів зростає актуальність проблеми гармонізації етичних і професійно-ефективнісних засад діяльності фармацевта, особливо в контексті дилеми «етика – прибуток», яка часто стає реальністю щоденної практики.

Зокрема, Самборський О. С. та співавт. акцентують увагу на розриві між задекларованими етичними стандартами та реальними практиками під час відпуску ЛЗ. Автори відзначають брак системного етичного супроводу та необхідність удосконалення професійної ідентичності фармацевта через навчання і внутрішні цінності [6].

Аналіз стану реалізації державних програм у сфері забезпечення доступності ЛЗ, проведений А. С. Немченко і співавт., виявив основні етичні й практичні бар'єри, пов'язані

з дотриманням стандартів під час взаємодії медичних і фармацевтичних фахівців зі споживачами. Дослідження підкреслює важливість урахування етичного компонента у розробленні та реалізації програм лікарського забезпечення [7].

О. П. Півень та співавт., досліджуючи ефективність маркетингових підходів у роботі аптечних закладів, вказують на важливість не лише економічних показників, а й соціальної відповідальності фармацевта. Науковці акцентують на потребі балансування між прибутковістю діяльності та якісним етичним сервісом [8].

Зарубіжні джерела також підтримують необхідність візуалізації етичного компонента у професійній діяльності через інструменти сервісного дизайну. Так, D. A. Holdford пропонує використовувати схеми обслуговування для поліпшення етичних стандартів комунікації зі споживачами [9].

Крім того, увага приділяється праксеологічному виміру професійної діяльності фармацевта, заснованому на працях Т. Котарбінського. Сучасні дослідження демонструють актуальність ефективного досягнення мети через морально орієнтовану працю, що водночас відповідає науковим, правовим та етичним критеріям [10].

Незважаючи на наявність окремих досліджень, комплексний підхід до вивчення праксеологічних маркерів фармацевтичної етики в контексті відпуску ЛЗ потребує подальших досліджень. Особливо актуальними є питання впливу комерційних інтересів аптечних мереж та фармацевтичних компаній на професійну діяльність фармацевтів, а також ефективність тренінгів з етичних питань у зміні практичних навичок. Ці аспекти потребують детального аналізу та розроблення рекомендацій для удосконалення етичної складової фармацевтичної практики.

Отже, наукова дискусія з теми фармацевтичної етики набуває мультидисциплінарного характеру, інтегруючи знання з праксеології, етики, соціальної фармації та управління, що дозволяє сформувати нову якість фармацевтичної допомоги.

Мета – дослідження праксеологічних аспектів фармацевтичної етики, що виявляються під час професійної діяльності

фармацевтичних фахівців, обґрунтування їхнього значення для забезпечення якісної, етично обґрунтованої фармацевтичної допомоги, формування пацієнтоцентричної моделі обслуговування та запобігання професійним і етичним порушенням.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідженні як праксеологічні маркери фармацевтичної етики було проаналізовано низку показників, що характеризують практичні аспекти професійної діяльності фармацевта. Зокрема вивчалися особливості комунікативної етики (частота виявлення емпатії, уникнення непрофесійних висловлювань, повнота пояснення інструкції застосування ЛЗ), прояви пацієнтоорієнтованості (готовність ставити уточнювальні запитання щодо стану здоров'я споживача перед відпуском безрецептурних ЛЗ, надання інформації про дешевші аналоги з власної ініціативи), а також етичність професійних рішень у ситуаціях сумнівного призначення ЛЗ. Окрему увагу приділено оцінці впливу фінансової вигоди на рекомендації, ставленню до конфіденційності та меж доступу до медичної документації пацієнта, а також способам ухвалення рішень за відсутності чітких етичних або юридичних вказівок (орієнтація на совість, консультація з колегами чи звернення до нормативних документів). Такий підхід дозволив комплексно оцінити практичні орієнтири дотримання фармацевтичної етики у щоденній діяльності.

Анкетний збір даних працівників аптечних мереж фармацевтичної галузі проводився за допомогою Google-форми. Запитання для анкети були сформовані на основі методичних рекомендацій «Організація соціологічних опитувань споживачів / їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я» [11]. Опитувальник створено з двох частин: 9 питань паспортної частини відображають дані про респондентів, а 22 запитання спеціальної частини – дані, що стосуються професійної етики. Запитання в опитувальнику були відкритого та закритого типів з вибором однієї відповіді. Часові межі проведення дослідження – березень-травень 2025 року. Необхідну кількість респондентів було визначено за формулою вибіркового спостереження за методом А. Н. Колмогорова [12].

В опитуванні взяли участь 304 респонденти, що забезпечує достатній рівень репрезентативності одержаних результатів. З опитаних, за аналізом першого блоку питань, працівників аптечних закладів з Тернопільської області було 36,8 %, Хмельницької – 21,1 %, Львівської – 14,5 %, Рівненської – 11,8 %, Волинської – 6,6 %. Так, працівниками аптек в основному є жінки (86,2 %), віком до 40 років (85,9 %) у мережі аптек «Подорожник / БАМ» (39,5 %), в аптеках приватної форми власності (14,5 %), мережі аптек «АНЦ» (7,9 %), мереж аптек «3І» та «Бажаємо здоров'я» (по 6,6 % кожна). Найвищий відсоток опитаних становили асистенти фармацевта (51,3 %), фармацевтами працюють 22,4 %, завідувачами аптек – 15,8 %, консультантами торгового залу та дефектарями – по 4,6 %. Розподіл респондентів за освітньо-кваліфікаційним рівнем представлений таким чином: 46,4 % отримали диплом молодшого спеціаліста/бакалавра, 44,4 % – спеціаліста/магістра, 9,2 % – без спеціальної освіти. З-поміж респондентів переважають працівники зі стажем роботи до 5 років (19,7 %). Найменше респондентів було зі стажем 20-30 років (7,9 %) та понад 30 років (4,9 %). Одним з ключових критеріїв професійного портрета фармацевтичного працівника є його постійне прагнення до підвищення кваліфікації та оновлення знань. Згідно з чинним законодавством новим підходом до безперервного професійного розвитку (БПР) фармацевтичних працівників передбачено обов'язок щорічно набирати певну кількість балів (наприклад, через участь у семінарах, тренінгах, конференціях, онлайн-курсах, публікації та інші освітні активності). Як показали результати опитування (рис. 1), більше половини респондентів постійно вдосконалюють свої знання у професійній сфері, 35,5 % роблять це раз на кілька місяців. Відповіді на кшталт «раз на рік» чи «рідко», ймовірно, відображають участь у формалізованих курсах підвищення кваліфікації, тоді як регулярний саморозвиток не завжди був врахований респондентами у відповідях. Натомість відповіді «раз на рік» чи «рідко» можуть свідчити про орієнтацію лише на обов'язкові курси підвищення кваліфікації, але вони вже не відображають сучасних вимог до системного

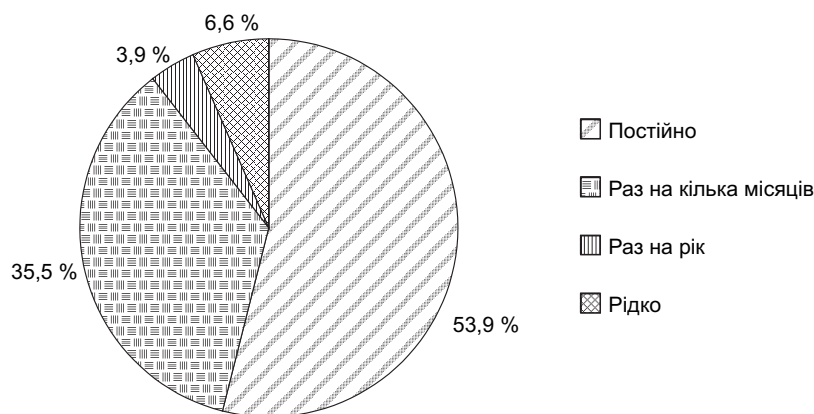


Рис. 1. Частота вдосконалення професійних знань фармацевтичними працівниками за результатами опитування

безперервного навчання. Отримані результати опитування добре ілюструють те, що частина респондентів уже відповідає новій парадигмі БПР (постійне навчання), а інша частина поки що дотримується старої моделі (епізодичні курси раз на кілька років).

Результати дослідження та їхнє обговорення. Аналізуючи спеціальну частину анкети було встановлено, що респонденти завжди (52,6 %) або часто (44,7 %) керуються виключно інтересами споживача під час ухвалення рішення щодо відпуску ЛЗ (рис. 2), що свідчить про високий рівень дотримання основного етичного принципу – пріоритету добробуту споживача. Це відповідає пунктам 2.1 та 3.1 Кодексу («Фармацевтичний працівник діє в інтересах споживача, надаючи об'єктивну, повну та достовірну інформацію щодо ЛЗ»; «Споживач є головною цінністю фармацевтичної діяльності») [2].

Втім, все ж таки наявність кількох респондентів, які рідко ставлять інтереси

споживача вище власних, є тривожним сигналом. Це може свідчити про можливе порушення принципів професійної відповідальності й неупередженості та про ризики конфлікту інтересів, наприклад, у випадках комерційного впливу або особистої вигоди. Це суперечить, зокрема, пунктам 2.4 та 3.4 Кодексу («Фармацевтичний працівник має уникати ситуацій, які можуть викликати конфлікт інтересів між професійним обов'язком і особистою вигодою»; «Необхідно зберігати об'єктивність при виборі засобів фармакотерапії») [2]. Обнадійливим фактом є відсутність відповіді «ніколи». Більшість респондентів тією чи іншою мірою враховують інтереси споживача. Це може трактуватися як етичне ядро, яке присутнє навіть у найменш відповідальних фахівців.

Як відомо, Кодекс чітко забороняє керуватись особистою вигодою у рекомендаціях споживачам, наголошуючи на тому,

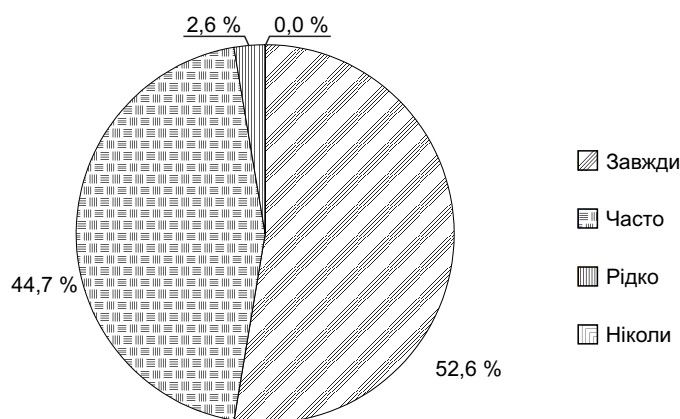


Рис. 2. Розподіл відповідей респондентів щодо дотримання ними принципу пацієнтоцентричності в аптечній практиці

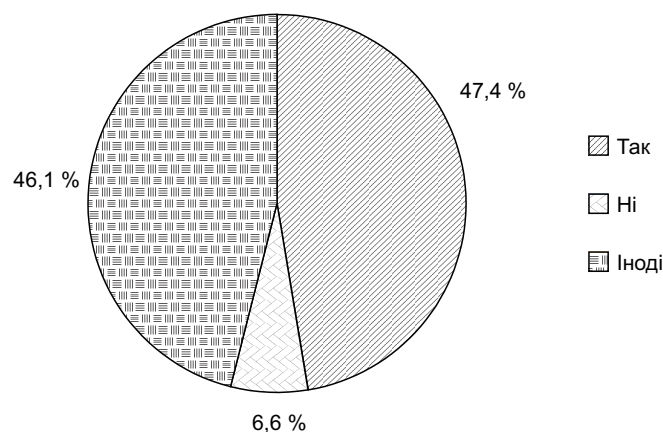


Рис. 3. Відповіді респондентів щодо впливу фінансової вигоди на вибір ЛЗ для рекомендації споживачам

що основою має бути благо споживача (п. 4.2 «Фармацевт має керуватися інтересами споживача, а не комерційними міркуваннями») [2]. Проте лише 6,6 % опитаних не керуються у рекомендаціях ЛЗ бонусами та акціями (рис. 3), водночас 93,4 % респондентів (відповіді «так» та «іноді») визнають вплив фінансової мотивації, що суперечить етичним принципам і викликає серйозні занепокоєння.

Разом з тим 75,0 % фармацевтів рекомендують дешевший варіант лише за прямим запитом (рис. 4), що обмежує право споживача на обізнане рішення (п. 4.5 Кодексу «Фармацевт зобов'язаний інформувати споживача про наявні альтернативи ЛЗ з урахуванням ефективності, безпеки та фінансових можливостей споживача») [2] та яскраво відображає вплив комерційних інтересів або брак належного навчання щодо прав споживача, що суперечить Кодексу. Лише чверть фармацевтів (23,7 %) дотримуються принципу пріоритетності інтересів

споживача, пропонуючи йому доступніший за ціною аналог ЛЗ.

Те, що 44,7 % фармацевтів завжди пояснюють спосіб застосування ЛЗ (рис. 5), свідчить про якісну фармацевтичну опіку та дотримання основних принципів Кодексу, зокрема п. 3.2 «Фармацевтичний працівник зобов'язаний забезпечити споживача повною, точною і зрозумілою інформацією щодо застосування ЛЗ, їх можливих побічних ефектів та взаємодій» [2]. Ця поведінка формує довіру споживачів, попереджає помилки в самолікуванні та сприяє ефективності терапії.

43,4 % респондентів зазначили, що надають пояснення «за запитом споживача» (рис. 5). Такий формальний підхід, хоч і не є порушенням, проте не відповідає стандартам, закріпленим у Кодексі, та створює ризик для етики. Споживач не завжди має достатні знання або впевненість, щоб поставити запитання. Саме фармацевт має ініціативно передавати ключову інформацію,

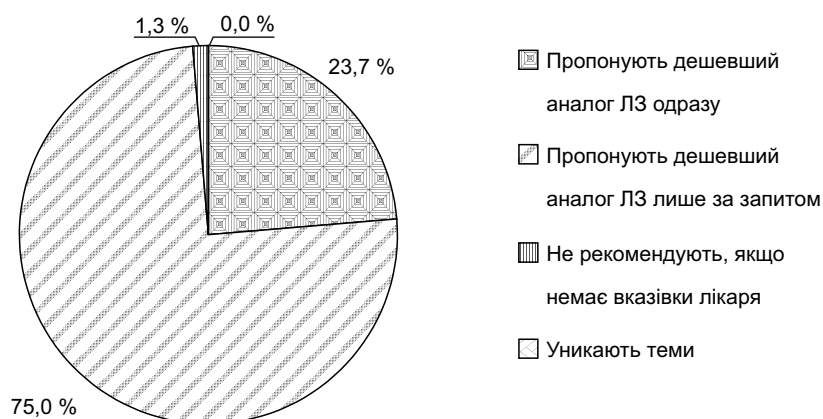


Рис. 4. Дії фармацевтів щодо рекомендації дешевшого аналога ЛЗ

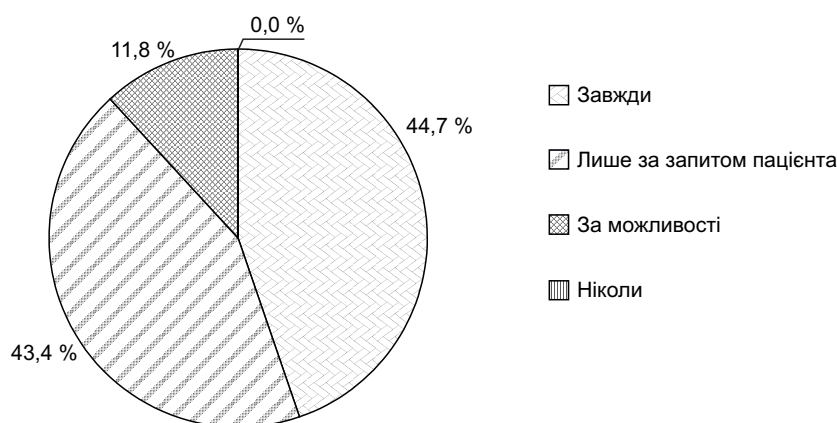


Рис. 5. Відповіді респондентів щодо інформування споживачів про спосіб застосування ЛЗ

а не лише реагувати на запити. Це частково суперечить п. 2.2 Кодексу «Фармацевт несе професійну відповідальність за повноту і доступність наданої інформації» [2]. Водночас варто врахувати, що в Україні фармацевтична опіка наразі не закріплена як обов'язковий стандарт. Однак міжнародні документи, зокрема Good Pharmacy Practice (GPP), а також національні протоколи фармацевта підкреслюють необхідність активної комунікації з пацієнтом і надання повної та зрозумілої інформації, що відповідає принципам належної фармацевтичної практики [13-14].

Гнучкий, але небезпечний варіант обирають 11,8 % опитаних, надаючи інформацію «за можливості» (рис. 5), що вказує на залежність професійної поведінки від зовнішніх обставин (навантаження, черга, ресурси). Хоча людський фактор та складні обставини слід враховувати, фармацевт зобов'язаний дотримуватися базових етичних вимог і надавати споживачу хоча

б найнеобхіднішу інформацію для безпечного та раціонального використання ЛЗ (спосіб застосування, дози, можливі ризики).

Наступним запитанням анкети було з'ясування практики відповідального відпуску ЛЗ, що розглядається як важливий елемент фармацевтичної опіки і водночас свідчить про дотримання етичних принципів професійної діяльності фармацевта, спрямованих на захист прав споживача та гарантування раціональності фармакотерапії (рис. 6). Позитивним аспектом є те, що 78,9 % фармацевтів вважають своїм обов'язком пояснювати можливі побічні ефекти ЛЗ, що є свідченням дотримання одного з основоположних етичних принципів (п. 3.2 Кодексу «Фармацевт зобов'язаний надати споживачеві повну інформацію про ЛЗ, включаючи можливі побічні реакції, взаємодії та ризики») [2]. Це підкреслює пріоритет інтересів та безпеки споживача у професійній діяльності фармацевтів.

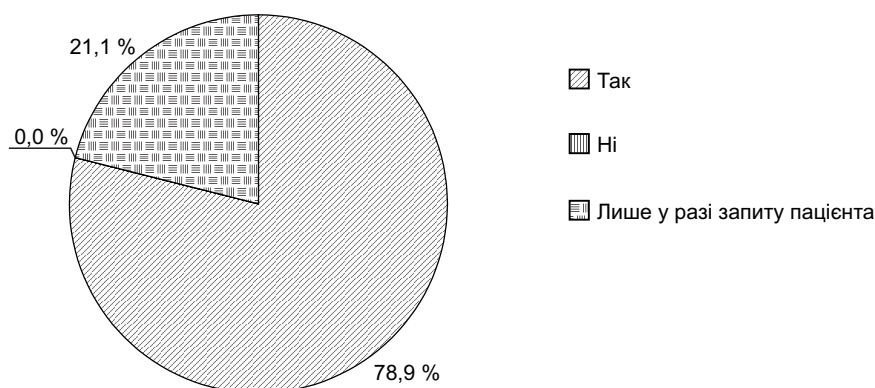


Рис. 6. Позиція фармацевтів щодо необхідності повідомлення споживача про потенційні побічні ефекти ЛЗ

Водночас відсутність рішучого заперечення є дуже важливим сигналом. Факт, що жоден респондент не вибрав відповідь «ні», означає, що навіть ті, хто не завжди інформує споживачів про побічні ефекти, не заперечують своєї відповідальності у цьому питанні. Результати віддзеркалюють усвідомлення обов'язку належного відпуску ЛЗ, хоч і з різним ступенем його реалізації на практиці. Хоча більшість фармацевтів демонструє етичну відповідальність, 21,1 % респондентів, ймовірно, не надають таку інформацію систематично. Ці результати перегукуються з результатами про уточнювальні запитання щодо стану здоров'я перед відпуском ЛЗ (рис. 7). Водночас 30,3 % фармацевтів зізналися, що ставлять уточнювальні запитання лише іноді. Така поведінка суперечить профілактичній функції фармацевта, закладеній у Кодексі, і сприяє порушенню виконання його професійних обов'язків. Це може бути зумовлено як браком часу або навантаженням, побоюванням викликати тривогу у споживача, так і відсутністю належної комунікативної підготовки. Проте жодна з цих причин не знімає з фармацевта етичної відповідальності за дії, пов'язані з відпуском ЛЗ.

Демонстрація активної позиції працівників аптек (рис. 7) в наданні фармацевтичної опіки (69,7 % респондентів), коли споживач не просто отримує ЛЗ, а й професійну консультацію, сприяє правильному та безпечному застосуванню ЛЗ.

У Кодексі немає прямого переліку технічних чи правових правил щодо відпуску рецептурних ЛЗ, однак там чітко закріплені

етичні принципи, що регламентують дії фармацевта під час відпуску ЛЗ за рецептом лікаря. З-поміж основних положень, які безпосередньо чи опосередковано стосуються відпуску рецептурних ЛЗ, є відповідальність за порушення чинного законодавства з позиції професійної етики, обов'язок переконатися в наявності обґрунтованого призначення (рецепта) як одного з ключових запобіжників неконтрольованого лікування тощо (пп. 1.3, 2.2, 2.4, 3.1, 4.1) [2].

Відсутність відповіді «відпускаю без рецепта» (рис. 8) у результатах опитування не применшує уваги до гостроти проблеми. На практиці рецептурні ЛЗ інколи відпускаються без наявності рецепта, що залежить від фармакотерапевтичної групи та інших факторів. Такий вибірковий відпуск, ймовірно, стосується переважно антибіотиків, гормональних, серцево-судинних та проти-вірусних ЛЗ і створює неприпустиму ситуацію, що передбачає професійну відповідальність фармацевта. Пояснюють необхідність рецепта 53,9 % і відмовляють у відпуску 17,1 % опитаних.

Для оцінки взаємовідносин з медичними працівниками було запропоновано декілька запитань. У разі неправильного призначення лікарем ЛЗ (якщо виявляють помилку в рецепті) (рис. 9) лише 23,7 % опитаних повідомляють лікаря і 11,8 % консультуються з ним у разі сумнівів щодо призначених ЛЗ (рис. 10). Для висвітлення цього питання було запропоновано відповіді: «так, завжди», «іноді», «не маю такої можливості» та «ніколи». Насторожує, що 7,9 та 3,9 % фармацевтів ніколи не співпрацюють

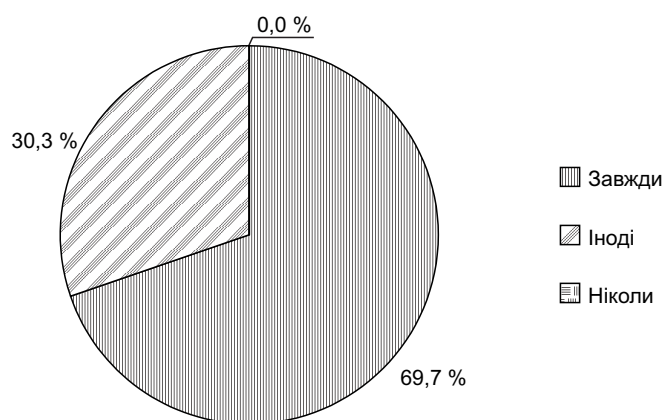


Рис. 7. Відповіді респондентів щодо використання уточнювальних запитань під час відпуску безрецептурних ЛЗ

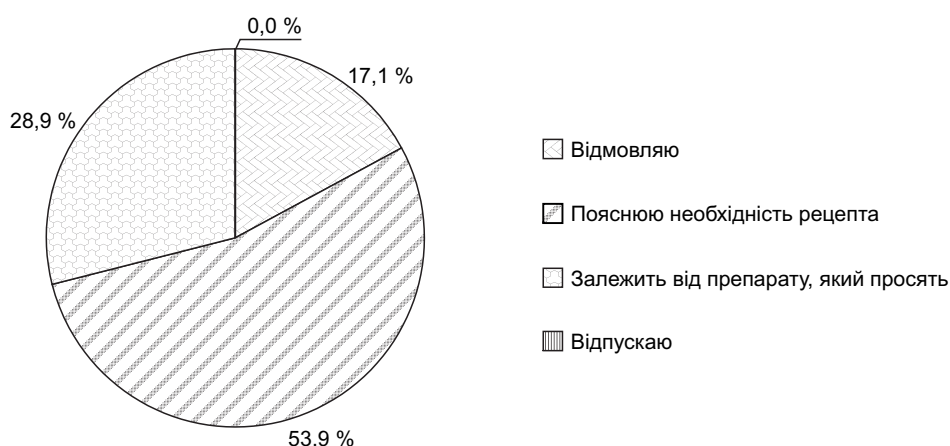


Рис. 8. Розподіл відповідей фармацевтів на запити пацієнтів щодо відпуску рецептурних ЛЗ без рецепта

з лікарями, а 42,1 та 50,0 % (рис. 9 та 10 відповідно) не мають такої можливості навіть за бажання. Відсутність комунікації між двома ланками лікувального процесу може негативно впливати на фармацевтичну опіку та надання пацієнту якісної медичної допомоги.

Якщо в рецепті зазначено ЛЗ, який працівник аптечного закладу вважає неефективним або застарілим (рис. 11), 69,7 % фармацевтів повідомляють споживачу та пропонують альтернативу, тоді як 28,9 % виконують призначення без заміни ЛЗ.

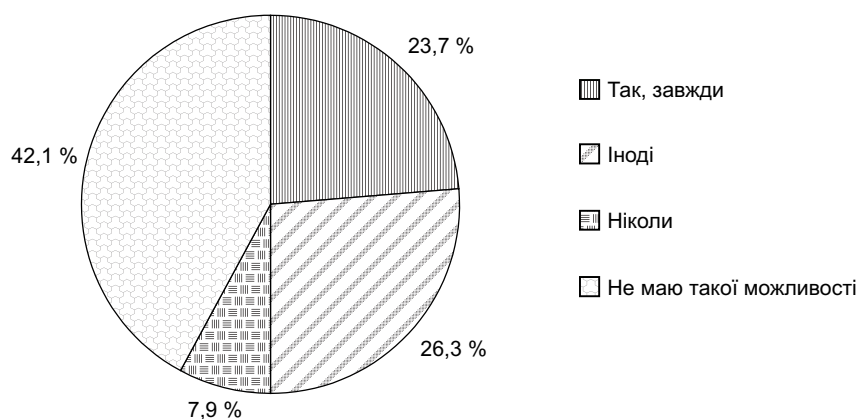


Рис. 9. Дії респондентів у разі виявлення помилок у рецептах: частота повідомлення лікаря

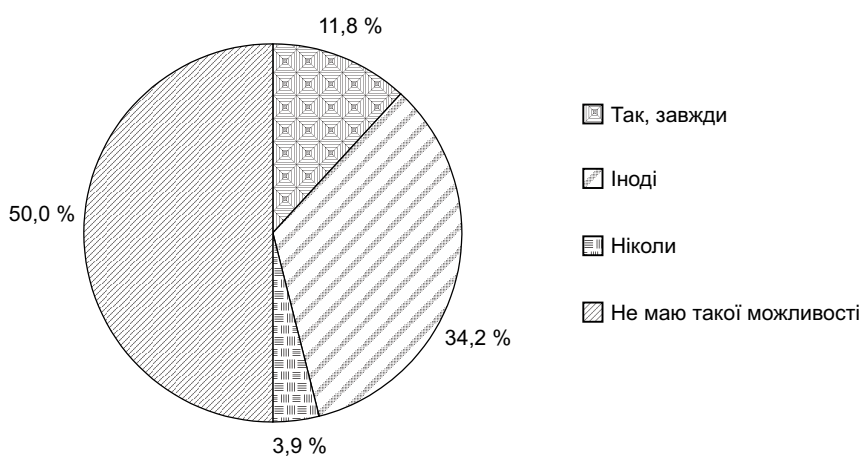


Рис. 10. Відповіді респондентів щодо консультацій з лікарями у разі сумнівів щодо призначених ЛЗ

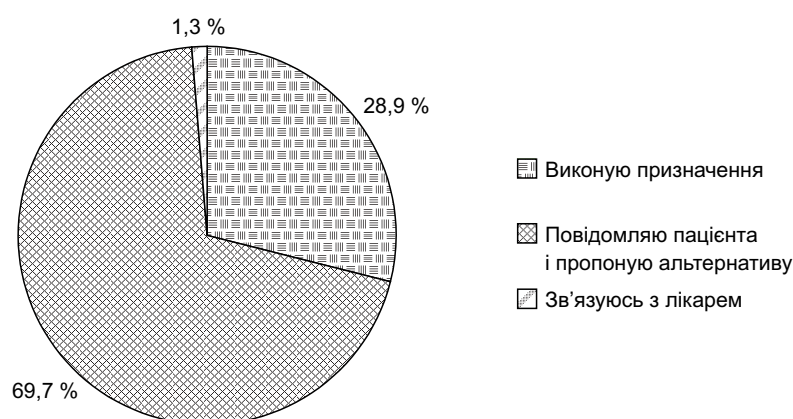


Рис. 11. Ставлення респондентів до призначень застарілих ЛЗ: варіанти реагування в практичній діяльності

69,7 % фармацевтів повідомляють споживачам про сумніви щодо призначених ЛЗ (рис. 11). Такі дії відповідають Кодексу, оскільки демонструють професійну турботу, виконують функцію фармацевтичного нагляду, попереджають можливі ризики неефективного лікування. Важливо, щоб така поведінка не суперечила лікарському призначенню без належної комунікації з лікарем, оскільки «Фармацевт зобов'язаний підтримувати конструктивні, поважні відносини з лікарями, сприяти узгодженості дій у лікуванні споживачів» (п. 4.3 «Співпраця з іншими медичними працівниками» та п. 4.4 «Межі професійної компетенції»). Фармацевт має право надати альтернативу, але не має права змінювати призначення без згоди лікаря чи без нагальної потреби (наприклад, відсутність ЛЗ, ризик для

життя). У дослідженні лише 1,3 % фармацевтів повідомили, що зв'язуються з лікарем, що свідчить про низький рівень міжпрофесійної взаємодії, передбаченої Кодексом, та може негативно впливати на довіру споживачів до медичної команди [2].

Для визначення частоти ґрунтовного пояснення інструкції щодо застосування ЛЗ було запропоновано оцінну шкалу діапазоном 0–5, де респонденти могли обрати варіант, що відображатиме найбільш достовірнішу частоту такого плану консультації (рис. 12). 27,6 % респондентів оцінили на 4 і 5 балів, що підтверджує досить відповідальне ставлення до цього етичного обов'язку. Показово, що половина фармацевтичних фахівців в аптечних закладах регулярно пояснюють інструкцію (оцінили себе на 3). Проблемою є те, що близько 22,3 %

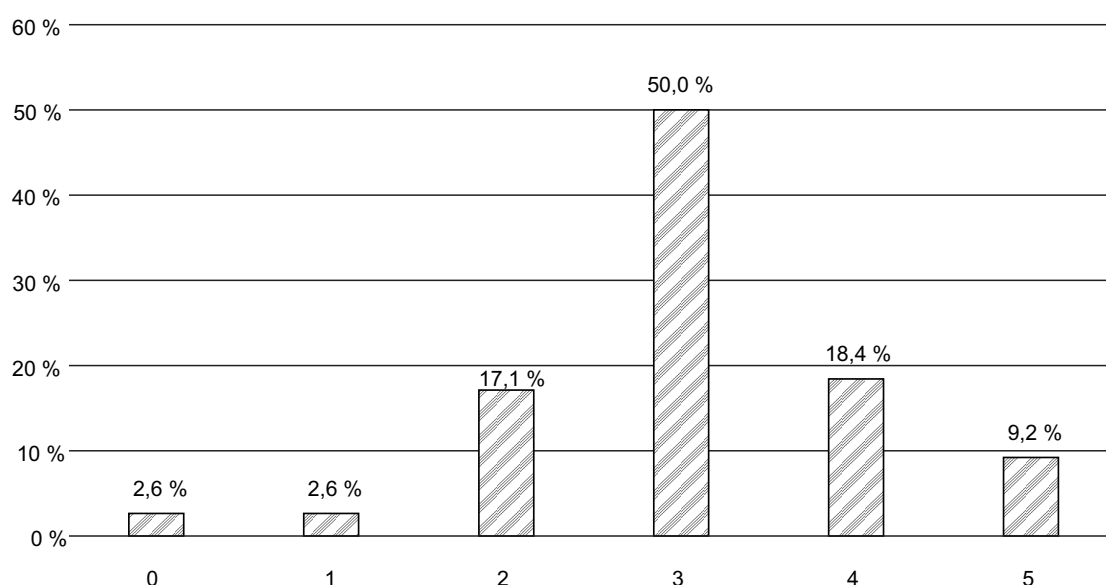


Рис. 12. Частота повного роз'яснення способу застосування ЛЗ працівниками аптечних закладів

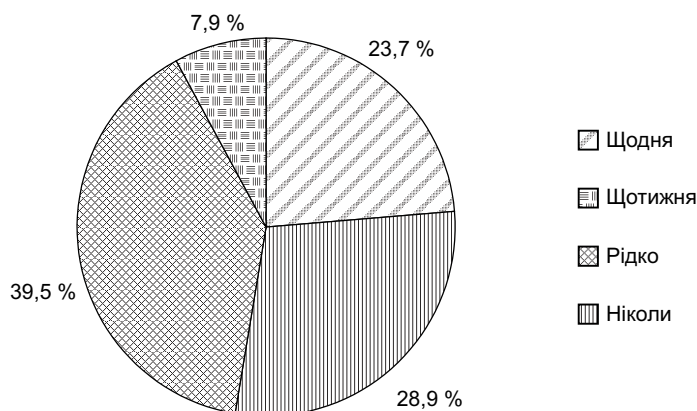


Рис. 13. Розподіл відповідей фармацевтів щодо виникнення етичних дилем під час виконання професійних обов'язків

(оцінки 0–2) не завжди дотримуються належних професійних стандартів комунікації з відвідувачем [13-14].

З позиції праксеології у професійній діяльності фармацевта праця має бути зосередженою на ефективності, доцільності та моральній виправданості дій фармацевта. Згідно з Кодексом кожна дія фахівця має бути не лише технічно правильною, але й спрямованою на благо споживача та суспільства. Такий підхід передбачає відповідальність за результати фармацевтичної опіки, дотримання принципів доказовості, гуманізму та безперервного професійного вдосконалення [2]. На підставі вищесказаного було запропоновано низку запитань з метою визначення обізнаності респондентів з етичними принципами відпуску ЛЗ.

Показово, що 92,1 % опитаних стикаються з етичними дилемами з різною періодичністю, проте 7,9 % не відчувають їх ніколи (рис. 13). Інтерпретуючи результати цього запитання з позиції Кодексу [2], можна

зробити висновок про високий рівень етичної свідомості з-поміж більшості фармацевтів. Той факт, що переважна більшість фармацевтів відчувають етичні дилеми, свідчить про високу моральну чутливість й усвідомлення професійної відповідальності.

З іншого боку, відсутність етичної чутливості у 7,9 % респондентів викликає занепокоєння (рис. 13). Варіанти обґрунтувань такої поведінки можуть коливатися від недостатнього усвідомлення етичних аспектів професії до можливої низької рефлексії або ігнорування складних моральних ситуацій, що суперечить нормам професійної відповідальності, викладеним у Кодексі [2].

Цікавим є запитання щодо ухвалення рішення фармацевта у складних, неурегульованих ситуаціях (рис. 14), результати якого можна чітко інтерпретувати через призму Кодексу. У ситуаціях, коли немає чітких етичних або юридичних вказівок, фармацевти у 39,5 % консультуються з колегами (п. 4.3 Кодексу «Фармацевт має підтримувати

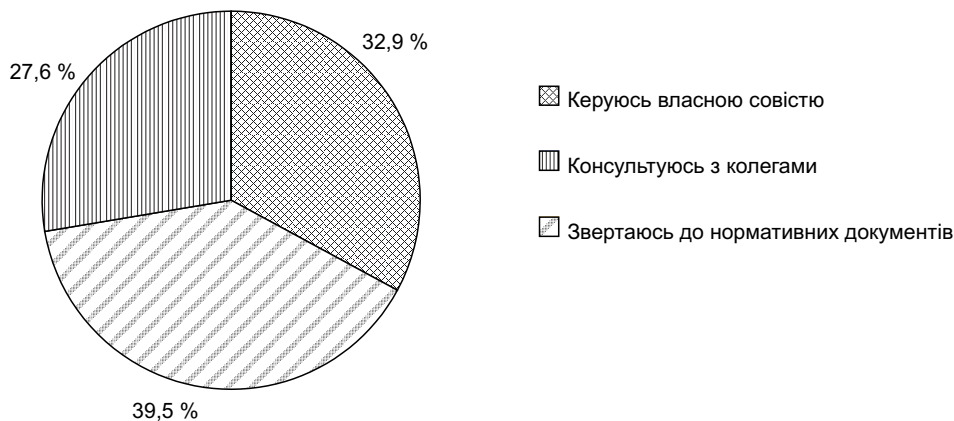


Рис. 14. Спосіб вирішення етичних дилем респондентами

колегіальні, партнерські взаємини з іншими працівниками охорони здоров'я» [2], що демонструє визнання професійної спільноти як джерела досвіду та етичної підтримки, готовність до колективної відповідальності, дотримання принципу міжпрофесійної взаємодії.

У 32,9 % випадків респонденти керуються власною совістю (рис. 15), що відповідає загальному етичному принципу автономії совісті (неформалізованому, але етично важливому), що свідчить про прояв особистої моральної відповідальності, проте така практика може бути небезпечна, якщо не підкріплена знанням етичних норм або юридичних меж, а рішення, засновані лише на совісті, можуть бути суб'єктивними і не завжди етично безпечними з погляду споживача. Тобто власна совість має бути орієнтована на норми професійної етики, а не замінювати їх.

Найбільш стабільна етична стратегія – це звернення до нормативних документів (п. 2.2 Кодексу) [2]. Проте її частка є відносно низькою (27,6 %) (рис. 15), що свідчить або про брак знань нормативної бази з-поміж фармацевтів, або про неефективну присутність етичних документів у щоденній практиці.

Більшість фармацевтів оцінюють власне дотримання етичних норм як високий або вищий за середній рівень (оцінили себе на рівні 7–10) (рис. 15), що свідчить про саморефлексію та здатність критично оцінювати свою поведінку, розуміння важливості етичної поведінки під час відпуску ЛЗ, що полягає у чесності, повазі до споживача, відповідальності за його безпеку.

Відсутність відповідей у діапазоні 0–3 і дуже низький відсоток з-поміж оцінок 4–6 (менше 7 %) (рис. 15) може свідчити про мінімальну самокритичність або відсутність відвертої саморефлексії. Незважаючи на високі оцінки, навіть деякі відповіді нижче 7 вказують на наявність етичних викликів у професійній практиці, що потребують періодичного перегляду стандартів, тренінгів з питань етики та розбору реальних ситуацій з моральною дилемою.

З метою дослідження уникнення непрофесійних висловлювань або оцінних суджень (рис. 16) ранжування проводилось за шкалою від 0 до 5, де 0 – ніколи не уникаю, а 5 – завжди уникаю. Більшість респондентів оцінили себе на рівні 4 (25,0 %) і 5 (22,4 %), що свідчить про високий рівень етичної саморегуляції з-поміж фармацевтів. Це узгоджується з принципами Кодексу,

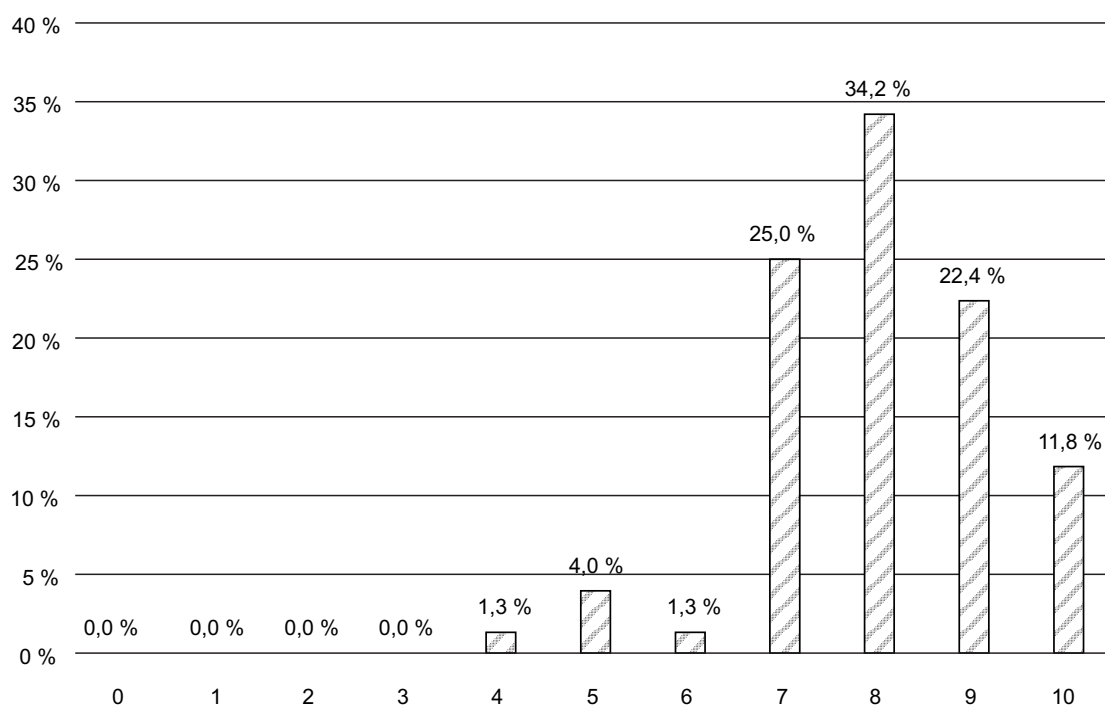


Рис. 15. Самооцінка фармацевтами рівня дотримання етичних норм під час відпуску ЛЗ

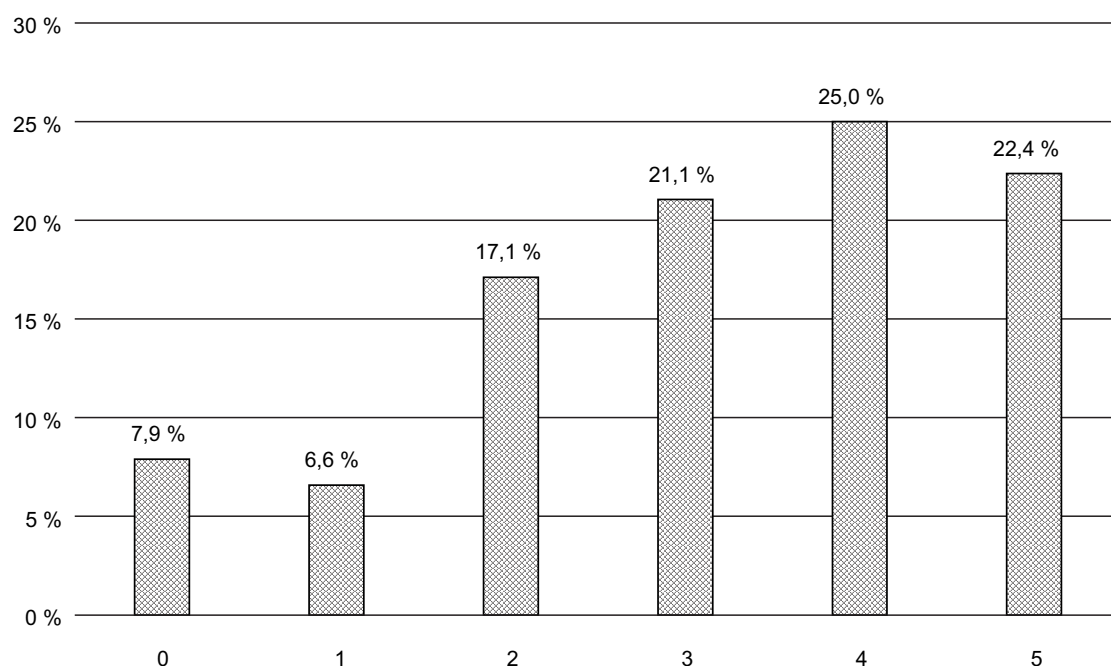


Рис. 16. Оцінки респондентів щодо дотримання ними етичних стандартів мовлення у фармацевтичній практиці

згідно з яким фармацевт повинен дотримуватись професійної мови, поваги до споживача та уникати суб'єктивних суджень [2].

7,9 % вказали «0», а ще 6,6 % – «1» (рис. 17), що може свідчити про наявність фахівців, які не надають належного значення професійній комунікації. Непрофесійна мова може впливати на довіру споживачів та репутацію фармацевтичної спільноти загалом, що є тривожним сигналом.

Частота прояву емпатії до споживачів – ще один фундаментальний праксеологічний маркер етики фармацевта, адже споживач очікує не лише ЛЗ, а й підтримки. 72,3 % респондентів оцінюють свою емпатійність на середньому або високому рівні (оцінки 3–5), що свідчить про позитивне ставлення до споживачів та бажання їх зрозуміти (рис. 17). Однак 27,7 % мають дуже низький рівень емпатії, що є етичним

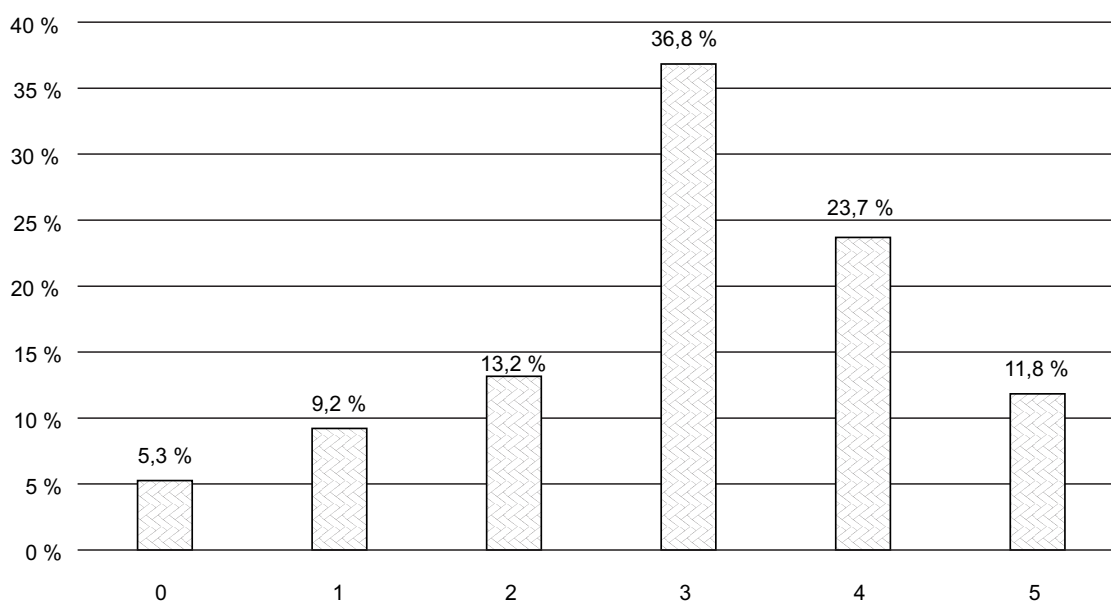


Рис. 17. Оцінки респондентів щодо власної емпатії під час взаємодії зі споживачами

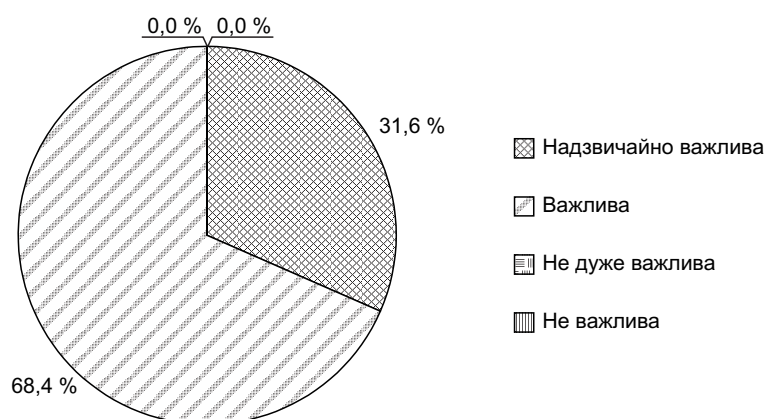


Рис. 18. Ставлення респондентів до ролі етики у виконанні професійних обов'язків

викликом. Можливо, це наслідок емоційного вигорання або браку комунікативних навичок.

Найбільш виражений результат з-поміж наведених діаграм стосується оцінки важливості етики у фармацевтичній діяльності (рис. 18). 100 % респондентів визнають важливість етики, що демонструє сформовану етичну культуру з-поміж працівників та визнання того, що етичні стандарти – це не абстрактні норми, а основа належної фармацевтичної допомоги.

Характерно, що 67,1 % респондентів вважають, що етичні стандарти в їхній практиці дотримуються належним чином (рис. 19). Такий результат узгоджується з вимогами Кодексу (п. 1.2 Дотримання принципів гуманізму, відповідальності та п. 2.1 Професійна поведінка як норма) та свідчить про високий рівень професійної етики, самодисципліни та особистої відповідальності [2].

Зоною для удосконалення виступає результат у 30,3 % («частково задоволені») (рис. 19). Опитані, можливо, мають етичні сумніви, дилеми або системні перешкоди, які заважають повністю реалізовувати етичні принципи. Варто виділити ймовірні причини, до яких можуть належати: недостатність знань і навичок з професійної етики та деонтології, зовнішній тиск (комерційний, адміністративний), внутрішні конфлікти між особистими переконаннями та вимогами роботодавця. Ця частина респондентів є основною для етичного розвитку системи, адже вони усвідомлюють необхідність дотримання стандартів обслуговування та, ймовірно, шукають способи їхнього поліпшення.

Згідно з результатами опитування (рис. 19) 2,6 % респондентів вважають свою етичну поведінку незадовільною. Наявність глибоких етичних конфліктів призводить

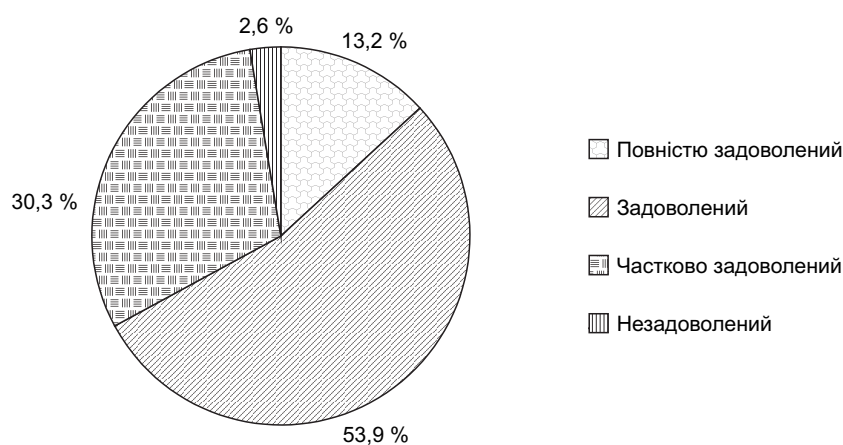


Рис. 19. Рівень задоволеності фармацевтів власною здатністю дотримуватись етичних стандартів у професійній діяльності

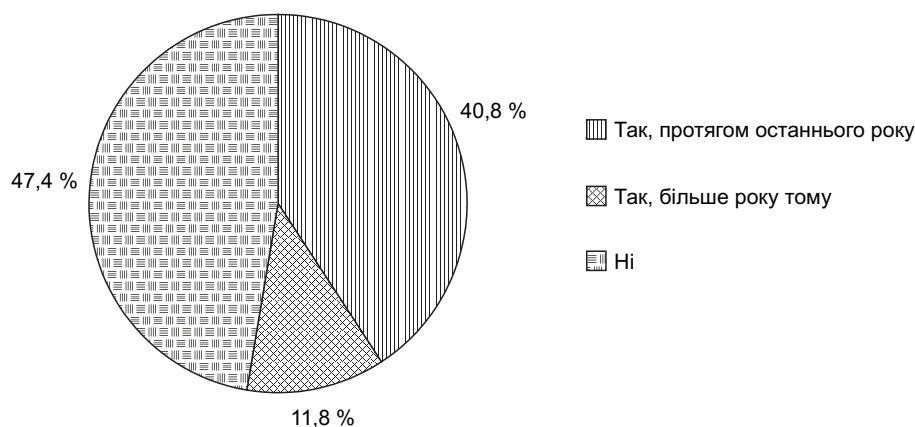


Рис. 20. Розподіл фармацевтів за періодичністю проходження навчання з етичних аспектів

до порушень законодавства, професійного вигорання, порушення принципів фармацевтичної опіки, втрати довіри з боку споживачів. Згідно з п. 2.5 Кодексу фармацевт повинен постійно вдосконалювати свою професійну компетентність та етичні навички [2]. Тому ця категорія респондентів потребує етичного супроводу, наставництва або профілактичних заходів (тренінги, супервізія).

Результати опитування стосовно курсів і тренінгів з фармацевтичної етики (рис. 20) свідчать про потребу в системному удосконаленні етичної компетентності фармацевтів та актуалізують роль безперервного вдосконалення знань етичного характеру як складника професійної відповідальності.

Як виявилось, 40,8 % респондентів проходили навчання етичного спрямування протягом останнього року (рис. 20). Це, звичайно, узгоджується з п. 2.5 Кодексу «Фармацевт зобов'язаний постійно вдосконалювати свій професійний та етичний рівень» [2]. Такі фахівці, ймовірно, краще орієнтуються у вирішенні етичних дилем, оскільки їхні рішення ґрунтуються на усвідомленні професійних норм і принципів, що забезпечує високий рівень фармацевтичної опіки та підвищує безпеку і задоволеність споживачів. Регулярне етичне навчання дозволяє фармацевтам краще розуміти складні ситуації, у яких можуть виникати конфлікти між інтересами пацієнта, лікаря, роботодавця та законодавства. Освіта в цій сфері сприяє формуванню навичок аналізу таких ситуацій, ухваленню обґрунтованих рішень і запобіганню професійним порушенням.

47,4 % опитаних не проходили навчання з етики останнім часом (рис. 20), що свідчить про брак системної підтримки етичної компетенції та може відображатись на несвідомих порушеннях етичних норм, зниженні довіри споживачів, конфліктів інтересів (наприклад, між прибутковістю і добром споживача) [2]. Також респондентами порушується принцип професійного саморозвитку, що закріплений у Кодексі. Слід зазначити, що 12 % працівників аптек проходили навчання з етичними аспектами більше року тому, що є потенційним фактором зниження професійної компетентності, погіршення якості фармацевтичної опіки та ризиком зменшення довіри з боку споживачів.

З позиції Кодексу [2], наведені результати (рис. 21) свідчать про високий рівень етичної самосвідомості фармацевтів і водночас про суттєву потребу в підтримці етичної поведінки через практичні інструменти.

Позитивним проявом етичної свідомості є 93,4 % опитаних фармацевтів, що виявляють зацікавленість у вдосконаленні етичної практики (рис. 21). Така позиція узгоджується з принципом профілактики етичних порушень через обізнаність та інструменти, тобто фармацевти хочуть не лише діяти етично, але й мати засоби для цього.

Хоч і незначна, проте частка майже 6,6 % відповідей опитаних (рис. 21) потребує уваги, оскільки може свідчити про формалізм у сприйнятті етики, недооцінку її практичної цінності та відсутність розуміння власної етичної ролі в професії. Згідно

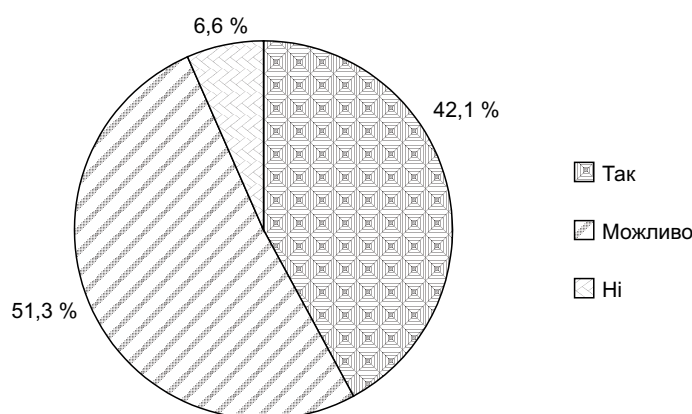


Рис. 21. Потреба респондентів у практичних інструментах для забезпечення етичної поведінки у фармації

з Кодексом (п. 1.2, 3.1) [2] етичні норми не є формальністю, а основою належної фармацевтичної допомоги. Тож байдужість до інструментів для дотримання етичних норм складає ризик.

Висновки

1. Результати опитування свідчать про високий рівень етичної свідомості з-поміж фармацевтів. 97,3 % респондентів в основному керуються інтересами споживачів у ухваленні рішень, що підтверджує дотримання основного етичного принципу – пріоритету добробуту споживача. Це відображає не тільки знання етичних норм, а й їхню прикладну цінність у практиці, що відповідає вимогам Етичного кодексу фармацевтичних працівників України.

2. Водночас виявлено низку проблем, зокрема 47,4 % фармацевтів не проходили навчання з професійної етики, що створює ризики для належної фармацевтичної опіки. Також 93,4 % респондентів визнають вплив фінансової мотивації на вибір ЛЗ, що суперечить етичним принципам. Переважання реактивної поведінки (відповідь на ситуацію) над проактивною (ініціатива щодо етичної оцінки) вказує на дефіцит важливих етичних навичок.

3. Зокрема 44,7 % фармацевтів завжди пояснюють спосіб застосування ЛЗ, що демонструє належний рівень фармацевтичної опіки. Однак 43,4 % роблять це лише «за запитом споживача», що обмежує доступ споживачів до необхідної інформації.

Перспективи подальших розробок.

Подальші дослідження доцільно зосередити на оцінці ефективності навчальних програм з професійної етики, порівнянні різних рівнів підготовки фармацевтів щодо оволодіння знаннями, навичками праксеологічних аспектів та впливу на практичну поведінку під час виконання професійних обов'язків. Перспективним є вивчення зв'язку між етичною поведінкою фармацевта і результатами фармакотерапії, зокрема рівнем прихильності споживачів до лікування та безпечністю застосування ЛЗ. Значну увагу слід приділити аналізу нормативно-правових механізмів, цифрових технологій підтримки етики, а також ролі особистісних і організаційних чинників у формуванні етичної культури в аптечній практиці. Міждисциплінарні та лонгітюдні дослідження сприятимуть глибшому розумінню етичних аспектів фармацевтичної діяльності та формуванню ефективних моделей етичного самоконтролю.

Список використаних джерел інформації

1. *Etychnyi kodeks farmatsevtichnykh pratsivnykiv Ukrainy*. (2010). Zoloti storinky.
2. Konovalchuk, I. (2013). Holovni zavdannia ta mozhlyvosti prakseologii u rozrobtsi tekhnologii realizatsii innovatsii u zahalnoosvitnikh navchalnykh zakladykh. *Ukrainska polonistyka*, (10), 170–177.
3. Zhur, A. M. (2017). *Sotsialna prakseologhiia yak teoriia i tekhnologhiia orhanizatsiinoi zhyttiediialnosti*. Ternopilskyi natsionalnyi ekonomichnyi universytet.
4. Siek, P. (2025). Etyka niezalezna w pracy farmaceuty XXI wieku. *Farmacja Polska*, 80(9), 591–596. <https://doi.org/10.32383/farmpol/200798>

5. Samborskyi, O. S., Panfilova, N. L., & Baihush, Y. V. (2025). Rozrobka metodolohichnykh pidkhodiv do efektyvnoho zaprovadzhennia sotsialno oriientovanoi polityky na farmatsevychnomu rynku Ukrainy. *Social Pharmacy in Health Care*, 11(1), 49–63. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.346>
6. Nemchenko, A. S., Kurylenko, Y. Y., Nazarkina, V. M., & Chernukha, V. M. (2020). Analiz stanu ta problem realizatsii derzhavnykh prohram iz dostupnosti likiv na osnovi anketuvannia medychnykh fakhivtsiv. *Social Pharmacy in Health Care*, 6(4), 32–39. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.20.198>
7. Piven, O. P. Malyi, V. V., Mitronova, O. V., & Shuvanova, O. V. (2022). Doslidzhennia efektyvnosti vprovadzhennia marketynhovykh rozrobok u diialnist aptechnykh zakladiv. *Social Pharmacy in Health Care*, 8(2), 44–53. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.22.252>
8. Holdford, D. A. (2019). Using service blueprints to visualize pharmacy innovations. *Pharmacy*, 7(2), 43. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7020043>
9. Krajewski, P. (2021). Praxeological aspects of pharmaceutical services: from Kotarbinski's theory to modern challenges. *Acta Poloniae Pharmaceutica*, 78(2), 225–230.
10. Khobzei, M. K. (2016). Orhanizatsiia sotsiolohichnykh opytuvan patsientiv / yikh predstavnykiv i medychnoho personalu u zakladakh okhorony zdorovia. *Simeina medytsyna*, 67(5), 118–125.
11. Kostiuk, V. O. (2015). *Prykladna statystyka: navch. posib.* KhNUMH im. O. M. Beketova.

Внесок авторів:

І. П. Стечишин: ідея, дизайн дослідження, збір та аналіз літератури, участь у написанні статті, статистична обробка даних.

А. І. Дуб: ідея, дизайн дослідження, участь у написанні статті, анотації, висновки, корекція статті, редагування.

Ю. В. Семенчук: участь у написанні статті, анотації, висновки, корекція статті, редагування.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

І. П. Стечишин, кандидат біологічних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-5360-2780>). E-mail: stechyshyn@tdmu.edu.ua

А. І. Дуб, кандидат фармацевтичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-6945-2422>). E-mail: dub_aih@tdmu.edu.ua

Ю. В. Семенчук, здобувач вищої освіти 5 року навчання за ОПП «Фармація», Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України. E-mail: semenchuk_yulvas@tdmu.edu.ua

Information about the authors:

I. P. Stechyshyn, Candidate of Biology (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmacy Management, Economics and Technology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University (<https://orcid.org/0000-0002-5360-2780>). E-mail: stechyshyn@tdmu.edu.ua

A. I. Dub, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Pharmacy Management, Economics and Technology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University (<https://orcid.org/0000-0002-6945-2422>). E-mail: dub_aih@tdmu.edu.ua

Yu. V. Semenchuk, 5th-year student EPP "Pharmacy", I. Horbachevsky Ternopil National Medical University. E-mail: semenchuk_yulvas@tdmu.edu.ua

Надійшла до редакції 30.06.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 07.08.2025 р.

Взято до друку 15.08.2025 р.

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 615.12:615.225:616.12-008.331.1-08(4+477) <https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.363>

М. Б. Демчук, О. О. Покотило, Н. В. Маланчук, В. В. Підгірний, С. В. Пічур

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, Україна

E-mail: pavljukm@tdmu.edu.ua

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ІЗ ГРУПИ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ В УКРАЇНІ ТА У ДЕЯКИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ

Блокатори кальцієвих каналів протягом тривалого часу залишаються важливим класом антигіпертензивних засобів завдяки клінічним перевагам у лікуванні пацієнтів із високим ризиком серцево-судинних, цереброваскулярних та ренальних ускладнень.

Мета – аналіз динаміки споживання лікарських засобів (ЛЗ) із групи блокаторів кальцієвих каналів в Україні (за 2021-2023 рр.) та порівняння показників споживання з даними деяких європейських країн, зокрема Естонії, Хорватії та Норвегії.

Матеріали та методи. Дослідження проведено з використанням даних Державного реєстру лікарських засобів України, аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «Proxima research» компанії «Моріон». Аналіз споживання ЛЗ здійснювали за допомогою АТС/DDD-методології. Як одиницю вимірювання використовували показник DDDs/1000 жителів/день (DID). Дані щодо споживання антагоністів кальцію в інших європейських країнах отримано з відповідних національних реєстрів.

Результати та обговорення. Установлено, що споживання антагоністів кальцію на вітчизняному фармацевтичному ринку протягом 2021-2023 рр. незначно коливалось від 23,624 до 21,437 DID, тобто зменшилося на 9,26 %. Найбільші обсяги припали на ЛЗ амлодипіну (від 17,845 DID у 2021 р. до 15,245 DID у 2023 р.), лерканідипіну (від 2,43 DID у 2021 р. до 3,21 DID у 2023 р.) та ніфедипіну (від 1,464 DID у 2021 р. до 1,196 DID у 2023 р.). Найбільший обсяг споживання з-поміж комбінованих ЛЗ на основі антагоністів кальцію встановлено для комбінованих засобів, що поєднують амлодипін з індапамідом. Упродовж аналізованого періоду зафіксовано зростання їхнього споживання на 15 %. Порівняння споживання ЛЗ із групи блокаторів кальцієвих каналів в Україні, Хорватії, Естонії та Норвегії свідчить як про багато подібностей, так і про окремі національні відмінності. У всіх розглянутих країнах провідні позиції за рівнем споживання займають ЛЗ амлодипіну та лерканідипіну. У Норвегії та Україні зберігається стабільний рівень споживання ніфедипіну, який посідає третє місце у структурі споживання групи, що аналізувалась. Для Естонії характерним є помітне споживання нітрендипіну, частка якого становила 8,64 % у 2022 році та 8,15 % у 2023 році. Водночас особливістю фармацевтичних ринків Хорватії та Естонії є відносно високий рівень споживання лацидипіну.

Висновки. Аналіз споживання блокаторів кальцієвих каналів у 2022–2023 рр. виявив як загальноєвропейські тенденції, так і характерні для окремих країн особливості фармакотерапевтичної практики. У всіх досліджених країнах найвищі обсяги споживання припадають на ЛЗ амлодипіну. Лерканідипін стабільно посідає другу позицію, демонструючи поступове зростання споживання. Водночас у кожній країні спостерігаються індивідуальні підходи до призначення блокаторів кальцієвих каналів, які формуються під впливом національного досвіду, цінової політики й рівня доступності окремих ЛЗ на внутрішньому ринку.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія; блокатори кальцієвих каналів; споживання; європейські країни; фармацевтичний ринок; АТС/DDD-методологія.

M. B. DEMCHUK, O. O. POKOTYLO, N. V. MALANCHUK, V. V. PIDHIRNYI, S. V. PICHURA
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine
E-mail: pavljukm@tdmu.edu.ua

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CONSUMPTION OF MEDICINES FROM THE GROUP OF CALCIUM CHANNEL BLOCKERS IN UKRAINE AND SOME EUROPEAN COUNTRIES

Calcium channel blockers have long remained an important class of antihypertensive agents due to their clinical benefits in the treatment of patients at high risk of cardiovascular, cerebrovascular, and renal complications.

Aim. To analyze the dynamics of drug consumption in the group of calcium channel blockers in Ukraine (for 2021–2023) and compare the consumption indicators with data from some European countries, in particular Estonia, Croatia, and Norway.

Materials and methods. The study was conducted using data from the State Register of Medicines of Ukraine and the analytical system for pharmaceutical market research "Proxima Research" of the company "Morion". The consumption analysis of the drugs studied was performed using the ATC/DDD methodology recommended by the WHO. The indicator of DDDs per 1,000 inhabitants per day (DID) was used as the unit of measurement. Data on the calcium antagonist consumption in other European countries were obtained from the relevant national registries.

Results and discussion. It was found that the consumption of calcium antagonists in the domestic pharmaceutical market during 2021–2023 fluctuated slightly from 23,624 DID to 21,437 DID, i.e. it decreased by 9.26 %. The highest consumption volumes were for amlodipine (from 17,845 DID in 2021 to 15,245 DID in 2023), lercanidipine (from 2.43 DID in 2021 to 3.21 DID in 2023) and nifedipine (from 1,464 DID in 2021 to 1,196 DID in 2023). The highest consumption among combined drugs based on calcium channel blockers was observed for drugs combining amlodipine with indapamide. During the period analyzed, their consumption increased by 15 %. A comparison of the consumption of medicines from the group of calcium channel blockers in Ukraine, Croatia, Estonia, and Norway shows both numerous similarities and individual national differences. In all the countries considered, the leading positions in terms of consumption are occupied by amlodipine and lercanidipine. In Norway and Ukraine, the consumption of nifedipine remains stable, ranking third in the structure of the group analyzed. Estonia is characterized by a significant intake of nitrendipine, the share of which was 8.64 % in 2022 and 8.15 % in 2023. At the same time, a feature of the pharmaceutical markets of Croatia and Estonia is the relatively high level of lacidipine consumption.

Conclusions. The analysis of the consumption of calcium channel blockers in 2022–2023 revealed both pan-European trends and country-specific features of pharmacotherapeutic practice. In all the countries studied, the highest consumption volumes are for amlodipine drugs. Lercanidipine consistently occupies the second position, demonstrating a gradual increase in consumption. At the same time, individual approaches to the prescription of calcium channel blockers are observed in each country; they are formed under the influence of national experience, pricing policy and the level of availability of individual drugs in the domestic market.

Keywords: arterial hypertension; calcium channel blockers; European countries; consumption; pharmaceutical market; ATC/DDD methodology.

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань людини. Національне дослідження розподілу факторів ризику неінфекційних захворювань (STEPS) констатувало поширеність АГ у 2021 р. на рівні 13 млн хворих та засвідчило, що 34,8 % населення країни має підвищений артеріальний тиск (АТ), АГ або приймає антигіпертензивні лікарські засоби (АГЛЗ). У віковій групі 18–29 років АГ трапляється у 12,7 % населення, а з-поміж людей віком 60–69 років на АГ страждають понад 71 % [1, 2]. Своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначення адекватної фармакотерапії, залучення до участі в процесі лікування пацієнта та членів його родини затримують прогресування захворювання, знижують ризик виникнення ускладнень, сприяють

поліпшенню якості життя та збереженню працездатності [3].

Для лікування АГ використовують антигіпертензивні засоби з доведеною ефективністю, зокрема до них належать: діуретики, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), блокатори кальцевих каналів (БКК), бета-адреноблокатори, блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) II та їхні комбінації [4]. Одним з важливих класів ЛЗ у фармакотерапії хворих з АГ протягом багатьох років залишається група БКК.

Механізм антигіпертензивної дії БКК ґрунтується на неконкурентному пригніченні повільних кальцевих каналів у клітинах міокарда та гладеньких м'язах судин. Це призводить до стійкого зниження судинного тону, зменшення загального периферійного опору, а також зниження рівня систолічного та діастолічного АТ. Завдяки зниженню

післянавантаження й обмеженню надходження іонів кальцію до кардіоміоцитів, БКК сприяють зменшенню гіпертрофії лівого шлуночка і поліпшенню його діастолічної функції. Завдяки своїм особливостям БКК мають переваги у лікуванні певних категорій пацієнтів з АГ, наприклад, хворих з метаболічним синдромом, які належать до груп з високим ризиком серцево-судинних, цереброваскулярних та ниркових ускладнень [5, 6].

Основними показаннями до застосування БКК є гіпертонія та стенокардія (варіантна, фізичного навантаження та нестабільна). Деякі БКК також застосовуються для лікування суправентрикулярних аритмій і серцевої недостатності [5, 7].

Порівняльний аналіз показників споживання БКК в Україні та окремих країнах Європейського Союзу, зокрема Хорватії, Естонії та Норвегії, є важливим для формування обґрунтованих стратегій удосконалення фармацевтичної політики України. Такий підхід дозволяє не лише зіставити рівні споживання, але й здійснити подальший аналіз національних чинників, що впливають на цей процес (зокрема національні стандарти лікування, доступність ЛЗ, практика призначення лікарями тощо).

Питання обсягів споживання АГЛЗ в Україні було висвітлено у монографії Л. В. Яковлевої, О. Я. Міщенко та В. Ю. Адонкіної (2015). За результатами проведеного аналізу встановлено, що рівень використання АГЛЗ в Україні є значно нижчим порівняно з показниками економічно розвинених країн [8].

У наукових дослідженнях М. Міщенко [9] проаналізовано споживання фіксованих комбінацій АГЛЗ з 2008 до 2015 р. Авторами [10] були проведені порівняльні дослідження рівнів споживання ЛЗ із групи бета-адреноблокаторів у період з 2021 до 2023 р. в Україні та деяких країнах Європи.

Проаналізувавши проведені дослідження щодо вивчення обсягів споживання АГЛЗ [8, 9], встановили, що більшість з них проводилися доволі давно. Результати досліджень, що були представлені у 2025 р., містили аналіз споживання бета-адреноблокаторів і не містили даних щодо споживання ЛЗ із групи антагоністів кальцію. Тому актуальним також є дослідження обсягів

споживання ЛЗ із групи БКК, оскільки вони входять до переліку рекомендованих антигіпертензивних засобів першої лінії. Окрім того, порівняльний аналіз споживання БКК в Україні та деяких країнах Європи допоможе встановити відмінності у підходах до лікування, проаналізувати рівень доступності ЛЗ, а також виявити переваги або потенційні слабкі місця в різних системах охорони здоров'я. У перспективі результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення національних рекомендацій та підходів до якісної ефективної і безпечної фармакотерапії АГ.

Мета дослідження. З урахуванням вищезазначеної актуальності метою роботи є проведення порівняльних досліджень показників споживання ЛЗ із групи антагоністів кальцію протягом 2022-2023 рр. в Україні та деяких країнах Європи, зокрема Хорватії, Естонії і Норвегії.

Матеріали та методи дослідження. Для аналізу асортименту БКК опрацьовували дані Державного реєстру лікарських засобів України та Компендіуму [11, 12]. Для дослідження споживання ЛЗ використовували дані аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «Proxima research» компанії «Моріон». Визначені обсяги споживання засобів DDDs/1000 жителів/добу (DID, DDDs per 1000 inhabitants per day) використовують для розрахунку фармакотерапевтичного «навантаження» на 1000 жителів за кожною проаналізованою міжнародною непатентованою назвою (МНН) ЛЗ. Статистичні показники кількості населення, що проживали в Україні у 2021, 2022 та 2023 рр., враховували за даними World Population Prospects ООН [14]. Для дослідження рівня споживання БКК у Хорватії, Естонії і Норвегії та порівняння з рівнем споживання в Україні використовували статистичні дані щодо споживання ЛЗ у цих країнах [15-17].

Результати дослідження та їхнє обговорення. У 2023 р. на вітчизняному фармацевтичному ринку група антагоністів кальцевих каналів була представлена 102 ЛЗ з урахуванням усіх торгових назв та дозувань. Найбільшу частку асортименту групи складали ЛЗ амлодипіну – 46,08 %. Другу позицію за широтою асортименту займали

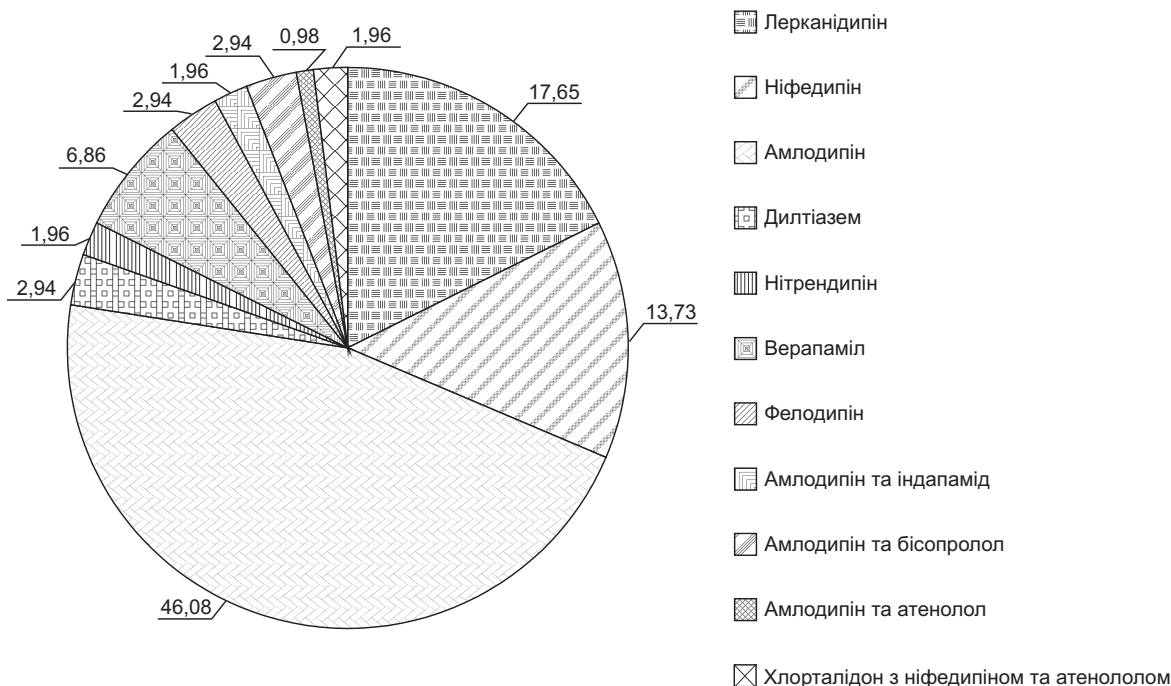


Рис. 1. Структура асортименту лікарських засобів із БКК за МНН

ЛЗ лерканідипіну, що становило 17,65 %. Дещо поступалися ЛЗ ніфедипіну, які займали 13,73 % асортименту від загальної кількості БКК. Значно меншу частку ринку охоплювали ЛЗ верапамілу, дилтіазему, фелодипіну та інші комбіновані ЛЗ (рис. 1).

54,17 % асортименту групи БКК були представлені закордонними виробниками з 12 країн світу, відповідно частка українських виробників склала 45,83 %. З-поміж іноземних виробників найбільша частка припадає на компанії з Ізраїлю – 14,17 %, Швейцарії – 6,67 %, Франції, Угорщини та Індії – по 5,83 %, Німеччини та Італії – по 4,17 %. Найменшу частку ринку займають ЛЗ виробництва Словенії, США, Чехії та Ірландії.

На наступному етапі дослідження проводили вивчення споживання БКК з використанням АТС/DDD-методології, розробленої та впровадженої ВООЗ [13].

Досліджено, що показники споживання для ЛЗ із групи БКК протягом аналізованого періоду знижувалися від 23,624 DID у 2021 р. до 22,408 DID у 2022 р., тобто відсоткове скорочення споживання склало (-5,15 %). Тенденція до скорочення споживання продовжувалася і в наступний період, відносно зниження споживання у 2022-2023 рр. склало (-4,33 %). Результати споживання ЛЗ із групи БКК наведено у табл. 1.

Установлено, що провідне місце за обсягами споживання серед антагоністів кальцію посідають ЛЗ, що містять амлодипін. Зокрема на їхню частку припадає понад 71 % загального споживання засобів цієї фармакологічної групи. У періоди 2021–2022 та 2022–2023 рр. зафіксовано зниження споживання ЛЗ із амлодипіном на 6,78 та 8,36 % відповідно. Високі показники споживання цих засобів пояснюються їхньою підтвердженою клінічною ефективністю, прийнятним профілем безпеки та відносною економічною доступністю для пацієнтів. Адже у Реєстрі ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 14 лютого 2023 року було представлено 36 найменувань ЛЗ амлодипіну, а станом на 10 серпня 2023 року воно зросло до 38 ТН [18].

Для ЛЗ лерканідипіну спостерігаємо зростання обсягів споживання: у період 2021-2022 рр. – на 3,05 %, а у період 2022-2023 рр. – на 28,15 %. Третю позицію за обсягами продажів займають ЛЗ ніфедипіну, для яких спостерігаємо падіння на понад 19 % за 2021-2023 рр. Наступні позиції за обсягами споживання зайняли ЛЗ на основі верапамілу, для яких фіксували скорочення споживання від 0,127 DID у 2021 р. до 0,102 DID у 2023 р. Споживання ЛЗ дилтіазему

Таблиця 1

**ПОКАЗНИКИ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ІЗ ГРУПИ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ, ЩО РЕАЛІЗОВУВАЛИСЬ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ
ЗА ПЕРІОД 2021–2023 рр.**

АТХ-код	Міжнародна непатентована назва	Показник споживання DDDs/1000 жителів/день за роками			Коефіцієнт приросту споживання, %	
		2021	2022	2023	$\Delta_{(2022-2021)}$	$\Delta_{(2023-2022)}$
C08CA01	Амлодипін	17,845	16,636	15,245	-6,78	-8,36
C08CA02	Фелодипін	0,059	0,05	0,037	-15,25	-26,00
C08CA05	Ніфедипін	1,464	1,388	1,196	-5,19	-13,83
C08CA08	Нітрендипін	0,026	0,021	0,023	-19,23	9,52
C08CA13	Лерканідипін	2,43	2,504	3,209	3,05	28,15
C08DA01	Верапаміл	0,127	0,113	0,102	-11,02	-9,73
C08DB01	Дилтіазем	0,106	0,084	0,002	-20,75	-97,62
C08GA02	Амлодипін з індапамідом	0,648	0,701	0,746	8,18	6,42
C07FB03	Амлодипін з бісопрололом	0,366	0,384	0,374	4,92	-2,60
C07FB03	Амлодипін з атенололом	0,021	0,019	0,014	-9,52	-26,32
C07FB03	Хлорталідон з ніфедипіном та атенололом	0,532	0,508	0,489	-4,51	-3,74
Разом		23,624	22,408	21,437	-5,15	-4,33

різко скоротилося від 0,106 DID за підсумками 2021 р. до 0,0021 DID у 2023 р. Найнижчі показники споживання у групі БКК отримано для ЛЗ нітрендипіну, для яких споживання коливалось від 0,026 DID у 2021 р. до 0,023 DID у 2023 р.

Лідером за обсягами споживання з-поміж комбінованих препаратів є ЛЗ, що містять комбінацію амлодипіну з індапамідом (від 0,648 DID у 2021 р. до 0,746 DID у 2023 р.). Тобто за 2021–2023 рр. спостерігається зростання споживання на 15 %. Згідно з даними комбінація хлорталідону з ніфедипіном та атенололом посідає другу позицію в рейтингу споживання комбінованих засобів у групі БКК. Проте спостерігається тенденція до зниження обсягів споживання зазначеної комбінації, що відображається у зменшенні на 5,14 % у період 2021–2022 рр. та на 4,33 % у період 2022–2023 рр. Споживання фіксованої комбінації амлодипіну з бісопрололом мало тенденцію до незначного зростання за 2021–2022 р. на 4,9 %, але за наступний період споживання скоротилося на (-2,6 %).

Найнижчі показники споживання з-поміж комбінованих препаратів з групи БКК належать ЛЗ, що містять амлодипін з атенололом, попит на який також продовжував знижуватись (від 0,021 DID у 2021 р. до 0,014 DID у 2023 р.).

Також проведено дослідження споживання БКК залежно від доступного дозування у ЛЗ (табл. 2).

Визначено, що з-поміж трьох дозувань (10, 5 та 2,5 мг) ЛЗ амлодипіну найбільшим попитом, незважаючи на незначне зменшення обсягів споживання за аналізований період, користуються ЛЗ амлодипіну в дозуванні 10 мг (68,8 % у 2021 р. до 67,4 % у 2023 від загального споживання ЛЗ амлодипіну) (табл. 2). Найбільші обсяги споживання зафіксовано для ЛЗ Амлодипін-КВ 10 мг № 30 (АТ «Київський вітамінний завод», Україна) – 5,65 DID у 2021 р. до 5,03 DID у 2023 р. Проте за період 2021–2023 рр. фіксується тенденція до поступового зниження обсягів споживання: на 3,72 % у 2021–2022 рр. та на 7,65 % у 2022–2023 рр. З-поміж ЛЗ іноземного виробництва значний рівень споживання демонструє Амлодипін-Тева 10 мг № 30 (АТ «Фармацевтичний завод Тева», Угорщина) – 1,87 DID у 2021 р., хоча й для нього також характерна тенденція до зниження попиту – на 2,14 % протягом аналізованого періоду (рис. 2).

Із ЛЗ амлодипіну в дозуванні 5 мг провідну позицію за обсягами споживання посідає Амлодипін-КВ 5 мг № 30 (1,87 DID за 2021 р.). Водночас протягом аналізованого періоду відзначається зниження попиту

Таблиця 2

ПОКАЗНИКИ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ГРУПИ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ДОЗУВАННЯ, ЩО РЕАЛІЗОВУВАЛИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ У ПЕРІОД 2021–2023 рр.

Міжнародна непатентована назва	Дозування, мг	Показник споживання DDDs/1000 жителів/день за роками		
		2021	2022	2023
Амлодипін	10	12,28	11,28	10,28
	5	5,36	5,18	4,80
	2,5	0,20	0,18	0,17
Фелодипін	10	0,021	0,016	0,028
	5	0,031	0,028	0,02
	2,5	0,007	0,006	0,005
Ніфедипін	40	0,13	0,12	0,09
	20	0,19	0,19	0,19
	10	0,74	0,72	0,59
	20/1	0,41	0,37	0,32
Нітрендипін	10	0,01	0,0086	0,008
	20	0,016	0,012	0,015
Лерканідипін	20	1,28	1,40	1,70
	10	1,15	1,10	1,51
Верапаміл	40	0,02394	0,02161	0,02353
	80	0,08708	0,074962	0,07329
	180	0,00754	0,00782	0,00385
	240	0,00881	0,0088	0,00112
Дилтіазем	120	0,036	0,049	0,002
	90	0,049	0,019	0,000008
	60	0,021	0,015	0,000021
Амлодипін з індапамідом	5/1,5	0,401	0,421	0,465
	10/1,5	0,247	0,280	0,291
Амлодипін з бісопрололом	5/5	0,226	0,232	0,229
	5/10	0,115	0,125	0,120
	10/5	0,025	0,026	0,026
Амлодипін з атенололом	5/50	0,021	0,019	0,014
Хлорталідон з ніфедипіном та атенололом	25/ 10/100	0,532	0,508	0,489

на цей засіб на 9,62 %. Другу позицію за рівнем споживання займає Амлодипін-Тева 5 мг № 30 (0,91 DID за 2021 р.) («Тева-Україна»), для якого також характерна тенденція до поступового зменшення обсягів споживання, що становить 5,49 %. Із ЛЗ амлодипіну в дозі 2,5 мг обсяги споживання у 2023 р. склали для Семлопін, таб. 2,5 мг № 28 («Кусум Хелтхкер ПБТ ЛТД», Індія) – 0,15 DID та Азолекс, таб. 2,5 мг № 30 («Емкур Фармасьютікалс Лтд», Індія) – 0,02 DID.

ЛЗ фелодипіну представлені під торговою маркою «Фелодип» у трьох дозуваннях 10, 5 та 2,5 мг № 30 («Тева Україна»).

Обсяги споживання у 2023 р. можна представити у формі такого ранжованого ряду: Фелодип, таб. 10 мг № 30 (0,028 DID) > Фелодип, таб. 5 мг № 30 (0,02 DID) > Фелодип, таб. 2,5 мг № 30 (0,005 DID).

З-поміж таблетованих форм ніфедипіну найвищий рівень споживання зафіксовано для дозування 10 мг. 77 % від загального споживання у дозуванні 10 мг припадає на Фенігидин-Здоров'я 10 мг № 50 (ТЗОВ «Фармацевтична компанія "Здоров'я"», Україна), що становить 0,57 DID у 2021 р. Проте упродовж досліджуваного періоду спостерігається тенденція до поступового

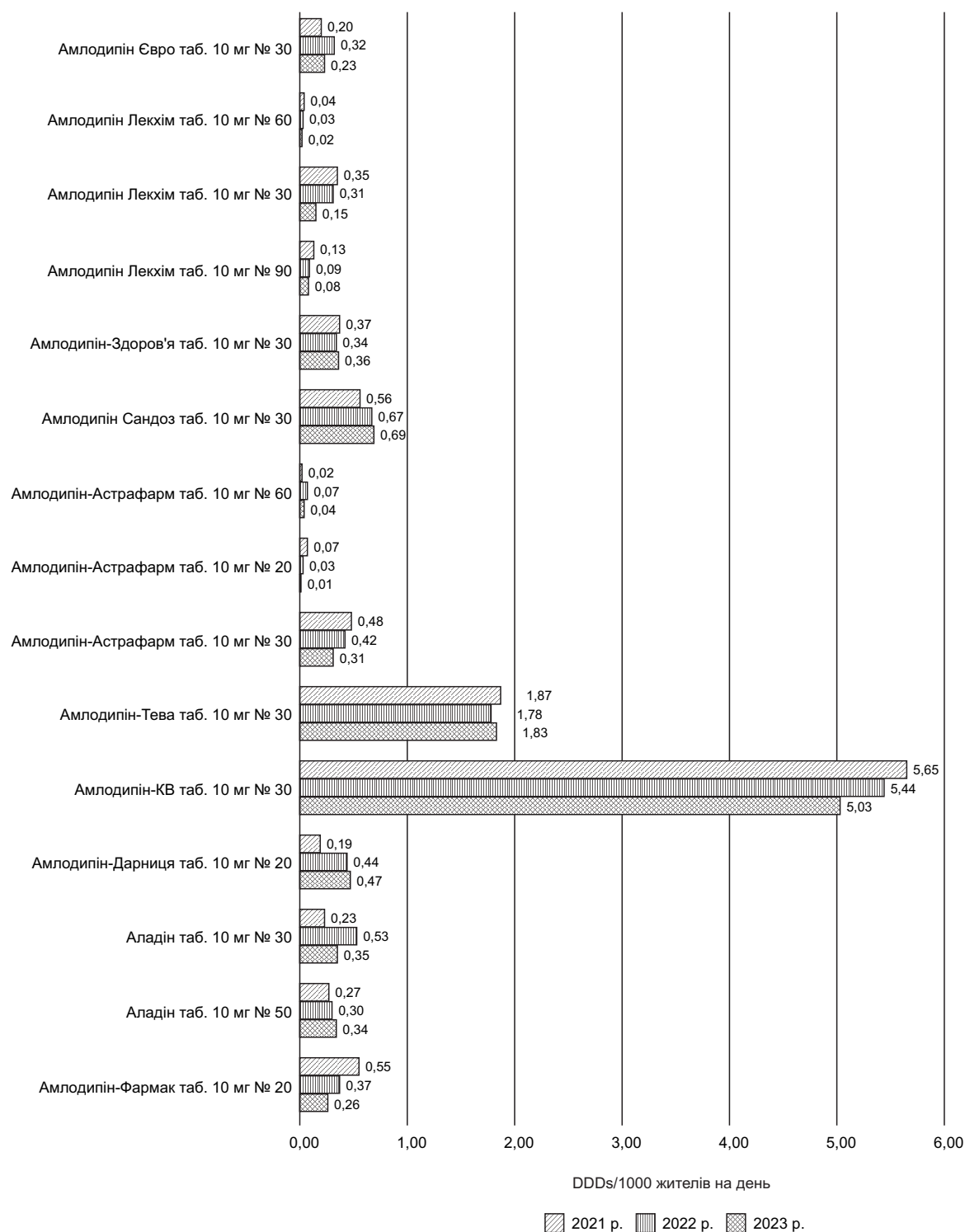


Рис. 2. Динаміка споживання ЛЗ амлодипіну в дозі 10 мг за 2021-2023 рр.,
DDD's/1000 жителів на день

зниження обсягів його реалізації, що становить 17,54 %.

Чотири асортиментних позиції ніфедипіну вітчизняного виробництва представлені у Реєстрі ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню, з них три торгові марки

пацієнти за умовами програми реімбурсації можуть отримати безоплатно: Фенігідин-Здоров'я, таб. 10 мг № 50 (ТОВ «Фармацевтична компанія "Здоров'я"»), Ніфедипін, таб. 10 мг № 50 і таб. 20 мг № 50 (ПрАТ «Технолог») [18].

На фармацевтичному ринку України ЛЗ нітрєдипіну представлєні у двох дозуваннєх 10 та 20 мг під однією торговою назвою «Нітрєсан» (ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чєська Рєспубліка). Більшим попитом користуєтьсє ЛЗ Нітрєсан, таб. 20 мг № 30 – 0,015 DID. Протє протєгом аналїзованого перїоду спостєрїгєтьсє знизєння обсєгїв його споживання на 7,37 %.

Визначєно, що ЛЗ лєркєнідипіну на вітчизняному ринку представлєні у двох дозуваннях 20 і 10 мг (рис. 3). Найбільшї обсєги споживання зафіксовано для ЛЗ Лєркамен, таб. 20 мг № 60 і Лєркамен, таб. 10 мг № 60, («Бєрлін-ХєміАГ», Німєччина). Прицьому

спостєрїгєтьсє значнє зростання їхнього споживання за перїод 2022-2023 рр. – на 14,64 та 35,62 % відповідно. Також спостєрїгємо поступовє зростання обсєгїв споживання для ЛЗ Ванлєрк, таб. 10 та 20 мг № 30 (АТ «Київський вітамінний завод», Україна), якє складало 60 та 66 % відповідно за перїод 2022-2023 рр.

ЛЗ вєрапамїлу представлєні на фармацевтичному ринку України у двох лікарських формах: розчин для ін'єкцій та таблетки. Найвищї показники споживання відзначєно для ЛЗ Вєрапамїл-Дарницє, таб. 80 мг № 50 (0,048 DID у 2021 р.) і 40 мг № 20 (0,018 DID у 2021 р.) (ПрАТ «Фармацевтична фірма

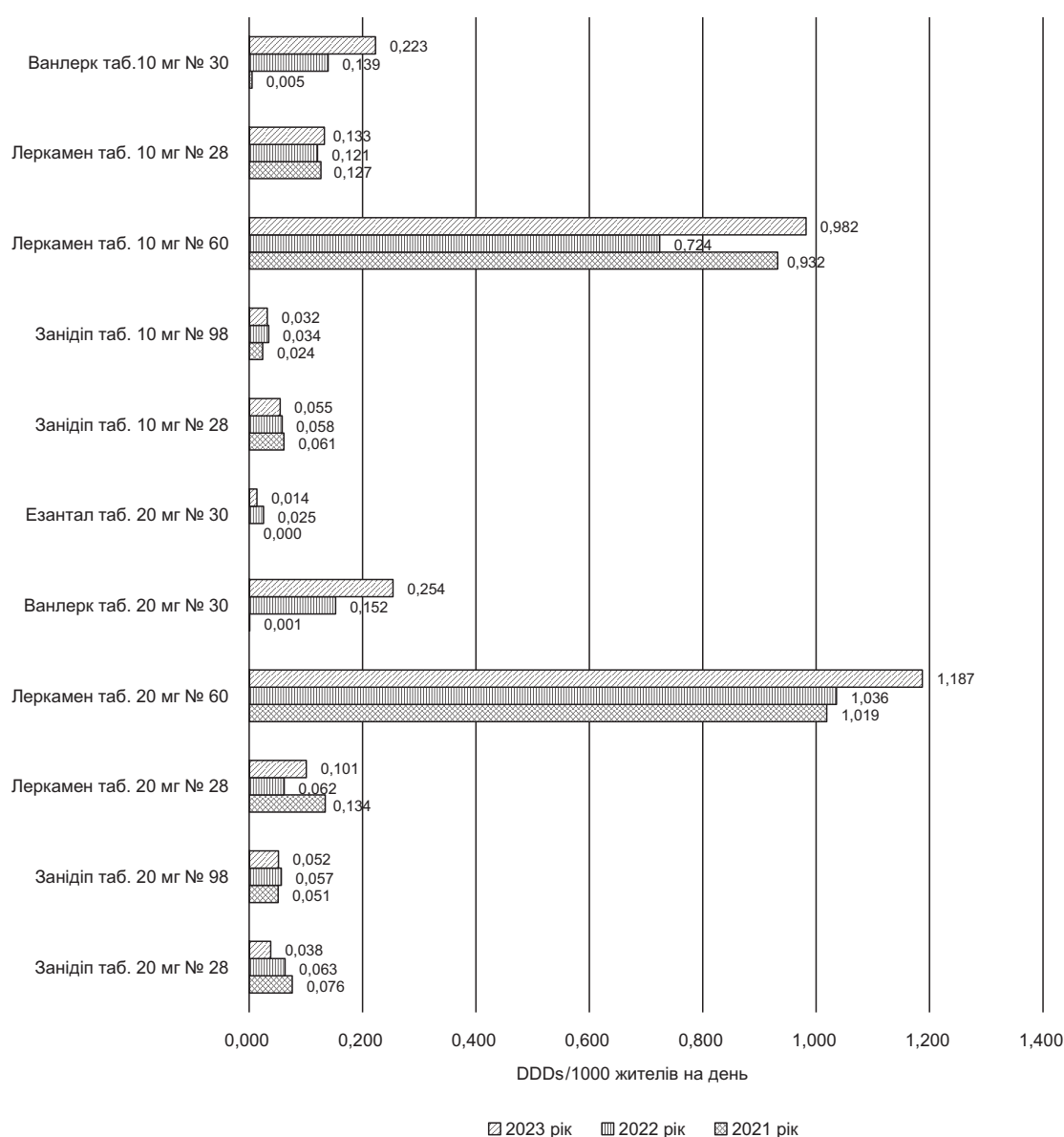


Рис. 3. Динаміка споживання ЛЗ на основі лєркєнідипіну за 2021-2023 рр., DDDs/1000 жителїв на день

“Дарниця”», Україна). Протягом аналізованого періоду простежується позитивна динаміка: обсяги споживання зросли на 20,83 та 22,22 % відповідно. У Реєстрі ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення станом на 14.02.2023 р. було представлено чотири ЛЗ верапамілу, з яких Верапамілу гідрохлорид, таб. 40 мг № 20 (ТОВ «Дослідний завод ГНЦЛС»), пацієнти за умовами програми могли отримати повністю безкоштовно [18].

Лідером за обсягами споживання з-поміж комбінованих засобів є ЛЗ Арифам, таб. 1,5 мг/5 мг № 30 (Лабораторія Серв'є Індастрі, Франція), що містить комбінацію амлодипіну з індапамідом, з показником 0,47 DID у 2021 р. Протягом аналізованого періоду спостерігається зростання споживання на цей засіб на 15,96 %. Другу позицію за споживанням займає Тонорма, таб. № 30 (ПрАТ «Фармацевтична фірма “Дарниця”», Україна) – комбінація хлорталідону, ніфедипіну та атенололу, з незначним відривом у показнику споживання (0,40 DID у 2021 р.). Водночас за період 2021–2023 рр. зафіксовано тенденцію до зниження попиту на 5,49 %.

З-поміж ЛЗ, що поєднують амлодипін з бісопрололом, найбільший обсяг споживання має Алотендин, таб. 5 мг/5 мг № 30 (ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕГІС», Угорщина) – 0,23 DID. За аналізований період споживання залишилося відносно стабільним з незначним зростанням на 1,24 %. Останньою розглянутою комбінацією є амлодипін з атенололом, ЛЗ Теночек, таб. № 28 (Іпка Лабораторізі Лімітед, Індія). У 2023 р. його показник споживання становив 0,014 DID, що на 31,23 % нижче порівняно з 2021 р.

З урахуванням активного курсу на євроінтеграцію України, гармонізації національної системи охорони здоров'я з європейськими стандартами особливої актуальності набуває порівняльний аналіз особливостей споживання БКК в Україні та в розвинених європейських країнах, зокрема Естонії, Норвегії та Хорватії. Ці європейські країни сформували ефективні функціональні системи охорони здоров'я, які забезпечують доступність та ефективність лікування АГ через державні програми медичного забезпечення

населення [19-21]. Україна, зі свого боку, потребує подальших реформ у цій сфері для підвищення доступності та ефективності фармакотерапії, зокрема через поліпшення фінансування медичних програм.

Аналіз споживання ЛЗ із групи антагоністів кальцію в Україні був здійснений на основі статистичних даних за 2022–2023 рр. з подальшим зіставленням з відповідними показниками в Естонії, Норвегії та Хорватії.

Отримані результати, наведені в табл. 3, виявили як багато спільних рис, так і окремі відмінності у структурі та обсягах споживання БКК з-поміж досліджуваних країн. Це свідчить про існування як універсальних тенденцій у призначенні БКК, характерних для європейського медичного простору, так і національних особливостей фармакотерапевтичної практики.

Лідером за обсягами споживання у всіх проаналізованих країнах є ЛЗ амлодипіну. В Україні на споживання ЛЗ амлодипіну припадає від 80 до 76,94 % від загального обсягу споживання ЛЗ із групи БКК. В Естонії споживання амлодипіну становить від 60 до 62,7 %, у Норвегії – від 61,9 до 62,6 %, у Хорватії – від 64,16 до 64,2 % від загального споживання.

Це зумовлено сукупністю клінічних та фармакоекономічних переваг. ЛЗ амлодипіну є високоефективними і безпечними у лікуванні АГ та ішемічної хвороби серця, що підтверджено масштабними клінічними дослідженнями (зокрема ALLHAT, ASCOT), а внесення до міжнародних та національних протоколів лікування сприяє широкому застосуванню на практиці [4, 7, 22]. Крім того, на світовому фармацевтичному ринку амлодипін представлений багатьма виробниками, що робить його ще більш економічно доступним.

Лерканідипін займає другу позицію за частотою призначень у всіх проаналізованих країнах. В Україні його частка зросла з 12,04 до 16,20 % за 2022-2023 рр., що свідчить про поступове розширення його застосування. У Норвегії, Естонії та Хорватії також високі показники споживання (понад 15 %).

Такі тенденції у споживанні ЛЗ лерканідипіну можна обґрунтувати поєднанням високої ефективності з мінімізацією побічних

Таблиця 3

**СПОЖИВАННЯ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ В УКРАЇНІ, ХОРВАТІЇ, ЕСТОНІЇ І НОРВЕГІЇ
У ВІДСОТКАХ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ СПОЖИТИХ ЗАСОБІВ У КОЖНІЙ КРАЇНІ
ЗА 2022-2023 рр.**

МНН	Відсоток споживання, %, 2022 р.				Відсоток споживання, %, 2023 р.			
	Україна	Естонія	Норвегія	Хорватія	Україна	Естонія	Норвегія	Хорватія
Амлодипін	80,00	59,95	61,87	64,16	76,94	62,69	62,61	64,22
Фелодипін	0,24	4,34	4,98	1,23	0,19	4,05	4,83	1,17
Ніфедипін	6,67	1,88	9,03	0,80	6,04	1,77	9,40	1,17
Німодипін	0	0,02	0	0	0	0,02	0	0
Нітрєндипін	0,10	8,64	0	0	0,12	8,15	0	0
Лацидипін	0	5,51	0	12,54	0	5,02	0	11,86
Лерканідипін	12,04	16,54	21,10	19,24	16,20	15,77	20,37	19,71
Верапаміл	0,54	2,79	2,14	1,83	0,51	2,21	2,01	1,67
Дилтіазем	0,40	0,33	0,87	0,21	0,01	0,32	0,79	0,22

ефектів. Лерканідипін забезпечує тривалу гіпотензивну дію завдяки високій ліпофільності. Завдяки мінімальному впливу на частоту серцевих скорочень часто призначається пацієнтам похилого віку із супутньою ІХС або дисліпідемією. Його наявність у сучасних клінічних настановах та використання у комбінаціях з інгібіторами АПФ або БРА II додатково сприяє зростанню споживання. Антигіпертензивний ефект лерканідипіну поєднується з кардіопротекторним, нефропротекторним, гіпохолестеринемічним ефектами, що сприяє зменшенню ризику розвитку серцево-судинної недостатності, інфаркту міокарда, атеросклерозу та нефропатії. Крім того, достатній вибір генеричних засобів сприяє економічній доступності для тривалої антигіпертензивної терапії [6].

У Норвегії зберігається стабільне використання ніфедипіну з часткою близько 9 % упродовж обох років. В Україні він також використовується, але з дещо нижчими показниками (від 6,67 % у 2022 р. до 6,04 % у 2023 р.).

Ніфедипін посідає третє місце за рівнем споживання з-поміж БКК в Україні, що зумовлено великим досвідом застосування у лікуванні гіпертензивних криз, АГ, стенокардії, низькою вартістю та доступністю великої

кількості генеричних засобів. Завдяки невисокому коефіцієнтові «витрати – ефективність» ніфедипін розглядається як доцільний варіант у контексті страхової медицини, що розвивається [23].

Для фармацевтичного ринку Хорватії характерним є відносно високий рівень споживання лацидипіну з-поміж БКК – 12,54 % у 2022 р., який залишався суттєвим і у 2023 р. (11,86 %). В Естонії цей показник коливається на рівні близько 5 %. Натомість в Україні та Норвегії споживання лацидипіну не зафіксовано, що зумовлено як відсутністю державної реєстрації відповідних ЛЗ так і відсутністю їхнього застосування відповідно до національних клінічних настанов.

Унікальною рисою естонського ринку є значне споживання ЛЗ нітрєндипіну (від 8,64 % у 2022 р. до 8,15 % у 2023 р.) ЛЗ групи верапамілу та дилтіазему, що належать до недигідропіридинових БКК, мають незначну частку в загальній структурі споживання в усіх чотирьох країнах, але трохи вищу в Естонії, Норвегії та Хорватії, що може бути пов'язано зі специфікою їхнього фармакологічного профілю та переважним призначенням у вузьких клінічних випадках (наприклад, суправентрикулярна тахікардія або стенокардія Принц-метала).

Висновки

1. Аналіз динаміки споживання антагоністів кальцію в Україні протягом 2021-2023 рр. свідчить про незначне скорочення від 23,624 DID у 2021 р. до 21,437 DID у 2023 р., тобто зменшилося на 9,26 % порівняно зі споживанням у 2021 р. Найбільші обсяги припали на ЛЗ амлодипіну (від 17,845 DID у 2021 р. до 15,245 DID у 2023 р.). Для ЛЗ лерканідипіну спостерігаємо зростання обсягів споживання за аналізований період на 32 %. Третю позицію займають ЛЗ ніфедипіну, для яких спостерігаємо спадання споживання на 18,1 %. Лідером за обсягами споживання з-поміж фіксованих комбінацій БКК є ЛЗ Арифам, що містить комбінацію амлодипіну з індапамідом. Протягом аналізованого періоду спостерігається зростання споживання на 15 %.

2. Порівняння споживання ЛЗ із групи БКК в Україні з Хорватією, Естонією та Норвегією показало багато спільних рис, так і окремі відмінності. Однозначними лідерами за обсягами споживання у всіх проаналізованих країнах є ЛЗ амлодипіну та лерканідипіну. У Норвегії та Україні зберігається стабільне споживання ЛЗ ніфедипіну, які займають третю позицію у цій фармакотерапевтичній групі. Для Естонії характерним

є значне споживання ЛЗ нітрендипіну (від 8,64 % у 2022 р. до 8,15 % у 2023 р.). Особливістю фармацевтичного ринку Хорватії та Естонії є досить високе споживання ЛЗ лацидипіну.

3. Аналіз споживання БКК у 2022–2023 рр. показав як спільні європейські тенденції, так і національні відмінності у фармакотерапевтичній практиці. У всіх досліджуваних країнах лідером за обсягами споживання є амлодипін, що пояснюється його ефективністю, безпекою та економічною доступністю. Другу позицію стабільно займає лерканідипін, використання якого поступово зростає завдяки сприятливому профілю дії та добрій переносимості. Водночас формуються локальні підходи до фармакотерапії, що зумовлені досвідом призначення, економічними факторами та доступністю окремих засобів на національних ринках.

Перспективи подальших розробок.

Оскільки визначення рівня споживання АГЛЗ є одним з інструментів клініко-економічного моніторингу, доцільним є подальше проведення поглиблених досліджень споживання інших груп АГЛЗ, зокрема С09, що може бути використано фахівцями закладів охорони здоров'я для підвищення ефективності фармакотерапії АГ.

Список використаних джерел інформації

1. Huz, V., & Revyatsky, I. (2024). Systematic analysis of the theoretical arsenal of antihypertensive drugs in Ukraine. *Annals of Mechnikov Institute*, (1), 59–70. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10838296>
2. *STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019*. (2020). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://ukraine.un.org/en/101307-steps-prevalence-noncommunicable-disease-risk-factors-ukraine-2019>
3. Lu, W. L., Yuan, J. H., Liu, Z. Y., Su, Z. H., Shen, Y. C., Li, S. J., & Zhang, H. (2024). Worldwide trends in mortality for hypertensive heart disease from 1990 to 2019 with projection to 2034: data from the Global Burden of Disease 2019 study. *European journal of preventive cardiology*, 31(1), 23–37. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad262>
4. Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., . . . Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
5. Ferri, N., Corsini, A., & Pontremoli, R. (2022). Antihypertensive treatment with calcium channel blockers and renal protection: focus on lercanidipine and lercanidipine/enalapril. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(20), 7482–7492. https://doi.org/10.26355/eurrev_202210_30018
6. Kocherzhat, O. I., Haman, I. O., Vasilechko, M. M., Neiko, V. Ye., Dzvonkivska, V. V., & Vatseba, B. R. (2025). Efektyvnist' i bezpechnist' kombinovanoi antyhipertenzivnoi terapii z vkluchenniam lercanidylinu ta kandesartanu u khvorykh iz metabolichnym syndrome. *Art of Medicine*, 33(1), 58–62. <https://doi.org/10.21802/artm.2025.1.33.58>

7. Tocci, G., Desideri, G., Roca, E., Calculo, C., Crippa, M., De Luca, N., Gaudio, G. V., Lonati, L. M., Orselli, L., Scuteri, A., Vulpis, V., Acone, B., & Zaninelli, A. (2017). How to Improve Effectiveness and Adherence to Antihypertensive Drug Therapy: Central Role of Dihydropyridinic Calcium Channel Blockers in Hypertension. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 25(1), 25–34. <https://doi.org/10.1007/s40292-017-0242-z>
8. Yakovlieva, L. V., Mishchenko, O. Ya., & Adonkina, V. Yu. (2017). *Pharmacoepidemiological studies of the volume of antihypertensive drug consumption in Ukraine*: monograph. National University of Pharmacy.
9. Mishchenko, M., Bilyk, A., Tsyvk, O., & Bondarenko, O. (2016). Analysis of Affordability and Consumption of Antihypertensive Fixed Combinations of Drugs in Ukraine. *Value in Health*, 19(7), A661.
10. Demchuk, M. B., Malanchuk, N. V., Pokotylo, O. O., Pavlyshyn, S. H., & Stechysyn, I. P. (2025). Porivnial'ni doslidzhennia spozhyvannia beta-adrenoblokatoriv v Ukraini ta deiakykh krainakh Yevropy. *Pharmaceutichni chasopys*, (1), 65–73. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2025.1.15272>
11. *Derzhavnyi reiestr likars'kykh zasobiv Ukrainy*. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy. <http://www.drlz.com.ua>
12. *Kompendium*. <https://compendium.com.ua/uk/>
13. *ATC/DDD Index*. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
14. *Ukraine population growth rate 1950–2025*. Macrotrends. <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/UKR/ukraine/population-growth-rate>
15. *Estonian Statistics on Medicines 2022–2023*. https://ravimiamet.ee/sites/default/files/documents/2024-11/Ravimiamet_aastaraamat_2024.pdf
16. *Drug Consumption in Norway 2019–2023*. Data from Norwegian Drug Wholesales Statistics and the Norwegian Prescription Database. <https://www.fhi.no/contentassets/b0802ad9303347b682cf6a8fa701ec91/legemiddelforbruket-i-norge-2019-2023-rapport-2024.pdf>
17. *Report on medicine consumption in the Republic of Croatia*. Agency for Medicinal Products and Medical Devices. <https://www.halmed.hr/>
18. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia nase-lennia, stanom na 10 serpnia 2023 roku” No. 1495 (2023, August 21). <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1495282-23#TextMinistry of Health of Ukraine>
19. Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2025). *Estonia: Health system summary, 2024 (updated)*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381431/9789289059978-eng.pdf?sequence=1>
20. Saunes, I. S., Durvy, B., & Litvinova, Y. (2024). *Norway: Health system summary, 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://ticaret.gov.tr/data/5b8a43355c7495406a227616/Norway-%20Health%20system%20summary%202024.pdf>
21. Džakula, A., Vočanec, D., Banadinović, M., Vajagić, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., Radin, D., & Rechel, B. (2024). *Croatia: Health system summary, 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379910/9789289059961-eng.pdf?sequence=1>
22. Kireyev, I. V., Zhabotynska, N. V., Tsemenko, K. V., Bakumenko, M. G., & Olishchuk, I. P. (2023). The role of a clinical pharmacist in implementing modern guidelines for the pharmacotherapy of arterial hypertension. *Social Pharmacy in Health Care*, 9(4), 31–38. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.23.303>
23. Jones, K. E., Hayden, S. L., Meyer, H. R., Sandoz, J. L., Arata, W. H., Dufrene, K., Ballaera, C., Lopez Torres, Y., Griffin, P., Kaye, A. M., Shekoohi, S., & Kaye, A. D. (2024). The evolving role of calcium channel blockers in hypertension management: Pharmacological and clinical considerations. *Current Issues in Molecular Biology*, 46(7), 6315–6327. <https://doi.org/10.3390/cimb46070377>

Внесок авторів:

М. Б. Демчук: концепція та методологія дослідження, збір даних, аналіз та інтерпретація даних, написання статті – оригінальний проєкт (чернетка).

О. О. Покотило: збір даних, аналіз та інтерпретація даних, перегляд та редагування статті.

Н. В. Маланчук: статистичне оброблення даних.

В. В. Підгірний: перегляд та редагування статті.

С. В. Пічуря: аналіз літератури, статистичне оброблення даних.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

М. Б. Демчук, кандидат фармацевтичних наук, доцент, завідувачка кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна (<https://orcid.org/0000-0002-9105-2302>). E-mail: pavljukm@tdmu.edu.ua

О. О. Покотило, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна (<https://orcid.org/0000-0003-3671-9212>). E-mail: pokotylo@tdmu.edu.ua

Н. В. Маланчук, асистент кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна (<https://orcid.org/0000-0002-0175-7502>). E-mail: malanchuc_nv@tdmu.edu.ua

В. В. Підгірний, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармації факультету післядипломної освіти, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна (<https://orcid.org/0000-0002-1255-3548>). E-mail: pidgirny@tdmu.edu.ua

С. В. Пічуря, магістр фармації, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна. E-mail: pichura_snivit@tdmu.edu.ua

Information about the authors:

M. B. Demchuk, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Head of the Department of Pharmacy Management, Economics and Technology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-9105-2302>). E-mail: pavljukm@tdmu.edu.ua

O. O. Pokotylo, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Pharmacy Management, Economics and Technology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0003-3671-9212>). E-mail: pokotylo@tdmu.edu.ua

N. V. Malanchuk, teaching assistant of the Department of Pharmacy Management, Economics and Technology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-0175-7502>). E-mail: malanchuc_nv@tdmu.edu.ua,

V. V. Pidhirnyi, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Pharmacy, Faculty of Postgraduate Education, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-1255-3548>). E-mail: pidgirny@tdmu.edu.ua

S. V. Pichura, Master of Pharmacy, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine. E-mail: pichura_snivit@tdmu.edu.ua

Надійшла до редакції 04.07.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 24.07.2025 р.

Взято до друку 01.08.2025 р.

УДК 615.2:338.45:614.2

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.366>О. В. Ткачова¹, В. І. Міщенко², С. В. Жадько², О. О. Герасимова²¹ Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету
Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна² Національний фармацевтичний університет
Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна
E-mail: viktoriamischenko@ukr.net

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГІПОЛІПІДЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИМ АСОРТИМЕНТОМ

Висока поширеність серцево-судинних захворювань в Україні та світі забезпечує стабільно високий попит на гіполіпідемічні лікарські засоби (ЛЗ). Раціональне формування аптечного асортименту цих препаратів є ключовим завданням для фармацевтичної галузі та впливає на ефективність терапії, прихильність пацієнтів і економічну доступність лікування.

Мета – аналіз найбільш затребуваних та фізично представлених на фармацевтичному ринку України гіполіпідемічних ЛЗ з урахуванням їхньої економічної та фізичної доступності для раціонального формування асортименту аптек.

Матеріали та методи. У дослідженні застосовано методи контент-аналізу для систематичного збору та оброблення даних про гіполіпідемічні ЛЗ. Проведено групування препаратів за діючими речовинами, виробниками та середніми роздрібними цінами для виявлення основних тенденцій формування асортименту. Економічну доступність оцінено за вартістю встановленої добової дози (DDD) для основного показання у дорослих, що дозволило порівняти вартість лікування між препаратами різних виробників. Дані збирали у червні 2025 року та з наукових публікацій за 2018–2025 рр.

Результати та обговорення. Проаналізовано 319 гіполіпідемічних ЛЗ, зареєстрованих в Україні станом на 01.06.2025 р. Основну частку становлять статини (84 %), що підтверджує їхнє домінування в терапії дисліпідемій. Іноземне виробництво охоплює 83 % асортименту, вітчизняні ЛЗ становлять лише 17 %. На ринку переважають монопрепарати (86 %), а комбіновані препарати складають лише 14 %. На прикладі ЛЗ Трайкор® показано суттєві відмінності у фізичній доступності гіполіпідемічних ЛЗ у різних містах України. Аналіз економічної доступності за методом оцінки вартості DDD показав варіабельність вартості – від 1,15 до 7,85 грн, а вартості гіполіпідемічної терапії на місяць – від 34,50 до 235,50 грн.

Висновки. Проведений аналіз дозволить керівникам аптечних закладів та фармацевтам ухвалювати обґрунтовані рішення щодо управління асортиментом гіполіпідемічних ЛЗ, орієнтуючись на фізичну та економічну забезпеченість.

Ключові слова: аналіз цін; доступність лікарських засобів; гіполіпідемічні лікарські засоби; маркетингові дослідження; фармакоекономічні дослідження; фармацевтичний ринок.

О. В. ТКАЧОВА¹, В. І. МИЩЕНКО², С. В. ЗНАДКО², О. О. GERASYMOVA²¹ Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University
of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine² National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine
E-mail: viktoriamischenko@ukr.net

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HYPOLIPIDEMIC DRUGS FOR THE RATIONAL MANAGEMENT OF THE PHARMACY RANGE

The high prevalence of cardiovascular diseases in Ukraine and the world ensures a consistently high demand for hypolipidemic drugs. The rational formation of the pharmacy range of these drugs is a key task for the pharmaceutical industry and affects the effectiveness of therapy, patient adherence and economic availability of treatment.

Aim. To analyze the most in-demand and physically available hypolipidemic drugs in the pharmaceutical market of Ukraine, taking into account their economic and physical accessibility for the rational formation of used pharmacy range.

Materials and methods. The study used the content analysis methods to systematically collect and process data on lipid-lowering drugs. The drugs were grouped according to active ingredients, manufacturers, and average retail prices to identify key trends in the range formation. Economic accessibility was assessed based on the cost of the defined daily dose (DDD) for the main indication in adults, which allowed to compare treatment costs between drugs from different manufacturers. Data were collected in June 2025 and from scientific publications covering the period of 2018–2025.

Results and discussion. A total of 319 lipid-lowering drugs registered in Ukraine as of June 1, 2025, were analyzed. Statins accounted for the largest share (84 %), confirming their dominance in the treatment of dyslipidemia. Foreign-manufactured drugs comprised 83 % of the range, while domestic medicines accounted for only 17 %. Monotherapy drugs predominated in the market (86 %), whereas combined drugs made up only 14 %. The example of the drug “Tricor®” demonstrated significant differences in the physical availability of hypolipidemic drugs in different cities of Ukraine. The analysis of economic accessibility using the DDD cost method revealed variability in the cost – from 1.15 UAH to 7.85 UAH per DDD – and the monthly cost of lipid-lowering therapy ranged from 34.50 UAH to 235.50 UAH.

Conclusions. The analysis conducted will allow pharmacy managers and pharmacists to make informed decisions regarding the management of the hypolipidemic drug range, taking into account both physical availability and economic accessibility.

Keywords: price analysis; drug availability; hypolipidemic drugs; marketing research; pharmaco-economic studies; pharmaceutical market.

Вступ. У наш час серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються провідною причиною смертності в Україні. Згідно з офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я України, у 2022 р. на ССЗ припадало 15,5 % від загальної смертності [1]. Однак, за даними Opendatabot, у 2021 р. частка смертей від ССЗ становила 60,2 % (430 013 випадків) [2]. Дані Opendatabot є оцінними і можуть відрізнятися від офіційної статистики МОЗ, що пояснює значну різницю у показниках. Ця розбіжність може бути зумовлена різними методологіями збору та оброблення даних, а також різними періодами аналізу. Після зниження кількості зареєстрованих ССЗ у 2022 р. на тлі повномасштабної війни та обмеженого доступу до медичних послуг у 2023 р. відзначалось зростання кількості неінфекційних хвороб, включно із ССЗ. Це пов'язують з поступовим поверненням населення на місця проживання, відновленням функціонування закладів охорони здоров'я та підвищенням уваги до власного здоров'я. Однією з основних причин ССЗ в Україні та в усьому світі є атеросклероз, у розвитку якого важливу роль відіграє дисліпідемія [3]. Це зумовлює потребу в ефективній гіполіпідемічній терапії [4, 5], запорукою якої є фізична та економічна наявність гіполіпідемічних ЛЗ, що впливає на прихильність пацієнтів до лікування.

Проблематика застосування гіполіпідемічних ЛЗ є об'єктом постійної уваги з боку наукової спільноти. У дослідженні С. В. Жадько, Г. С. Бабічевої, І. В. Пестун та О. В. Севрюкова (2025) проведено маркетинговий і фармакоекономічний аналізи ЛЗ групи статинів, що є ключовими для лікування дисліпідемії і профілактики ССЗ [6]. Питання

фармацевтичного забезпечення пацієнтів із ССЗ у контексті реалізації урядової програми «Доступні ліки» розглянуто у дослідженні вітчизняних науковців А. С. Немченко, І. А. Попової та Н. В. Демченко (2024) [7]. У праці О. В. Ткачової зі співавт. (2019) проаналізовано соціально-економічну доступність лікування статинами в Україні порівняно з Болгарією [8]. З використанням DDD-методології встановлена нерівність у доступі до статинів за доходами країн, що також збігається з даними зарубіжних досліджень споживання статинів на популяційному рівні (Guadamuz et al., 2023) [9]. У дослідженні А. А. Котвицької, А. В. Черкашиної, А. В. Волкової та І. В. Кубаревої (2018) проаналізовано стан та динаміку ринку гіполіпідемічних ЛЗ в Україні, зокрема зміни в структурі асортименту, попиті та тенденції розвитку сегменту ринку [10].

Більшість досліджень ґрунтуються на даних, які не враховують вплив воєнного стану на фармацевтичний сектор. Повномасштабна війна зумовила зміну умов функціонування аптек: підвищення цін, зниження купівельної спроможності населення, перебої з постачанням, вихід з ринку відомих ЛЗ іноземних фармацевтичних компаній, релокація виробництв і трансформація асортименту. Ці чинники впливають на забезпеченість ЛЗ та гіполіпідемічної терапії, що зумовлює потребу оновленого аналізу стану ринку гіполіпідемічних ЛЗ.

Мета дослідження. Провести системний аналіз найбільш затребуваних та фізично представлених на фармацевтичному ринку гіполіпідемічних ЛЗ з урахуванням їхньої доступності, цінових характеристик для раціонального формування асортименту аптечних закладів.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідженні застосовано методи контент-аналізу для систематичного збору та оброблення даних про ЛЗ групи гіполіпідемічних препаратів. Для контент-аналізу використано: державні та офіційні джерела [1, 2, 14], дані аптек [15], наукові публікації 2018–2025 рр., що охоплюють дослідження українського фармацевтичного ринку (С. В. Жадько та ін., 2025 [6]; А. С. Немченко та ін., 2024 [7]; О. В. Ткачова та ін., 2019 [8]; А. А. Котвіцька та ін., 2018 [10]), та міжнародні порівняння (N. Jianu et al., 2025 [3]; A. Mormone et al., 2024 [4]; A. Prabhakar et al., 2025 [5]; J. Guadamuz et al., 2022 [9]; F. Ferrara et al., 2025 [11]; M. Mortensen and E. Falk, 2018 [12]; N. Jianu et al., 2025 [13]), а також стандарти для визначення добової дози (DDD) за WHO [18]. Для розрахунку економічної доступності використано дані індексу інфляції [17].

Проведено аналітичне групування препаратів за діючими речовинами, країнами-виробниками, лікарськими формами та середніми роздрібними цінами, що дозволило виявити основні тенденції формування асортименту. Економічну доступність ЛЗ оцінено за фармакоекономічним підходом із використанням вартості встановленої добової дози (DDD) для основного показання у дорослих, що забезпечило порівняння вартості лікування між препаратами різних виробників та форм випуску.

Період збору даних: червень 2025 р. (аптечні та реєстрові джерела) та 2018–2025 рр. (наукові публікації).

Результати дослідження та їхнє обговорення. Сучасна терапія ліпідних порушень

поєднує медикаментозні й немедикаментозні заходи [11]. До немедикаментозних заходів належать фізична активність, дієта, відмова від куріння та, у складних випадках, хірургічне втручання. Фармакотерапія полягає у застосуванні інгібіторів ГМГ-КоА-редуктази (статинів) як ЛЗ першої лінії, фібратів, секвестрантів жовчних кислот, омега-3 поліненасичених жирних кислот, комбінованих засобів, а також езетимібу, який знижує всмоктування холестерину в кишечнику та зменшує його надходження до печінки [12]. Призначення статинів для первинної профілактики потребує індивідуального підходу з урахуванням загального стану здоров'я пацієнта, супутніх хвороб та рекомендацій міжнародних настанов [13].

За даними Державного реєстру лікарських засобів України, станом на 01.06.2025 р. в Україні зареєстровано понад 150 торговельних назв монокомпонентних гіполіпідемічних ЛЗ (група С10А) [14]. Найбільша частка з-поміж зареєстрованих гіполіпідемічних ЛЗ належить інгібіторам ГМГ-КоА-редуктази або статинам (група С10АА) – 79,6 %. Фібратам (С10АВ) належать 5,7 %; похідним нікотинової кислоти (С10АД) – 6,4 %, іншим гіполіпідемічним засобам (С10АХ) – 21 % (рис.).

Аналіз показав, що на ринку представлено широкий асортимент гіполіпідемічних ЛЗ (табл. 1).

На фармацевтичному ринку представлені гіполіпідемічні ЛЗ 30 виробників із 15 країн світу, провідними країнами-постачальниками є Індія та Словенія [14]. На ринку представлені гіполіпідемічні ЛЗ вітчизняних виробників, з-поміж яких ПАТ «Київський

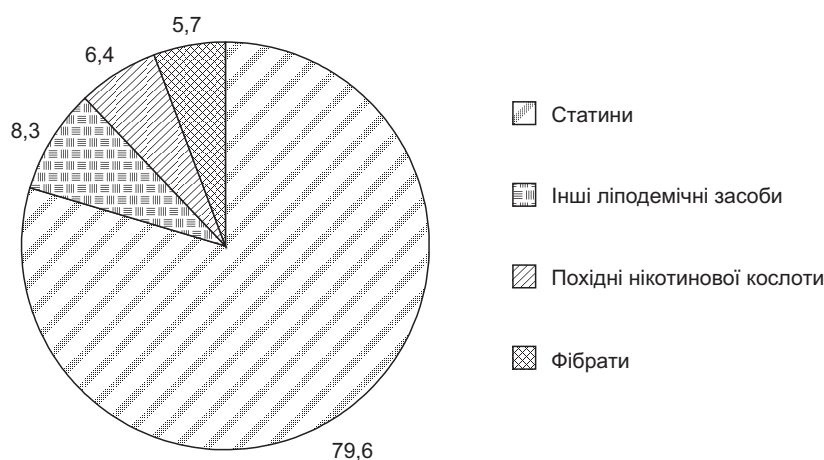


Рис. Розподіл монокомпонентних гіполіпідемічних ЛЗ, зареєстрованих в Україні, %

Таблиця 1

**РОЗПОДІЛ ПРИСУТНІХ НА РИНКУ ГІПОЛІПІДЕМІЧНИХ ЛЗ
ЗА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИМИ ГРУПАМИ**

Група	МНН	Код АТС	Кількість ЛЗ	Походження	
				іноземні	вітчизняні
Статини	Розувастатин	C10AA07	150	119	31
	Аторвастатин	C10AA05	94	77	17
	Симвастатин	C10AA01	21	18	3
	Пітавастатин	C10AA08	3	3	0
Разом статини			268	217	51
Фібрати	Фенофібрат	C10AB05	1	1	0
Разом фібрати			1	1	0
Інгібітори абсорбції холестерину	Езетеміб	C10AX09	2	2	0
	Інклісирану натрію	C10AX16	2	2	0
Разом інгібітори абсорбції холестерину			4	4	0
Комбіновані препарати	Розувастатин + езетеміб	C10BA06	24	24	0
	Аторвастатин + езетеміб	C10BA05	4	4	0
	Розувастатин + ацетилсалицилова кислота	C10BX05	12	9	3
	Аторвастатин + амлодипін	C10BX03	2	1	1
	Розувастатин + периндоприл + індапамід	C10BX13	4	4	0
Разом комбіновані препарати			46	42	4
Усі гіполіпідемічні ЛЗ			319	264	55

вітамінний завод», Корпорація «Артеріум», ПАТ «Фармак», ВАТ «Здоров'я» і ТОВ «Ку-сумФарм».

У розрізі міжнародних непатентованих назв (МНН) з-поміж гіполіпідемічних ЛЗ переважають монокомпонентні препарати: статини (симвастатин, розувастатин, аторвастатин, пітавастатин); фібрати (фенофібрат); інші гіполіпідемічні препарати (холестирамін, езетеміб та інклісиран). На фармацевтичному ринку України також представлені комбіновані гіполіпідемічні ЛЗ (C10B), а саме комбінації: аторвастатину з амлодипіном; розувастатину з ацетилсалициловою кислотою; розувастатину з валсартаном; розувастатину з езетемібом; розувастатину з периндоприлом та індапамідом.

Найбільша частка з-поміж представлених на ринку гіполіпідемічних ЛЗ належить статинам – 268 позицій із 319 (84 %), що відображає їхнє домінування у структурі аптечного асортименту. Фібрати та інгібітори абсорбції холестерину представлені обмежено – відповідно 1 та 4 препарати. Комбіновані ЛЗ становлять 14,0 % ринку (46 позицій), що дозволяє оптимізувати

відпуск і логістику. Із 319 проаналізованих препаратів 264 (83 %) – іноземного виробництва, що свідчить про значну імпортозалежність українського ринку. Вітчизняні виробники пропонують лише 55 гіполіпідемічних ЛЗ (17 % від загального асортименту), а у групі комбінованих – лише 4 позиції.

Окрему групу становлять комбіновані ЛЗ, що формують приблизно кожен сьомий препарат у представленому асортименті. На українському ринку вони представлені переважно комбінаціями статинів з езетемібом, антигіпертензивними засобами (наприклад, амлодипіном) або з такими антитромбоцитарними препаратами, як ацетилсалицилова кислота [15]. З фармацевтичного погляду такі продукти мають низку переваг: зменшують кількість упаковок, спрощують схему відпуску в аптеці, полегшують зберігання та логістику. Аптекам це дозволяє оптимізувати облік та відпуск препаратів, а для пацієнтів підвищує прихильність до лікування за рахунок меншої кількості таблеток. Фармакоекономічно комбіновані засоби можуть знижувати витрати на логістику й управління запасами, а наявність

таких комбінацій у торговельному портфелі підвищує конкурентоспроможність аптечного асортименту та сприяє раціональному формуванню фармакотерапії [15].

Асортимент гіполіпідемічних ЛЗ має відмінності за повнотою в різних аптечних мережах. Так, за даними онлайн-каталогу мережі «Аптека Низьких Цін» (апс.ua), у категорії гіполіпідемічних ЛЗ (за АТС кодом С10) представлено 151 ЛЗ, зокрема 138 монокомпонентних та 10 комбінованих [16]. Аптечна мережа «Санафарма» пропонує близько 78 ЛЗ у цій категорії.

Сегмент ринку гіполіпідемічних ЛЗ в Україні демонструє високий рівень динамічності, що свідчить про наявність ринкової турбулентності. Зокрема постійно змінюється асортимент, відбувається зростання цін, виробники впроваджують нові ЛЗ відповідно до сучасних підходів до лікування ССЗ. З усіх статинів найбільші ринкові перспективи має розувастатин, продажі якого щороку зростають [10]. Фібрати представлені на фармацевтичному ринку одним торговим найменуванням однієї МНН (фенофібрат). Секвестранти жовчних кислот певний час були представлені на ринку одним ЛЗ «Пмс-холестирамін регулар» зі смаком апельсину у формі порошку для оральної суспензії виробництва «Фармасайнс Інк.» (Канада), але у період дослідження ЛЗ пішов з ринку [14].

У сучасних умовах вітчизняного фармацевтичного ринку все частіше спостерігаються проблеми з доступністю ЛЗ [6].

У дослідженні проведено аналіз фізичної доступності ЛЗ Трайкор®, таблетки 145 мг № 20 виробництва «Astrea Fontaine» (Франція), який є єдиним представником фібратів на фармацевтичному ринку України. Проведено порівняльний аналіз роздрібних цін на цей ЛЗ у різних містах України. За даними ресурсу apteka.ua, Трайкор® представлений в аптеках різних міст України (табл. 2).

Розгін цін обчислювали за формулою:

$$\text{Розгін цін} = C_{\max} - C_{\min}$$

де $C_{\max}$ – найбільша зафіксована ціна препарату в місті; $C_{\min}$ – найменша зафіксована ціна препарату в місті [17].

У всіх містах зафіксовано значний розгін цін на Трайкор®, що може свідчити про відмінності у ціновій політиці аптечних закладів та про регіональні особливості фармацевтичного ринку. Найменший розгін цін зафіксовано в Чернігові (94,45 грн), а найбільший – в Одесі (291,40 грн). Значний розгін цін, особливо у великих містах, може ускладнювати прогнозування вартості гіполіпідемічної терапії для пацієнтів.

Найнижчі середні ціни зафіксовані у Кропивницькому (705,07 грн) та Чернігові (715,98 грн), а найвищі – в Одесі (799,45 грн) і Миколаєві (762,98 грн). Загалом середні ціни коливаються в межах від 705,07 до 799,45 грн, що може впливати на економічну наявність Трайкору® для населення.

Аналіз роздрібних цін на Трайкор®, таблетки 145 мг № 20, у різних містах показав,

Таблиця 2

РОЗДРІБНІ ЦІНИ ТА ФІЗИЧНА ДОСТУПНІСТЬ ЛЗ ТРАЙКОР® В ОКРЕМИХ МІСТАХ УКРАЇНИ

Місто	Ціна, грн			Розгін цін, грн	Кількість аптек, де присутній ЛЗ
	мінімальна	максимальна	середня		
Кропивницький	648,48	761,59	705,07	113,11	84
Чернігів	668,34	762,79	715,98	94,45	97
Вінниця	669,52	795,35	732,49	125,83	160
Житомир	668,99	799,94	734,37	130,95	108
Полтава	683,37	798,45	740,95	115,08	126
Дніпро	644,25	838,23	741,18	193,98	392
Львів	658,65	829,33	744,19	170,68	226
Харків	649,90	849,72	749,89	199,82	387
Київ	650,00	857,33	753,75	207,33	1328
Миколаїв	678,65	834,96	762,98	156,31	135
Одеса	653,75	945,15	799,45	291,40	465

що вищі ціни спостерігаються у містах з більшою чисельністю населення. Зокрема в місті Одеса середня ціна на ЛЗ становила 799,45 грн, що є найвищим показником з-поміж усіх досліджуваних населених пунктів. За даними Мінфіну, станом на 1 січня 2022 р. чисельність населення Одеси становила близько 1,0 млн осіб [18]. Водночас найнижча середня ціна зафіксована у Кропивницькому – 705,07 грн, за чисельності населення 219,7 тисяч осіб. Отже, в Одесі вартість ЛЗ була на 11,8 % вищою, ніж у Кропивницькому, що вказує на можливу залежність цінової політики від розміру споживчого ринку.

Незважаючи на більшу кількість аптек у Києві та Одесі порівняно з іншими містами України, роздрібні ціни на Трайкор® у цих містах залишаються одними з найвищих (753,75 та 799,45 грн відповідно). Тобто висока конкуренція між аптеками не завжди приводить до зниження цін. Найбільша кількість аптек, які пропонують Трайкор®, спостерігається у Києві (1328 аптек), Дніпрі (392), Харкові (387) та Одесі (465), що свідчить про варіативність фізичної доступності залежно від регіону. Найменше аптек з цим препаратом у Кропивницькому (84).

Отже, незважаючи на воєнний стан у країні, кількість точок реалізації ЛЗ можна вважати задовільною, що свідчить про відносну стабільність логістичних ланцюгів постачання.

Для оцінки економічної доступності ЛЗ та вибору найбільш фармакоекономічно обґрунтованого варіанта для клінічного застосування доцільним є використання АТС/DDD-методології, що ґрунтується на визначенні споживання ЛЗ у розрахункових одиницях добової дози – Defined Daily Dose (DDD) [19]. Такий підхід дозволяє стандартизувати порівняння вартості різних ЛЗ незалежно від форми випуску, дозування та кількості в упаковці. Дослідження проведене за ціною одної DDD для кожної МНН ЛЗ із групи статинів за такою формулою [19]:

$$\text{Ціна DDD ЛЗ} = \frac{\text{середня роздрібна ціна ЛЗ}}{\text{кількість DDD в упаковці}}$$

Для забезпечення об'єктивного порівняння економічної доступності гіполіпідемічних ЛЗ використано підхід ВООЗ, згідно з яким для оцінки вартості лікування застосовується

визначена добова доза (DDD): для аторвастатину – 20 мг, розувастатину – 10 мг, симвастатину – 20 мг [19].

Об'єктом аналізу були торговельні назви статинів вітчизняного та зарубіжного виробництва, представлені на фармацевтичному ринку України, а також їхні актуальні роздрібні ціни. З вибірки статинів проведено оцінку їхньої економічної доступності для пацієнтів та визначено ЛЗ, які мають переваги з погляду терапевтичної ефективності у лікуванні ССЗ. Аналіз базувався на даних фармацевтичного ринку України станом на 2025 р. Особливу увагу приділено ЛЗ, які найчастіше реалізуються через аптечні заклади та користуються попитом з-поміж споживачів. Отримані результати можуть бути використані фармацевтами для формування раціонального асортименту статинів в аптеках, а також для підвищення якості фармацевтичного інформування пацієнтів щодо вибору ефективних і доступних ЛЗ.

До дослідження увійшли три основні представники фармакологічної групи статинів (код АТС С10АА): аторвастатин, симвастатин та розувастатин. Для кожного активного фармацевтичного інгредієнта відібрано найбільш поширені торговельні назви у вигляді таблеток з плівковою оболонкою та у найбільш уживаних дозуваннях (табл. 3). Для уніфікації розрахунків і точності оцінки добової дози (DDD) до таблиці внесено препарати з дозуванням, що відповідає рекомендованим ВООЗ нормам і дозволяє розрахувати DDD без необхідності подвоєння або комбінування таблеток. Виняток становить препарат Розувастатин-ТЕВА 5 мг, для якого розрахунок DDD здійснюється з урахуванням того, що 2 таблетки дорівнюють 1 добовій дозі (10 мг), а упаковки містить еквівалент 15 DDD. Актуальні роздрібні ціни на ЛЗ отримано з онлайн-ресурсу tabletki.ua, що надає широкий спектр пропозицій фармацевтичного ринку України [16].

Аналіз цін та розрахунків DDD показав значну варіабельність економічної доступності гіполіпідемічних ЛЗ на фармацевтичному ринку України. На підставі роздрібної ціни за упаковку, кількості таблеток та вмісту діючої речовини розраховано вартість 1 DDD та місячного курсу лікування (30 DDD). Найдорожчий місячний курс спостерігається для Розарт, «Актавіс ЛТД»

Таблиця 3

**ЦІНОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКРЕМИХ СТАТИНІВ,
ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ
(СТАНОМ НА 2025 РІК)**

	Назва ЛЗ	Середня роздрібна ціна, грн	DDD, мг	Кількість DDD в упаковці	Вартість DDD, грн	Вартість лікування на місяць, грн
Аторвастатин (C10AA05)						
1	Аторвакор®, ПАТ «Фармак», Україна, таб. 20 мг № 30	211,10	20	30	7,04	211,20
Розувастатин (C10AA07)						
2	Клівас 10, ТОВ «АСІНО-Україна», Україна, таб. 10 мг № 90	637,85	10	90	7,09	212,70
3	Розарт, «Актавіс ЛТД», Мальта, таб. 20 мг № 30	470,70	10	60	7,85	235,50
4	Розувастатин-ТЕВА, «Teva Pharma S.L.U.», Іспанія, таб. 5 мг № 30*	100,60	10	15	6,70	201,00
Симвастатин (C10AA01)						
5	Симвастатин САНДОЗ®, «Sandoz Group», Туреччина, таб. 40 мг № 30	69,25	20	60	1,15	34,50

(Мальта), таб. 20 мг № 30 – 235,50 грн (1 DDD = 7,85 грн), тоді як найдешевший – для Симвастатин САНДОЗ® 40 мг – 34,50 грн (1 DDD = 1,15 грн). Отримані результати свідчать, що навіть за однакової діючої речовини та добової дози вартість лікування може суттєво варіюватися залежно від виробника, дози препарату та форми випуску. Такий підхід дозволяє об'єктивно оцінити фінансову доступність ЛЗ для пацієнта і може бути використаний для оптимізації призначень у практиці лікаря та фармацевта, особливо за умов обмежених ресурсів або для вибору лікування в межах програм реімбурсації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У результаті проведеного аналізу встановлено, що ринок гіполіпідемічних засобів станом на 01.06.2025 р. представлений широким спектром ЛЗ, з-поміж яких найбільшу питому вагу становлять статини (84,0 %), найбільш широко представлені аторвастатин, симвастатин і розувастатин.

2. Запропоновано критерії для оптимізації асортименту гіполіпідемічних препаратів в аптечних закладах з урахуванням рівня споживчого попиту, цінової політики, маркетингової доступності та результатів порівняльної характеристики.

3. Проведено аналіз економічної доступності окремих статинів, представлених на фармацевтичному ринку України станом на 01.06.2025 р. Вартість 1 DDD коливалась у межах від 1,15 грн (Симвастатин Сандоз®) до 7,85 грн (Розарт). Вартість гіполіпідемічної терапії на місяць варіювала від 34,50 до 235,50 грн відповідно. Отримані результати свідчать про значну цінову різницю між ЛЗ з різними діючими речовинами та виробниками, що підкреслює необхідність використання показника вартості 1 DDD для об'єктивної оцінки економічної доступності та раціонального вибору фармакотерапії.

4. Отримані результати можуть бути використані у практичній діяльності керівників аптечних закладів для підвищення ефективності управління асортиментом, раціоналізації закупівельної політики та забезпечення населення необхідними, безпечними й економічно обґрунтованими гіполіпідемічними засобами.

5. Наступні дослідження доцільно спрямувати на аналіз доступності гіполіпідемічних ЛЗ у роздрібних аптечних мережах різних регіонів України. Також актуальним є вивчення цінової політики, динаміки продажу та впливу реєстрації генериків на формування аптечного асортименту.

Список використаних джерел інформації

1. *Shchorichnyi zvit pro stan zdorovia naseleння Ukrainy ta epidemichnu sytuatsiiu za 2022 rik.* (2023). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Kyiv. <https://surl.li/himebu>
2. *Smertnist v Ukraini.* (n. d.). Opendatabot. https://opendatabot.ua/open/death-statistics?utm_source=chatgpt.com
3. Jianu, N., Nițu, E.-T., Merlan, C., Foica, D., Sbârcea, L., Buda, V., Suci, M., Lombrea, A., & Movilă, D. E. (2025). A comprehensive review of the latest approaches to managing hypercholesterolemia: A comparative analysis of conventional and novel treatments: Part I. *Life*, 15(8), 1185. <https://doi.org/10.3390/life15081185>
4. Mormone, A., Tortorella, G., Esposito, F., Caturano, A., Marrone, A., Cozzolino, D., Galiero, R., Marfella, R., Sasso F. C., & Rinaldi, L. (2024). Advances in pharmacological approaches for managing hypercholesterolemia: A comprehensive overview of novel treatments. *Biomedicines*, 12(2), 432. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12020432>
5. Prabhakar, A. P., Vedamurthy, D., & Kalra, D. K. (2025). Impact of lipid lowering therapies on the primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 19(12). <https://doi.org/10.1007/s12170-025-00764-x>
6. Zhadko, S. V., Babicheva, H. S., Pestun, I. V., & Sevriukov, O. V. (2025). Marketynhovi ta farmakoeconomichni doslidzhennia likarskykh zasobiv hrupy statyniv. *News of Pharmacy*, 1(109), 129–140. <https://doi.org/10.24959/nphj.23.109.129>
7. Nemchenko, A. S., Popova, I. A., & Demchenko, N. V. (2024). Doslidzhennia farmatsevtichnoho zabezpechennia khvorykh na sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia v ramkakh prohramy "Dostupni liky". *Health & Education*, (1), 121–130. <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.16>
8. Tkachova, O., Iakovlieva, L., Mitkova, Z., Manova, M., Savova, A., & Petrova, G. (2019). An affordability of statins therapy – comparative analysis between Ukraine and Bulgaria. *BMC Health Services Research*, 19(1), 902–910. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4736-3>
9. Guadamuz, J. S., Shooshtari, A., & Qato, D. M. (2022). Global, regional and national trends in statin utilisation in high-income and low/middle-income countries, 2015–2020. *BMJ Open*, 12(9), e061350. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061350>
10. Kotvitska, A. A., Cherkashyna, A. V., Volkova, A. V., & Kubarieva, I. V. (2018). Analysis of the current state and the dynamics of lipid-lowering drugs in the pharmaceutical market of Ukraine. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 11(6), 358–362. <https://doi.org/10.22159/ajpcr.2018.v11i6.22702>
11. Ferrara, F., Zovi, A., Langella, R., Panico, A., Scognamiglio, M., & Trama, U. (2025). Consumption and expenditure of drugs used for the treatment of hypercholesterolemia: A governance analysis. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 25(6), 927–932. <https://doi.org/10.1080/14737167.2025.2493728>
12. Mortensen, M., & Falk, E. (2018). Primary prevention with statins in the elderly. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(1), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.080>
13. Jianu, N., Nițu, E.-T., Merlan, C., Nour, A., Buda, S., Suci, M., Luca, S. A., Sbârcea, L., Andor, M., & Buda, V. (2025). A comprehensive review of the latest approaches to managing hypercholesterolemia: A comparative analysis of conventional and novel treatments: Part II. *Pharmaceuticals*, 18(8), 1150. <https://doi.org/10.3390/ph18081150>
14. *Derzhavnyi reiestr likarskykh zasobiv Ukrainy.* (n. d.). <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlist?opendocument>
15. Tryhubchak, O. V. (2018). Doslidzhennia asortymentu preparativ atsetylsalitsylovoi kysloty v kombinatsii zi statynom. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 4(3), 80–86. http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2018_4_3_12
16. *Hipolipidemichni zasoby (C10).* (n. d.). Apteka Nyzkykh Tsin. <https://anc.ua/atc/c10>
17. Nemchenko, A. S., Nazarkina, V. M., Mishchenko, V. I., & Vynnyk, O. V. (2018). Analiz ukrainskoho rynku parafarmatsevtikyv dlia profilaktyky keloidnykh rubtsiv. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*, 2(12), 25–31. <https://doi.org/10.15587/2519-4852.2018.128867>
18. *Indeks inflatsii v Ukraini.* (n. d.). Minfin. <https://index.minfin.com.ua/>
19. *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2024 (27th ed.).* (2023). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo: Norwegian Institute of Public Health. https://atcddd.fhi.no/ddd/definition_and_general_considera/

Внесок авторів:

О. В. Ткачова: розроблення концепції та дизайну дослідження, формулювання мети та завдань, підготовка тексту статті.

В. І. Міщенко: збір та аналіз літературних і статистичних даних, підготовка таблиць і рисунків, узгодження оформлення статті відповідно до вимог журналу.

С. В. Жадько: збір та аналіз літературних і статистичних даних, підготовка таблиць і рисунків.

О. О. Герасимова: редагування тексту, остаточне затвердження матеріалу до друку.

Усі автори брали участь в обговоренні результатів дослідження та погодили фінальну версію статті для подання до публікації.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів:

О. В. Ткачова, доктор фармацевтичних наук, професор кафедри клінічної фармакології, Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0003-4646-0400>). E-mail: tkachevaov@gmail.com

В. І. Міщенко, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-8293-0978>). E-mail: viktoriamischenko@ukr.net

С. В. Жадько, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-4533-2370>). E-mail: svzhadkopharm@gmail.com

О. О. Герасимова, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0003-0278-5705>). E-mail: fmmqaph@nuph.edu.ua

Information about the authors:

O. V. Tkachova, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Department of Clinical Pharmacology, Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0003-4646-0400>). E-mail: tkachevaov@gmail.com

V. I. Mishchenko, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Social Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-8293-0978>). E-mail: viktoriamischenko@ukr.net

S. V. Zhadko, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-4533-2370>). E-mail: svzhadkopharm@gmail.com

O. O. Gerasymova, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0003-0278-5705>). E-mail: fmmqaph@nuph.edu.ua

Надійшла до редакції 18.07.2025 р.

Надійшла після доопрацювання 04.08.2025 р.

Взято до друку 08.08.2025 р.

О НОВЛЕНІ ВИМОГИ ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДО НАУКОВОГО ЖУРНАЛУ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

Журнал «Соціальна фармація в охороні здоров'я» публікує оригінальні та оглядові статті, присвячені соціальним, економічним, організаційним та правовим напрямом дослідження, а також проблемам управління, контролю якості, технології та біотехнології у світовій охороні здоров'я і фармації.

Оригінальні (фундаментальні) дослідження мають містити детальний опис результатів нового, раніше не опублікованого наукового дослідження, що надає дані, показує нові підходи або шляхи вирішення завдань, які раніше не розглядались; дослідження виконано із застосуванням сучасних методів та методик, має статистичне опрацювання кількісних даних.

Огляд (описові статті) з дослідницьких тем розкриває сутність проблеми, містить систематизацію наявних знань, визначає невирішені аспекти проблеми та відображає перспективні шляхи вирішення певної проблеми; рекомендована кількість літературних джерел – понад 30 (не менше 60 % за останні 5 років).

До розгляду приймаються статті, які не були опубліковані раніше і не перебувають на розгляді з метою публікації в інших видавництвах.

Мова статей: українська, англійська.

Відповідальність за достовірність та оригінальність матеріалів несуть автори. Редакція залишає за собою право редакційного управління статті.

ВИМОГИ ДО РУКОПISY СТАТТІ

Текст статті друкується кеглем № 14 через 1,5 інтервали на аркуші формату А4 (ширина полів: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху та знизу – по 2 см).

Автори мають дотримуватись загального плану побудови статті й виділяти обов'язкові структурні елементи:

УДК

Ініціали та прізвища автора (-ів)

Назва установи, де виконано роботу, країна (якщо автори з різних організацій, то їх нумерують за допомогою надрядкового знака)

Електронна адреса для листування

НАЗВА СТАТТІ

АНОТАЦІЯ (подається українською та англійською мовами; без посилань на джерела

літератури; без скорочень; загальний обсяг анотації – 250-300 слів).

Передмова (1-2 речення актуальності дослідження)

Мета

Матеріали та методи

Результати та обговорення

Висновки

Ключові слова (3-8 ключових слів, специфічних для статті, але досить поширених у предметній дисципліні; без скорочень, аббревіатур; в алфавітному порядку через ;).

ТЕКСТ СТАТТІ

Вступ (до 10 % обсягу статті). Постановка проблеми, визначення актуальності дослідження, досліджених та не вирішених раніше питань проблеми з посиланням на праці дослідників певної проблеми.

Мета дослідження. Визначення мети дослідження відповідно до назви статті, отриманих результатів та висновків.

Матеріали та методи дослідження. Матеріали та методи мають бути описані з достатньою кількістю деталей, щоб дозволити іншим повторити та розвинути опубліковані результати. Слід описати об'єкти дослідження, умови експерименту, вказати використані бази даних, протоколи тощо, пов'язані з публікацією.

Стандартні методи та методики зазначаються із посиланням на відповідні джерела. Під час статистичного опрацювання даних зазначається посилання на ліцензійний пакет використаного програмного забезпечення.

Результати дослідження та їхнє обговорення (до 80 % обсягу статті). Розкриття проблеми, яка обговорюється. Опис експериментальних результатів, їхньої інтерпретації. Автори мають обговорити результати і те, як їх можна інтерпретувати з погляду попередніх досліджень і робочих гіпотез.

Результати ілюструються рисунками (графіки, діаграми, фотографії) і таблицями, які описуються в тексті. Слід уникати прямого дублювання інформації, наведеної на рисунках і в таблицях.

Висновки та перспективи подальших розробок. Висновки мають бути обґрунтовані наведеними результатами дослідження і наводяться у пронумерованому форматі.

Рекомендовано виділити майбутні напрями досліджень або їхнє практичне застосування.

Список використаних джерел інформації. Перелік використаних джерел інформації повинен містити публікації за останні 5 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках. Слід уникати цитування підручників, довідників, науково-популярних інтернет-сайтів тощо.

Не менше 60 % використаної літератури мають представляти дослідження зарубіжних авторів. Відсоткове співвідношення самоцитування – не більше 20 %.

Використані джерела інформації зазначаються у списку в міру посилання на них у тексті статті. У тексті статті посилання на літературні джерела вказуються у квадратних дужках, наприклад [1], [2, 3].

Джерела інформації позначаються індексом DOI.

Усі джерела мають бути надані мовою оригіналу.

Оформлюється список використаних джерел інформації згідно з вимогами міжнародного **стилю APA** (American Psychological Association). Підготувати правильний список літератури за вимогами APA можна з допомогою інтернет-ресурсу <https://www.grafiati.com/uk>.

Внесок авторів. Зазначається внесок кожного автора. Наприклад: концепція дослідження; аналіз літератури; методологія дослідження; збір даних; аналіз та інтерпретація даних; статистична обробка даних; залучення фінансування; написання статті – оригінальний проєкт (чернетка), перегляд та редагування статті.

Для визначення внеску авторів рекомендовано користуватись системою **Credit** (Contributor Roles Taxonomy). Не всі ролі стосуватимуться кожного рукопису; автори можуть брати участь у кількох ролях.

Фінансування (за наявності). Автори мають розкрити будь-які джерела фінансування, які надали фінансову підтримку для проведення дослідження та/або підготовки статті. Роль спонсорів має бути задекларована стосовно використаних матеріалів та методів, дизайну дослідження, збору, аналізу та інтерпретації даних, написання звіту та ухвалення рішення про подання статті до публікації.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що у них немає відомих конкурентних фінансових інтересів або особистих стосунків, які могли б вплинути на дослідження та його результати, про які йдеться в статті.

Декларація генеративного ШІ в науковому письмі (за наявності). Інструменти штучного інтелекту (ШІ) не відповідають критеріям авторства і тому не можуть бути вказані як автори в рукописах або цитовані як автори. Якщо під час підготовки рукопису були використані інструменти ШІ, це має бути належним чином задекларовано з достатніми подробицями в розділі «Матеріали та методи» рукопису.

Подяки (за необхідності).

Відомості про авторів (подаються українською та англійською мовами).

Ініціали та прізвища автора, науковий ступінь, вчене звання, посада, місце роботи (код ORCID). Електронна адреса.

ОФОРМЛЕННЯ ГРАФІЧНОГО МАТЕРІАЛУ

Графічний матеріал розташовується в тексті суворо в межах друкованого поля сторінок. Уся текстова інформація на рисунках має бути чіткою та розбірливою і не містити зайвих деталей.

Усі рисунки і таблиці мають бути послідовно пронумеровані арабськими цифрами; кожен рисунок супроводжується підписом (не поєднаний з рисунком), а таблиці – заголовками (вирівнювання по центру).

Бажано подавати кольоровий ілюстративний матеріал у графічному форматі *.jpg, *.tiff, *.psx тощо у вигляді додаткових окремих файлів з назвами fig1, fig2.

Усі діаграми додатково подавати у форматі *.xlsx (має бути доданий вихідний файл MS Excel).

Таблиці мають бути надруковані в текстовому редакторі MS Word по тексту статті й оформлені таким чином:

Таблиця 1

НАЗВА ТАБЛИЦІ
з форматуванням таблиці
«по центру» сторінки

Рисунки мають бути вставлені в текст статті (обов'язково має бути доданий вихідний файл) та оформлені таким чином:

Рис. 1. Підпис до рисунка (по центру)

Формули (математичні та хімічні) необхідно подавати по тексту статті, вони мають бути виконані у програмах, вбудованих у MS Word чи сумісних із ним редакторах.

UPDATED MANUSCRIPT REQUIREMENTS FOR THE JOURNAL SOCIAL PHARMACY IN HEALTHCARE

The journal "Social Pharmacy in Healthcare" publishes original and review articles on social, economic, organizational and legal areas of research, as well as issues of management, quality control, technology and biotechnology in global healthcare and pharmacy.

Original (fundamental) research should contain a detailed description of the results of a new, previously unpublished scientific study that provides data, new approaches or ways of solving problems that have not been previously considered; the study is carried out using modern methods and techniques and involves statistical processing of quantitative data.

A review (descriptive articles) on research topics reveals the essence of the problem, contains a systematization of existing knowledge, identifies unresolved aspects of the problem and reflects promising ways to solve a particular problem; the recommended number of literature sources is more than 30 (at least 60 % for the past 5 years).

Articles that have not been previously published and are not under consideration for publication by other publishers will be accepted for consideration.

The languages of articles: Ukrainian, English (USA).

Authors are responsible for the accuracy and originality of the material. Editors reserve the right to make editorial corrections to the article.

Articles that have not been published before and that are not considered for publication in other publishers are accepted for consideration.

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

The text of the article should be printed in 14-point font with 1.5 spacing on A4 sheet (margins: 3 cm on the left, 1 cm on the right, 2 cm on the top and at the bottom).

Authors should follow the general outline of the article and highlight the mandatory structural elements:

UDC

Initials and surnames of the author(s)

Name of the institution where the work was performed, country (if the authors are from different institutions, number them using a superscript)

E-mail address for correspondence

TITLE OF THE ARTICLE

ABSTRACT (submitted in Ukrainian and English; no references to literature sources; no abbreviations; total length of the Abstract – 250-300 words)

Introduction (1-2 sentences on the relevance of the study)

Aim

Materials and methods

Results and discussion

Conclusions

Keywords (3-8 keywords specific to the article, but quite common in the discipline; no abbreviations, acronyms; in alphabetical order with ;).

TEXT OF THE ARTICLE

Introduction (up to 10% of the article). Statement of the problem, determination of the relevance of the study, previously studied and unsolved issues of the problem with reference to the works of researchers of this problem.

Aim. Determination of the aim of the study according to the title of the article, the results obtained and conclusions.

Materials and methods. Materials and methods should be described in sufficient detail to allow others to replicate and develop the published results. The study objects, experimental conditions, databases used, protocols, etc., related to the publication should be described.

Standard methods and procedures should be cited with reference to the relevant sources. During statistical data processing, a link to the licensed software package used should be provided.

Results and Discussion (up to 80 % of the article). Disclosure of the issue under discussion. Description of the experimental results and their interpretation. Authors should discuss the results and how they can be interpreted in terms of the previous studies and working hypotheses.

The results are illustrated with figures (graphs, diagrams, photographs) and tables described in the text. Direct duplication of information in figures and tables should be avoided.

Conclusions and prospects for further research. Conclusions should be supported by the research findings and should be presented in a numbered format.

It is recommended to highlight future areas of research or their practical application.

References. The list of references should include publications from the last 5 years. Earlier publications are allowed only in special cases. Citation of textbooks, reference books, popular science websites, etc., should be avoided.

At least 60% of the literature used should be research by foreign authors. The percentage of self-citation should not exceed 20%.

The sources used are listed in the same way as they are referred to in the text of the article. In the text of the article, references to literary sources are given in square brackets, e.g. [1], [2, 3].

Information sources are indicated by the DOI index.

All sources should be cited in the original language.

The list of references should follow the international **APA** (American Psychological Association) style. To prepare a correct list of references in accordance with the APA requirements, please use the internet resource <https://www.grafiati.com/uk>.

Authors' contribution. The contribution of each author is indicated. For example: research design; literature review; research methodology; data collection; data analysis and interpretation; statistical data processing; fundraising; writing the article – initial draft, revision and editing of the article.

It is recommended to use the **CrediT** system (Contributor Roles Taxonomy, <https://credit.niso.org/>) to determine the contribution of authors. Not all roles apply to every manuscript; authors may contribute to more than one role.

Funding (if available). Authors should disclose all sources of funding that provided financial support for the study and/or preparation of the article. The role of the sponsors should be stated in relation to the materials and methods used, the research design, the collection, analysis and interpretation of data, the writing of the report, and the decision to submit the article for publication.

Conflict of interests. Authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could influence the research and its results reported in the article.

Declaration of Generative AI in scientific writing (if available). Artificial Intelligence (AI) tools do not meet the criteria for authorship and therefore cannot be listed as authors or cited as authors in manuscripts. If AI tools were used in the preparation of the manuscript, this should be properly declared with sufficient details in the "Materials and methods" section of the manuscript.

Acknowledgements (if necessary).

Information about authors (submitted in Ukrainian and English).

Initials and surnames of the author, academic degree, academic title, position, place of work (ORCID code). E-mail address.

DESIGN OF GRAPHIC MATERIAL

Graphic material is placed in the text strictly within the printed page margin. All text information in figures should be clear and legible and should not contain unnecessary detail.

All figures and tables should be numbered consecutively in Arabic numerals; each figure should be accompanied by a caption (not combined with the figure), and tables should be titled (centered).

It is advisable to submit color illustrative material in graphic format *.jpg, *.tiff, *.pcx, etc., as additional separate files named fig.1, fig.2.

All diagrams should also be submitted in *.xlsx format (MS Excel source file should be attached).

Tables should be typed in MS Word text editor in the text of the article and designed as follows:

Table 1

TABLE TITLE

with formatting the table "center" of the page

Figures should be inserted in the text of the article (the source file must be attached) and formatted as follows:

Figure 1. Figure caption (centered)

Formulas (mathematical and chemical) should be presented in the text of the article and should be executed in programs built into MS Word or compatible editors.

ЗМІСТ / CONTENTS

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

- К. С. Гоштинар, М. В. Хайтович
ПРОСПЕКТИВНЕ ФАРМАЦЕВТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ
ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ..... 3
- K. S. Hoshtynar, M. V. Khaitovych / Prospective pharmaceutical counseling
in the treatment of patients with anxiety and depressive disorders
- Н. А. Суцук
ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАРМАЦЕВТІВ:
АНАЛІЗ ВИМОГ РИНКУ ПРАЦІ ТА ОСВІТНІХ ПРОГРАМ..... 11
- N. A. Sushchuk / Formation of ethical competencies of future pharmacists:
analysis of labor market requirements and educational programs

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- В. М. Назаркіна, І. М. Подольський, Е. В. Кривенко
УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ У СИСТЕМІ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ:
ОСНОВНІ ПІДХОДИ, КРИТЕРІЇ ТА УМОВИ..... 17
- V. M. Nazarkina, I. M. Podolsky, E. V. Kryvenko / Decision-making in the health
technology assessment system: basic approaches, criteria, and conditions
- Н. М. Сахнацька, Я. Д. Рафальська
ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 27
- N. M. Sakhnatska, Ya. D. Rafalska / Formation of the organizational and legal
mechanism for ensuring gender equality in the pharmaceutical sector of the healthcare
system of Ukraine

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- У. В. Хомут, І. О. Федяк
УПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ РЕЦЕПТІВ В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВОЇ СКЛАДОВОЇ
ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ФАРМАЦЕВТІВ..... 37
- U. V. Khomut, I. O. Fediak / The introduction of electronic prescriptions in Ukraine
as an important component of the electronic healthcare system: the experience of pharmacists
- І. П. Стечишин, А. І. Дуб, Ю. В. Семенчук
ВИВЧЕННЯ ПРАКСЕОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ЕТИКИ
ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ..... 48
- I. P. Stechyshyn, A. I. Dub, Y. V. Semenchuk / The study of praxeological aspects
of pharmaceutical ethics in the performance of professional duties

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- М. Б. Демчук, О. О. Покотило, Н. В. Маланчук, В. В. Підгірний, С. В. Пічура
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ІЗ ГРУПИ БЛОКАТОРІВ
КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ В УКРАЇНІ ТА У ДЕЯКИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ..... 65
- M. B. Demchuk, O. O. Pokotylo, N. V. Malanchuk, V. V. Pidhirnyi, S. V. Pichura /
A comparative analysis of the consumption of medicines from the group of calcium
channel blockers in Ukraine and some European countries

- О. В. Ткачова, В. І. Міщенко, С. В. Жадько, О. О. Герасимова
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГІПОЛІПІДЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ
ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИМ АСОРТИМЕНТОМ 78
- O. V. Tkachova, V. I. Mishchenko, S. V. Zhadko, O. O. Gerasymova /
Comparative characteristics of hypolipidemic drugs for the rational management
of the pharmacy range

- ОНОВЛЕНІ ВИМОГИ ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ
ДО НАУКОВОГО ЖУРНАЛУ
«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я» 87**

- UPDATED MANUSCRIPT REQUIREMENTS FOR THE JOURNAL
SOCIAL PHARMACY IN HEALTHCARE..... 89**