

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



SOCIAL PHARMACY
IN HEALTH CARE

2016 – Том 2, № 4

Харків
НФаУ

В. П. Черних – головний науковий консультант

А. А. Котвіцька – головний редактор

В. А. Огнєв – заступник головного редактора

Редакційна колегія:

І. І. Баранова (м. Харків), Н. В. Бездітко (м. Харків), О. М. Біловол (м. Харків), Л. А. Болотна (м. Харків), А. В. Волкова (м. Харків), Ю. В. Вороненко (м. Київ), Н. Б. Гавриш (м. Харків), Л. В. Галій (м. Харків), І. А. Голованова (м. Полтава), Б. П. Громовик (м. Львів), О. П. Гудзенко (м. Рубіжне), У. М. Датхаєв (м. Алмати, Казахстан), О. З. Децик (м. Івано-Франківськ), Г. В. Зайченко (м. Київ), О. М. Заліська (м. Львів), А. Б. Зіменковський (м. Львів), І. А. Зупанець (м. Харків), А. З. Зурдинов (м. Бішкек, Киргизстан), А. В. Кабачна (м. Київ), Д. В. Карамішев (м. Харків), В. І. Клименко (м. Запоріжжя), К. Л. Косяченко (м. Київ), І. В. Кубарева (м. Харків, *відповідальний секретар*), В. М. Лехан (м. Дніпропетровськ), В. М. Лісовий (м. Харків), В. В. Малий (м. Харків), Б. К. Махатов (м. Шимкент, Казахстан), С. М. Мусоєв (м. Душанбе, Таджикистан), А. С. Немченко (м. Харків), О. М. Очередько (м. Вінниця), М. Ф. Пасічник (м. Київ), Єва Полежак (м. Люблін, Польща), С. Б. Попов (м. Харків), О. В. Посилкіна (м. Харків), В. В. Рудень (м. Львів), О. І. Сердюк (м. Харків), О. О. Суріков (м. Харків), Едуардас Тарасявічус (м. Вільнюс, Литва), О. І. Тихонов (м. Харків), В. М. Толочко (м. Харків), В. В. Трохимчук (м. Київ), Віліам Фолтан (м. Братислава, Словаччина), В. В. Чайковська (м. Київ), Л. В. Яковлева (м. Харків)

Поточний номер журналу присвячено актуальним аспектам соціальної медицини і фармації в Україні та за кордоном, зокрема питанням нормативно-правового регулювання системи вищої фармацевтичної освіти, організації медичної та фармацевтичної допомоги хворим на соціально значущі захворювання, функціонування соціальних аптек. Розглянуто сучасні тенденції розвитку вітчизняного фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я, висвітлено питання соціального захисту спеціалістів фармації. Наведено результати досліджень за проблематикою соціального маркетингу.

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

Журнал занесено до переліку наукових фахових видань України у галузі фармацевтичних (наказ МОН України від 09.03.2016 р. № 241) і медичних (соціальна медицина) (наказ МОН України від 11.07.2016 р. № 820) наук.

Журнал входить до реферативної бази даних Національної бібліотеки ім. В. І. Вернадського та наукометричної бази РІНЦ elibrary.

Рекомендовано ученою радою Національного фармацевтичного університету (протокол № 3 від 30.11.2016 р.)

Адреса для листування: 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, Національний фармацевтичний університет, журнал «Соціальна фармація в охороні здоров'я», тел./факс (057) 706-30-63. Сайт: <http://sphhcj.edu.ua>. E-mail: socpharm-journal@nuph.edu.ua, press@nuph.edu.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 21362-11162 Р від 09.06.2015 р.

Підписано до друку 15.12.2016 р. Формат 60x84 1/8

Папір офсетний. Друк ризографія. Ум. друк. арк. 10. Обл.-вид. арк. 10,76. Тираж 100 пр.

Редактори: Н. І. Голубєва, О. Ю. Гурко. Комп'ютерне верстання О. М. Білінської

«Соціальна фармація в охороні здоров'я». Том 2, № 4, 2016

ISSN 2413-6085

© Національний фармацевтичний університет, 2016

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Рекомендовано к. фарм. н., доцентом С. В. Огарь

УДК: 651.1:378:005

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ ЯКОСТІ ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

А. В. Кайдалова, О. В. Посилкіна

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: kajdalova.a@gmail.com

У статті висвітлено нормативно-правове забезпечення вищої освіти, зокрема і фармацевтичної. Відображено основні аспекти регулювання освітньої діяльності як на державному рівні, так і на рівні ВНЗ. Враховано значущість нормативно-правового регулювання у побудові та функціонуванні системи якості вищої фармацевтичної освіти.

Ключові слова: фармацевтична освіта; нормативно-правове забезпечення; система якості вищої освіти.

Постанова проблеми. Інтенсивність розвитку вітчизняного та світового фармацевтичного ринку, посилення вимог роботодавців до фахівців, інтеграційні процеси у світовий освітній простір зумовлюють переосмислення державного регулювання та функціонування системи вищої фармацевтичної освіти. Сьогодні на державному рівні з'явилося розуміння необхідності вдосконалення та гармонізації існуючої системи нормативно-правового регулювання сучасної освіти, також і фармацевтичної, введення

загальноєвропейської системи гарантії якості освіти, реалізації передового світового досвіду підготовки фахівців фармацевтичного сектора.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми реформування, удосконалення та гармонізації нормативно-правового регулювання вищої освіти, зокрема і фармацевтичної і медичної, розглядають у своїх дослідженнях такі вчені, як: І. Є. Булах, С. В. Григоровська, Л. П. Войтенко, О. П. Волосовець, Г. І. Гасюк, А. А. Котвіцька, І. В. Мельник, С. В. Огарь, М. О. Поліщук, Ю. С. П'ятницький, В. П. Черних та ін. [1, 7, 13].

Слід зазначити, що система нормативно-правового регулювання вищої фармацевтичної освіти в Україні останнім часом

А. В. Кайдалова – кандидат фарм. наук, доцент, докторант кафедри управління та економіки підприємства Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

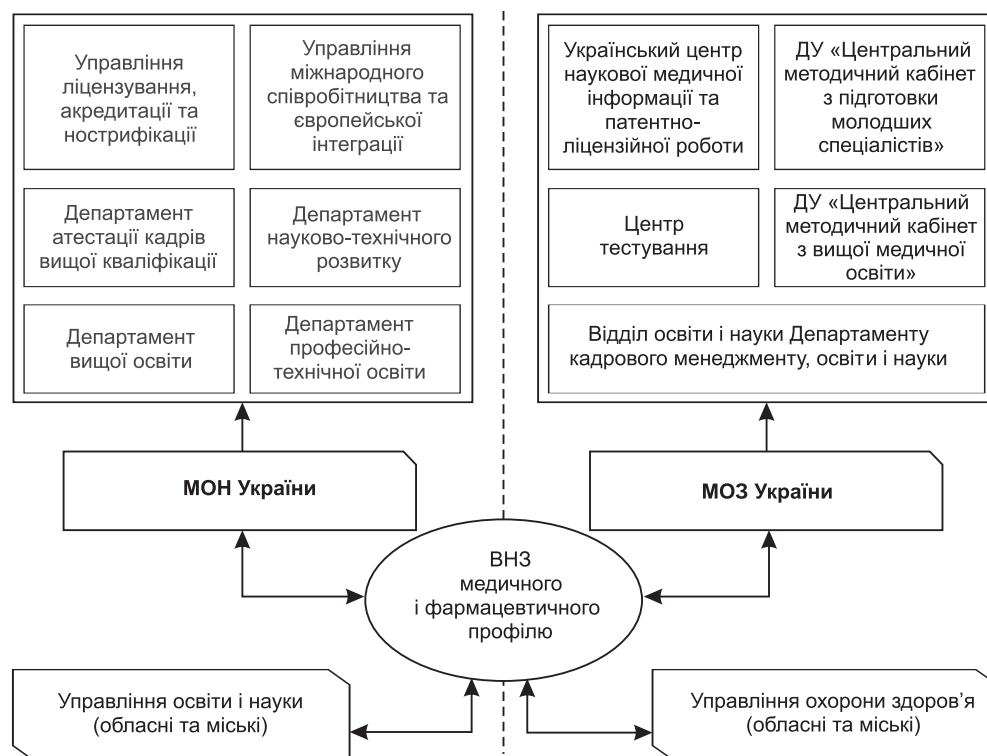


Рис. 1. Схема існуючої структури регулювання системи вищої фармацевтичної освіти в Україні

зазнала суттєвих змін, але потребує подальшого дослідження й удосконалення з урахуванням світового освітнього досвіду та вимог ринку праці й роботодавців до випускників фармацевтичних спеціальностей в умовах побудови ефективної системи якості вищої фармацевтичної освіти (СЯВФО).

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Проблема систематизації, вдосконалення, гармонізації та подальшого розвитку нормативно-правової бази в системі вищої фармацевтичної освіти є вкрай актуальною для України. Огляд та аналіз нормативно-правового забезпечення з питань фармацевтичної освіти є необхідними для обґрунтування та побудови СЯВФО у контексті дослідження.

Формулювання цілей статті. Метою статті є огляд і аналіз існуючої нормативно-правової бази системи вищої освіти в Україні, зокрема і фармацевтичної, для побудови СЯВФО та визначення напрямів адаптації її до вимог сучасного ринку світового освітнього простору.

Викладення основного матеріалу дослідження. Останнім часом у системі вищої освіти України, також і фармацевтичної, визначені нові пріоритети, розпочато

практичне реформування нормативно-правового поля в умовах розвитку євроінтеграційних процесів.

Слід зазначити, що державне регулювання вищої фармацевтичної освіти в Україні є складним багатофункціональним процесом, що складається із взаємопов'язаних між собою певних цілей, завдань, методів і механізмів організації, регулювання і контролю освітньої діяльності.

Управління системою вищої фармацевтичної освіти в Україні здійснюється державними органами управління, органами місцевого самоврядування, власниками ВНЗ та органами громадського самоврядування, а також, враховуючи специфіку підготовки фахівців фармації, галузевими органами виконавчої влади. Структура державного регулювання системи вищої фармацевтичної освіти станом на вересень 2016 р., за офіційними сайтами МОН та МОЗ України, наведена на рис. 1.

У загальному вигляді структура нормативно-правового забезпечення системи вищої освіти в Україні на сьогодні має такі складові:

- загальні положення (правове регулювання відносин, державна політика і гарантії громадян);

- система освіти і науки (структура системи, порядок створення, реорганізація, управління закладами);
- управління системою освіти і науки (державні стандарти, контроль за якістю);
- фінансово-економічна діяльність;
- соціальний захист учених, педагогів, їх вихованців;
- міжнародна і зовнішньополітична діяльність та ін.

Основним законом, що регулює освітню діяльність в Україні, є Закон України «Про вищу освіту», в якому якість вищої освіти визначається як сукупність якостей особи з вищою освітою, що відображає її професійну компетентність, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість й обумовлює здатність задовольняти як особисті духовні і матеріальні потреби, так і потреби суспільства [2].

Згідно з цим законом якість освітньої діяльності тлумачиться як сукупність характеристик системи вищої освіти та її складових, яка визначає її здатність задовольняти встановлені і передбачені потреби окремої особи або суспільства. Відповідно до встановленого порядку, який закріплено у Законі України «Про вищу освіту», якість надання освітніх послуг визначається системою державних стандартів освіти.

Крім основного закону про вищу освіту, нормативно-правове регулювання вищої освіти, зокрема і фармацевтичної, здійснюється низкою законодавчих актів, зокрема законами «Про освіту», «Про професійно-технічну освіту», а також Указами Президента, Постановами уряду та Кабінету Міністрів України (КМУ), наказами Міністерства освіти і науки (МОН) України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

Ураховуючи вищезазначене, відповідно до чинних нормативно-правових актів можна констатувати, що урядом та органами виконавчої влади постійно здійснюються організація, планування, забезпечення та контроль освітньої діяльності.

З огляду на специфіку та особливості вищої фармацевтичної освіти у контексті нашого дослідження проаналізовано та систематизовано основні нормативні документи, що регламентують підготовку фахівців фармацевтичних спеціальностей у медичних і фармацевтичних ВНЗ (табл.).

У результаті орієнтації вітчизняної системи вищої освіти на вектор європейської інтеграції в науковий та світовий простір, починаючи з 2005 р. на державному рівні збільшується низка заходів з удосконалення нормативно-правового регулювання освітньої діяльності.

Зокрема були ратифіковані Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні» від 4.07.2005 р. № 1013, де відображено завдання щодо створення національної системи моніторингу якості освіти на основі критеріїв держав-членів Європейського Союзу та забезпечення участі загальноосвітніх навчальних закладів у міжнародних обстеженнях якості освіти; Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо підвищення якості освіти в Україні» від 20.03.2008 р. № 244, з метою створення системи моніторингу якості освіти та участі України у міжнародних порівняльних дослідженнях якості освіти. Прийнята Постанова КМУ від 31.12.2005 р. № 1312 «Про невідкладні заходи щодо запровадження зовнішнього незалежного оцінювання та моніторингу якості освіти», яка спрямована на забезпечення підвищення якості загальної середньої освіти, забезпечення рівного доступу до вищої освіти і створення передумов для входження України в європейський освітній простір. Видано наказ МОН України від 13.07.2007 р. № 612 «Про затвердження Плану дій щодо забезпечення якості вищої освіти України та її інтеграції в європейське і світове освітнє співтовариство на період до 2010 року», який передбачав реалізацію низки завдань у системі вищої освіти України, спрямованих на досягнення головної мети – підготовки висококваліфікованих фахівців, які будуть конкурентоспроможними на національному, європейському та світовому ринках праці; наказ МОН України від 23 лютого 2016 року № 149 на виконання розпорядження КМУ від 4 лютого 2016 р. № 72-р «Деякі питання участі України у міжнародному дослідженні якості освіти PISA-2018, відповідно до Постанови КМУ від 25 серпня 2004 р. № 1095 «Деякі питання запровадження зовнішнього незалежного оцінювання та моніторингу якості освіти» (із змінами і доповненнями) і з метою реалізації підпункту 20 розділу 4 Стратегії

**АНАЛІЗ РІВНІВ, СФЕР І НАПРЯМКІВ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ
ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

Рівень	Вид нормативного документа	Сфера і напрями регулювання
Загальнодержавний	Закони	«Про освіту», «Про вищу освіту», «Про професійно-технічну освіту, «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про науково-технічну інформацію», «Про національну систему кваліфікацій»
	Укази Президента	Про заходи щодо забезпечення, функціонування, розвитку, вдосконалення, підвищення якості вищої освіти України»; Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020»
	Постанови Верховної Ради	Про стан, напрями реформування і фінансування освіти в Україні
	Постанови КМУ	Про ліцензування, атестацію та акредитацію навчальних закладів; щодо питань участі України в Болонському процесі; питань запровадження зовнішнього оцінювання та моніторингу якості освіти; створення Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти
	Розпорядження КМУ	Щодо питань організації освітнього процесу у ВНЗ; програм інформування громадськості з питань європейської інтеграції України; питань участі України у міжнародному дослідженні якості освіти
	Накази, листи, розпорядження МОН України	Щодо організації освітнього процесу у ВНЗ, формування навчальних планів; упровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу, реалізації положень Болонської декларації; забезпечення якості вищої освіти України та її інтеграції в європейське і світове освітнє співтовариство; підвищення кваліфікації та стажування педагогічних і науково-педагогічних працівників ВНЗ; дистанційного навчання; планування й обліку навчальної роботи та переліків основних видів методичної, наукової й організаційної роботи ВНЗ; замовлень, видачі та обліку документів про освіту державного зразка, визнання і встановлення еквівалентності в Україні документів про освіту, виданих навчальними закладами інших держав; питань імплементації Закону України «Про вищу освіту»; Методичні рекомендації щодо розроблення стандартів вищої освіти
Галузевий	Накази, листи, розпорядження МОЗ України	Щодо спеціалізації (інтернатури) випускників медичних (фармацевтичних) ВНЗ України; системи ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів «Медицина» і «Фармація»; організації та порядку проведення державної атестації студентів, які навчаються у ВНЗ III-IV рівнів акредитації; рейтингового оцінювання діяльності ВНЗ IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України
На рівні ВНЗ	Внутрішні документи ВНЗ	Статут, ліцензії, концепції, плани розвитку, колективні договори; штатні розписи, кошториси, фінансові звіти, звіти; стандарти вищої освіти; положення структурних підрозділів; накази ВНЗ та ін.

сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5 [5, 6, 8, 10, 11].

У проекті «Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012- 2021 роки» наголошено, що «інтеграція України у світовий освітній простір вимагає постійного вдосконалення національної системи освіти, пошуку ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг, апробації та впровадження інноваційних педагогічних технологій, забезпечення рівного доступу всіх

її громадян до якісної освіти, модернізації змісту освіти й організації її відповідно до світових тенденцій і вимог ринку праці, забезпечення безперервності освіти та навчання протягом усього життя, розвиток державно-громадської моделі управління вищою освітою» [9].

Слід наголосити, що, крім вищенаведених нормативно-правових актів регулювання системи вищої освіти, якість вищої освіти регламентуються низкою стандартів освіти, до яких входять: державний стандарт

освіти, галузеві стандарти вищої освіти та стандарти вищої освіти вищих навчальних закладів. Стандарти вищої освіти є чинником збереження єдиного освітнього простору та управління якістю освіти.

Враховуючи специфіку підготовки фахівців фармацевтичної галузі та підпорядкованість ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю МОЗ України, слід виділити галузевий рівень нормативно-правового регулювання освітньої діяльності в системі охорони здоров'я України.

Якість рівня професійної компетентності майбутніх провізорів визначається стандартизованими тестовими іспитами Крок-1 і Крок-2. Стандартизовані тестові іспити проводяться відповідно до: Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів «Медицина» і «Фармація», затвердженого наказом МОЗ України від 14.08.1998 р. № 251, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 11.09.1998 р. за № 563/3003; Положення про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, затвердженого наказом МОЗ України від 31.01.2005 р. № 53, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 17.02.2005 р. за № 244/10524; наказу МОЗ України від 7.12.2009 р. № 930 «Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «провізор» у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю «Фармація», наказу МОЗ України від 15.01.1999 р. № 7 «Про заходи щодо виконання наказу МОЗ України від 14.08.98 р. № 251 «Про затвердження положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів «Медицина» та «Фармація» [3, 7].

З метою належної організації узагальнення результатів оцінки різних аспектів діяльності ВНЗ згідно з наказом МОЗ України від 22.11.2013 р. № 1000 «Про рейтингове оцінювання діяльності вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України» щороку МОЗ України проводить аналіз рейтингових показників діяльності 15 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних

закладів і 3-х закладів післядипломної освіти МОЗ України [4].

Аналіз здійснюється за скоригованими показниками діяльності ВНЗ згідно з листом МОЗ України від 14.01.2016 р. № 08.01-47/647 із таких розділів: навчально-методична робота; наукова діяльність; кадрова політика; міжнародне, державне та галузеве визнання роботи; виховна робота, лікувальна робота, матеріально-технічне забезпечення; фінансова і господарська діяльність.

Приєднавшись до Болонського процесу, Україна взяла на себе зобов'язання проводити роботу з приведення якості національної освіти у відповідність до європейських стандартів. За Болонською декларацією, в цілому система вищої освіти України повинна реформуватися на основі певного компромісу: національні традиції мають бути залишені в основі функціонування всієї системи освіти і діяльності навчально-виховних закладів усіх рівнів. Україна має всі підстави для того, щоб проводити національну освітню політику і паралельно з участю у Болонському процесі формувати свою специфічну систему освіти, виходячи з внутрішніх можливостей і потреб, орієнтуючись при цьому на світові тенденції.

Чимала робота в цьому напрямі в Україні вже проведена. КМУ прийнято Постанову від 31.12.2005 р. № 1312 «Про невідкладні заходи щодо запровадження зовнішнього незалежного оцінювання та моніторингу якості освіти», якою затверджено Положення про Український центр оцінювання якості освіти (УЦОЯО).

Згідно з чинним Законом «Про вищу освіту» (2014 р.) контроль якості всіх ступенів вищої освіти має здійснювати Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти (НАЗЯВО), що є постійно діючим колегіальним органом, уповноваженим законом на реалізацію державної політики у сфері забезпечення якості вищої освіти» [2].

Зважаючи на вищевикладене, враховано, що при побудові СЯВФО нормативно-правове регулювання освітньої діяльності має здійснюватися на трьох рівнях забезпечення якості вищої освіти (рис. 2): на рівні ВНЗ; на національному рівні (державна і державно-суспільна система організації

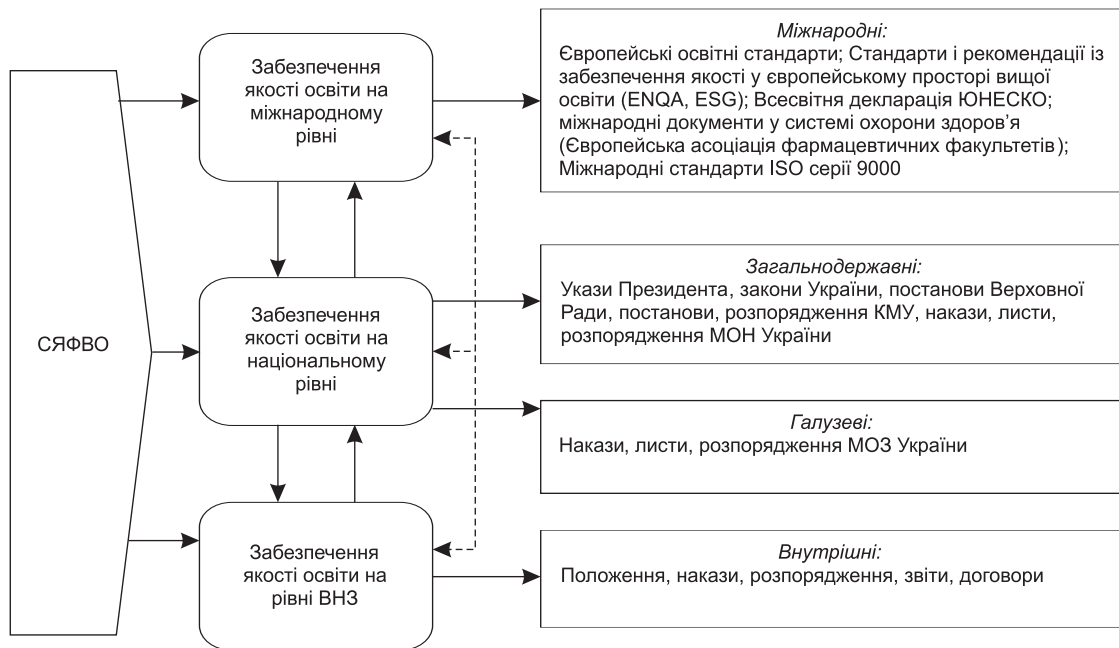


Рис. 2. Запропонована схема рівневої системи нормативно-правового регулювання вищої фармацевтичної освіти

та контролю); на міжнародному (європейському) рівні.

Запропонована система нормативно-правового регулювання вищої фармацевтичної освіти в умовах побудови СЯВФО має бути:

- узгоджена за всіма рівнями забезпечення якості вищої освіти на національному рівні;
- гармонізована з міжнародними і європейськими освітніми стандартами;
- погоджена при формуванні нормативно-правового поля між Міністерствами освіти і науки та охорони здоров'я України.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Проведений аналіз нормативно-правових документів нормативно-правового забезпечення та управління якістю освіти дозволив встановити, що, незважаючи на певні розбіжності у структурі та змісті, спостерігається увага з боку державних інституцій та громадських організацій до якості освіти і моніторингу рівня якості освітніх послуг.

Головними напрямками подальших досліджень є науково-методичне поглиблене дослідження нормативно-правового регулювання системи вищої фармацевтичної освіти на міжнародному рівні та її систематизація, гармонізація й удосконалення з метою побудови цілісної й ефективної системи якості вищої фармацевтичної освіти.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Григоровська, С. В. Актуальні питання організації підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я / С. В. Григоровська, Ю. С. П'ятницький, О. П. Волосовець та ін. // Медична освіта. 2016. – № 2. – С. 6-8.
2. Закон України «Про вищу освіту». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2984-14>.
3. Наказ МОЗ України від 14.08.1998 р. № 251 «Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів «Медицина» і «Фармація» (zareєстровано у Міністерстві юстиції України 11.09.1998 за №563/3003). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>
4. Наказ МОЗ України від 22.11.2013 р. № 1000 «Про рейтингове оцінювання діяльності вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>
5. Наказ МОН України від 13.07.2007 р. № 612 «Про затвердження Плану дій щодо забезпечення якості вищої освіти

- України та її інтеграції в європейське і світове освітнє співтовариство на період до 2010 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc
6. Наказ МОН України від 23.02.2016 р. № 149 «Про організацію та проведення міжнародного дослідження якості освіти PISA-2018 в Україні». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc.
 7. Фармацевтичне правознавство у схемах і таблицях : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суриков та ін. – Х. : НФаУ, 2015. – 112 с.
 8. П'ятницький, Ю. С. Належна організація атестації випускників – важлива складова реалізації закону України «Про вищу освіту» / Ю. С. П'ятницький, І. Є. Булах, І. В. Мельник та ін. // Медична освіта. – 2016. – № 2. – С. 50-53.
 9. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.12.2005 р. № 1312. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/kmu/control/uk/cardnpd>
 10. Проект Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.kradmin.gov.ua>
 11. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні» від 04.07.2005 р. № 1013/2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua>
 12. Указ Президента України № 244/2008 від 20.03.2008 р. «Про додаткові заходи щодо підвищення якості освіти в Україні». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua>
 13. Черних, В. П. Сучасний стан створення стандартів вищої фармацевтичної освіти на основі компетентнісного підходу / В. П. Черних, А. А. Котвіцька, С. В. Огарь та ін. // Медична освіта. – 2015. – № 2. – С. 55-56.
 4. Pro reitynhove otsiniuvannia diialnosti vyschykh navchalnykh zakladiv IV rivnia akredytatsii i zakladiv pisliadyplomnoi osvity MOZ Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy vid 22.11.2013 No. 1000 [Internet]. Available from : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131122_1000.html
 5. Pro zatverdzhennia Planu dii schodo zabezpechennia yakosti vyschoi osvity Ukrainy ta ii intehtatsii v ievropeiske i svitove osvitnie spivtovarystvo na period do 2010 roku. Nakaz MON Ukrainy vid 13.07.2007 No. 612 [Internet]. – Available from : http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc
 6. Pro organizatsiiu i provedennia mizhnarodnoho doslidzhennia yakosti osvity PISA-2018 v Ukraini. Nakaz MON Ukrainy vid 23.02.2016 No. 149 [Internet]. – Available from: http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc
 7. Kotvitska AA, Kubarieva IV, Surikov OO et al. Farmatsevtichne pravoznavstvo u skhemakh i tablytsiakh. Kharkiv: NFaU; 2015. 112 p.
 8. Piatnytskyi YuS, Bulakh IYe, Melnyk IV et al. Medychna osvita. 2016;2:50-53.
 9. Pro nevidkladni zahody, schodo zaprovadzhennia zovnishn'ogo nezalezhnogo otsiniuvannia ta monitoryngu yakosti osvity. Postanova KM Ukrainy vid 31.12.2005 No. 1312. [Internet]. Available from: <http://www.kmu.gov.ua/kmu/control/uk/cardnpd>
 10. Proekt Natsionalnoi stratehii rozvytku osvity v Ukraini na 2012-2021 roky [Internet]. Available from: <http://osvita.kradmin.gov.ua>
 11. Pro nevidkladni zahody schodo zabezpechennia funtsionuvannia i rozvytku osvity Ukraini. Ukaz Presidenta Ukrainy vid 04.07.2005 No. 1013/2005 [Internet]. Available from: <http://www.president.gov.ua>
 12. Pro dodatkovi zahody schodo pidvyshchennia yakosti osvity v Ukraini. Ukaz Presyidenta Ukrainy vid 20.03.2008 No. 244/2008 [Internet]. Available from: <http://www.president.gov.ua>
 13. Chernykh VP, Kotvitska AA, Ogar SV et al. Medychna osvita. 2015;2:55-56.

REFERENCES

1. Hryhorovska SV, Piatnytskyi YuS, Volosovets OP et al. Medychna osvita. 2016;2:6-8.
2. Pro vyschu osvitu. Zakon Ukrainy [Internet]. Available from : <http://zakon2.rada.gov.ua>
3. Pro zatverdzhennia Polozhennia pro systemu litsenziynykh intehtrovanykh ispytiv

УДК 651.1:378:005

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА
ВЫСШЕГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

А. В. Кайдалова, О. В. Посылкина

В статье рассмотрено нормативно-правовое обеспечение высшего образования, в т.ч. фармацевтического. Отражены основные аспекты регулирования образовательной деятельности как на государственном уровне, так и на уровне высших учебных заведений. Учтены значимость нормативно-правового регулирования в построении и функционировании системы качества высшего фармацевтического образования.

Ключевые слова: фармацевтическое образование; нормативно-правовое обеспечение; система качества высшего образования.

UDC 651.1:378:005

**THE WAYS OF IMPROVEMENT OF THE LEGAL REGULATION SYSTEM OF EDUCATIONAL ACTIVITIES IN
UKRAINE UNDER CONDITIONS OF FORMATION OF THE QUALITY SYSTEM OF HIGHER PHARMACEUTICAL
EDUCATION**

A. V. Kaydalova, O. V. Posylkina

The article deals with the regulatory support for the higher education, including the pharmaceutical education; the main aspects of regulation of educational activities both at the state level and at the level of higher education institutions have been described; the importance of the legal and regulatory framework in formation and functioning of the quality system of higher pharmaceutical education has been considered.

Key words: pharmaceutical education; regulatory support; quality system of the higher education.

Рекомендовано д. мед. н., професором О. З. Децик

УДК 614+616.1-084

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

І. А. Голованова, С. С. Касинець, М. В. Хорош, Г. А. Оксак*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

E-mail: sostmed@umsa.edu.ua

* Полтавська обласна клінічна лікарня

За висновками експертів ВООЗ (2015), серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я у світі є хвороби системи кровообігу. Всі структурні зміни в Полтавській області спрямовані на наближення медичної допомоги до населення, інтенсивне упровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини. У Полтавській області спостерігається збільшення рівня укомплектованості лікарнями первинної ланки. Оптимальним часом, витраченим на одного пацієнта, мають бути $16,44 \pm 1,15$ хв (згідно з опитуваннями лікарів) або $16,93 \pm 0,78$ хв (згідно з проведеним хронометражем прийому лікаря). Головним шляхом отримання інформації щодо факторів ризику хвороб системи кровообігу пацієнтів є засоби масової інформації (47%), а не лікар.

Ключові слова: сімейна медицина; хвороби системи кровообігу; фактори ризику; сімейний лікар.

Постанова проблеми. Важливими складовими запровадження системних змін є партнерство в усіх аспектах реформування, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, запровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства та відкритість системи охорони здоров'я [1].

Реформування галузі охорони здоров'я України проводилось на рівні держави, як у пілотних регіонах, так і в не пілотних. Хоча Полтавська область не була включена до пілотних, але в цьому питанні має значні напрацювання [2].

І. А. Голованова – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Г. А. Оксак – головний лікар Полтавської обласної клінічної лікарні

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», відповідно до якої було підготовлено розпорядження голови Полтавської обласної державної адміністрації від 22.08.2000 р. № 367 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я області», у 2000 р. почалося інтенсивне запровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в охорону здоров'я Полтавської області на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Згідно з Указом Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» та Законом України від 22.01.2010 р. № 1841-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» в області були видані

відповідні розпорядження на рівнях виконавчої влади.

Усі структурні зміни в Полтавському регіоні відбуваються з урахуванням мережі медичних закладів і спрямовані на наближення медичної допомоги до населення [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За висновками експертів ВООЗ (2015), серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я у світі є епідемія хронічних неінфекційних захворювань [4], провідне місце серед яких посідають хвороби системи кровообігу (ХСК), зокрема підвищений рівень артеріального тиску. В Україні несприятлива медико-демографічна ситуація значною мірою зумовлена ХСК [5], що істотно впливають на основні показники здоров'я населення. Постійне зростання загальної смертності населення від ХСК (66,3% у структурі) й зниження очікуваної тривалості життя викликають серйозну тривогу та свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних заходів [6]. Така ситуація не лише негативно відображається на здоров'ї населення, але й загрожує несприятливими економічними наслідками для країни, втратою її інтелектуального та військового потенціалу, оскільки від ХСК насамперед помирають люди як старшого, так і працездатного віку. Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від ХСК є профілактичні заходи, пов'язані з боротьбою з поведінковими чинниками ризику [7].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Актуальність теми та доцільність дослідження обґрунтовується необхідністю надання первинної медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах реформування системи охорони здоров'я, що сприятиме зменшенню захворюваності на серцево-судинні захворювання.

Формулювання цілей статті. Метою роботи був аналіз імплементації профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я. Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали аналіз застосування організаційних технологій на первинному рівні медичної допомоги в Полтавській області

щодо реалізації плану дій із попередження ХСК та аналіз індивідуального рівня (сімейного лікаря), що впливає на імплементацію первинної профілактики хвороб системи кровообігу як складової надання медичної допомоги на первинному рівні.

Викладення основного матеріалу дослідження. Джерелами інформації в дослідженні стали: річні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за 2009-2015 роки; нормативно-правова база Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації та первинної ланки; дані анонімного опитування лікарів первинної ланки щодо питань первинної профілактики ХСК; дані анонімного опитування пацієнтів Центрів ПМСД щодо індивідуальної обізнаності стосовно факторів ризику ХСК.

Для ідентифікації потенційних ризиків, які пов'язані з медичним персоналом, проведено опитування 106 лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) за спеціально розробленою анкетною, предметом вивчення якої стало знання медичними працівниками цільових показників, факторів ризику (ФР), що стосуються артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця.

Предметом дослідження стали записи в амбулаторних картках про вимірювання тиску та ЕКГ у всіх пацієнтів старше 40 років, подальші рекомендації щодо первинної профілактики, акцентованої на усунення факторів ризику (ФР), виявлених при ХСК, і тактика подальшого лікування.

Перед збором уніфікованих статистичних форм у всіх закладах, де вони збирались, проведено детальний інструктаж з відповідальними особами щодо заповнення зазначених форм.

У дослідженні використані такі методи наукового дослідження: бібліосемантичний (для аналізу наукової літератури); контент-аналізу (для дослідження нормативно-правових актів щодо організації та моделі надання первинної профілактичної допомоги); статистичний (методи описової та аналітичної статистики для визначення відносних показників, їх похибок, за відсутності нормального розподілу і наявності великого розкиду даних використовувалися тест

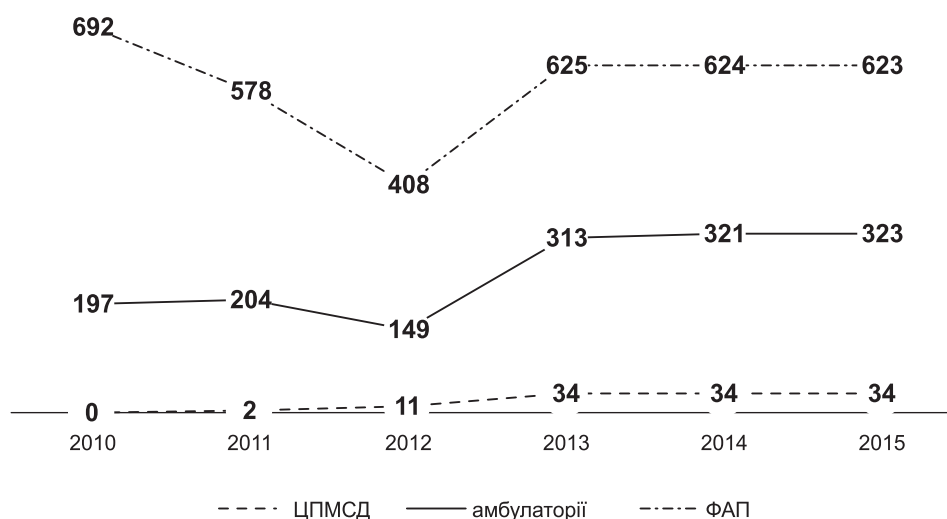


Рис. 1. Кількість закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Полтавській області (2010-2015 рр.)

Мана-Уїтні, критерій Вілкоксона, достовірність статистичних показників (p). Достовірними вважалися результати при рівні значущості $p < 0,05$); соціологічний (анкетування населення Полтавської області щодо факторів ризику виникнення ХСК).

На сьогодні в області функціонують 34 Центри ПМСД, що становить 100% від запланованих. Середній відсоток фінансування Центрів ПМСД в області становить 24,6%. Відсоток охоплення населення наглядом сімейних лікарів – 91,3% (2001 рік – 2,3%). Із 2010 року відбувається збільшення мережі амбулаторій сімейної медицини, зокрема в 2009 році в області існувало 155 амбулаторій, на теперішній час – 324, що на 148 (54%) амбулаторій більше, ніж у 2010 р.; у сільській місцевості – 234, у міській – 90 амбулаторій.

Досліджуючи кількість закладів первинної ланки охорони здоров'я, можна побачити, що в Полтавській області спостерігається посилення первинної ланки: наявні 34 Центри ПМСД (жодного в 2010 р.), 323 амбулаторії сімейної медицини проти 197 у 2010 р., дещо зменшилась кількість ФАПів – 623 проти 692 у 2010 р. (рис. 1).

Для аналізу імплементації первинної профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні важливі не лише кількість амбулаторій ЗПСМ, але і кадровий потенціал – чи вистачає лікарів населенню? Укомплектованість терапевтами в Полтаві у 2015 році зменшилась порівняно з 2012 роком – 94,46% проти 91,67%.

Очевидно, що це може бути пов'язано з перекваліфікацією терапевтів на лікарів ЗПСМ, що проходить на факультеті післядипломної освіти ВДНЗУ «УМСА». У Полтавській області цей показник виріс з 87,20 до 89,28%.

Для подальшого кількісного аналізу імплементації первинної профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні досліджували питому вагу відвідувань до лікарів ЗПСМ. На сьогодні цей показник складає 23% (2014 р. – 22%) від загальної кількості відвідувань, з них 31% (2014 р. – 25%) становлять профілактичні відвідування. Очевидно, що 23% звернень свідчать про недостатню кількість відвідувань лікаря ЗПСМ, адже починати і закінчувати процес лікування пацієнт повинен на первинній ланці і, як його проміжок, отримати направлення до вузького спеціаліста. Протягом досліджуваного часу спостерігається тенденція до збільшення кількості відвідувань лікаря ЗПСМ протягом року – з 14231039 у 2009 році до 15294447 у 2015 році, показник відвідувань на одного мешканця збільшується з 9,4 у 2009 році до 10,6 у 2015 році.

Досліджуючи стан профілактичної роботи нами виявлено, що протягом 2009-2015 років спостерігається поступове зменшення кількості осіб, що підлягають профілактичному обстеженню: із 330411 у 2009 році до 249993 у 2015 році, при цьому відсоток виконання лишається незмінним протягом

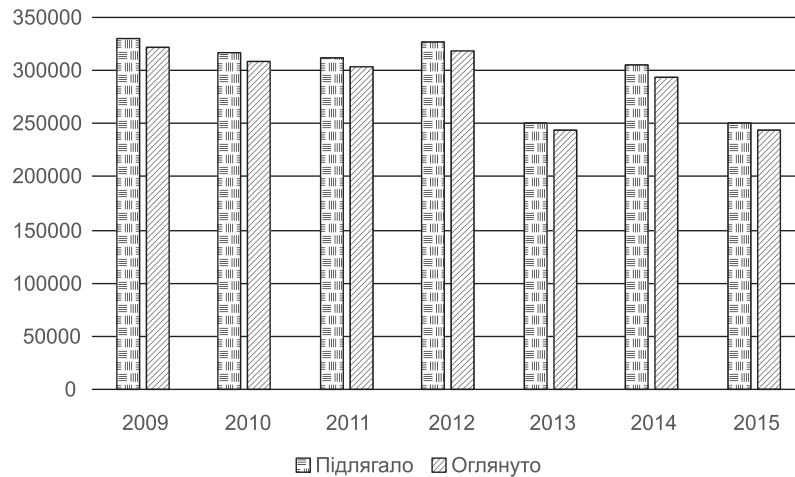


Рис. 2. Динаміка охоплення профілактичними оглядами населення Полтавської області протягом 2009-2015 років

усього досліджуваного періоду і становить 96,5-97,7% (рис. 2).

Розподіл часу на опитування, огляд, діагностику, лікування, розмову з пацієнтом щодо санітарно-профілактичної роботи вірогідної різниці у лікарів зі стажем роботи до 10 і понад 10 років відмінностей не мав ($p > 0,05$). У середньому на збирання скарг, за відповідями лікарів, витрачається $2,98 \pm 0,296$ хв, на анамнез – $2,56 \pm 0,11$ хв, на постановку діагнозу – $4,26 \pm 0,627$ хв, на лікування – $3,94 \pm 0,245$ хв. Загальний час, потрачений на пацієнта, приблизно становить $16,44 \pm 1,15$ хв.

При проведенні хронометражу, щоб справді дізнатися, скільки часу витрачається на роботу з пацієнтом, встановили, що у цілому він не має вірогідних відмінностей, тоді як на заповнення документації витрачається реально більше часу – $2,4 \pm 0,13$ хв проти $1,4 \pm 0,09$, за відповідями лікарів ЗПСМ ($p = 0,04$), а на постанову діагнозу і лікування при спостереженні витрачається менше часу – $1,33 \pm 0,12$ проти $4,26 \pm 0,627$ ($p < 0,001$) та $2,1 \pm 0,14$ хв проти $3,94 \pm 0,245$ ($p < 0,001$). Загальний час, потрачений на пацієнта, становить приблизно $16,93 \pm 0,78$ хв, тоді як, за наказом МОЗ № 72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини», норма часу, потраченого на пацієнта, становить 12 хв.

Враховуючи значну розповсюдженість ХСК, цільову необхідність поширювати знання про первинну профілактику цих захворювань у пацієнтів 40-60 років, які звернулися

до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією, стає очевидним, що норми часу прийому цього фахівця необхідно переглянути.

Зважаючи, що на профілактику покладається менше зусиль, фінансів, припускаємо, що сімейний лікар має бути вмотивованим і мати наукові знання з первинної профілактики ХСК. Серед вказаних ФР, які, на їхню думку, впливають на виникнення ХСК, на першому місці стрес – 20,4%, по 15,5% припадає на паління, алкоголь, надмірну вагу, 12,0% – низька фізична активність і лише 7,7% відзначили характер харчування і 3,5% наявність цукрового діабету. Згідно з даними ВООЗ (2015) головними ФР ХСК у світі є: паління тютюну, високий артеріальний тиск, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, ожиріння, недостатнє споживання фруктів і овочів, гіподинамія.

Досліджуючи шляхи отримання інформації пацієнтами стосовно питань попередження та зниження ризику ХСК, встановили, що 47,2% респондентів отримують інформацію про ХСК переважно із засобів масової інформації, 18,8% – від знайомих, 34% – від лікаря (рис. 3).

Досліджуючи обізнаність пацієнтів про фактори ризику ХСК, встановили, що 43,7% опитаних не знали, що стрес є причиною розвитку ХСК, з них 15,3% – люди після 40 років і 28,4% – до 40 років ($p = 0,002$). Аналізуючи відповіді на питання впливу характеру харчування на розвиток ХСК, 84,4% опитуваних відповіли, що харчування не впливає на розвиток ХСК, із них 34,9% –

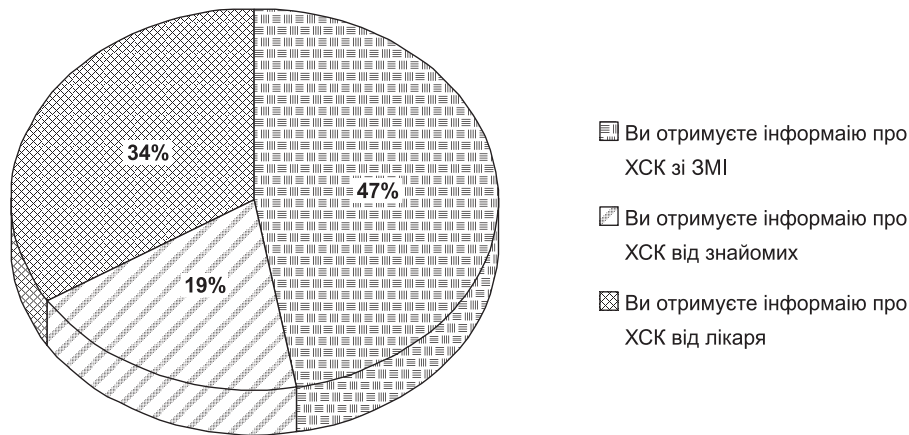


Рис. 3. Основні джерела інформації про ХСК (за результатами опитування пацієнтів)

люди старше 40 років і 49,5% – до 40 (р = 0,008).

Разом з тим 70,4% опитаних не знали про небезпечність надмірної ваги для розвитку ХСК, із них 26,2% – люди за 40 років і 44,1% – до 40 років (р = 0,006). Про те, що у чоловічої статі підвищений ризик розвитку ХСК не знало 96,5% опитаних, із них 38,9% – люди після 40 років і 57,6% – люди до 40 років (р = 0,043). Про спадкову природу схильності до ХСК не знали 83,7% опитаних, із них 34,3% – люди старше 40 років і 49,3% – до 40 років (р = 0,038).

Висновки

1. У Полтаві та Полтавській області спостерігається поступове збільшення рівня укомплектованості лікарями первинної ланки (лікарі ЗПСМ): укомплектованість лікарями ЗПСМ по Полтаві – 94,09% (91,73% у 2013 році), по Полтавській області – 81,05% (79,08% у 2013 році).

2. За результатами проведеного дослідження визначено, що оптимальним часом, витраченим на одного пацієнта, має бути $16,44 \pm 1,15$ хв (за опитуваннями лікарів) або $16,93 \pm 0,78$ хв (за проведеним хронометражем прийому лікаря) у зв'язку з необхідністю поширювати знання про первинну профілактику ХСК у пацієнтів 40-60 років, які звернулися до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією.

3. Лікарі ЗПСМ недостатньо обізнані про ФР ХСК: стрес (20%), надмірна вага (16%), алкоголь (16%), паління (15%), низька фізична активність (12%), спадковість (10%). Тому необхідно приділяти більше уваги навчанню лікарів ЗПСМ.

4. Виявлено, що головним шляхом отримання інформації про ХСК і ФР ХСК пацієнти отримують із засобів масової інформації (47%), від знайомих (19%), а від лікаря лише 34%. Тому потрібно приділяти більше уваги профілактичній роботі на прийомі у лікаря для переконання в необхідності усунення ФР ХСК, особливо у віковій групі старше 40 років.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Устінов, В. С. Реформа первинної медичної допомоги / В. С. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – № 5 (97). – С. 24-27.
2. Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини: наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://medprosvita.com.ua/pro-organizaciyu-roboti-zakladiv-pidr/>. Назва з екрана.
3. Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів Центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги: наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>. Назва з екрана.
4. ВОЗ: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. – 2015. – 64 с.
5. Актуальные аспекты сердечно-сосудистого риска в городской популяции Украины / Е. И. Митченко, М. Н. Мамедов, Т. В. Колесник, А. Д. Деев // Международный

журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 16-25.

6. Горбась, І. М. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / І. М. Горбась // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 4. – С. 42-43.
7. Оганов, Р. Г. Профилактическая кардиология, успехи, неудачи, причины / Р. Г. Оганов // Кардиология. – 2012. – Т. 36, № 3. – С. 4-8.

REFERENCES

1. Ustinov VS. Ukrainskii medychnyi chasopys. 2013;5(97):24-27.
2. Pro organizatsiu roboty zakladiv (pidrozdiliv) zahalnoi praktiky/simeynoi meditsyny: nakaz MOZ Ukrainy vid 23.07.2001 No. 303. Available from: <https://medprosvita.com.ua/pro-organizaciyu-roboti-zakladiv-pidr/>.
3. Pro zatverdzhennia Normatyviv zabezpechenosti merezheu ambulatorii – pidrozdiliv tsentriv pervynnoi medychnoi (medico-sanitarnoi) dopomohy: nakaz MOZ Ukrainy vid 10.09.2013 p. No. 793. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>.
4. VOZ: Strategiiia preduprezhdenia khronicheskikh zabolevanii v Europe. 2015:64.
5. Mitchenko EI, Mamedov MN, Kolesnik TV, Deev AD. Mezhdunarodnii zhurnal serdtsa i sosudistykh zabolevanii. 2014;2(2):16-25.
6. Gorbas' IM. Mystetsvo likuvannia. Zhurnal suchasnoho likaria. 2013;4:42-43.
7. Oganov RG. Kardiologia. 2012;36(3):4-8.

УДК 614+616.1-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

И. А. Голованова, С. С. Касинец, М. В. Хорощ, Г. А. Оксак

По заключению экспертов ВОЗ (2015), серьезным проявлением новых вызовов для общественного здоровья в мире являются болезни системы кровообращения. Все структурные изменения в Полтавской области направлены на интенсивное внедрение первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики – семейной медицины. В Полтавской области наблюдается увеличение уровня укомплектованности врачами первичного звена. Оптимальным временем, которое затрачивается на одного пациента, должно быть $16,44 \pm 1,15$ мин (по опросам врачей) или $16,93 \pm 0,78$ мин (по проведенному хронометражу приема врача). Главным путем получения информации о факторах риска болезней системы кровообращения для пациентов являются средства массовой информации (47%), а не врач.

Ключевые слова: семейная медицина; болезни системы кровообращения; факторы риска; семейный врач.

UDC 614+616.1-084

CONTEMPORARY ISSUES OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION AT THE PRIMARY LEVEL

I. A. Golovanova, S. S. Kasynets, M. V. Khorosh, G. A. Oksak

According to the WHO experts (2015) a serious manifestation of new challenges to public health in the world is cardiovascular diseases. All structural changes in the Poltava region are aimed at intensive introduction of the primary care to the population based on the general practice – family medicine. In the Poltava region there is an increase of the manning level with the primary care doctors. The optimal level of time spent per a patient should be 16.44 ± 1.15 min (according to the physicians' opinion) or 16.93 ± 0.78 min (according to the timing of the doctor's visit). The main way of obtaining the information on risk factors of cardiovascular diseases for patients is the media (47%) rather than a doctor.

Key words: family medicine; cardiovascular diseases; risk factors; family doctor.

Рекомендовано д. фарм. н., профессором И. В. Пестун

УДК 615.1:614.2

СОЦИАЛЬНЫЕ АПТЕКИ И ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Сафта, М. Д. Брумэрел, С. Б. Адаужи, В. Г. Булига, А. Бачу

Государственный университет медицины и фармации имени Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова. E-mail: stela.adauji@usmf.md

Целью исследования является выявление мнений фармацевтических работников по поводу работы социальных аптек и социальной деятельности коммунитарных аптек, а также разработка рекомендаций по совершенствованию социальной деятельности аптечной сети Республики Молдова. Исследование проведено путём анкетирования фармацевтов (специалистов с высшим фармацевтическим образованием). Изучен передовой опыт работы социальных аптек на примере отдельных аптек Румынии. Выявлено отсутствие социальных аптек в Республике Молдова. Большинство респондентов поддерживают необходимость существования социальных аптек (94,0%) и считают возможным наличие таких аптек в Республике Молдове (72,4%). Поддерживается также социальная деятельность коммунитарных аптек (78,8% респондентов). Оказание фармацевтических социальных услуг для населения Республики Молдова через сеть коммунитарных аптек отметили только 46,4% респондентов, работающих в таких аптеках. Выявлены причины отсутствия социальных аптек в Республике Молдова, среди которых главные – их нерентабельная деятельность (100,0%), отсутствие регламентаций (57,3%). Разработаны методические рекомендации, направленные на улучшение социальной деятельности аптек Республики Молдова, которые могут быть использованы в качестве основы для дальнейших, более углубленных исследований по обоснованию деятельности социальных аптек и будут способствовать их внедрению соответствующими государственными органами.

Ключевые слова: Республика Молдова; социальные аптеки; мнения фармацевтов.

Постановка проблемы. Социальная экономика – это экономика, ориентированная на развитие личности и достижение социального прогресса. Она охватывает широкий круг общественных, добровольных и некоммерческих видов деятельности и построена на основе таких учреждений и институтов, как кооперативы, объединения, ассоциации, а также другие организации подобного типа. Социальная экономика состоит из ряда общественных проектов экономического плана, целью которых является предоставление услуг группе людей [3].

В. Н. Сафта – доктор хабилитат фарм. наук, профессор, профессор кафедры социальной фармации им. В. И. Прокопишина Государственного университета медицины и фармации им. Николае Тестемицану (г. Кишинев)

К таким проектам могут быть отнесены социальные аптеки – аптеки, оказывающие фармацевтические услуги различным категориям населения, в первую очередь, уязвимым. Однако на практике существуют различные трактовки понятия «социальная аптека».

Анализ последних исследований и публикаций. Так, по мнению В. Корнюшина (2010), существуют как минимум три варианта трактовки этого понятия: 1) социальная аптека – та, которая осуществляет отпуск лекарств по льготным рецептам гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг; 2) любая коммерческая аптека, но с ценами на 15-20% ниже средних по рынку; 3) любая аптека, которая установила

скидки для тех или иных категорий граждан (пенсионеров, инвалидов и др.). В большинстве таких аптек цены устанавливаются выше среднерыночных [1].

На предварительном этапе исследования было изучено состояние социальных аптек в Республике Молдова. Выявлено, что в стране были созданы две такие аптеки: аптека «Caritas», основанная в 2005 г., и аптека «Casa Providenței» – в 2011 г. Был изучен опыт их деятельности, однако в 2014 г. обе социальные аптеки прекратили своё существование, в основном по экономическим соображениям. Изучен также опыт работы по оказанию некоторыми коммунитарными аптеками определенных видов социальных услуг: в Республике Молдова – сети аптек «Hippocrates» и «Farmacia Familiei»; в Румынии – аптек «Caritas», «Vasiliada», «A&D Pharma – Mogoșoaia», а также сети аптек «Căpâna», в результате которого выявлены особенности функционирования и трудности, связанные с организацией их деятельности.

Выделение не решенных ранее частей общей проблемы. Учитывая востребованность указанных услуг среди населения страны, в первую очередь незащищенных его слоев, а также низкую конкурентоспособность данных аптек в современных условиях развития рыночной экономики, исследование роли и места социальных аптек в системе здравоохранения Республики Молдова на современном этапе является актуальным и практически значимым.

Формулирование целей статьи. Целью настоящего исследования являются выявление мнений фармацевтических работников относительно работы социальных аптек и социальной деятельности коммунитарных аптек, а также разработка рекомендаций по расширению социальной деятельности аптечной сети Республики Молдова.

Изложение основного материала исследования. Методологической основой исследования является системный подход. Методический арсенал включает анкетное обследование, анализ передового опыта, сравнительный анализ и др.

Количество участников анкетного опроса определено методом бесповторной выборки [4, 5]. Учитывая общее количество фармацевтов (специалисты с высшим

фармацевтическим образованием) в Республике Молдова по состоянию на 01.01.2015 г., количество анкетированных составило 324. Содержание анкеты для изучения мнений фармацевтов по вопросам социальных аптек и социальной деятельности коммунитарных аптек представлено ниже:

1. Как вы оцениваете существование социальных аптек:

- считаете необходимым их существование;
- оцениваете отрицательно их существование;
- безразличны к их существованию.

2. Какие из нижеследующих услуг и социальных программ могут быть оказаны социальными аптеками:

- предоставление скидок на розничные цены на все лекарства социально не защищенным слоям населения;
- предоставление скидок на розничные цены по отдельным фармакотерапевтическим группам социально не защищенным слоям населения;
- предоставление скидок на розничные цены социально не защищенным слоям населения на дорогие и очень дорогие лекарства;
- доставка лекарств на дом;
- информирование посетителей аптек относительно профилактики наркомании и токсикомании, курения, ожирения – продвижение здорового образа жизни;
- медицинский screening;
- другие услуги (укажите) _____

3. Считаете, что в Республике Молдова существуют социальные аптеки:

- существуют;
- не существуют.

4. Считаете этичным применение скидки к «покупке» с условием, что посетитель аптеки купит на сумму не менее 200 или 300 лей, к которой применяется скидка:

- да;
- нет.

5. Нужны ли социальные аптеки населению Республики Молдова:

- да;
- нет.

6. Считаете возможным существование социальных аптек в Республике Молдова:

- да;
- нет.

7. Если «нет», обоснуйте, почему невозможно:

- из-за нерентабельности экономической деятельности;
- из-за отсутствия регламентирующих документов;
- из-за нехватки персонала;
- по другим причинам (каким): _____

8. Считаете возможным оказание социальных услуг коммунитарными аптеками (аптеками открытого типа):

- да;
- нет.

9. Предложите критерии и доказательства, которые могли бы послужить основой для оказания социальных услуг аптеками:

- специальные рецепты, выписанные семейным врачом;
- выписка из медицинских документов, оформленная в установленном порядке;
- сертификаты, подтверждающие социальный статус (уязвимость), оформленные согласно установленным нормам;
- электронная база данных – список граждан имеющих право воспользоваться услугами социальных аптек;
- другие критерии, укажите: _____

10. Аптека, в которой работаете, оказывает социальные услуги:

- да;
- нет.

11. Если оказывает, опишите сущность услуг: _____

12. Какими знаниями и умениями должен владеть специалист, оказывающий социальные услуги в аптеке:

- знать сущность оказываемых социальных услуг;
- знать, уметь и применять нормативно-законодательные акты по оказанию социальных услуг аптеками;
- владеть практическими навыками по общению с больными;
- другими знаниями и умениями (какими) _____

13. Укажите, какими методами, на ваш взгляд, следует провести обучение фармацевтов, оказывающих социальные услуги через коммунитарные аптеки:

- специальные курсы/темы постуниверситетского обучения (резидентура);
- специализированный курс повышения квалификации фармацевтов;

- семинары, тренинги, конференции и др.
- сотрудничество фармацевтической системы с системой социального обеспечения;

участие Ассоциации фармацевтов в процессе обучения;

другие методы (какие) _____

14. Общая характеристика респондентов:

а) стаж работы:

- до 5 лет;
- 5-10 лет;
- 10-15 лет;
- 15-20 лет;
- 20 лет.

в) место работы на момент заполнения анкеты:

- сетевая коммунитарная аптека;
- индивидуальная коммунитарная аптека;
- больничная аптека, аптека центра семейных врачей;
- фармацевтический склад;
- другие области _____

Стаж работы респондентов, участвующих в анкетировании, характеризуется следующими данными: до 5 лет – 7%; свыше 5 до 10 лет – 18%; свыше 10 до 15 лет – 34%; свыше 15 до 20 лет – 29% и свыше 20 лет – 12%. Большинство фармацевтов-респондентов на момент анкетирования работали в коммунитарных аптеках (82%), из них: 68% – в сетевых аптеках, 10% – в индивидуальных аптеках, 4% – в аптеках центров семейных врачей и центров здоровья. На фармацевтических складах работали 12% респондентов, а 6% респондентов – в других видах фармацевтической деятельности. При сравнении приведенных выше данных с доступными статистическими показателями был сделан вывод относительно достаточной репрезентативности респондентов по стажевым группам и их деятельности в аптечных учреждениях.

Мнения респондентов касательно *оценки существования социальных аптек*, как и следовало ожидать, свелись в основном к положительной оценке, т. е. большинство (94%) считают необходимым существование таких аптек; отрицательных ответов не было, а безразличны 6% из респондентов, из них: 3% имеют стаж работы до 5 лет, 1% – от 10 до 15 лет, 2% – до 20 лет; 4% – работающие на фармацевтических складах, а 2% – в других видах фармацевтической деятельности.

**МНЕНИЕ ФАРМАЦЕВТОВ-РЕСПОНДЕНТОВ ПО СОСТАВУ
СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ)**

Услуга	Количество респондентов / услуг	%
1. Предоставление скидок на розничные цены по отдельным фармако-терапевтическим группам социально не защищенным слоям населения	809	72,4
2. Информирование посетителей аптек относительно профилактики наркомании и токсикомании, курения, ожирения – продвижение здорового образа жизни	542	48,5
3. Различные обучающие школы для потребителей лекарств	494	44,2
4. Снижение цен на дорогие и очень дорогие лекарства	521	46,6
5. Снижение цен на все лекарства	475	42,5
6. Доставка лекарств на дом	269	24,1
7. Медицинский screening	230	20,6
8. Другие услуги	–	0

Особый интерес представляло мнение респондентов по вопросу *о составе социальных услуг*, оказываемых социальными аптеками (табл. 1).

Самой востребованной социальной программой, по мнению респондентов, является предоставление скидок в розничных ценах на лекарства по отдельным фармако-терапевтическим группам (72,4%). На втором месте – информирование посетителей аптек в области профилактики вредных привычек (48,5%), однако такая услуга в Республике Молдова является основной и регламентирована приказом Минздрава [2], в связи с чем её нельзя относить к социальным услугам, поскольку она является обязательной для всех коммунитарных аптек. Различные обучающие школы для потребителей лекарств набрали 46,3%, а далее – услуги, связанные со снижением цен на лекарства. Менее всего респонденты отдали голосов доставке лекарств на дом (24,7%) и медицинскому screening (20,5%). Один респондент в среднем отметил по 3,45 наименования услуг.

Третий вопрос анкеты наряду с познавательной целью преследовал ещё и цель тестирования респондентов на знания *о наличии / отсутствии социальных аптек* в Республике Молдова. Так, 80,2% респондентов отметили отсутствие социальных аптек (верный ответ), 19,8% дали неверный ответ, указав на их наличие. Следующий (4-й) вопрос также является *тестом, характеризующим*

профессиональный уровень респондентов, поскольку применение скидки как таковой является социальной услугой и, следует полагать, этической, однако применение скидки с условием установленной величиной «покупки» является неэтичным и противоречит принципам социальных услуг. С сожалением приходится констатировать что 48,1% респондентов считают этичным применение «скидки с условием», однако остальные 52,9% всё-таки считают данную услугу неэтичной.

Мнения респондентов по вопросу *о необходимости наличия социальных аптек* или отсутствия таковых для населения Республики Молдова почти не разделились: 98,1% отметили необходимость существования таких аптек и только 1,9% высказались в пользу отсутствия такой необходимости. Эти 1,9% респондентов не являются работниками аптек.

Следующий вопрос был относительно *возможности существования социальных аптек* в Республике Молдова: 72,8% респондентов отметили возможность существования, а остальные 27,2% не считают возможным их существование.

Причины, из-за которых затруднено функционирование социальных аптек в Республике Молдова: нерентабельность – 100%, отсутствие регламентирующих документов – 57,3%, нехватка персонала – 21,2% респондентов. В качестве критериев и доказательств, предложенных респондентами

Таблица 2

СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ КОММУНИТАРНЫМИ АПТЕКАМИ

Сущность услуги	Количество респондентов / услуг	%
1. Измерение АД	206	23,7
2. Измерение уровня гликемии	130	15,8
3. Снижение цен по кардам	87	10,5
4. Медицинский скрининг для посетителей аптек	87	10,5
5. Компенсируемые рецепты	114	13,2
6. Измерение веса	87	10,5
7. Предоставление скидок для пенсионеров и инвалидов	46	5,3
8. Сбор денежных средств для бедных и больных детей	46	5,3
9. Доставка лекарств на дом	23	2,6
10. Получение и раздача гуманитарной помощи (парафармацевтические товары)	23	2,6

для оказания аптеками социальных услуг, отмечены: электронная база данных – 82,5%; специальные рецепты – 58,6%; сертификат, подтверждающий социальный статус больного – 48,3%; выписки из медицинских документов – 20,2%; другие критерии (кард, медицинское страхование) – 2,5%.

Вторая часть анкеты посвящена социальным фармацевтическим услугам (социальным программам), оказываемым коммунитарными аптеками.

На вопрос *о возможности подключения коммунитарных аптек в процессе оказания социальных услуг* 78,8% фармацевтов-респондентов ответили, что считают нереальным оказание социальных услуг через сеть коммунитарных аптек.

Из общего количества респондентов, работающих в коммунитарных аптеках (n = 256), 46,4% отметили что аптеки в которых они работают оказывают некоторые социальные услуги, а 53,6% указали на факт неоказания таковых.

Сущность социальных услуг, оказываемых коммунитарными аптеками, представлена в таблице 2. Наиболее часто коммунитарные аптеки оказывают услуги по измерению артериального давления, уровня гликемии, снижению цен по кардам и др. В среднем один респондент указал на применение 2,68 услуг каждой аптекой из тех 119, которые оказывают социальные услуги.

Представляло также интерес мнение респондентов по поводу знаний и умений, которыми должен владеть специалист, оказывающий социальные услуги. Из всего количества респондентов 72,4% отметили знание сущности оказываемых услуг; по 70,7% отметили знание и умение интерпретировать и применять нормативно-законодательные акты по оказанию социальных услуг аптеками; 4,1% – другие знания и умения (желание помочь уязвимым гражданам, хорошая профессиональная подготовка и др.).

На последний вопрос анкеты респонденты указали методы, с помощью которых, на их взгляд, следует обучать фармацевтов – оказание социальных услуг населению через коммунитарные аптеки. На первом месте с 68,5% оказался специализированный курс повышения квалификации фармацевтов; 58,3% набрали семинары, тренинги, конференции; в 54,4% случаев было указано на необходимость участия Ассоциации фармацевтов в процессе обучения; по 52,0% набрали постуниверситетское обучение в резидентуре и сотрудничество с системой социального обеспечения; другие методы не были отмечены.

По результатам исследования разработаны: Рекомендации по организации социальных аптек в Республике Молдова; Рекомендации по интенсификации социальных услуг через коммунитарные аптеки; Проект

Положения об организации и деятельности социальной аптеки.

Выводы и перспективы дальнейших исследований

1. В результате изучения мнений 324 фармацевтов (специалистов с высшим фармацевтическим образованием) выявлены возможности и особенности оказания услуг населению через социальные аптеки: 94,0% респондентов указали на необходимость существования социальных аптек; самой востребованной социальной услугой (социальной программой), которую могут оказать социальные аптеки, является предоставление ценовых скидок на лекарства; возможность наличия социальных аптек в Республике Молдова отметили 72,8% респондентов; из 27,2% респондентов, указавших на невозможность существования таких аптек, все (100%) отметили в качестве основной причины их нерентабельную деятельность, а 57,3% – отсутствие необходимой регламентации; большинство респондентов (82,5%) отметили в качестве критерия для оказания социальных услуг электронную базу данных, содержащую список больных, имеющих право на социальные фармацевтические услуги.

2. Касательно предоставления социальных услуг (социальных программ) через коммунитарные аптеки выявлено: 78,8% респондентов считают возможным оказание социальных услуг через коммунитарные аптеки; 53,6% респондентов отметили, что аптеки, в которых они работают, не оказывают социальных услуг, а 46,4% отметили оказание социальных фармацевтических услуг; коммунитарные аптеки оказывают такие социальные услуги, как измерение артериального давления (23,7%), измерение уровня гликемии (15,8%), предоставление скидок на розничные цены для потребителей лекарств, имеющих специальные карточки (карды) (13,2%) и др.

3. На основе результатов проведенного исследования разработаны рекомендации

по совершенствованию роли социальной деятельности аптек в системе здравоохранения, которые представлены в государственные органы для принятия решений.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Корнюшин, В. Социальная аптека: обман, благотворительность или умный бизнес? // Фармацевтический вестник. – 2010. – № 35. – Режим доступа: www.pharmvestnic.ru/publs/staryj-arxiv-gazety/22109.html#V3PABtKLQdU
2. Приказ МЗ РМ от 15.07.2010 г. № 489 «О реестре основных фармацевтических услуг и показателей их качества».
3. Энциклопедия стран мира. Социальная экономика. – Режим доступа: znat-vse.pf/development/8-socialnaya-ekonomika.html
4. Ețco, C. Management în sistemul de sănătate / C. Ețco. – Chișinău: «Epigraf», 2006. – 864 p.
5. Safta, V. Repere etico-deontologice ale actului farmaceutic contemporan / V. Safta, A. Durbailova, E. Zgîrcu // Revista Farmaceutică a Moldovei. – 2015. – nr. 1-2. – P. 8-17.

REFERENCES

1. Korniushev V. Farmatsevticheski vestnik. 2010;35. Available from: www.pharmvestnic.ru/publs/staryj-arxiv-gazety/22109.html#V3PABtKLQdU
2. O reestre osnovnykh farmatsevticheskikh uslug i pokazatelei ikh kachestva : prikaz MZ RM № 489 ot 15.07.2010 g.
3. Entsiklopediia stran mira. Sotsialnaia ekonomika. Available from: <http://znat-vse.pf/development/8-socialnaya-ekonomika.html>
4. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău: Epigraf; 2006. 864 p.
5. Safta V, Durbailova A, Zgîrcu E. Repere etico-deontologice ale actului farmaceutic contemporan. Revista Farmaceutică a Moldovei. 2015;1-2:8-17.

УДК 615.1:614.2

СОЦІАЛЬНІ АПТЕКИ ТА ЇХ РОЛЬ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**В. Н. Сафта, М. Д. Брумерел, С. Б. Адаужи, В. Г. Булига, А. Бачу**

Метою дослідження є виявлення думок фармацевтичних працівників із приводу роботи соціальних аптек і соціальної діяльності комунітарних аптек, а також розробка рекомендацій щодо удосконалення соціальної діяльності аптечної мережі Республіки Молдова. Дослідження проведено шляхом анкетування фармацевтів (фахівців із вищою фармацевтичною освітою). Вивчено передовий досвід роботи соціальних аптек на прикладі окремих аптек Румунії. Виявлено відсутність соціальних аптек у Республіці Молдова. Основні результати. Більшість респондентів підтримують необхідність існування соціальних аптек (94,0%) і вважають за можливе наявність таких аптек в Республіці Молдова (72,4%). Підтримується також соціальна діяльність комунітарних аптек (78,8% респондентів). Надання фармацевтичних соціальних послуг для населення Республіки Молдова через мережу комунітарних аптек відзначили лише 46,4% респондентів, які працюють у таких аптеках. Виявлено причини відсутності соціальних аптек у Республіці Молдова, серед яких головні – їх нерентабельна діяльність (100,0%), відсутність регламентацій (57,3%). Розроблено методичні рекомендації щодо поліпшення соціальної діяльності аптек Республіки Молдова, які можуть бути використані як основа для подальших, більш глибоких досліджень з обґрунтування діяльності соціальних аптек і сприятимуть їх упровадженню відповідними державними органами.

Ключові слова: Республіка Молдова; соціальні аптеки; соціальні послуги; думки фармацевтів.

UDC 615.1:614.2

SOCIAL PHARMACIES AND THEIR ROLE IN THE HEALTHCARE SYSTEM**V. Safta, M. Brumărel, S. Adauji, V. Buliga, A. Baci**

The aim of this study is to know the pharmacists' opinion about the work of social pharmacies and the social activity of community pharmacies, as well as to develop recommendations on improvement of the social activity of the pharmacy network in the Republic of Moldova. The survey of pharmacists (specialists with higher pharmaceutical education) has been conducted. The advanced working experience of the social pharmacies on the example of the Rumanian pharmacies has been analyzed. The absence of social pharmacies in the Republic of Moldova has been found. The majority of respondents supports the need for social pharmacies (94%) and considers the presence of such pharmacies in the Republic of Moldova to be possible (72.4%). The social activity of community pharmacies (78.8% of the respondents) has been also supported. The provision of social pharmaceutical services for the population of the Republic of Moldova through the pharmaceutical network is mentioned only by 46.6% of the respondents working in these pharmacies. The causes of the absence of social pharmacies in the Republic of Moldova, including, first of all, their unprofitable activity (100%) and the lack of regulations (57.3%), have been determined. The methodological recommendations for improving the social activity of pharmacies in the Republic of Moldova have been developed.

Key words: the Republic of Moldova; social pharmacies; opinion of pharmacists.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовано д. фарм. наук, професором О. М. Заліською

УДК 364.69:615.281.9:616.233-002-053.21.5

ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ ДО ТРЬОХ РОКІВ

А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: socpharm@nuph.edu.ua

У статті наведено результати розрахунків показників соціально-економічної доступності антибактеріальних лікарських засобів, що застосовуються для лікування гострого простого бронхіту у дітей до 3-х років, у розрізі фармакотерапевтичних груп за період 2011-2015 рр. Відповідно до розрахованого коефіцієнта адекватності платоспроможності населення встановлено негативну тенденцію збільшення його значення для всіх груп антибактеріальних препаратів у 2015 р. порівняно з 2011 р. і, як наслідок, зменшення їх доступності для споживачів. За результатами розрахунків показників доступності для вітчизняних та іноземних антибактеріальних лікарських засобів за 2012-2015 рр. встановлено характерну динаміку збільшення показника доступності саме для вітчизняних препаратів і, навпаки, його зменшення для лікарських засобів іноземного виробництва. Така тенденція, на думку авторів, вказує на необхідність розширення сегмента ринку антибактеріальних препаратів за рахунок вітчизняного виробництва, що дозволить збільшити загальний рівень їх економічної доступності для споживачів.

Ключові слова: антибактеріальні препарати; гострий бронхіт; діти; економічна доступність; коефіцієнт адекватності платоспроможності.

Постанова проблеми. Економічна доступність лікарських засобів (ЛЗ) передбачає формування відповідних умов для придбання препаратів кожним громадянином за власні кошти або за рахунок державного бюджету. Належний рівень економічної доступності ЛЗ забезпечує якість лікування і профілактики захворювань населення,

а також запобігає розвитку ускладнень та хронічних форм захворювання [4, 15].

На сьогодні стрімкий розвиток вітчизняного ринку фармацевтичних препаратів, з одного боку, та постійне зростання показника дитячої захворюваності на хвороби органів дихання, зокрема гострий бронхіт, з іншого – визначає необхідність проведення раціональної і передусім доступної фармакоterapiї. У сучасних умовах дефіциту бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я і, як наслідок, обмеження можливостей у лікуванні амбулаторних хворих, зокрема

А. А. Котвіцька – доктор фарм. наук, професор, перший проректор з науково-педагогічної роботи Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

дітей, вона стає важливою соціально-економічною проблемою.

Враховуючи вищезазначене, а також з метою організації ефективної та доступної фармакотерапії дітям раннього віку, хворим на гострий простий бронхіт (ГПБ), у разі лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах вкрай важливим є дослідження показників економічної доступності основних груп ЛЗ, що застосовуються для лікування цієї категорії хворих.

Особливе місце у фармакотерапії ГПБ у дітей раннього віку, враховуючи особливості перебігу та високий ризик розвитку ускладнення – пневмонії, займають антибактеріальні ЛЗ [13]. Як відомо, антибактеріальні ЛЗ є найбільш часто призначуваною групою препаратів у педіатричній практиці, на які витрачається значна частина бюджетних та власних коштів споживачів. Частота призначення ЛЗ антибактеріальної дії для лікування дітей раннього віку з гострими респіраторними захворюваннями нижніх дихальних шляхів, зокрема і гострим бронхітом, в амбулаторно-поліклінічних умовах становить близько 67% [1, 16].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремим організаційно-економічним та фармакоепідеміологічним аспектам фармацевтичного забезпечення дітей з гострими респіраторними захворюваннями нижніх дихальних шляхів приділялась увага багатьох вітчизняних учених [1, 2, 7, 8]. Дослідження у сфері фармацевтичного забезпечення дітей з інфекційними захворюваннями проводили О. М. Заліська, Ю. В. Майнич, І. О. Федяк, І. П. Білик та інші [7, 8, 14]. Окремі клініко-економічні характеристики фармакотерапії пневмонії у дітей вивчали В. В. Трохимчук та О. І. Беляєва [1]. Разом з тим комплексні дослідження щодо фармацевтичного забезпечення дітей раннього віку хворих на ГПБ в Україні не проводились.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Відсутність актуальних результатів маркетингових досліджень ринку антибактеріальних ЛЗ для лікування ГПБ у дітей раннього віку визначає питання якісного та доступного фармацевтичного забезпечення цієї категорії хворих як проблемне.

Формулювання цілей статті. З урахуванням соціально-економічної актуальності

питання, що розглядається, метою нашого дослідження стало проведення оцінки економічної доступності антибактеріальних ЛЗ, що застосовуються для лікування ГПБ у дітей до 3-х років, упродовж 2011-2015 рр. Результати проведених досліджень можуть бути використані в розробці моделей оптимізації фармацевтичного забезпечення дітей раннього віку, хворих на ГПБ, в Україні.

Асортимент антибактеріальних ЛЗ для лікування ГПБ у дітей раннього віку був сформований нами відповідно до Протоколу лікування цієї нозології (наказ МОЗ України від 13 січня 2005 р. № 18 «Про затвердження надання медичної допомоги дітям за спеціальністю дитяча пульмонологія»), а також на основі даних листків лікарських призначень, що наведені в амбулаторних картах дітей віком до 3-х років з діагнозом ГПБ [11].

Економічну доступність досліджуваних ЛЗ оцінювали за коефіцієнтом адекватності платоспроможності ($C_{a.s}$) населення та показником доступності (D) упродовж 2011-2015 рр.

Як відомо, коефіцієнт адекватності платоспроможності характеризує економічну доступність препарату та можливість продажу в умовах низької платоспроможності населення. Показник розраховувався нами лише для тих ЛЗ, які протягом усього досліджуваного періоду були присутні на фармацевтичному ринку України, за формулою [9, 10, 12]:

$$C_{a.s} = \frac{\bar{P}_r}{W_{a.s}} \cdot 100\%,$$

де $C_{a.s}$ – коефіцієнт адекватності платоспроможності;

\bar{P}_r – середня роздрібна ціна ЛЗ за певний період (місяць, квартал, рік);

$W_{a.s}$ – середня заробітна плата за певний період (місяць, квартал, рік).

Показник доступності ЛЗ (D) показує співвідношення між індексованою мінімальною заробітною платою та добутком між прожитковим мінімумом і зведеним індексом ціни на ЛЗ і обчислюється за формулою [9, 10]:

$$D = \frac{I_x \cdot Z_{\min}}{I_g \cdot V_k},$$

де I_x – індекс зміни середньої заробітної плати за певний період;

**ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2011-2015 рр.**

Показник	2011 рік	2012 рік	2013 рік	2014 рік	2015 рік
Мінімальна заробітна плата (Z_{\min})	941	1073	1147	1218	1218
Прожитковий мінімум (V_k)	911	1044	1108	1176	1176
Середня заробітна плата ($W_{a.s}$)	2633	3026	3265	3480	4195
Індекс зміни середньої заробітної плати (I_x)	1,18	1,15	1,08	1,07	1,21

Z_{\min} – мінімальна заробітна плата в країні;
 V_k – прожитковий мінімум за досліджуван-
ний період;

I_x – зведений індекс ціни на ЛЗ за певний
період.

Стосовно значення показника доступно-
сті ЛЗ встановлено, що при його значенні,
що дорівнює одиниці або більше одиниці
($D \geq 1$), досягнення гарантованого держа-
вою оптимального рівня доступності ЛЗ для
населення України є задовільним.

Також у ході дослідження нами був роз-
рахований показник ΔD , який показує ди-
наміку доступності ЛЗ за певний період, за
формулою [9, 12]:

$$\Delta D = D_n - D_{n-1}$$

де D_n – показник доступності препарату за
досліджуваний рік;

D_{n-1} – показник доступності препарату за по-
передній рік.

З метою з'ясування соціально-економіч-
них показників, а саме середньої заробіт-
ної плати, прожиткового мінімуму та міні-
мальної заробітної плати за відповідні роки,
що необхідні для розрахунків вищевказа-
них показників доступності ЛЗ, нами вико-
ристовувались дані Державної служби ста-
тистики України [3]. Характеристика соці-
ально-економічних показників населення
Україна в період 2011-2015 рр. наведена у
табл. 1.

**Викладення основного матеріалу до-
слідження.** Відповідно до поставленої мети
і завдань дослідження нами було проведено
розрахунок та аналіз основних показників
економічної доступності, а саме коефіцієнта
адекватності платоспроможності ($C_{a.s}$) й ко-
ефіцієнта доступності (D), антибактеріаль-
них ЛЗ у межах фармакотерапевтичних груп,
що застосовуються для лікування ГПБ у ді-
тей раннього віку, впродовж 2011-2015 рр.

Узагальнені результати розрахунку ко-
ефіцієнта адекватності платоспроможнос-
ті населення щодо антибактеріальних ЛЗ
для лікування ГПБ у дітей, а також показ-
ника їх економічної доступності в період
2011-2015 рр. наведено у табл. 2.

Результати аналізу коефіцієнта адекват-
ності платоспроможності ($C_{a.s}$) населення щодо
антибактеріальних ЛЗ для лікування ГПБ
у дітей свідчать, що в період 2011-2013 рр.
спостерігається тенденція до зниження цьо-
го показника, що вказує на підвищення до-
ступності всіх груп антибактеріальних ЛЗ
для населення впродовж зазначеного пе-
ріоду. Натомість, упродовж 2014-2015 рр.,
незважаючи на суттєве підвищення рівня
середньої заробітної плати в Україні, що за
період 2014/2013 рр. і 2015/2014 рр. зрос-
ла відповідно на 6,59 та 20,55%, встанов-
лено негативну соціально-економічну тен-
денцію до збільшення коефіцієнта адекват-
ності платоспроможності ($C_{a.s}$) щодо дослі-
джуваних ЛЗ і, як наслідок, значне зменшен-
ня їх доступності для населення.

Як видно з рис. 1, негативна тенденція
збільшення коефіцієнтів адекватності пла-
тоспроможності у 2011-2015 рр. однаково
спостерігається як для вітчизняних, так і для
іноземних антибактеріальних ЛЗ.

Необхідно зазначити, що серед досліджу-
ваних фармакотерапевтичних підгруп ЛЗ най-
менші значення $C_{a.s}$ були зафіксовані у під-
групі *цефазоліну* (0,42-0,30) та підгрупі
цефотаксиму (0,48-0,84), що визначає пре-
парати цих підгруп антибактеріальних ЛЗ
як найбільш доступні для споживачів про-
тягом відповідного періоду дослідження.

Разом з тим найбільше значення цього
показника впродовж досліджуваного періо-
ду було зафіксовано у таких підгрупах ЛЗ:
амоксициліну з клавулановою кислотою (3,21-
4,27), *цефіксиму* (3,01-4,75), *цефоперазону*

Таблиця 2

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛЗ
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГПБ У ДІТЕЙ ДО 3-Х РОКІВ УПРОДОВЖ 2011-2015 рр.**

АТХ код	МНН	Середній коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s)					Середній показник доступності (D)				ΔD 2015/ 2012
		2011	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	
J01CA Пеніциліни широкого спектра дії											
J01CA04	Амоксицилін	1,06	1,06	1,02	1,56	2,07	1,02	1,10	0,73	0,77	-0,25
J01CR Комбінації пеніцилінів, зокрема з інгібіторами β-лактамаз											
J01CR02	Амоксицилін + клавуланова кислота	3,21	2,90	2,84	3,47	4,27	1,12	1,07	0,88	0,83	-0,36
J01DB Цефалоспорины першої генерації											
J01DB01	Цефалексин	0,98	0,84	1,00	1,40	1,82	1,19	0,90	0,74	0,83	-0,36
J01DB04	Цефазолін	0,42	0,39	0,34	0,34	0,30	1,17	1,15	1,04	3,13	+1,96
J01DC Цефалоспорины другої генерації											
J01DC02	Цефуроксим	2,18	1,90	1,89	2,36	3,07	1,16	1,04	0,99	1,03	-0,13
J01DD Цефалоспорины третьої генерації											
J01DD01	Цефотаксим	0,48	0,40	0,40	0,54	0,84	1,18	1,03	1,05	0,81	-0,37
J01DD02	Цефтазидим	2,87	2,65	2,39	2,85	3,40	1,13	1,11	0,91	0,95	-0,18
J01DD04	Цефтріаксон	1,98	1,81	1,73	2,07	3,01	1,15	1,14	0,98	1,03	-0,12
J01DD08	Цефіксим	3,01	2,57	2,43	3,28	4,75	1,18	1,10	0,76	0,71	-0,47
J01DD12	Цефоперазон	3,74	3,03	2,82	3,67	4,46	1,43	1,27	0,77	0,79	-0,64
J01DD13	Цефподоксим	2,66	2,41	2,44	3,08	4,72	1,13	1,02	0,82	0,68	-0,45
J01DD14	Цефтибутен	4,66	4,00	3,78	4,99	8,55	1,20	1,10	0,77	0,61	-0,59
J01FA Макроліди											
J01FA03	Мідекаміцин	1,13	1,00	1,01	1,45	2,09	1,16	1,02	0,72	0,72	-0,44
J01FA09	Кларитроміцин	4,61	3,61	3,50	3,99	4,68	1,31	1,06	0,88	0,99	-0,32
J01FA10	Азитроміцин	2,63	2,40	2,36	3,09	2,81	1,13	1,09	0,82	1,11	-0,02

(3,74-4,46), *цефподоксиму* (2,66-4,72), *цефтибутену* (4,66-8,55) та *кларитроміцину* (4,61-4,68), що свідчить про порівняно низьку економічну доступність даних підгруп антибактеріальних ЛЗ для населення.

Відповідно до результатів розрахунку показника доступності (D) антибактеріальних ЛЗ встановлено, що на початку досліджуваного періоду (2012-2013 рр.) майже всі підгрупи ЛЗ антибактеріальної дії були

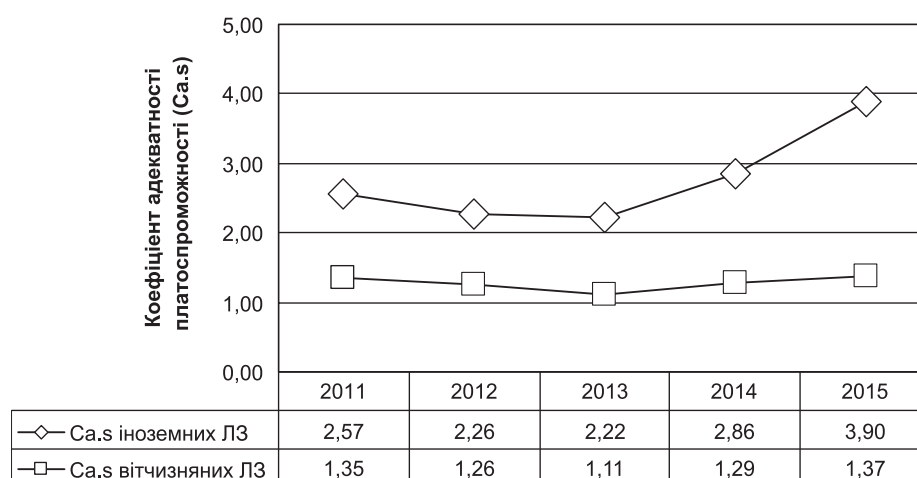


Рис. 1. Динаміка коефіцієнтів адекватності платоспроможності вітчизняних та іноземних антибактеріальних ЛЗ у 2011-2015 рр.

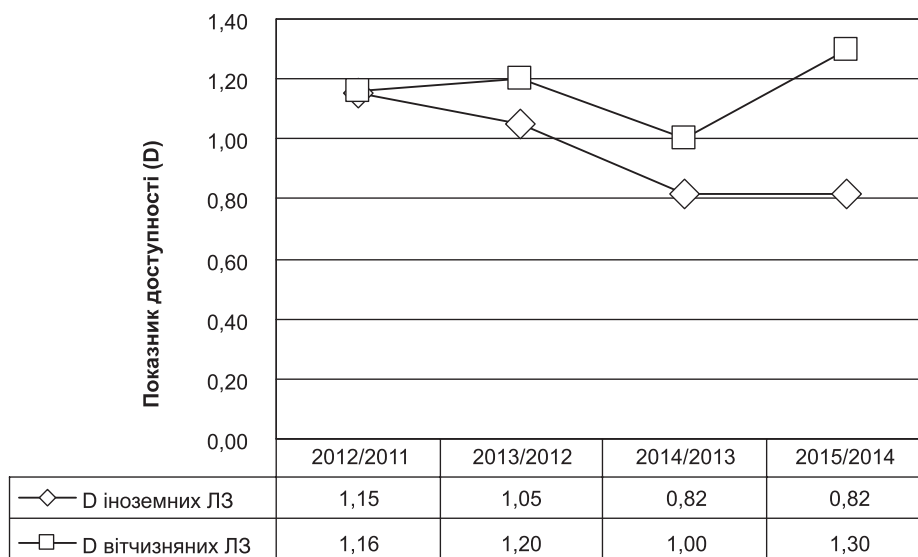


Рис. 2. Динаміка показників доступності вітчизняних та іноземних антибактеріальних ЛЗ у 2012-2015 рр.

доступними для споживачів, за винятком підгрупи *цефалексину*, показник доступності якого у 2013 році знизився до значення 0,90. Разом з тим наприкінці досліджуваного періоду 73 % ЛЗ антибактеріальної дії, а саме 11 МНН, які застосовуються для лікування ГПБ у дітей раннього віку, не досягли достатнього значення показника доступності (D).

Особливо слід виділити підгрупу *цефазоліну*, препарати якої протягом усього досліджуваного періоду були доступними для населення й, на відміну від інших підгруп ЛЗ антибактеріальної дії, демонстрували позитивну динаміку показника доступності (D) з тенденцією до щорічного зростання.

Як видно з рис. 2, за результатами розрахунків показників доступності для вітчизняних та іноземних антибактеріальних ЛЗ за досліджуваний період встановлена характерна позитивна тенденція зростання рівня доступності саме для вітчизняних ЛЗ.

Підвищення рівня економічної доступності ЛЗ для населення та поліпшення якості фармацевтичного забезпечення є пріоритетними завданнями галузі охорони здоров'я. Першочерговою проблемою, що має суттєвий вплив на рівень доступності ЛЗ для споживачів і потребує невідкладного вирішення, на нашу думку, є проблема імпортозалежності фармацевтичного ринку.

Отже, враховуючи соціально-економічні аспекти забезпечення дітей раннього віку

лікарськими засобами, а також з огляду на досить високі показники захворюваності ГПБ серед дітей в Україні та особливості вітчизняного фармацевтичного ринку, можна стверджувати про необхідність моніторингу та наукового обґрунтування загальних тенденцій економічної доступності антибактеріальних препаратів для лікування ГПБ у дітей. Результати проведених досліджень вітчизняного ринку антибактеріальних ЛЗ для лікування дітей раннього віку, хворих на ГПБ, є важливими для подальшого пошуку напрямків оптимізації фармацевтичного забезпечення цієї категорії хворих, зокрема з використанням фармакоеконічних досліджень, що набуває особливої актуальності в умовах вкрай низького рівня бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я та низької платоспроможності більшої частини населення України.

Висновки

1. Проведено аналіз економічної доступності антибактеріальних ЛЗ, що застосовуються у разі лікування ГПБ у дітей до 3-х років, упродовж 2011-2015 рр.

2. Результати аналізу коефіцієнта адекватності платоспроможності (Ca.s) населення свідчать про зниження його значення для всіх груп антибактеріальних ЛЗ упродовж 2011-2013 рр. і, як наслідок, підвищення рівня доступності цих ЛЗ для населення. Проте у період 2014-2015 рр. спостерігалася негативна динаміка збільшення показника

Са.с щодо досліджуваних ЛЗ і, як наслідок, зменшення їх доступності для споживачів.

3. Встановлено, що у 2015 році 73 % ЛЗ антибактеріальної дії, а саме 11 МНН, які застосовуються для лікування ГПБ у дітей раннього віку, не досягли достатнього значення показника доступності (D). Цей факт є негативною соціально-економічною тенденцією і свідчить про те, що темпи росту цін на такі ЛЗ були більшими, ніж динаміка підвищення заробітної плати споживачів.

4. Результати розрахунків показників доступності для вітчизняних та іноземних антибактеріальних ЛЗ за 2012-2015 рр. демонструють динаміку збільшення показника доступності саме для вітчизняних ЛЗ і, навпаки, його зменшення для ЛЗ іноземного виробництва. Така тенденція вказує на необхідність розширення сегмента ринку антибактеріальних ЛЗ за рахунок вітчизняного виробництва, що дозволить збільшити загальний рівень їх економічної доступності для споживачів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Беляєва, О. І. Клініко-економічні характеристики фармакотерапії позалікарняної пневмонії у дітей / О. І. Беляєва, В. В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 163–168.
2. Беляєва, О. І. Стан забезпечення муколітичними засобами хворих на позалікарняну пневмонію дітей / О. І. Беляєва, В. В. Трохимчук // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 122–125.
3. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
4. Котвицкая, А. А. Исследование доступности фармацевтической помощи детям до 3-х лет в Украине / А. А. Котвицкая, Е. С. Коробова // Вестник Таджикского национального университета. – 2015. – № 1/2 (160) – С. 270–276.
5. Котвицька, А. А. Маркетинговий аналіз асортименту лікарських засобів для лікування гострого бронхіту у дітей віком до 3-х років в Україні / А. А. Котвицька, Є. С. Коробова // Матеріали II науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики», 17-18 квіт. 2013 р., м. Харків. – Х., 2013. – С. 144.
6. Майданник, В. Г. Клінічні настанови з діагностики та лікування позалікарняної пневмонії у дітей з позиції доказової медицини : клін. рек. / В. Г. Майданник, Є. О. Ємчинська – К., 2014. – 43 с.
7. Майнич, Ю. В. Аналіз організаційно-медичних документів, формулярних переліків, які регламентують лікарське забезпечення дітей / Ю. В. Майнич, О. М. Заліська, Б. Л. Парновський // Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 2. – С. 66–71.
8. Майнич, Ю. В. Оптимізація лікарського забезпечення дітей з інфекційними захворюваннями : автореф. дис. ... кандидата фармацев. наук : 15.00.01 / Ю. В. Майнич. – Львів, 2010. – 24 с.
9. Міщенко, О. Я. Лікарські засоби нейропротекторної дії: аналіз фармацевтичного ринку та економічної доступності / О. Я. Міщенко, В. Ю. Адонкіна, І. Є. Кузнецов // Матеріали II науково-практичної конференції «Фармакоеконіміка в Україні: стан та перспективи розвитку», 22 листоп. 2013 р., м. Харків. – Х., 2013. – С. 79–87.
10. Методичні рекомендації з проведення державної експертизи та реєстрації цін на основні лікарські засоби : метод. рек. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, І. В. Кубарева та ін. – К., 2008. – 22 с.
11. Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3977>
12. Науково-методичні підходи до проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко, І. В. Кубарева, О. В. Коваленко // Фармац. журн. – 2011. – № 1. – С. 13–18.
13. Старець, О. О. Ефективність та безпечність Ормаксу для лікування гострого простого бронхіту у дітей раннього віку / О. О. Старець, І. М. Федчук,

- С. А. Стабецька // Современная педиатрия. – 2012. – № 3 (43). – С. 66–68.
14. Федяк, І. О. Результати клініко-економічного аналізу фармацевтичного забезпечення дітей з кашлюком, скарлатиною, менінгококовою інфекцією / І. О. Федяк, І. П. Білик // Клінічна фармація. – 2014. – Т. 18, № 1. – С. 29–34.
 15. Яковлева, Л. В. Аналіз доступності препаратів для лікування хронічного обструктивного захворювання легенів українських пацієнтів / Л. В. Яковлева, Д. В. Бондаренко // Український біофармацевтичний журнал. – 2015. – № 2 (37). – С. 4–10.
 16. Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/iris/handle/10665/61873>
 17. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommended childhood and adolescent immunization schedules. – United States // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123 (1). – P. 189–190.
- REFERENCES**
1. Bieliaieva OI, Trokhymchuk VV. Farmatsevtichnyi chasopys. 2012;(4):163–168.
 2. Bieliaieva OI, Trokhymchuk VV. Ukrayins'kyi medychnyi al'manakh. 2013;16(1):122–125.
 3. Official webportal of the State Statistics Service of Ukraine [Internet]. Available from : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
 4. Kotvitckaia AA, Korobova ES. Vestnik Tadzhyksskoho Natsional'noho Universiteta. 2015;1/2(160):270–276.
 5. Kotvitska AA, Korobova IeS. Marketynhovy analiz asortymentu likarskykh zasobiv dlia likuvannia hostroho bronkhitu u ditei vikom do 3-kh rokiv v Ukraini. In: Aktualni problemy rozvytku haluzevoi ekonomiky ta lohistyky. Proceedings of the 2nd Internet Conference; 2013, April 17–18. Kharkiv: NFaU; 2013. P. 144.
 6. Maydannik VH, Yemchyns'ka YeO. Klinichni nastanovy z diahnozyky ta likuvannia pozalikalarnianoї pnevmonii u ditey z pozytsii dokazovoi medytsyny. Clinical Guidelines. Kyiv; 2014. 43 p.
 7. MaynychYuV, Zalis'ka OM, Parnovs'kyi BL. Farmatsevtichnyi chasopys. 2009;(2):66–71.
 8. Maynych YuV. [Extended abstract of PhD dissertation (Pharmaceutical Sciences)]. Lviv: Lviv National Medical University; 2010. 24 p.
 9. Mishchenko OYa, Adonkina VYu, Kuznyetsov IYe. Likars'ki zasoby neyroprotektornoi dii: analiz farmatsevtichnoho rynku ta ekonomichnoi dostupnosti. In: Farmakoekonomika v Ukraini: stan ta perspektyvy rozvytku. Proceedings oft he 2nd Conference; 2013, November22. Kharkiv: NFaU; 2013. P. 79–87.
 10. Nemchenko AS, Kosiachenko KL, Kubarieva IV et all. Metodichni rekomendatsii z provedennia derzhavnoi ekspertyzy ta reestratsii tsin na osnovni likarski zasobi [Guidelines]. Kyiv; 2008. 22 p.
 11. Pro zatverdzhennia protokoliv nadannia medychnoi dopomohy ditiam za spetsial'nistiu Dytiacha pul'monolohiia: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 13.01.2005 № 18. [Internet]. Available from: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3977>
 12. Kosiachenko KL, Nemchenko AS, Kubarieva IV, Kovalenko OV. Farmatsevtichnyi zhurnal. 2011;(1):13–18.
 13. Starets' OO, Fedchuk IM, Stabets'ka SA. Sovremennaia pediatriia. 2012;43(3):66–68.
 14. Fediak OI, Bilyk IP. Klinichna farmatsiia. 2014;18(1):29–34.
 15. Iakovlieva LV, Bondarenko DV. Ukrayins'kyi biofarmatsevtichnyi zhurnal. 2015;37(2):4–10.
 16. Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries [Internet]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/61873>
 17. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommended childhood and adolescent immunizations chedules – UnitedStates. Pediatrics. 2009;123(1):189–190.

УДК 364.69:615.281.9:616.233-002-053.21.5

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ

А. А. Котвицкая, Е. С. Коробова

В статье представлены результаты расчетов показателей социально-экономической доступности антибактериальных лекарственных средств, которые применяются для лечения острого простого бронхита у детей до 3-х лет, в разрезе фармакотерапевтических групп за период 2011-2015 гг. Согласно рассчитанному коэффициенту адекватности платежеспособности населения установлена негативная тенденция увеличения его значения для всех групп антибактериальных препаратов в 2015 г. по сравнению с 2011 г. и, как следствие, уменьшение их доступности для потребителей. По результатам расчетов показателей доступности для отечественных и иностранных антибактериальных лекарственных средств за 2012-2015 гг. установлена характерная динамика увеличения показателя доступности именно для отечественных препаратов и, наоборот, его уменьшение для лекарственных средств иностранного производства. Сложившаяся тенденция, по мнению авторов, указывает на необходимость расширения сегмента рынка антибактериальных препаратов за счет отечественного производства, что позволит увеличить общий уровень их экономической доступности для потребителей.

Ключевые слова: антибактериальные препараты; острый бронхит; дети; экономическая доступность; коэффициент адекватности платежеспособности.

UDC 364.69:615.281.9:616.233-002-053.21.5

ASSESSMENT OF ECONOMIC AVAILABILITY OF ANTIBACTERIAL DRUGS FOR TREATING ACUTE SIMPLE BRONCHITIS IN CHILDREN UNDER THE AGE OF THREE YEARS

A. A. Kotvitska, E. S. Korobova

The article presents the calculation results of parameters of social and economic availability for antibacterial drugs used for treating acute simple bronchitis in children under the age of 3 years in the context of pharmaceutical groups for the period of 2011 – 2015. According to the solvency adequacy ratio calculated for the population the negative trend to increase its value for all groups of antibacterial drugs in 2015 compared to 2011 has been found, and as a result, their availability for consumers decreases. According to the results of calculations of availability indicators for domestic and foreign antibacterial drugs within 2012-2015 it has been determined that the characteristic dynamics in the availability indicators increases exactly for domestic drugs, and, on the contrary, it decreases for drugs of foreign manufacture. According to the authors the current trend indicates the need to expand the market segment of antibacterial drugs due to the national production, and it will increase the overall level of economic availability for consumers.

Key words: antibacterial drugs; acute bronchitis; children; economic availability; solvency adequacy ratio.

Рекомендовано д. фарм. н., професором Є. В. Гладухом

УДК 615.12:614.27

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

С. Г. Мороз, Р. В. Сагайдак-Нікітюк

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: m.sg@ukr.net

У статті проаналізовано сучасний стан фармацевтичної галузі України з метою визначення пріоритетних напрямків її сталого розвитку. Висвітлено базові тенденції основних складових фармації: виробництва, дистрибуції та реалізації ЛЗ. За допомогою статистичних методів виявлено основні тренди галузі. Виділено головні проблеми та фактори, які впливають на перспективи розвитку фармації.

Ключові слова: фармацевтична галузь; виробництво фармацевтичної продукції; фармацевтична дистрибуція; аптечні заклади; аптечні продажі.

Постанова проблеми. Останнім часом в Україні спостерігається зростання опікування населення своїм власним здоров'ям, відкривається та функціонує велика кількість тренувальних залів, підвищується інтерес до здорового харчування тощо. Люди прагнуть до більш високої якості та тривалості життя, подовження молодості, попередження та забезпечення якнайшвидшого та мінімально травматичного одужання від хвороб. І це природно, адже у більшості країн-сусідів усі ці критерії значно вищі: середня тривалість життя у країнах ЄС варіює в межах від 74,6 до 82,6 років, тоді як в Україні цей показник становить 68,5 років [1].

У поліпшенні стану здоров'я нації поряд з традиційною медичною галуззю в сучасних умовах дедалі все більшого значення набуває фармація як галузь, що забезпечує населення лікарськими засобами (ЛЗ), виробами медичного призначення (ВМП) та парафармацевтичними товарами (ПФТ). У зв'язку з обмеженістю фізичного доступу українців до лікаря зростає роль відповідального самолікування, а отже, і значення

фармації в таких умовах значно підвищується.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Моніторинг фармацевтичного ринку України, зокрема аптечних продажів, здійснюється окремими аналітично-інформаційними виданнями, такими, як «Аптека», «Кредит-рейтинг» «IBI Rating». Разом з тим варто відзначити обмеженість, а іноді й відсутність або неактуальність статистичної інформації про діяльність фармацевтичних підприємств з офіційних джерел, що значно ускладнює процес дослідження.

Серед науковців, які займалися аналізом фармацевтичної галузі, чільне місце посідають фундаментальні дослідження А. А. Котвіцької, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, І. В. Пестун, О. В. Посилкіної. Окремі аспекти аналізу фармацевтичного ринку висвітлювалися у працях Т. Шабельник, Л. Л. Литвиненко, В. М. Голубки, Р. Г. Майстро.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Зважаючи на динамізм розвитку фармацевтичної галузі, її велике соціально-економічне значення для населення, необхідно систематичне проведення аналізу стану її розвитку. Аналіз показників розвитку фармацевтичного ринку України слід здійснювати через призму концептуально-стратегічних орієнтирів побудови

С. Г. Мороз – кандидат екон. наук, доцент, доцент кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Таблиця 1

**ОБСЯГ ВИРОБЛЕНОЇ ТА РЕАЛІЗОВАНОЇ ПРОМИСЛОВОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ
І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У 2010-2015 РОКАХ [7]**

Роки	Промислова продукція		Основні фармацевтичні продукти і фармацевтичні препарати		
	вартість, млн грн	темпи зростання, %	вартість, млн грн	темпи зростання, %	питома вага у структурі промислової продукції, %
2010	1043111	–	7396,7	–	0,7
2011	1305308	125,1	8860	119,8	0,7
2012	1367926	104,8	10457,3	118,0	0,8
2013	1322408	96,7	12202,9	116,7	0,9
2014	1428839	108,0	14595,8	119,6	1,0
2015	1742175	121,9	20295,8	139,1	1,2
Рівняння тренду	–	$Y = 1,44x + 104,4$	–	$Y = 5,53x + 99,52$	–

нової системи охорони здоров'я – для пацієнтів, суспільства, медичних працівників та держави [2-4].

Формулювання цілей статті. Мета дослідження полягає в аналізі основних тенденцій, які притаманні фармацевтичній галузі України в сучасних умовах для формування засад стратегії її сталого розвитку.

Викладення основного матеріалу дослідження. На сьогодні фармацевтична галузь являє собою складну систему багаторівневих та взаємопов'язаних відносин при створенні, виробництві, розподілі за каналами та реалізації кінцевому споживачеві лікарських субстанцій, препаратів, ВМП та ПФТ. Нині вона представлена багатьма суб'єктами господарських відносин. Так, у галузі працюють підприємства-виробники субстанцій, ЛЗ, лікувальних косметичних засобів, дієтичних добавок тощо; підприємства, які здійснюють оптову реалізацію фармацевтичної продукції (дистриб'ютори); підприємства, що займаються роздрібною реалізацією цієї продукції (аптечні заклади); наукові заклади, які виконують науково-дослідні та дослідно-конструкторські розробки зі створення нових ЛП, технологічних процесів, обладнання та методів контролю якості; навчальні заклади, які здійснюють підготовку та перепідготовку фахівців для потреб галузі; організації та установи, що формують і реалізують інформаційно-аналітичне забезпечення фармацевтичної галузі [5].

Фармація – одна з небагатьох перспективних прибуткових галузей в Україні, що динамічно розвивається вже багато років поспіль. З одного боку, фармація є досить молодою сферою економіки, а з іншого – повністю сформованою галуззю.

Нині фармацевтична галузь в Україні – це передова за капітало- та наукоємністю, стабільними темпами зростання, соціально значущістю для економіки галузь [6]. Її варто розглядати у розрізі кількох рівнів: розробка ЛЗ – виробництво – дистрибуція – роздрібна реалізація (табл. 1).

Дані табл. 1 свідчать, що виробництво та реалізація ЛЗ в Україні з 2010 по 2015 р. у гривневому вираженні мають стабільну тенденцію до зростання. Причому цей процес відбувається випереджальними темпами порівняно з виробництвом та реалізацією промислової продукції в цілому. Трендові рівняння показують, що у середньому за досліджуваний період вітчизняне виробництво фармацевтичної продукції і фармацевтичних препаратів зростало на 5,53% щорічно, тоді як усе промислове виробництво підвищувалося у середньому на 1,44% щорічно (у 2013 р. відбувся спад). Проте варто враховувати той факт, що у 2014-2015 рр. індекс інфляції склав в Україні 124,9 і 143,3% відповідно, зниження реального ВВП (у порівняльних цінах 2010 р.) у I кв. 2015 р. становило 17,2%, у II кв. 2015 р. – (-14,6%), у III кв. – (-7,2%). З огляду на це динаміку, яку демонструє виробництво, необхідно

ВИРОБНИЦТВО ОСНОВНИХ ВИДІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ У 2011-2015 рр.

Види фармацевтичної продукції	Роки					Рівняння тренду темпів зростання
	2011	2012	2013	2014	2015	
Препарати лікарські, що містять пеніцилін та інші антибіотики, т	955	939	1100	1332	1270	$y = 1,3457x + 102,34$
Препарати лікарські, що містять гормони і не містять антибіотиків, т	106	114	130	187	118	$y = -3,7498x + 116,96$
Препарати лікарські, що містять алкалоїди або їх похідні і не містять гормонів чи антибіотиків, т	40100	43400	49700	46800	43700	$y = -2,7312x + 110,25$
Разом фармацевтичної продукції, т	41161	44453	50930	48319	45088	$y = -2,6498x + 110,1$

коригувати. З іншого боку, фармацевтична галузь з кожним роком нарощує свої позиції у промисловості України, про що свідчить її питома вага у структурі виробленої промислової продукції (з 0,7% у 2010 р. до 1,2% у 2015 р.).

Виробництво основних видів фармацевтичної продукції у натуральних показниках, навпаки, практично за всіма видами фармацевтичної продукції за період з 2011 по 2015 р. має загальну тенденцію до зниження (табл. 2).

Найбільш суттєвим, порівняно з попереднім роком, став спад у 2015 р., хоча потрібно зазначити, що обсяги виробництва не сягнули рівня 2011 та 2012 рр., які є найменшими за досліджуваний період. Найбільше скоротилося виробництво препаратів, що містять гормони, – на 37%. Трендові рівняння показують, що в середньому за 2011-2015 рр. спад виробництва фармацевтичної продукції становив 2,6% щорічно, зокрема за препаратами, що містять алкалоїди, – 2,7%, за препаратами, що містять гормони, – 3,7%, за препаратами, що містять пеніцилін та інші антибіотики, має місце зростання на 1,3% щорічно.

У структурі виробленої фармацевтичної продукції у натуральних показниках значно переважають препарати, що містять алкалоїди і не містять гормонів чи антибіотиків, і складають у середньому 97% у всі роки дослідження, тобто структура вітчизняного виробництва відзначається відносною стабільністю.

Слід зазначити, що на сучасному етапі, коли фармацевтична галузь в Україні проходить певні етапи становлення, досить суттєво змінюється й кількість учасників ринку.

Так, починаючи з 2008 р., встановилася чітка тенденція до скорочення кількості виробників ЛЗ, що пояснюється зростанням конкуренції та підвищенням вимог до виробництва згідно з правилами належної виробничої практики GMP. Кількість виробничих фармацевтичних компаній в Україні в 2008 р. складала 141, у 2010 р. – 137, у 2015 р. – 117.

Важливою ланкою вітчизняного фармацевтичного ринку є дистрибуція. В Україні фармацевтичні дистриб'ютори відіграють ключову роль, оскільки їх діяльність має доволі істотне значення у формуванні структури ринку і нарощуванні обігу ЛЗ. У західних країнах ця складова зводиться до оптимізації товарного обігу аптек, а самі фармацевтичні дистриб'ютори виконують роль логістичних операторів. Вітчизняні оптові фармацевтичні підприємства (ОФП) унаслідок нестабільної економічної ситуації та високої конкуренції змушені вибудовувати канали збуту та здійснювати активну маркетингову діяльність.

Сфера фармацевтичної дистрибуції в Україні, як і решта ланок галузі, проходить етап активних перетворень, все більше наближуючись до структури ОФП провідних країн. Так, ще у 2008 р. частка ринку двох найбільших ОФП в Україні складала 30%, тоді як у США – 41%, Німеччині – 45%, Великій Британії – 67% [6]. Останнім часом ситуація значно змінилася на шляху консолідації, а два найбільші дистриб'ютори ЛЗ «БадМ» та «Оптима-Фарм» у 2015 р. займали 60% оптового фармацевтичного ринку (рис. 1). Причому близько 81% всього оптового обороту протягом останніх років забезпечується п'ятьма ОФП, які з великим відривом

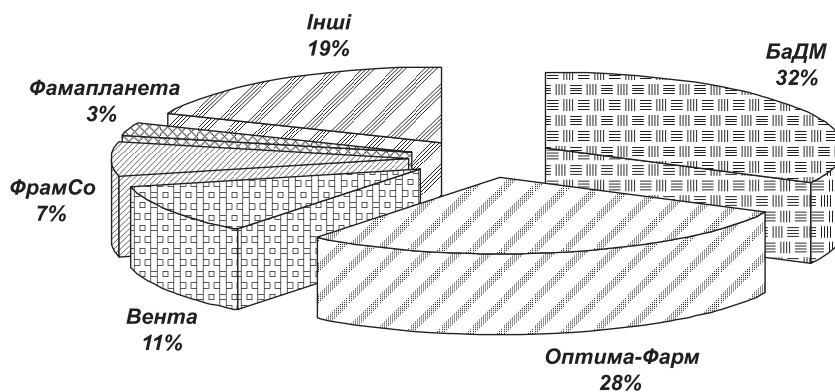


Рис. 1. Розподіл часток ринку основних фармацевтичних дистриб'юторів в Україні (2015 р.)

випереджають інші фірми. Частково це пов'язано зі зростанням «вхідних бар'єрів» у цей сегмент галузі, оскільки підвищуються вимоги до такої діяльності. Тобто ринок відносно чистої конкуренції поступово змінюється на ринок монополістичної конкуренції.

Роздрібний сегмент фармацевтичної галузі України є основною ланкою у системі фармацевтичного забезпечення населення, що є одним із рушіїв розвитку фармринку, саме в аптеці визначається попит та пропозиція на ЛЗ. Протягом останніх 15 років кількість аптечних закладів стабільно зростає. На початку 2016 р. в Україні функціонувало 19799 торгових точок, що на 3,6% більше, ніж у 2015 р. і на 6,2% більше, ніж у 2014 р.

Критерій кількості населення, яке обслуговується 1 аптечним закладом, в Україні за всіма регіонами низький і становить у середньому 2,2 тис. осіб. (табл. 3). Для порівняння, концентрація населення на аптечний заклад в європейських країнах складає: у Польщі – 6,1, в Угорщині – 4,9, в Австрії – 5,5, у Німеччині – 3,9, в Італії – 3,6 тис. осіб [9].

За регіонами мають місце значні відмінності: найнижчий показник у західному регіоні України – 1,939, хоча густина аптек на 1000 км² найвища у східному регіоні. Проте виникає природне запитання: чи стають вищими ефективність забезпечення населення ЛЗ і, відповідно, показники рівня здоров'я, чи потрібна в Україні така велика кількість аптек? Адже у 2015 р. витрати на фармацевтичні продукти на душу населення були одними з найнижчих у Європі і склали 100 дол. США (у Польщі – 321, в Угорщині – 574, у Німеччині – 668 дол. США) [8]. Разом з тим можна зробити висновок про суттєвий потенціал зростання обсягів українського фармацевтичного ринку [10].

Середні світові показники свідчать, що в 37% країн густина аптек складає 20-60 точок на 1000 км²; показник кількості населення, що обслуговується 1 аптекою в країнах з високим рівнем доходу, варіює від 2 до 7 тис. осіб [11].

Розглядаючи аптечні заклади за критерієм величини аптечної мережі, слід зазначити, що близько половини аптек в Україні

Таблиця 3

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТОРГОВИХ ТОЧОК У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2015 р.

Області	Кількість торгових точок, од.	Кількість торгових точок на 10000 осіб, од.	Кількість населення, що обслуговується 1 аптечним закладом, осіб	Густина аптек на 1000 км ² , од.
Центральний регіон	5314	5,12	1953	24,8
Західний регіон	5490	5,16	1939	41,8
Східний регіон	4216	3,39	2948	42,3
Південний регіон	3265	5,14	1947	28,8
Україна	18285	4,59	2177	32,7

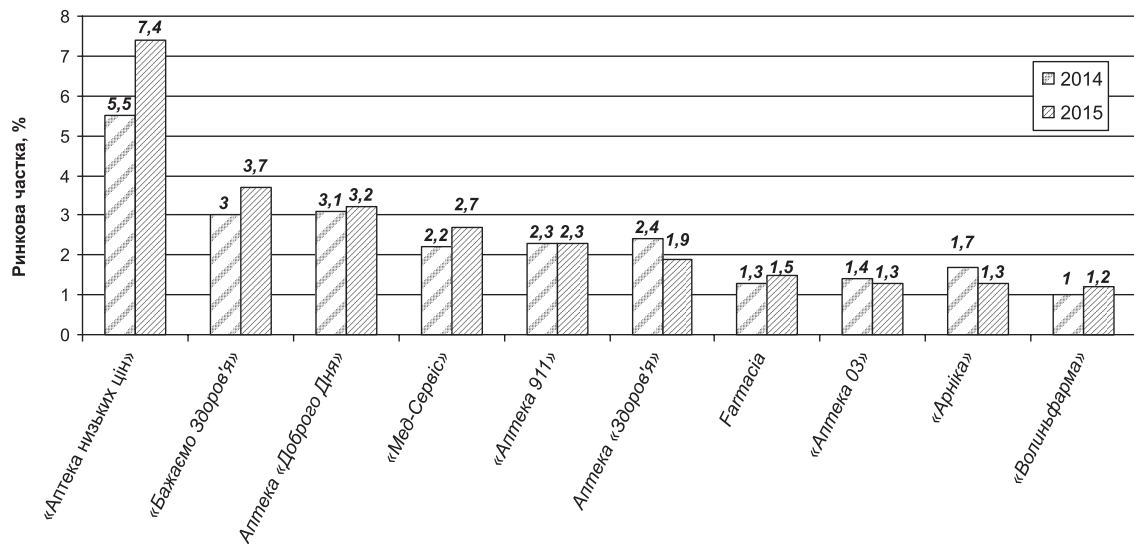


Рис. 2. Ринкові частки основних аптечних мереж в Україні (2014-2015 рр.)

входять до складу невеликих підприємств (до 10 торгових точок). Проте внаслідок процесу консолідації, який відбувається у роздрібному сегменті фармацевтичної галузі, частка таких аптечних мереж скоротилася із 55,2% у 2014 р. до 53% у 2015 р. Причому має місце тенденція до прискорення процесу консолідації та подальшого розширення великих мереж (із 24,1% у 2014 р. до 27,7% у 2015 р.) (рис. 2) [12]. Це обумовлюється насамперед «ефектом масштабу», завдяки якому скорочуються певні групи витрат, такі підприємства володіють більшими

ресурсами на запровадження нових технологій, розвиток персоналу, чим зміцнюють свою конкурентоспроможність.

За останні п'ять років, на перший погляд, обсяг роздрібного товарообороту в грошовому виразі зростає, особливо в 2014 та 2015 р. (на 23,7% у 2015 р. порівняно з 2014 р.) (рис. 3).

Проте таке підвищення зумовлене насамперед інфляційною складовою. Кардинально інша картина спостерігається при розгляді цього показника у натуральному виразі, який має чітку тенденцію до зниження:

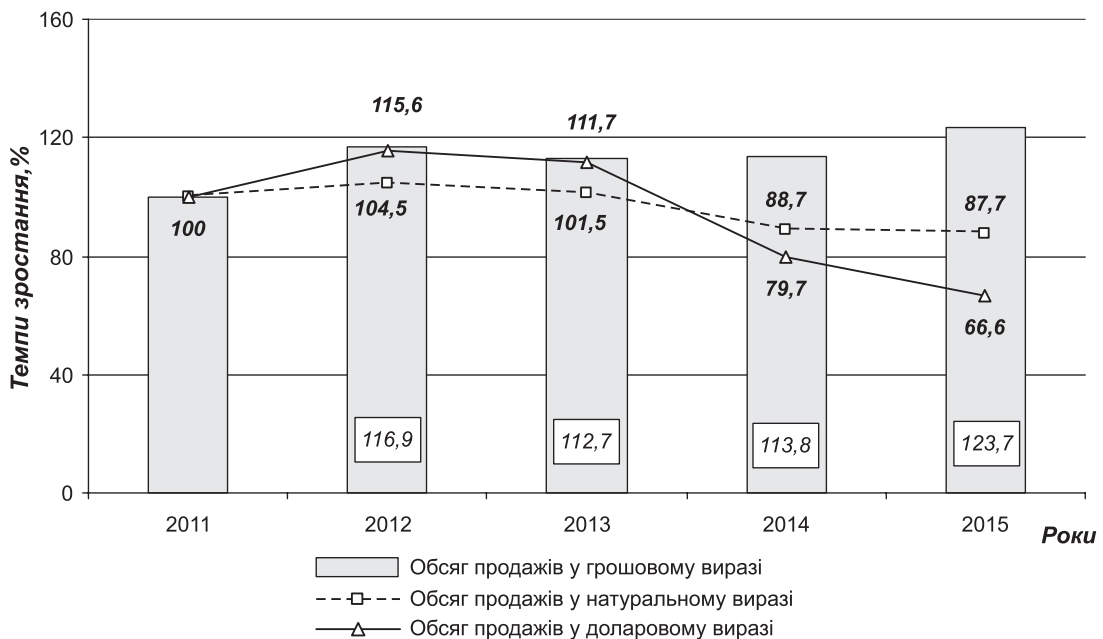


Рис. 3. Темпи росту аптечних продажів в Україні (2011-2015 рр.) [13]

у 2014 р. аптечні продажі зменшилися на 11,3%, у 2015 р. – ще на 12,3%. Ще гірша ситуація при аналізі товарообороту в доларовому вимірі, де спад за аналогічні роки становить 20,3 і 33,4% відповідно.

Складні політичні та соціально-економічні умови, в яких перебуває Україна, девальвація національної валюти значно відобразилися насамперед на рівні доходів населення та його платоспроможності, що викликало суттєві зміни в структурі продажів ЛЗ. Природним у такій ситуації стало зниження попиту на ліки та його перерозподіл на користь більш доступних за ціною вітчизняних препаратів.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Виробництво фармацевтичної продукції в Україні у гривневому еквіваленті зростає випереджальними темпами порівняно з промисловою продукцією в цілому, до якої воно належить. Проте у натуральних показниках відбувається спад за всіма видами фармацевтичної продукції.

2. У сфері фармацевтичної дистрибуції тривають трансформаційні зміни у напрямку консолідації та наближення до структури провідних країн світу. Близько 81% оптового товарообігу забезпечується п'ятьма ОФП.

3. Роздрібний сегмент фармацевтичної галузі України, який відіграє головну роль у фармацевтичному забезпеченні населення, знаходиться на етапі формування та розвитку. З одного боку, кількість аптек зростає, з іншого – відбувається подальше розширення великих аптечних мереж. На тлі складних економічних умов, в яких перебуває Україна, роздрібний аптечний оборот за останні два роки у натуральному, а особливо у доларовому вираженні значно знизився, що є проявом низької платоспроможності населення. Надається перевага більш дешевим вітчизняним ЛЗ, що може сприяти конкурентоспроможності українських виробників за ціною.

Отже, фармація – одна з найбільш перспективних галузей України, що динамічно розвиваються. Для напрацювання стратегії сталого розвитку необхідно розуміння особливостей становлення, розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі з виділенням її основних проблем і резервів розвитку.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Проект звіту «Регулювання ринку лікарських засобів в Україні: проблеми та рішення» // Нова соціальна і економічна політика. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://newsep.com.ua/new/816>
2. Котвіцька, А. А. Порівняльний аналіз сучасного стану фармацевтичного забезпечення міського та сільського населення України / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, К. О. Демянік // Фармацевтичний часопис. – 2014. – № 4. – С. 86-90.
3. Кубарева, І. В. Аналіз сучасних тенденцій соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення сільської місцевості в Україні / І. В. Кубарева, К. О. Демянік // Фармацевтичний журнал. – 2015. – № 5. – С. 8-14.
4. Голубка, В. М. Розвиток фармацевтичного ринку України в площині статистичних оцінок / В. М. Голубка // Економіка і фінанси. – 2015. – № 1. – С. 8-14.
5. Фармацевтична енциклопедія / Голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних. – 3-тє вид., перероб. і допов. – К. : «МОРІОН», 2016. – 1632 с.
6. Литвиненко, Л. Л. Перспективи розвитку фармацевтичного ринку України в умовах поглиблення процесів євроінтеграції / Л. Л. Литвиненко, А. О. Собкова // Проблеми підвищення ефективності інфраструктури. – 2015. – № 40. – С. 51-56.
7. 7. Обсяг реалізованої промислової продукції (товарів, послуг) за видами економічної діяльності у 2010-2015 роках / Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Посилкіна, О. В. Актуальні питання логістики фармацевтичної дистрибуції і аптечних мереж / О. В. Посилкіна // Вісн. Нац. ун-ту «Львівська політехніка». Логістика. – 2008. – № 633. – С. 571-577
9. Організація та економіка фармації. Ч. 1. Організація фармацевтичного забезпечення населення : нац. підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. С. Немченко, В. М. Назаркіна, Г. Л. Панфілова та ін. ; за ред. А. С. Немченко. – Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2015. – 360 с.

10. Шабельник, Т. Сучасний стан фармацевтичного ринку України / Т. Шабельник // Інституціональна економіка. – 2013. – № 6. – С. 40-42.
11. Галковская Галина. Аптеки и сети в контексте форм собственности. Очерк мировых трендов. [Электронный ресурс] / Галина Галковская. – Режим доступа: <http://pda.apteka.ua/article/358592>
12. Кирсанов Денис. Аптечный рынок Украины по итогам 2015 г. : Helicopter View. [Электронный ресурс] / Денис Кирсанов. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/358052>
13. Кирсанов Денис. Аптечные продажи в регионах Украины по итогам 2015 г. Helicopter view. [Електронний ресурс] / Денис Кирсанов. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/363006>
5. Chernykh VP, ed. Pharmaceutical Encyclopedia. 3rd ed., revised and supplemented. Kyiv: Morion; 2016. 1632 p.
6. Lytvynenko LL, Sobkova AA. Problemy pidvyshchennia efektyvnosti infrastruktury. 2015;40:51-56.
7. Volume of industrial products (goods, services) sold1 in 2010-2015. State Statistics Service of Ukraine. Available from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Posylkina OV. Visnyk Natsionalnogo universytetu «Lvivska politekhnik». Lo-histyka. 2008;633:571-577.
9. Nemchenko AS, Nazarkina VM, Panfilova HL et all. Orhanizatsiia ta ekonomika farmatsii. Ch. 1. Orhanizatsiia farmatsevychnoho zabezpechennia naseleennia. Kharkiv: NFaU: Zoloti storinky; 2015. 360 p.
10. Shabelnyk T. Instytutstionalna ekonomika. 2013;6:40-42.
11. Halkovskaia H. Apteki i seti v kontekste form sobstvennosti. Ocherk mirovikh trendov. Available from: <http://pda.apteka.ua/article/358592>.
12. Kirsanov D. Aptechnyi rynek Ukrainy po itogam 2015 g. : Helicopter View. Available from : <http://www.apteka.ua/article/358052>.
13. Kirsanov D. Aptechnye prodazhi v regionakh Ukrainy po itogam 2015 g. Helicopter view. Available from: <http://www.apteka.ua/article/363006>.

REFERENCES

1. Rehuliuвання ринку лікарських засобів в Україні: проблеми та рішення : проект звіту. Nova sotsialna i ekonomichna polityka. Available from: <http://newsep.com.ua/new/816>.
2. Kotvitska AA, Kubarieva IV, Demianik KO. Farmatsevychnyi chasopys. 2014;4:86-90.
3. Kubarieva IV, Demianik KO. Farmatsevychnyi zhurnal. 2015;5:8-14.
4. Holubka VM. Ekonomika i finansy. 2015;1:8-14.

УДК 615.12:614.27

ИССЛЕДОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ УКРАИНЫ

С. Г. Мороз, Р. В. Сагайдак-Никитюк

В статье проанализировано современное состояние фармацевтической отрасли Украины с целью определения приоритетных направлений ее устойчивого развития. Освещены базовые тенденции основных составляющих фармации: производства, дистрибуции и реализации ЛС. С помощью статистических методов выявлены основные тренды отрасли. Выделены главные проблемы и факторы, которые влияют на перспективы развития фармации.

Ключевые слова: фармацевтическая отрасль; производство фармацевтической продукции; фармацевтическая дистрибуция; аптечные учреждения; аптечные продажи.

UDC 615.12:614.27

THE STUDY OF MODERN TRENDS FOR DEVELOPING PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN UKRAINE

S. G. Moroz, R. V. Sahaidak-Nikityuk

The article analyzes the current state of the pharmaceutical industry of Ukraine in order to identify the priority areas of sustainable development. The basic trends of pharmacy major components: production, distribution and sale of drugs are given. Using statistical methods the major trends in the industry have been identified. The problems and the factors that mainly affect the prospects of pharmacy development have been determined.

Key words: pharmaceutical industry; manufacture of pharmaceutical products; pharmaceutical distribution; pharmacy; pharmacy sales.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Recommended by Doctor of Pharmacy, professor A. A. Kotvitska

UDC 615.21.3:34+616-039.42

THE IMPORTANCE OF LEGISLATION IN DEVELOPING ORPHAN DRUGS

Ye. Zgîrcu

*Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova.
E-mail: elena.zgircu@usmf.md*

The aim of this study is to conduct the analysis of legislation in the field of orphan drugs in world practice. The review of literature has shown that significant achievements in research and development of orphan drugs have really begun only after adopting different laws and regulations followed by development of therapies for rare diseases. About 7000 rare diseases affect over 350 million people worldwide and have a negative impact on patients and their families. The research and development in the field of orphan drugs are difficult processes because of the lack of understanding the mechanism of the disease and due to the high cost of these processes. Therefore, to encourage the research in this field many countries have developed and implemented legislations that offer stimuli, support and assistance to drug manufacturers, starting with the formulation of these drugs up to receiving the marketing authorization. The Orphan Drug Act was firstly adopted in the United States in 1983. As a result, in the first ten years, 620 drugs became orphan, and 87 received the marketing authorization. Following the great impact of this act, Japan, Australia and the European Union later adopted such policies. Currently, 89 orphan drugs covering 12 ATC groups have been authorized in Europe.

Key words: rare diseases; orphan drugs; orphan drugs legislation; orphan drugs development.

Statement of the problem. Rare diseases are a complex and heterogeneous mosaic of 7000 conditions that affect over 350 million people worldwide; they are frequently life-threatening or chronically debilitating, and the impact on the quality of life of affected patients and their family members is thus significant [2, 25, 30, 34]. About 80% of these rare diseases

have the identified genetic origin. The others are caused by infections, allergies, or are due to degenerative, proliferative or teratogenic causes. Some rare diseases are also caused by a combination of genetic and environmental factors [13]. A rare disease or an “orphan” disease is defined as one that affects a restricted number of people and has no effective treatments. There are different definitions of a rare disease and they may differ among countries, but the common criterion is the low prevalence of the disease (Table 1) [5, 10, 28].

Ye. Zgîrcu – a teaching assistant of the Social Pharmacy Department named after V. I. Prokopishin of the Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova (Chisinau)

Table 1

**THE DEFINITION OF A RARE DISEASE
AMONG COUNTRIES**

Country	Prevalence	The number of affected people
United States of America	7.5:10 000	< 200 000
Japan	4:10 000	< 50 000
Australia	1.2:10 000	< 2000
Europe	5:10 000	< 250 000

The “orphan drug-movement” is believed to have been initiated with the Orphan Drug Act of 1983 in the United States of America. Actually, in 1851 the well-known Flemish physician Rembert Dodoens wrote *“Medicinalium observationum exempla rara”*, a book about the diagnosis and treatment of rare diseases. In the book 200 rare diseases of the 16th century such as *Aneurisma, Calculus in vesica, Catalepsis, Dysenteria, Tetanos, Vomitus sanguinis* were described. For pharmacological treatment Rembert Dodoens referred to his own book of herbs from 1554, *“Cruydenboeck”*, with *“Plaetse, Tijt, Naem, Natuere, Kracht ende Werckinge”*, representing the growing place and time, the name, identification and the pharmacological activity of 942 plants. At the end of some monographs the operating procedures for production of “orphan drugs” from the plant raw material are given [6].

Orphan drugs are medicines intended to treat, prevent or diagnose a rare disease. Availability and access to medicines are important to reduce morbidity and mortality of rare diseases. Despite the need and importance of availability and access to orphan drugs there is the lack of available treatments for rare diseases. Less than one in ten patients with rare disease receives a disease-specific treatment [9].

The aim of the study is to conduct the analysis of legislation in the field of development of orphan drugs.

Material and methods. This study is a review of orphan drug legislation in the most representative states. For the study 34 references from PubMed and SpringerLink platform and Orphanet web page were chosen.

Results. The drug development for rare diseases is limited by the lack of understanding of the underlying mechanisms of the disease

Table 2

**THE INTERNATIONAL ORPHAN DRUG
LEGISLATION**

Country/region	Legislation	Year of passing
USA	Orphan Drug Act	1983
Japan	Orphan Drug Regulation	1993
Australia	Australian Orphan Drugs Program	1997
European Union	Regulation No. 141/2000	2000

and by the high costs of research and development (~\$1 billion) [11] that cannot be subsequently covered. This situation dates back to the 1960s when following the thalidomide tragedy all drugs must be shown to be safe and effective through “adequate and well-controlled studies” before receiving the market approval. This condition raised the cost of drug development, and the rare disease population became a vulnerable one, being ‘orphaned’ by many major drugs. And, therefore, the problem of treatment for rare diseases became very real [12, 34].

Therefore, in several jurisdictions, specific legislation and policies have been introduced to stimulate development of orphan drugs (Table 2) [9, 20].

United States of America. In 1978, after years of discussion and concern, a task force created by what is now the U.S. Department of Health and Human Services issued a call for action in a report on what might be done to promote development of drugs with the limited commercial value. Later, after the Congress held hearings (1980-1982) about problems of drugs for rare diseases, in 1983 the Orphan Drug Act (ODA), the first significant public commitment by any nation to promote development of drugs for people with rare diseases, was signed. The same year the US Food and Drug Administration (FDA) approved the first two orphan drugs [8].

According to the ODA, orphan drugs are intended for treating “any disease or a condition which occurs so infrequently in the United States that there is no reasonable expectation that the cost of developing and making available in the United States a drug for such disease or condition will be recovered from sales in the United States of such drug” [24].

Only in the first 10 years, 620 drugs received an orphan designation and 87 drugs received a marketing approval [31], in contrast with only 10 treatments approved in 8-10 years prior to the orphan drug legislation [34]. In the first 25 years of the ODA in the USA 1892 products were designated as orphan, and 326 products for more than 200 rare diseases were approved [25]. Since the passage of the ODA nearly 500 orphan drugs were approved, with 233 of those approvals in the last decade alone, more than 230 new orphan drugs were approved by the FDA [1]. At the end of 2014 the FDA granted the orphan drug designation to 3273 potential therapies [32].

Japan. The success of the ODA inspired later other states concerned with supporting patients suffering from rare diseases. So, on the 1st of October, 1993, the Japanese government revised the pharmaceutical law by introducing special provisions relative to research and development of orphan drugs. According to these new provisions, the orphan drug status is granted by the Ministry of Health, Labor and Welfare only when the drug meets the following two criteria [23]:

1. the drug is intended for an incurable disease with no possible alternative treatment, or the efficacy and the expected safety of the drug must be excellent compared to other available drugs;

2. the number of patients affected by this disease in Japan must be less than 50000 on the Japanese territory.

Similar to the USA, the Japanese orphan drugs system offered new opportunities both for multinational and small-size and medium-size companies that in the first 10 years obtained the marketing authorization for 94 drugs and devices [19]. In 2015, 246 drugs among 323 orphan designated drugs received the marketing approval [15].

Australia. The Australian orphan drugs policy was set up in 1997. This orphan drugs program aims to ensure the availability of treatments for rare diseases and allows the Australian Therapeutic Goods Administration to use information from the FDA Orphan Drugs Program as part of the Australian evaluation process. Orphan designation is intended for drugs which aim to treat diseases with a prevalence of 2000 patients or less in the Australian population or

drugs are not commercially viable when used in the patient population they are indicated for [22]. As a result, 287 drugs were designated as orphan and 144 drugs received the marketing authorization by 2013 [17].

European Union. Rare diseases were firstly identified as a priority area for the Community action in November, 24, 1993, in the communication of the Commission. The experience has shown that by the very fact of their rareness and the consequent lack of the available information about them rare diseases can produce significant problems for individual countries [3]; the diagnosing process and identification of an available treatment of rare diseases need an added value at the European level. To achieve this goal the European Parliament and the Council adopted Regulation No 141/2000 on orphan drugs in December, 16 1999. The so-called orphan drugs are defined as [27]:

1. medicinal products intended for the diagnosis, prevention and treatment of a life-threatening or chronically debilitating condition affecting not more than five in 10 thousand persons in the Community when the application is made;

2. medicinal products intended for the diagnosis, prevention or treatment of a life-threatening, seriously debilitating or serious and chronic condition in the Community and that without incentives it is unlikely that the marketing of the medicinal product in the Community would generate sufficient return to justify the necessary investment;

3. medicinal products intended for diseases for which there is no satisfactory method of diagnosis, prevention or treatment of the condition in question that has been authorized in the Community or, if such method exists, the medicinal product will be of significant benefit to those affected by that condition.

This regulation, is largely inspired by the U.S. regulation and its goals are [16, 27]:

- to encourage the pharmaceutical and biotechnological industry to carry out research and development of orphan drugs;
- to involve competent small and medium-size enterprises for participation in this development in special sectors;
- to create a Committee of Orphan Medicinal Products that is responsible for studying the applications for orphan designation

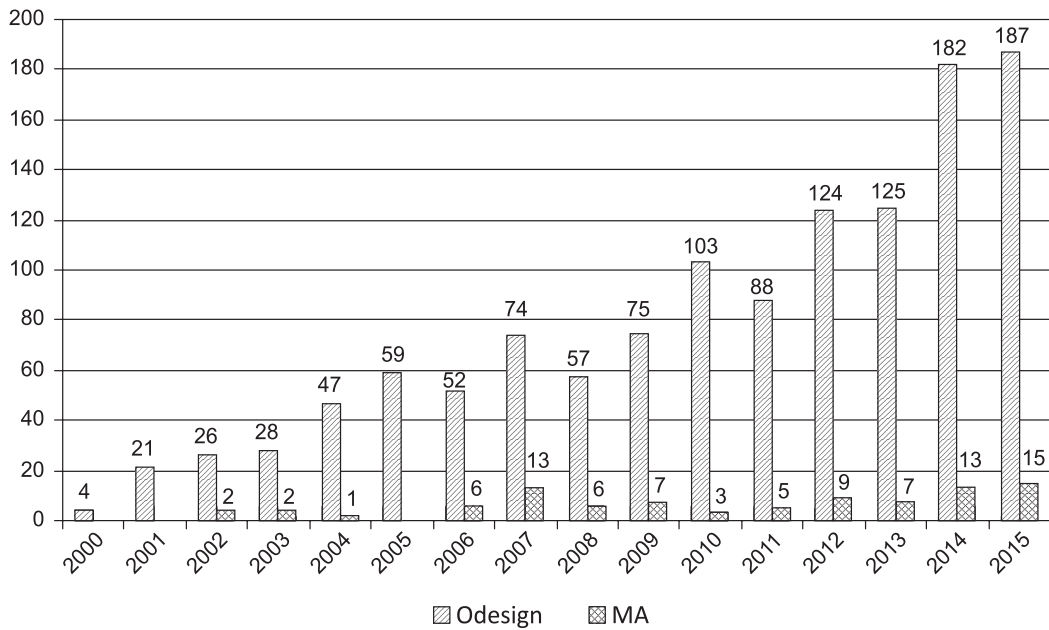


Fig. 1. The number of orphan designated medicinal products and orphan medicinal products with the marketing authorization in the EU

within the European Medicines Evaluation Agency and to advise and assist the Commission in discussions on orphan drugs;

- to increase the knowledge on these diseases, their environment, improve communication and cross-border collaboration between the various research centers, institutions, patients.

In April, 27, 2000, the European Commission adopted the regulation No 847/2000 determining such criteria of orphan designation as the rarity of the disease and the life-threatening conditions [4].

In the framework of these regulations during 15 years 1253 medicinal products [26] of

2385 applications [18] received orphan designation in EU. However, the large number of designated orphan drugs may provide false hope to patients with rare diseases because only a small percentage of these designated orphan drugs have obtained the marketing approval [2]. Thus, till now, 102 orphan medicinal products were submitted for obtaining the marketing authorization, and there were 89 of those that received the marketing authorization (Fig. 1).

Orphan medicinal products with the marketing authorization cover 12 ATC groups: A – Alimentary tract and metabolism, B – Blood and blood forming organs, C – Cardiovascular system, D – Dermatologicals, H – Systemic hormonal

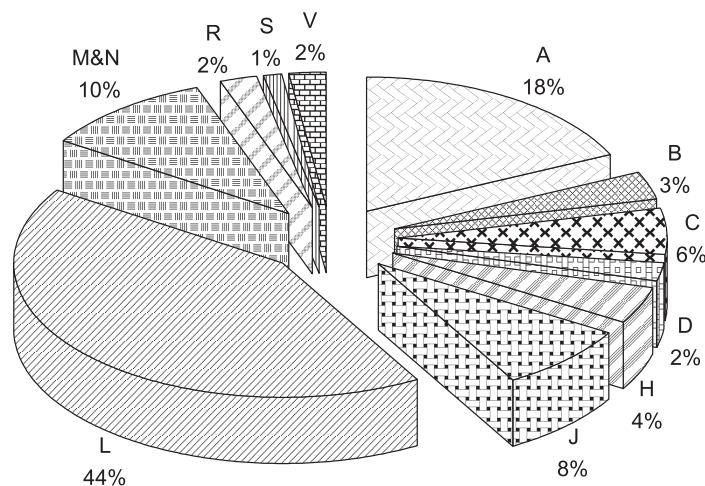


Fig. 2. Distribution of authorized orphan medicinal products by ATC groups

Table 3

ORPHAN DRUG INCENTIVES IN DIFFERENT COUNTRIES

Parameters	USA	Japan	Australia	EU
Marketing exclusivity	7 years	10 years	5 years (similar to other drugs)	10 years
Tax credit	Yes: 50% for clinical studies	Yes: 6% for any type of the study + limited to 10% of the company's corporation tax	No	Managed by the member states
Grants for research	Programs of NIH and others	Governmental funds	No	"FP6" + national measures
Reconsideration of applications for orphan designation	No	Yes	Yes (every 12 months)	Yes (every 6 years)
Technical assistance for elaboration of the application file	Yes	Yes	No	Yes
Accelerated marketing procedure	Yes	Yes	Yes	Yes (via the centralized procedure)

preparations, J – Antiinfectives for systemic use, L – Antineoplastic and immunomodulating agents, M – Musculo-skeletal system, N – Nervous system, R – Respiratory system, S – Sensory organs, V – Various (Fig. 2).

Despite development of orphan drugs only about 2% of the rare diseases identified are currently covered by approved treatments [33], and the cost of orphan drugs is still high, commonly exceeding \$100000 per a patient a year [7]. Even so, the orphan drug legislation elsewhere has been incredibly successful in promoting development of new treatments for rare diseases [21], especially because of different and attractive incentives (Table 3) [10, 29].

Conclusions

Rare diseases represent a key challenge to the healthcare system. With less than 2% of the identified rare diseases currently covered by approved treatments the rare disease population is underserved both clinically and scientifically [14, 33]. Under human rights principles, patients with rare diseases have equal rights to medicines as other patients with more prevalent disease [9].

Although the rarest diseases have no available treatment, the last 30 years have shown that rare diseases represent an accessible field for research and development with a great potential in discovering the necessary medicines and achieving commercial success.

REFERENCES

1. A decade of innovation in rare diseases 2005-2015. – Available from : <http://www.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA-Decade-of-Innovation-Rare-Diseases.pdf>
2. Does market exclusivity hinder the development of Follow-on Orphan Medicinal Products in Europe? / A. Brabers, E. Moors, S. Weely, R. Vrueth // Orphanet Journal of Rare Diseases. – 2011. – Vol. 6. – P. 59.
3. Commission communication on the framework for action in the field of public health // Commission of the European Communities. COM (93) 559 final, Brussels, 24 November 1993. – Available from : <http://aei.pitt.edu/9690/1/9690.pdf>
4. Commission Regulation (EC) No 847/2000 of 27 April 2000 laying down the provisions for implementation of the criteria for designation of a medicinal product as an orphan medicinal product and definitions of the concepts 'similar medicinal product' and 'clinical superiority' // Official Journal of the European Communities. – Available from : http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2000_847/reg_2000_847_en.pdf
5. Dear J. Are rare diseases still orphans or happily adopted? The challenges of developing

- and using orphan medicinal products / J. Dear, P. Lilitkarntakul, D. Webb // *British Journal of Clinical Pharmacology*. – 2006. – Vol. 62 (3). – P. 264-271.
6. Dooms M. M. Rare diseases and orphan drugs: 500 years ago / M. M. Dooms // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2015. – Vol. 10. – P. 161.
 7. Fellows G. Funding innovation for treatment for rare diseases: adopting a cost-based yardstick approach / G. Fellows, A. Hollis // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2013. – Vol. 8. – P. 180.
 8. Field M. Rare diseases and orphan products. Accelerating research and development / M. Field, Th. Boat. – Washington (DC) : The National Academies Press (US), 2010. – 442 p.
 9. Gammie T. Access to Orphan Drugs: A Comprehensive Review of Legislations, Regulations and Policies in 35 Countries / T. Gammie, C. Lu, Z. Babar // *PLoS ONE*. – 2015. – Vol. 10 (10). – 24 p. doi:10.1371/journal.pone.0140002.
 10. Clinical research for rare disease: opportunities, challenges, and solutions / R. Griggs, M. Batshaw, M. Dunkle et al. // *Mol Genet Metab*. – 2009. – Vol. 96 (1). – P. 20-26.
 11. Groft S. A past with uncertainty, a future with hope – rare disease day 2014 from USA perspective / S. Groft // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2014. – Vol. 9. – P. 31.
 12. Haffner M. 15 years of the Orphan Drug Act: What lies ahead? / M. Haffner // *Frontiers in Biomedicine*. – Springer, 2000. – P. 347-353.
 13. A methodological framework for drug development in rare diseases / P. Nony, P. Kurbatova, A. Bajard et al. // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2014. – Vol. 9. – P. 164.
 14. Innovation by patients with rare diseases and chronic needs / P. Oliveira, L. Zenginovic, H. Canhão et al. // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2015. – Vol. 10. – P. 41.
 15. Orphan designations and approvals in the EU, USA and Japan. – Available from : http://www.ispor.org/research_pdfs/51/pdffiles/EA4.pdf
 16. Orphan drugs in Europe. The European Orphan Drug Regulation. – Available from : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_EUR
 17. Orphan drugs program. – Available from : <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/consultation-orphan-drugs-program.pdf>
 18. Orphan Medicines Figures 2000-2015. – Available from : http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2015/04/WC500185766.pdf
 19. Overview of Orphan Drugs in Japan. – Available from : www.raps.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=3595
 20. Panju A. Policy alternatives for treatment for rare diseases / A. Panju, C. Bell // *CMAJ*. – 2010. – Vol. 182 (17). – P. 787-792.
 21. Posada de la Paz M. Rare Diseases Epidemiology, *Advances in Experimental Medicine and Biology* 686 / de la Paz M. Posada, S. C. Groft. – Springer Science+Business Media B.V., 2010. – Chapter 13 : McCabe C. Economic Considerations in the Provision of Treatments for Rare Diseases / C. McCabe, R. Edlin, J. Round. – P. 211-222.
 22. Public policy on orphan drugs in Australia. – Available from : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_AUS
 23. Public policy on orphan drugs in Japan. – Available from : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_JAP
 24. Public policy on orphan drugs in the USA. – Available from : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_USA
 25. Drug development for exceptionally rare metabolic diseases: challenging but not impossible / M. Putzeist, A. Mantel-Teeuwisse, C. Wied et al. // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. – 2013. – Vol. 8. – P. 179.
 26. Register of designated Orphan Medicinal Products. – Available from : <http://>

- ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/alforphreg.htm
27. Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Official Journal of the European Communities. – Available from : http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2000_141/reg_2000_141_en.pdf
 28. Schulenburg J.-M. Rare is frequent and frequent is costly: rare diseases as a challenge for health care systems / J.-M. Schulenburg, M. Frank // *Eur J Health Econ.* – 2015. – Vol. 16. – P. 113-118.
 29. Sharma A. Orphan drug: Development trends and strategies / A. Sharma, A. Jacob, D. Kumar // *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences.* – 2010. – Vol. 2 (4). – P. 290-299.
 30. Statistics and Figures on Prevalence of Genetic and Rare Diseases. – Available from : <https://globalgenes.org/rare-diseases-facts-statistics/>
 31. The Orphan Drug Act. Implementation and impact. – Available from : <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-00-00380.pdf>
 32. U.S. Food and Drug Administration. Orphan Drug Designation and Approvals Database. – Available from : <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/opdlisting/oopd/index.cfm>.
 33. Accelerating development, registration and access to medicines for rare diseases in the European Union through adaptive approaches: features and perspectives / D. Uguen, Th. Lönngren, Y. Cam et al. // *Orphanet Journal of Rare Diseases.* – 2014. – Vol. 9. – P. 20.
 34. Wästfelt M. A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs / M. Wästfelt, B. Fadeel, J.-I. Henter // *Journal of Internal Medicine.* – 2006. – Vol. 260. – P. 1-10.
 3. Commission communication on the framework for action in the field of public health. Commission of the European Communities. COM (93) 559 final. Brussels, 24 November 1993. Available from: <http://aei.pitt.edu/9690/1/9690.pdf>
 4. Commission Regulation (EC) No 847/2000 of 27 April 2000 laying down the provisions for implementation of the criteria for designation of a medicinal product as an orphan medicinal product and definitions of the concepts 'similar medicinal product' and 'clinical superiority'. Official Journal of the European Communities. Available from: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2000_847/reg_2000_847_en.pdf
 5. Dear J, Lilitkarntakul P, Webb D. Are rare diseases still orphans or happily adopted? The challenges of developing and using orphan medicinal products. *British Journal of Clinical Pharmacology.* 2006;62(3):264-71
 6. Doods MM. Rare diseases and orphan drugs: 500 years ago. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2015;10:161
 7. Fellows G, Hollis A. Funding innovation for treatment for rare diseases: adopting a cost-based yardstick approach. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2013;8:180
 8. Field M, Boat Th. Rare diseases and orphan products. Accelerating research and development. Washington (DC): The National Academies Press (US); 2010. 442 p.
 9. Gammie T, Lu C, Babar Z. Access to Orphan Drugs: A Comprehensive Review of Legislations, Regulations and Policies in 35 Countries. *PLoS ONE.* 2015;10(10):e0140002. 24 p. doi:10.1371/journal.pone.0140002
 10. Griggs R, Batshaw M, Dunkle M. et al. Clinical research for rare disease: opportunities, challenges, and solutions. *Mol Genet Metab.* 2009;96(1):20-6
 11. Groft S. A past with uncertainty, a future with hope – rare disease day 2014 from USA perspective. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2014;9:31
 12. Haffner M. 15 years of the Orphan Drug Act: What lies ahead? *Frontiers in Biomedicine.* Springer; 2000. P. 347-353
 13. Nony P, Kurbatova P, Bajard A. et al. A methodological framework for drug

REFERENCES

1. A decade of innovation in rare diseases 2005-2015. Available from: <http://www.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA-Decade-of-Innovation-Rare-Diseases.pdf>
2. Brabers A, Moors E, Weely S, Vrueth R. Does market exclusivity hinder the development of Follow-on Orphan Medicinal Products in Europe? *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2011;6:59

- development in rare diseases. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2014;9:164
14. Oliveira P, Zejnilovic L, Canhão H. et al. Innovation by patients with rare diseases and chronic needs. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2015;10:41
 15. Orphan designations and approvals in the EU, USA and Japan. Available from: http://www.ispor.org/research_pdfs/51/pdffiles/EA4.pdf
 16. Orphan drugs in Europe. The European Orphan Drug Regulation. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_EUR
 17. Orphan drugs program. Available from: <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/consultation-orphan-drugs-program.pdf>
 18. Orphan Medicines Figures 2000-2015. Available from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2015/04/WC500185766.pdf
 19. Overview of Orphan Drugs in Japan. Available from: www.raps.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=3595
 20. Panju A, Bell C. Policy alternatives for treatment for rare diseases. CMAJ. 2010;182(17):787-92
 21. Posada de la Paz M, Groft SC. Rare Diseases Epidemiology, Advances in Experimental Medicine and Biology 686. Springer Science+Business Media B.V.; 2010. Chapter 13. McCabe C, Edlin R, Round J. Economic Considerations in the Provision of Treatments for Rare Diseases. P. 211-22
 22. Public policy on orphan drugs in Australia. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_AUS
 23. Public policy on orphan drugs in Japan. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_JAP
 24. Public policy on orphan drugs in the USA. Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutOrphanDrugs.php?lng=EN&stapage=ST_EDUCATION_EDUCATION_ABOUTORPHANDRUGS_USA
 25. Putzeist M, Mantel-Teeuwisse A, Wied C. et al. Drug development for exceptionally rare metabolic diseases: challenging but not impossible. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2013;8:179
 26. Register of designated Orphan Medicinal Products. Available from: <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/alforphreg.htm>
 27. Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Official Journal of the European Communities. Available from: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2000_141/reg_2000_141_en.pdf
 28. Schulenburg, J-M, Frank, M. Rare is frequent and frequent is costly: rare diseases as a challenge for health care systems. Eur J Health Econ. 2015;16:113-18
 29. Sharma A, Jacob A, Kumar D. Orphan drug: Development trends and strategies. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences. 2010;2(4):290-99
 30. Statistics and Figures on Prevalence of Genetic and Rare Diseases. Available from: <https://globalgenes.org/rare-diseases-facts-statistics/>
 31. The Orphan Drug Act. Implementation and impact. Available from: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-00-00380.pdf>
 32. U.S. Food and Drug Administration. Orphan Drug Designation and Approvals Database. Available from: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/opdlisting/ood/index.cfm>
 33. Uguen D, Lönngren Th, Cam Y et al. Accelerating development, registration and access to medicines for rare diseases in the European Union through adaptive approaches: features and perspectives. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2014;9:20
 34. Wästfelt M, Fadeel B, Henter J-I. A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs. Journal of Internal Medicine. 2006;260:1-10

УДК 615.21.3:34+616-039.42

ВАЖНОСТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗРАБОТКЕ ОРФАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Е. Згырку

Целью исследования стало проведение анализа законодательства в области орфанных лекарственных средств в мировой практике. Обзор литературы показал, что значительные достижения в области исследований и разработки орфанных препаратов начались только после принятия различных законов и нормативных актов с целью способствования развитию терапии редких заболеваний. Во всем мире более 350 млн человек страдают от около 7000 редких заболеваний, которые оказывают негативное влияние на пациентов и их семьи. Исследования и разработка орфанных препаратов являются сложными процессами из-за недостатка понимания механизма заболевания и их высокой стоимости. Для стимулирования деятельности в исследуемой области многие страны разработали и внедрили законодательные акты, которые стимулируют производителей, предлагают им поддержку и помощь, начиная от разработки таких препаратов и заканчивая получением разрешения на их реализацию. Закон об орфанных препаратах впервые был принят в США в 1983 г. В течение первых десяти лет 620 препаратов получили статус орфанных и 87 – разрешение на реализацию. Этот акт имел значительное влияние, поэтому Япония, Австралия, а позже и Европейский Союз приняли такую же политику. В настоящее время в Европе получено разрешение на реализацию 89 орфанных лекарственных средств, которые охватывают 12 АТС групп.

Ключевые слова: редкие заболевания; орфанные лекарственные препараты; законодательство; разработка орфанных препаратов.

УДК 615.21.3:34+616-039.42

ВАЖЛИВІСТЬ ЗАКОНОДАВСТВА ПРИ РОЗРОБЦІ ОРФАННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Е. Згырку

Метою дослідження стало проведення аналізу законодавства у сфері орфаних лікарських засобів у світовій практиці. Огляд літератури показав, що вагомі досягнення у сфері досліджень і розробки орфаних препаратів почалися тільки після ухвалення різних законів і нормативних актів з метою сприяння розвитку терапії рідкісних захворювань. У всьому світі понад 350 млн осіб страждають від близько 7000 рідкісних захворювань, які негативно впливають на пацієнтів і їх родини. Дослідження і розробка рідкісних препаратів є складними процесами через недостатнє розуміння механізму захворювання та їх високу вартість. Для стимулювання діяльності в досліджуваній сфері багато країн розробили й упровадили законодавчі акти, які стимулюють виробників, надають їм підтримку і допомогу, починаючи від розробки таких препаратів і закінчуючи отриманням дозволу на їх реалізацію. Закон про орфанні ліки вперше був ухвалений у США у 1983 р. Протягом перших десяти років 620 препаратів отримали статус орфаних і 87 – дозвіл на реалізацію. Цей акт мав значний вплив, тому Японія, Австралія, а пізніше і Європейський Союз прийняли таку саму політику. На сьогодні в Європі отримано дозвіл на продаж 89 орфаних лікарських засобів, які охоплюють 12 АТС груп.

Ключові слова: рідкісні захворювання; орфанні лікарські препарати; законодавство; розробка орфаних препаратів.

Рекомендовано д. фарм. н., професором О. В. Посилкіною

УДК 615.15:349.3

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕТАПІВ ФОРМУВАННЯ ТА СКЛАДОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ СОЦІАЛЬНОГО ПАКЕТА ЯК ЕЛЕМЕНТА ДОДАТКОВИХ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

В. М. Толочко, М. В. Зарічкова

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

З метою удосконалення системи соціального захисту спеціалістів фармації (СЗСФ) на рівні аптечного закладу запропоновано уведення соціального пакета як елемента СЗСФ і аналога пільг. Проведено аналіз структури і складових соціального пакета та можливостей його реалізації в аптечному закладі. Були встановлені бажані опції соціального пакета з погляду СФ, до яких належать: оплата за кваліфікаційну категорію, надання додаткової оплачуваної відпустки, надання страхового медичного полісу, надання пільгових путівок, компенсація за шкідливі умови праці, вихідна допомога при звільненні внаслідок скорочення тощо. Встановлено, що відмінна характеристика соціального пакета порівняно з іншими винагородами, що їх одержують наймані СФ в аптечному закладі, це відсутність прямого зв'язку між винагородами й заохоченнями, які формують соціальний пакет, і кількістю та якістю праці. Запропоновано узагальнені підходи до формування соціального пакета аптечного закладу.

Ключові слова: соціальний пакет; соціальний захист; спеціалісти фармації; аптечні заклади.

Постанова проблеми. В умовах економічної кризи в Україні виникає низка соціально-економічних проблем, які насамперед стосуються фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я, де гостро стоять саме соціальні питання: скорочення робочих місць, зниження споживчого попиту та ін. Безробіття, неповна зайнятість, низька заробітна плата різко знижують упевненість спеціалістів фармації (СФ) у завтрашньому дні.

Сьогодні, незважаючи на першочерговість соціальних питань у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я, не приділяється належна увага їх загостренню

В. М. Толочко – доктор фарм. наук, професор, завідувач кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

в аптечних закладах і не докладаються достатні зусилля до їх вирішення як з боку держави, так і з боку роботодавців. Соціальні заходи прийнято вважати в основному витратними, які не забезпечують чітко вираженої і негайної матеріальної віддачі. Тому соціальні питання відкладають на потім, а держава і роботодавці ставляться до соціальних витратних статей бюджетів як до обтяжливих.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Аналіз літературних джерел показав, що основний акцент у наукових дослідженнях робиться на певні аспекти соціального захисту зі спрямованістю на соціальну відповідальність бізнесу, її значення і мотиви добровільної участі підприємств, які розкриті в працях А. А. Котвіцької, З. Ф. Мушко, А. С. Немченко, М. С. Пономаренка, О. В. Посилкіною, В. М. Толочка та інших авторів, але аналізу

стану та визначення можливості надання додаткових соціальних гарантій СФ в аптечних закладах відповідних адміністративно-територіальних одиниць окрема увага не приділялась. Тому у своїх дослідженнях робимо акцент саме на структуру і доцільність та можливість аптечних закладів щодо надання різноманітних додаткових соціальних гарантій СФ як матеріального, так і нематеріального характеру.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Відсутність закону про соціальний захист працівників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я робить СФ більш уразливими і незахищеними перед соціально-економічними труднощами. Низький рівень соціальних гарантій призводить до зростання соціального напруження в колективі аптечних закладів та зниження продуктивності діяльності СФ.

Формулювання цілей статті. Метою нашого дослідження є аналіз стану та визначення можливості надання додаткових соціальних гарантій і пільг СФ в аптечних закладах відповідних адміністративно-територіальних одиниць.

Наразі важливим є визначення доцільності та можливості аптечних закладів щодо надання різноманітних додаткових соціальних гарантій і пільг СФ як матеріального, так і нематеріального характеру.

Викладення основного матеріалу дослідження. Встановлено, що сучасна державна соціальна політика недостатньо використовує ресурси для захисту і підтримки СФ, особливо у комунальних аптечних закладах. Тому ще однією соціальною проблемою фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я є кадровий дефіцит СФ в аптеках комунальної форми власності. Відсутність важелів заохочення і стимулювання СФ у цих аптечних закладах обумовлена тим, що комунальні аптеки зазвичай збиткові і, як наслідок, спостерігається тенденція до їх знищення [11].

Сучасна соціально-економічна криза в країні – це переломний момент, після якого недієва система соціального захисту або реформується, або ліквідується і відбудовується заново. На сьогодні Україна, як ніколи, потребує об'єднання та реформування

з цих питань, зокрема у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.

В умовах соціально-економічної кризи найбільш логічне рішення для роботодавців – це скорочення матеріального стимулювання СФ і застосування компенсаційних нематеріальних заходів стимулювання. Як нематеріальна компенсація соціальна допомога може виражатися в додаткових соціальних гарантіях з боку роботодавця і держави. Прикладом соціальних гарантій і суттєвим елементом соціального захисту може стати запровадження «Соціального пакета для СФ». Для більш адресного вирішення соціальних питань доцільно запровадити «Соціальний пакет для СФ» у кожній адміністративно-територіальній одиниці держави [4-6].

За його допомогою можна сформуванати у СФ більш спокійне ставлення до кризи, зняти соціальну напруженість. «Соціальний пакет для СФ» має визначати додаткові соціальні гарантії для СФ, що потребує розробки проекту нормативного документа з цього питання.

Відсутність соціальних гарантій для СФ – одна з головних причин слабкої мотивації та високої плинності персоналу в аптечних закладах. На сьогоднішній день основним важелем для залучення та утримання СФ залишається винагорода за виконану роботу (заробітна плата). Водночас недостатньо надати робоче місце й запропонувати заробітну плату на рівні, що відповідає середнім значенням у відповідній галузі та регіоні. Усе більше роботодавців пересвідчуються, що заробітна плата суттєво не впливає на лояльність до аптечного закладу та мотивацію СФ. Звертаємо увагу, що мотиваційний ефект від підвищення заробітної плати має нетривалий характер, оскільки СФ швидко звикають до встановленого рівня винагороди.

На мотивацію СФ впливає безліч чинників, основними з яких є: можливості для професійного й особистісного розвитку, ставлення керівників і колег по роботі, надання соціальних виплат, що створює відчуття захисту, турботи й комфорту. У зв'язку з цим важливою складовою політики винагородження СФ є формування соціального пакета [4, 7].

Надання СФ соціального пакета створює передумови для забезпечення високої

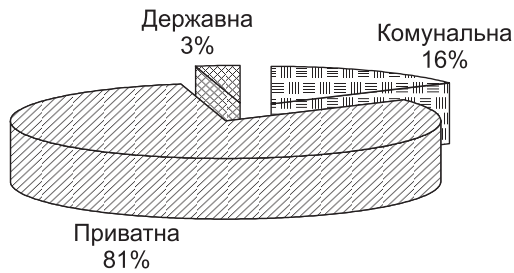


Рис. 1. Розподіл аптечних закладів, в яких проводилось дослідження, за формами власності

якості трудового життя і задоволення СФ винагородою та роботою в аптечному закладі. Соціальні виплати, що надаються понад установлені законодавством зобов'язання, є своєрідним добровільним внеском власників і керівників у підвищення якості життя СФ та їхніх родин.

Наші дослідження проводились серед СФ, які працюють в аптечних закладах різних форм власності: державної, комунальної, приватної. Загальний обсяг вибірки склав понад 500 респондентів, зокрема, як видно з рис. 1, серед них превалюють СФ, які працюють в аптечних закладах приватної форми власності – 81%.

До опитування були залучені завідувачі аптек, заступники завідувачів, директори фармацевтичних закладів, провізори. Всі респонденти мали вищу освіту та відповідні кваліфікаційні сертифікати, що підтверджували компетентність і вагомість їх відповідей (рис. 2).

Згідно з нашим опитування до бажаних, з погляду СФ, виплат, винагород і благ, які формують соціальний пакет, належать:

- добровільне медичне й пенсійне страхування;
- страхування життя, від нещасних випадків, майна;
- оплата чи дотації на харчування;
- оплата навчання, путівок на санаторно-курортне лікування та оздоровлення;
- компенсація транспортних витрат, мобільного зв'язку;
- надання пільгових кредитів і позик, додаткової оплачуваної відпустки;
- вихідна допомога у разі припинення трудового договору;
- соціальні допомоги та виплати (СФ, які перебувають у відпустці для догляду за дитиною, на народження дитини, сім'ям з неповнолітніми дітьми);
- інші соціальні виплати, передбачені законодавством і встановлені роботодавцем самостійно.

Установлено, що відмінна характеристика соціального пакета порівняно з іншими винагородами, що їх одержують СФ в аптечному закладі (наприклад, заробітна плата, премія, надбавки, доплати до тарифних ставок, посадові оклади тощо), – це відсутність прямого зв'язку між винагородами й заохоченнями, які формують соціальний пакет, та кількістю і якістю праці.

Аналіз показав, що фактично соціальний пакет одержують СФ лише за те, що вони



Рис. 2. Розподіл респондентів опитування за посадами в аптечних закладах

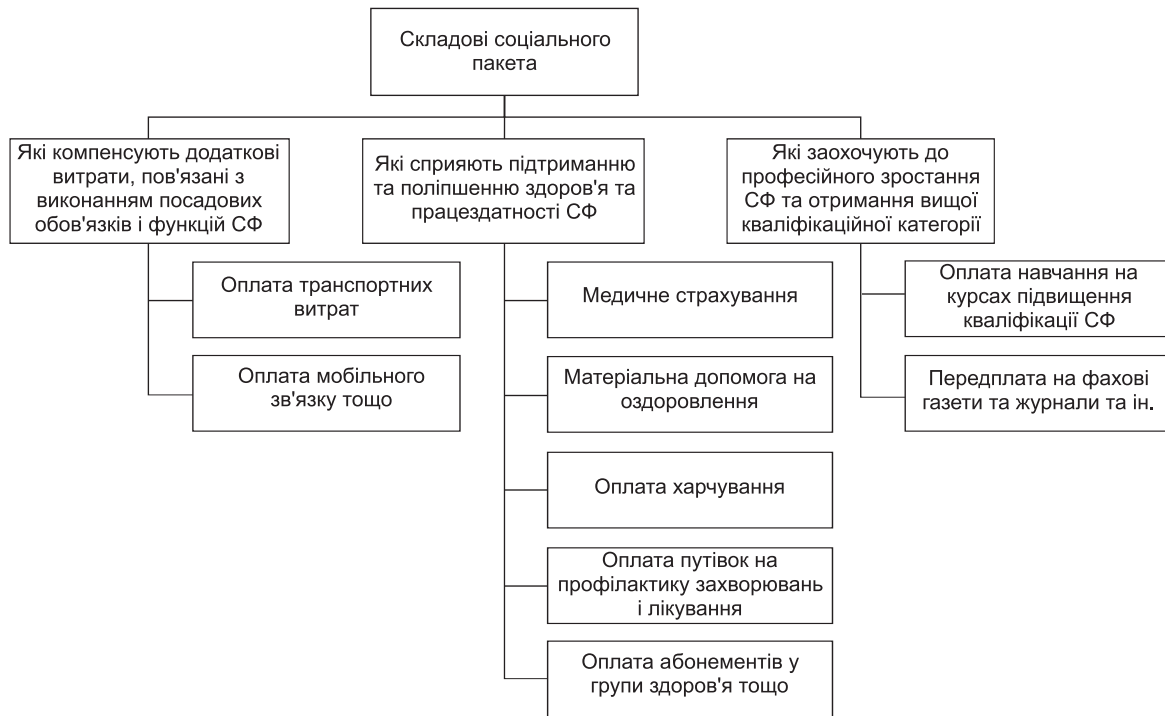


Рис. 3. Розподіл складових соціального пакета для СФ за їх функціональним призначенням

є співробітниками певного аптечного закладу. Незважаючи на це, набір соціальних виплат і пільг може диференціюватися залежно від кваліфікаційної категорії СФ, посади, яку обіймає СФ, компетентності СФ та його результатів праці і т.п. [1, 7].

Проведений нами аналіз можливих складових соціального пакета для СФ показав необхідність їх угруповання за функціональним призначенням на три групи (рис. 3).

На підставі дослідження співвідношення структури заробітної плати й соціального пакета було встановлено, що згідно з Інструкцією зі статистики заробітної плати, затвердженою наказом Державного комітету статистики України від 13.12.2004 р. № 5 (Інструкція № 5), до заробітної плати належить частина виплат, винагород і благ соціального характеру, які наведені на рис. 4.

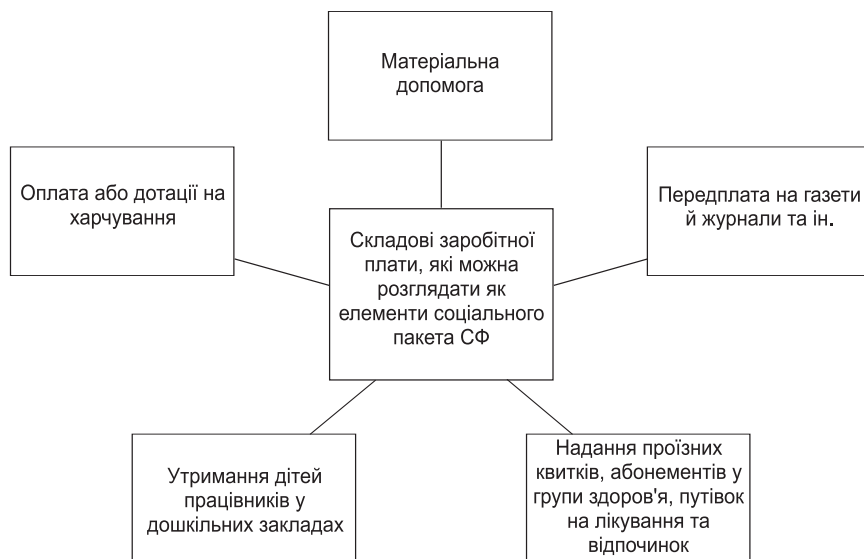


Рис. 4. Складові заробітної плати, які мають соціальний характер і можуть розглядатись як елементи соціального пакета СФ

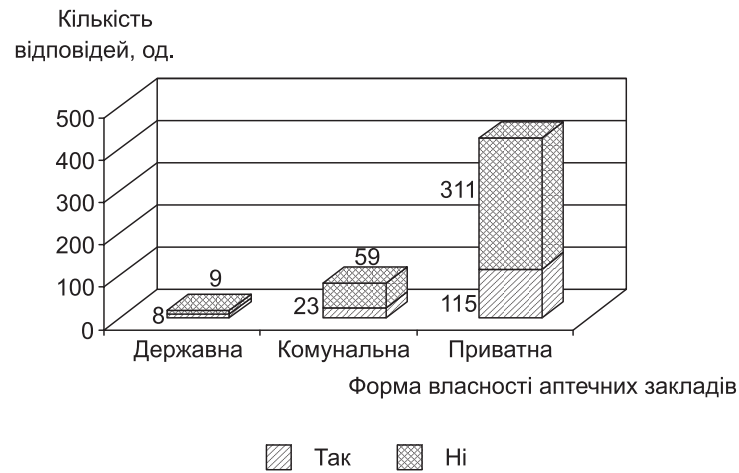


Рис. 5. Аналіз задоволеності СФ соціальним захистом в аптечних закладах

Тому можна зробити висновок, що перераховані складові, які належать, згідно з Інструкцією № 5, до заробітної плати, можна розглядати як елементи соціального пакета. Водночас більшість виплат, винагород і благ, які формують соціальний пакет, не належать до фонду оплати праці й не є частиною заробітної плати.

До таких складових соціального пакета відносять: добровільне медичне й пенсійне страхування, страхування життя, від нещасних випадків, майна, оплата путівок на санаторно-курортне лікування та оздоровлення, оплата навчання, позики для поліпшення житлових умов, вихідна допомога у разі припинення трудового договору тощо [2, 8-10].

Дослідження показали, що при визначенні структури соціального пакета аптечного закладу потрібно враховувати потреби саме тих СФ, які там працюють. Тому структура соціального пакета для аптечних закладів може бути різною за акцентами і при його проектуванні варто враховувати пріоритетні потреби та інтереси конкретних СФ. Формування набору соціальних виплат, винагород і благ слід проводити за результатами анкетування чи опитування СФ, а долучати до соціального пакета треба ті виплати, винагороди та блага, в одержанні яких зацікавлена більшість СФ. Лише тоді роботодавець може очікувати на посилення лояльності, а отже, і мотивації СФ.

Для виявлення зацікавленості СФ в окремих виплатах, винагородах і благах для формування соціального пакета в аптечних закладах нами методом анкетування було

встановлено, що не всі СФ відчують себе соціально захищеними, як наслідок, існує потреба в соціальному пакеті (рис. 5) [1, 2].

Із рис. 5 видно, що питома вага СФ, які відчують себе соціально незахищеними, припадає на аптечні заклади приватної форми власності (73% опитуваних). На другому місці знаходяться комунальні аптечні заклади, в яких 29% СФ відчують себе соціально захищеними. В державних аптеках більшість СФ відчують себе соціально захищеними.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення найбільш бажаних опцій соціального пакета СФ. Результати наведені на рис. 6.

Як видно з рис. 6, СФ відмічають як найбажаніші опції соціального пакета: оплата за кваліфікаційну категорію – 57,7%; надання додаткової оплачуваної відпустки – 53,7%; надання страхового медичного полісу – 50,9%; надання пільгових путівок – 49,9%; компенсація за шкідливі умови праці – 43,4%; вихідна допомога при звільненні внаслідок скорочення – 39,6%.

Виходячи з проведених досліджень встановлено, що розробляти соціальний пакет доцільно з урахуванням соціальної складової компенсаційного пакета, яку пропонують інші роботодавці СФ відповідних категорій. Інформацію про поширені соціальні виплати, винагороди та блага, що їх пропонують роботодавці найманим СФ, можна здобути з оглядів заробітних плат і компенсаційних пакетів, публікацій у професійних виданнях та Інтернеті, з рекламних оголошень про вакансії, які розміщуються

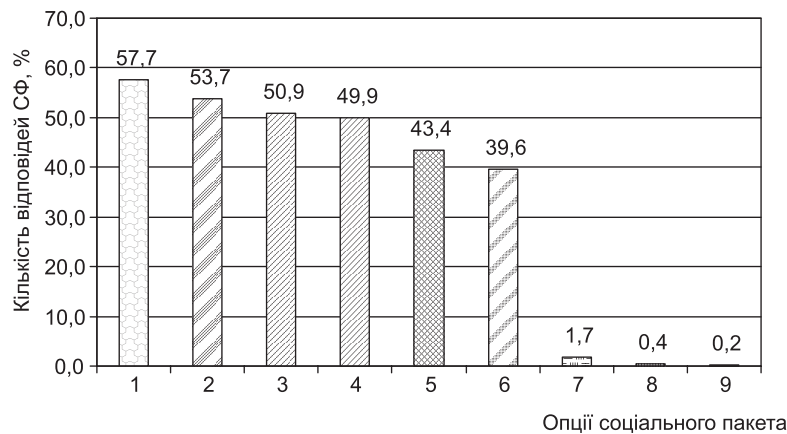


Рис. 6. Ранжування найбільш бажаних опцій соціального пакета серед СФ: 1 – оплата за кваліфікаційну категорію; 2 – надання додаткової оплачуваної відпустки; 3 – надання страхового медичного полісу; 4 – надання пільгових путівок; 5 – компенсація за шкідливі умови праці; 6 – вихідна допомога при звільненні внаслідок скорочення; 7 – оплата курсів підвищення кваліфікації; 8 – доплата за стаж; 9 – надання безкоштовних обідів, оплата харчування

в засобах масової інформації та на сайтах із працевлаштування, тощо.

Крім зазначених факторів (потреби й інтереси СФ, соціальні виплати, винагороди та блага, що їх пропонують інші роботодавці), на структуру і перелік опцій соціального пакета можуть впливати й інші фактори: стратегія аптечного закладу, корпоративна культура, фінансові можливості та ін.

На структуру соціального пакета й розмір окремих виплат і винагород, що їх одержують наймані СФ, можуть також впливати індивідуально-особистісні характеристики СФ, а саме [6, 7]: категорія, до якої належить посада СФ; рівень розвитку професійно значущих компетенцій; особисті досягнення; індивідуальні результати праці (внесок у колективні результати); стаж роботи тощо.

За підсумками досліджень нами запропоновані наукові підходи до формування соціального пакета аптечного закладу. Для зручності доцільно поділяти аптечні заклади на три типи: малі аптечні заклади (від 1 до 5 працюючих); середні аптечні заклади (від 5 до 50 працюючих) і великі аптечні заклади (від 50 і більше працюючих). Так, для малих аптечних закладів рекомендований підхід з формування однакового набору соціальних виплат, винагород і благ для усіх СФ. При цьому підході головні зусилля аптечного закладу зосереджено на виживанні в умовах високої конкурентної

боротьби, одержанні максимального результату в короткостроковому періоді. В управлінні персоналом акцентується увага на роботі в команді, створенні атмосфери довіри та взаємодопомоги. В таких аптечних закладах варто наголошувати на рівноправності усіх СФ, тому недоцільно виділяти статус окремих посадових осіб. У зв'язку з цим усім СФ аптечного закладу потрібно надавати однакові соціальні блага (наприклад, оплата транспортних витрат, добровільне медичне страхування тощо).

Така практика, однак, неефективна для середніх і особливо для великих аптечних закладів (аптечних мереж). Більше того, зрівняння в соціальних виплатах, винагородах і благах може загрожувати їх конкурентоспроможності. З одного боку, збільшення набору соціальних виплат, винагород і благ для всіх СФ потребуватиме значних фінансових ресурсів, що негативно позначатиметься на фінансовій стійкості аптечних закладів (аптечних мереж). З іншого боку, економія витрат на соціальному пакеті негативно впливатиме на імідж роботодавця на ринку, не сприятиме залученню та утриманню компетентних СФ і насамперед СФ вищої кваліфікації, знижуватиме лояльність і мотивацію окремих категорій СФ.

Приклад формування соціального пакета відповідно до категорії СФ наведено в таблиці.

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ПАКЕТА ВІДПОВІДНО ДО КАТЕГОРІЇ СФ

Категорія СФ	Опція соціального пакета
СФ без категорії, з вищою та середньою освітою	Оплата харчування (безкоштовні обіди) Медичне страхування Оплата спортивних занять (абонемент у спортивний зал, басейн тощо) Оплата навчання (курси підвищення кваліфікації, тренінги за фахом тощо) Оплата мобільного зв'язку Компенсація транспортних витрат Часткова оплата путівки 1 раз на рік
СФ з вищою освітою I та II категорії	Оплата харчування (безкоштовні обіди) Медичне страхування Оплата спортивних занять (абонемент у спортивний зал, басейн тощо) Оплата навчання (курси підвищення кваліфікації, тренінги за фахом тощо) Оплата мобільного зв'язку Компенсація транспортних витрат Часткова оплата путівки 1 раз на рік Після 5 років роботи надання пільгових кредитів та позик на придбання житла та автомобіля
СФ з вищою освітою, з вищою категорією та управлінці	Оплата харчування (безкоштовні обіди) Медичне страхування Оплата спортивних занять (абонемент у спортивний зал, басейн тощо) Оплата навчання (курси підвищення кваліфікації, тренінги за фахом тощо) Оплата мобільного зв'язку Надання автомобіля у користування Страхування особистого автомобіля Додаткова оплачувана відпустка за колективним договором Оплата путівки 1 раз на рік Надання пільгових кредитів та позик на придбання житла та автомобіля

Як свідчать дані таблиці, комбінування опцій соціального пакета дає змогу підкреслити цінність конкретного СФ, його особистого внеску в результати діяльності аптечного закладу.

Зазначений підхід дає змогу враховувати індивідуально-особистісні характеристики та особисті досягнення СФ не лише у процесі визначення основної заробітної плати, а й під час формування соціального пакета.

СФ отримують право на відповідний пакет за результатами підсумкового оцінювання (атестації). Найоптимальніша періодичність оцінювання та перегляду соціальних пакетів – щорічно.

За рівнем можливостей аптечного закладу можна запровадити варіант, коли залежно від рівня досягнень СФ (підвищення кваліфікації тощо) стандартний набір доповнюють додатковими опціями.

Такі рекомендації до формування соціального пакета дають змогу мотивувати СФ до професійного зростання та розвитку професійно значущих компетенцій, поліпшення

результатів праці, посилювати лояльність до аптечного закладу, особливо у разі врахування стажу роботи та кваліфікаційної категорії.

До складових «Соціального пакета для СФ» можна також віднести такі заходи соціальної підтримки СФ:

- 1) обов'язкове страхування СФ, робота яких пов'язана із загрозою їх життю і здоров'ю при виконанні ними трудових обов'язків;
- 2) виплата одноразової грошової допомоги у разі травмування чи загибелі СФ при виконанні ними трудових обов'язків;
- 3) щорічна допомога молодим СФ протягом трьох перших років роботи;
- 4) пільги з оплати комунальних послуг СФ, які працюють у сільській місцевості і селищах міського типу;
- 5) додаткові заходи щодо забезпечення житлом СФ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, особливо у сільській місцевості;
- 6) оплата проїзду до місця роботи СФ, які працюють у сільській місцевості і селищах міського типу;

7) одноразова вихідна допомога при виході на пенсію;

8) пільги на санаторно-курортне оздоровлення тощо.

Висновки і перспективи подальших досліджень

Сьогодні існує необхідність удосконалення системи СЗСФ в Україні й одним зі шляхів є розробка та запровадження «Соціального пакета для СФ» як елемента додаткових соціальних гарантій, що може стати оптимальним важелем для стабілізації соціальної напруги у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.

Встановлено, що розробляти соціальний пакет необхідно з урахуванням потреб СФ певного аптечного закладу, зокрема найбажанішими опціями соціального пакета опитуваних СФ стали: оплата за кваліфікаційну категорію, надання додаткової оплачуваної відпустки, надання страхового медичного полісу, надання пільгових путівок, компенсація за шкідливі умови праці, вихідна допомога при звільненні внаслідок скорочення.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Закон України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 №966-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
2. Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 8 липня 2010 року № 2464-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
3. Закон України «Про оплату праці» від 24 березня 1995 року № 108/95-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
4. Зарічкова, М. В. Соціальний пакет як елемент додаткових соціальних гарантій для спеціалістів фармації в умовах економічної кризи [Електронний ресурс] / М. В. Зарічкова // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи : матеріали II Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 27-30 квіт. 2015 р. – Х.: НФаУ, 2015. – С. 257-260.

5. Толочко, В. М. Дослідження послідовності витрат на соціальний захист спеціалістів фармації та їх пріоритетів на рівні фармацевтичного закладу / В. М. Толочко, М. В. Зарічкова // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали IV наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 24-25 берез. 2016 р. – Х., 2016. – С. 219-221.

6. Зарічкова, М. В. Необхідність впровадження соціальних гарантій працівників охорони здоров'я на рівні розвинутих європейських держав / М. В. Зарічкова // Фармація XXI століття: тенденції та перспективи : матеріали VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 13-16 верес. 2016 р. – Х., 2016. – С. 219-220.

7. Зарічкова, М. В. Удосконалення організації надання соціальних послуг спеціалістам фармації / М. В. Зарічкова // Фармацевтичний часопис. – 2015. – № 3 (35). – С. 48-57.

8. Кодекс законів про працю України від 10.12.71 р. № 322-VIII із змінами і доповненнями [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.

9. Про колективні договори і угоди із змінами і доповненнями [Електронний ресурс] : закон України від 01.07.1993 р. № 3356-XII. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).

10. Про охорону праці [Електронний ресурс] : закон України від 14.10.1992 р. № 2694-XII. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.

11. Zarichkova, M. V. Analysis of the attitude of pharmacy specialists towards the current social protection system and directions for its reformation / M. V. Zarichkova // News of Pharmacy. – 2015. – № 1 (81). – С. 55-59.

REFERENCES

1. Pro sotsial'ni posluhy [Internet]. Zakon Ukrainy vid 19.06.2003 No. 966-IV. Available from: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.
2. Pro zbir ta oblik yedynoho vnesku na zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne

- strakhuvannia [Internet]. Zakon Ukrainy vid 8.07.2010 No. 2464-VI. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2464-17>.
3. Pro oplatu pratsi [Internet]. Zakony Ukrainy vid 24.03.1995 No. 108/95-VR. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80>.
 4. Zarichkova MV. Sotsial'nyi paket, yak element dodatkovykh sotsial'nykh haranytii dlia spetsialistiv farmatsii v umovakh ekonomichnoi kryzy. Sotsial'na farmatsiia: stan, problemy ta perspektyvy. Materials II International Scientific and Practical Internet Conference; 2015 April 27-30; Kharkiv. Kharkiv: Vyd-vo NFaU; 2015. P. 257-260.
 5. Tolochko VM, Zarichkova MV. Doslidzhennia poslidoynosti vytrat na sotsialnyi zakhyst spetsialistiv farmatsii ta yikh prioritytetiv na rivni farmatsevychnoho zakladu. Menedzhment ta marketynh u skladi suchasnoi ekonomiky, nauky, osvity, praktyky. Materials IV Scientific and Practical Internet Conference; 2016 March 24-25; Kharkiv. Kharkiv; 2016. P. 219-221.
 6. Zarichkova MV. Neobkhidnist' vprovadzhennia sotsialnykh harantii pratsivnykiv okhorony zdorovia narivni rozvynutykh yevropeiskykh derzhav. Farmatsiia XXI stolittia: tendentsii ta perspektyvy. Materials VIII National Congress of Pharmacists Ukraine; 2016 September 13-16. Kharkiv; 2016. P. 219-220.
 7. Zarichkova MV. Farmatsevychnyi chasopys. 2015;3(35):48-57.
 8. Kodeks zakoniv pro pratsiu Ukrainy [Internet] vid 10.12.71 No. 322-VIII iz zminamy i dopovnenniamy. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.
 9. Pro kolektyvni dohovory i uhody [Internet]. Zakon Ukrainy vid 01.07.1993 No. 3356-XII. Available from: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3356-12>.
 10. Pro okhoronu pratsi [Internet]. Zakon Ukrainy vid 14.10.1992 No. 2694-XII. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>.
 11. Zarichkova MV. Analysis of the attitude of pharmacy specialists towards the current social protection system and directions for its reformation. News of pharmacy. 2015;1(81):55-59.

УДК 615.15: 349.3

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТАПОВ ФОРМИРОВАНИЯ И СОСТАВЛЯЮЩИХ ВОЗМОЖНОГО СОЦИАЛЬНОГО ПАКЕТА КАК ЭЛЕМЕНТА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦИИ**В. М. Толочко, М. В. Заричковская**

С целью совершенствования системы социальной защиты специалистов фармации (СЗСФ) на уровне аптечного учреждения предложено введение социального пакета как элемента СЗСФ и аналога льгот. Проведен анализ структуры и составляющих социального пакета и возможности его реализации в аптечном учреждении. Были установлены желаемые опции социального пакета с точки зрения СФ, к которым относятся: оплата за квалификационную категорию, предоставление дополнительного оплачиваемого отпуска, предоставление страхового медицинского полиса, предоставление льготных путевок, компенсация за вредные условия труда, выходное пособие при увольнении вследствие сокращения и т. п. Установлено, что отличительная характеристика социального пакета по сравнению с другими наградами, которые получают наемные СФ в аптечном учреждении, это отсутствие прямой связи между вознаграждениями и поощрениями, которые формируют социальный пакет, и количеством и качеством труда. Предложены обобщенные подходы к формированию социального пакета аптечного учреждения.

Ключевые слова: социальный пакет; социальная защита; специалисты фармации; аптечные учреждения.

UDC 615.15:349.3

THE STUDY OF THE FORMATION STAGES AND COMPONENTS OF THE EMPLOYEE BENEFITS AS A PART OF ADDITIONAL SOCIAL GUARANTEES FOR PHARMACY PROFESSIONALS**V. M. Tolochko, M. V. Zarichkova**

To improve the system of social protection of pharmacy professionals (SPPhP) at the pharmacy institution level it has been proposed to introduce the employee benefits as a part of SPPhP and analog of privileges. The structure and components of the employee benefits and the possibility of their implementation in the pharmacy institution have been analyzed. Desired options of the employee benefits from PhP point of view have been determined, and they include the following actions: to pay for the qualification category, to provide an additional paid leave, medical insurance, privileged vacation packages, compensation for hazardous working conditions, redundancy payments, etc. It has been found out that the distinguishing characteristic of the employee benefits compared to other benefits, which employed PhP have in the pharmacy institution, is that there is no direct link between benefits and incentives forming the employee benefits, as well as between quantity and quality of labor. The generalized approaches to form the employee benefits of a pharmacy institution have been proposed.

Key words: employee benefits; social protection; pharmacy professionals; pharmacy institutions.

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рекомендовано д. фарм. н., професором Р. В. Сагайдак-Никитюк

УДК 615.244 : 339.13.021 : 659.1

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОДВИЖЕНИЯ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

В. В. Малый, Муса Истанис Марвек Медхат, С. В. Жадько

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков. E-mail: fmm@nuph.edu.ua

В статье на основе результатов анкетного опроса провизоров аптек проанализирована эффективность маркетинговых мероприятий по продвижению гепатопротекторов. В качестве критериев оценки эффективности продвижения использованы показатели приоритетной и спонтанной осведомленности провизоров аптек, частоты рекомендаций, количества упоминаний мероприятий по продвижению. По показателям приоритетной осведомленности провизоров аптек и количеству упоминаний мероприятий по продвижению лидируют эссенциале и гепабене, по показателю суммарной спонтанной осведомленности – эссенциале, карсил и гепабене. Построен промоционный профиль для отдельных гепатопротекторов. Показано, что со всего арсенала средств продвижения преобладают и наиболее запоминаются провизорам визиты в аптеку медицинских представителей. Анализ количественных показателей эффективности продвижения гепатопротекторов (доли рынка и распространенности в аптеках различных регионов Украины) подтверждает целесообразность используемых авторами подходов.

Ключевые слова: гепатотропные лекарственные средства; изучение эффективности продвижения; анкетный опрос.

Постановка проблемы. Гепатотропные лекарственные средства (ЛС) (гепатопротекторы) являются достаточно популярной фармакотерапевтической группой среди населения и профессионалов здравоохранения [1, 14]. Они широко представлены на фармацевтическом рынке и в ассортименте

отдельных аптек в виде аллопатических и гомеопатических ЛС в различных лекарственных формах и широком диапазоне цен [2, 8]. Наличие на данном сегменте рынка популярных зарубежных торговых марок и их доминирование по объемам продаж наряду с развитием отечественных инновационных и генерических ЛС, а также высокая активность зарубежных и украинских компаний-производителей по продвижению на рынке обуславливают интерес к изучению

В. В. Малый – доктор фарм. наук, профессор, заведующий кафедрой фармацевтического маркетинга и менеджмента Национального фармацевтического университета (г. Харьков)

конкурентных позиций ЛС этой группы и разработке маркетинговых мероприятий по формированию потенциала рынка для гепатопротекторов отечественного производства [3].

Провизоры и фармацевты аптек являются важной целевой аудиторией для маркетинговых мероприятий фармацевтических компаний по продвижению ЛС [5]. Несмотря на развитие современных легкодоступных источников информации о ЛС, рекомендация провизора по-прежнему является важным критерием выбора безрецептурных ЛС. Будучи непосредственно вовлеченными в процесс реализации ЛС и участвуя в удовлетворении информационных потребностей посетителей аптек, провизоры могут существенно влиять на мнение потребителей и решение о покупке. Таким образом, оценка эффективности маркетинговых коммуникаций по отношению к провизорам аптек и разработка мероприятий по формированию лояльности провизоров аптек к ЛС является важной задачей для компаний-производителей.

Анализ последних исследований и публикаций. Различным аспектам гепатопротекторов (изучению ассортимента, ценовых характеристик, нормативно-правовому и фармакоэкономическому анализу и т.д.) посвящены статьи О. П. Гудзенко, В. П. Поповича, А. С. Немченко [2, 6, 9].

Выделение не решенных ранее частей общей проблемы. На данном этапе отсутствуют комплексные исследования, направленные на изучение и совершенствование маркетинговых инструментов фармацевтических компаний по изучению эффективности продвижения и формированию рыночного потенциала гепатотропных ЛС.

Формулировка целей статьи. Цель работы – анализ показателей, позволяющих оценить эффективность маркетинговых мероприятий по продвижению на рынок гепатотропных ЛС.

Изложение основного материала исследования. Одним из часто используемых критериев оценки эффективности маркетинговых мероприятий по продвижению ЛС является осведомленность целевых аудиторий о ЛС (торговой марке) по результатам анкетного опроса [7, 11]. При этом

исследователи выделяют различные уровни осведомленности, включая приоритетное знание, спонтанное знание и знание «с подсказкой» [10, 12, 13].

Нами проведен анкетный опрос провизоров и фармацевтов аптек в январе-мае 2016 г. В опросе участвовали респонденты из 7 областей Украины, в т. ч. из г. Харькова и Киева. Получены 412 анкет, из которых с учетом ответов на вопросы-фильтры и контрольные вопросы отобраны 392 анкеты для дальнейшего анализа.

На первом этапе нами исследовалась приоритетная осведомленность провизоров аптек о гепатопротекторах (название ЛС респондент называет первым при упоминании определенной фармакотерапевтической группы лекарств). В результате анкетного опроса нами выявлено, что наиболее известными для провизоров аптек на уровне приоритетного знания являются гепатопротекторы зарубежных производителей: «Эссенциале», Sanofi, Франция (41,32% ответов респондентов) и «Гепабене», Teva, Израиль (31,40%), а также отечественного производства – «Антраль», ПАО «Фармак» (8,26%) (рис. 1).

Можно предположить, что именно эти ЛС провизоры вспомнят в первую очередь и будут рекомендовать при консультировании посетителей аптек. Недостатком этого подхода является то, что он не учитывает, какие ЛС были названы респондентами во вторую и третью очередь, поскольку провизоры, выявляя потребности посетителей аптек, при выборе лекарств, как правило, предлагают несколько альтернатив покупки.

Нами обнаружены существенные различия в приоритетной осведомленности провизоров аптек и конечных потребителей в гепатотропных ЛС [4]. Так, по результатам наших предыдущих исследований, наиболее известными для конечных потребителей являются зарубежные ЛС «Гепабене» (21,0% ответов респондентов), «Карсил», Sopharma, Болгария (20,5%) и «Эссенциале» (19,9%), а также отечественные ЛС «Антраль» (10,2%) и «Глутаргин», группа компаний «Здоровье» (9,7%). Сопоставление результатов опросов позволяет сделать предположение о различной интенсивности и эффективности маркетинговых усилий фармацевтических



Рис. 1. Приоритетная осведомленность провизоров аптек о гепатопротекторах

компаний по отношению к этим целевым аудиториям.

Для анализа суммарного спонтанного знания провизоров о ЛС исследуемой группы респондентам было предложено самостоятельно, без подсказки, назвать 5-7 наименований гепатопротекторов, которые первыми всплывают в памяти. Результаты опроса свидетельствуют о том, что в целом на уровне спонтанного знания, провизорам аптек лучше всего известны такие гепатопротекторы:

«Эссенциале» (94,6%), «Карсил» (80,5%), «Гепабене» (77,9%), «Антраль» (63,8%), «Глутаргин» (47,7%), «Энерлив» (47,0%), Berlin-Chemie, Германия (рис. 2). Таким образом, лидирующую позицию среди гепатопротекторов по осведомленности провизоров аптек прочно занимает эссенциале. Позиции претендентов на лидерство делят между собой карсил и гепабене, причем карсил, как это видно на рис. 1, значительно уступает по показателю приоритетной осведомленности.

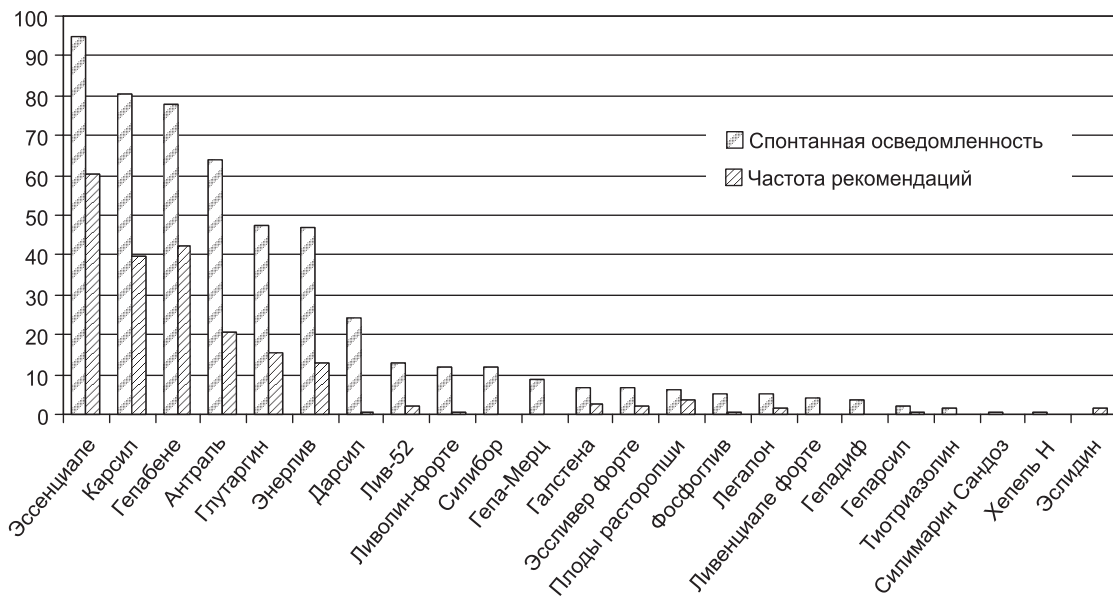


Рис. 2. Уровень спонтанной осведомленности провизоров аптек и частота рекомендаций гепатотропных лекарственных средств

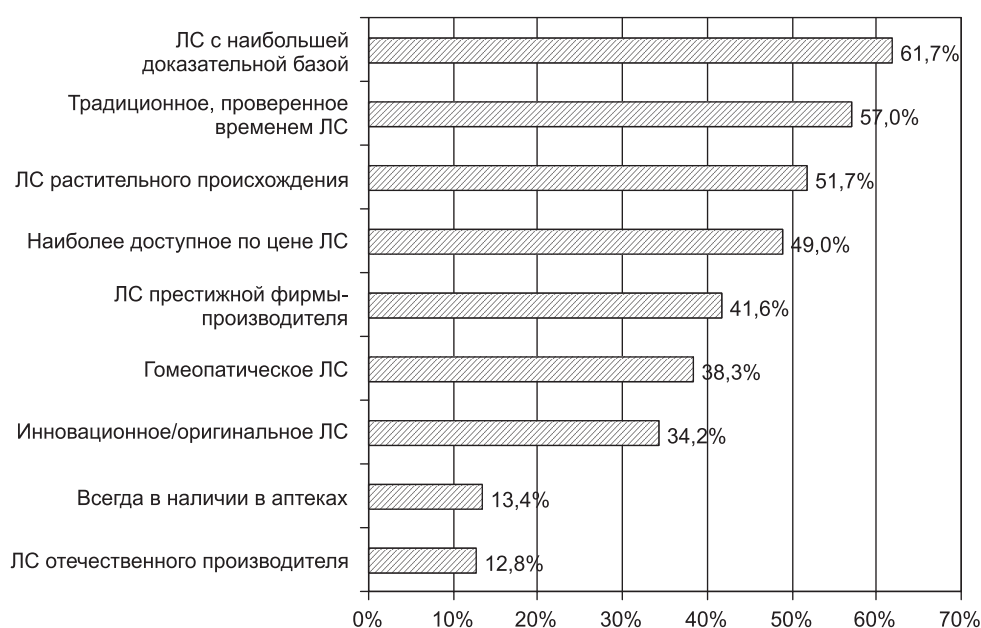


Рис. 3. Аргументы, используемые провизорами при консультировании посетителей аптек относительно гепатопротекторов

Высокая осведомленность провизоров аптек в ряде гепатотропных ЛС позволяет сделать предположение о лояльности к ЛС и первой рекомендации потребителям именно этих ЛС вплоть до возможной переориентации в процессе покупки. Можно также предположить, что провизоры будут в первую очередь рекомендовать посетителям аптек именно эти ЛС, располагая наиболее полной информацией о них. Рассчитанный по результатам анкетного опроса коэффициент корреляции Спирмена для рангов спонтанной осведомленности и частоты рекомендаций провизоров аптек составляет 0,74, что свидетельствует о сильной корреляции этих показателей.

Важным аспектом формирования лояльности целевых аудиторий является также формирование так называемой «стратегической осведомленности», т. е., во-первых, формирование знания провизоров о торговой марке ЛС с положительной точки зрения, а во-вторых, обеспечение знания той информации о ЛС, которую провизоры могут использовать при консультировании посетителей аптек. Согласно данным анкетного опроса при консультировании посетителей аптек провизоры используют разнообразные аргументы, которые формируются в их сознании под влиянием интенсивных мероприятий по продвижению ЛС

и могут повлиять на потребительский выбор гепатопротекторов (рис. 3).

Выявлено, что провизоры чаще всего используют информацию о том, что ЛС имеет хорошую доказательную базу, подтвержденную клиническими исследованиями (61,7% респондентов); ЛС является традиционным и проверено временем (57,0%); ЛС имеет растительное происхождение (51,7%); ЛС наиболее доступно по цене (49,0%). Несколько меньшее количество респондентов при консультировании посетителей аптек ссылаются на престиж фирмы-производителя (41,6%), а также на то, что ЛС является гомеопатическим (38,3%) или инновационным/оригинальным (34,2%). Небольшая часть опрошенных провизоров использует информацию о том, что ЛС всегда присутствует в ассортименте аптек (13,4%) или производится отечественным производителем (12,8%). Частота использования различных доводов провизорами аптек во многом совпадает со структурой предпочтений потребителей при выборе гепатопротекторов, выявленной нами по результатам анкетного опроса [4].

Таким образом, стратегия и тактика позиционирования гепатопротекторов на рынке должна уделять особое внимание представлению целевым аудиториям вышеуказанной информации о ЛС в легко запоминаемой и доступной форме.



Рис. 4. Інтенсивність використання різних засобів просування гепатопротекторів по оцінкам провізорів аптек

На наступному етапі нами досліджувалась інтенсивність використання різних засобів просування гепатопротекторів по відношенню до провізорів аптек (рис. 4). По оцінкам провізорів аптек, найбільш популярним засобом просування гепатопротекторів являються візити медичних представителів в аптеку (82,6% респондентів). Також фармацевтичні компанії активно використовують різноманітні заходи по стимулюванню збуту (СТИЗ) для відвідувачів аптек, в т.ч. знижки, подарки, конкурси (45,6%); оформлення вітрин, стендів, різні засоби мерчандайзинга (37,6%); забезпечення аптек рекламними матеріалами (36,2%) і проведення лекцій, семінарів, тренінгів для провізорів (32,2%).

Явними лідерами по кількості згадувань провізорами заходів по просуванню є гепатотропні ЛС «Ессенціал» (376 згадувань респондентів) і «Гепабене» (371). Далі з великим відставанням йдуть «Антраль» (192), «Карсил» (137) і «Глутаргін» (84). Нами побудовано профіль промоційної активності фармацевтичних компаній на прикладі декількох зарубіжних і вітчизняних гепатотропних ЛС (рис. 5).

Аналіз кількості згадувань провізорами заходів по просуванню по окремим гепатопротекторам показав, що серед усього арсеналу засобів комплексного маркетингових комунікацій лідерів цього сегмента ринку переважають і найбільш запам'ятовуються провізорам візити в аптеку медичних представителів. Для підсумкової оцінки ефективності просування ЛС на основі даних аудиту розничного сегмента фармацевтичного ринку системи «Фармстандарт» компанії «Моріон» нами розрахована частка ринку (в грошових і натуральних показателях) і введена поширеність гепатотропних ЛС в аптеках різних регіонів України (табл.).

Аналіз наведених показників свідчить про те, що рейтинг інформованості провізорів аптек зазвичай корелює з часткою ринку гепатопротекторів і їх поширеністю в аптеках. Але, в той же час, вивчив показники ефективності просування окремих гепатотропних ЛС (глутрагін, дарсила, силібора), можна зробити висновок про те, що, крім рекомендацій провізора, на вибір споживачів впливають і інші фактори (назначення лікарів, цінова доступність, рекламна



Рис. 5. Промоционный профиль отдельных гепатотропных лекарственных средств по оценкам провизоров аптек

Таблица

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОДВИЖЕНИЯ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Название ЛС	Ранг осведомленности провизоров аптек	Доля рынка, %		Пенетрация, % аптек			
		в денежных показателях	в натуральных показателях	Харьковская обл.	г. Киев	Івано-Франковская обл.	Львовская обл.
Эссенциале	1	25,71	18,67	98,56	96,48	97,54	97,27
Карсил	2	20,96	21,45	98,45	98,32	100,00	98,52
Гепабене	3	9,21	8,93	95,22	98,16	96,77	94,78
Антраль	4	6,83	8,61	94,99	94,79	99,47	95,99
Глутаргин	5	11,50	11,32	93,55	93,11	94,19	84,79
Энерлив	6	2,47	2,10	90,83	79,48	89,85	91,55
Дарсил	7	2,70	5,66	71,88	84,84	83,23	80,40
Лив 52	8	0,91	0,96	83,54	79,02	70,21	61,26
Ливолин форте	9	0,99	0,78	72,88	73,05	57,76	52,31
Силибор	10	1,02	6,98	87,63	59,72	35,04	39,96
Гепа-Мерц	11	2,81	0,18	32,20	20,26	29,40	10,66
Галстена	12	3,80	2,72	78,38	82,85	86,17	74,07

кампанія, направлена непрямо на кінцевих споживачів і лікарів і т. д.).

Таким чином, з точки зору визначення ефективності просування і потенціалу ринку представляє інтерес вивчення інформаційного забезпечення, а також стратегій і тактик позиціонування гепатотропних ЛС, використовуваних фармацевтичними компаніями для різних цільових аудиторій.

Висновки і перспективи подальших досліджень в цьому напрямку

1. Проаналізовано ефективність маркетингових заходів по просуванню гепатотропних ЛС на основі аналізу показників свідомості провізорів і частоти рекомендацій відвідувачам аптек, показано сильну кореляцію цих показників.

2. Виділено ключові аргументи, використовуваних провізорами в процесі консультування відвідувачів аптек при виборі гепатопротекторів, які цілеспрямовано використовувати компаніям-виробникам при позиціонуванні гепатопротекторів для даної цільової аудиторії.

3. Найчастіше використовуваним методом просування для групи гепатотропних ЛС в цілому і для окремих ЛС є візити медичних представників в аптеку.

4. Подальші дослідження цілеспрямовано направити на вивчення інформаційного забезпечення, стратегій і тактик позиціонування гепатотропних препаратів, використовуваних фармацевтичними компаніями для різних цільових аудиторій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гепатопротектори : моногр. / С. В. Окочинський, Н. Н. Безбородкіна, С. Г. Улейчик, С. Н. Шуленін. – Москва: ГЭОТАР-Медіа, 2010. – 250 с.
2. Гудзенко, О. П. Дослідження асортименту гепатопротекторів, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку / О. П. Гудзенко, І. О. Левченко, К. І. Коцицька // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 114-116.
3. Малый, В. В. Изучение структуры потребления гепатопротекторов на

украинском фармацевтическом рынке / В. В. Малый, Муса Истанис Марвек Медхат // Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации: материалы республиканской науч.-практ. конф. (с междунар. участием), Ташкент, 19-20 нояб. 2015 г. – Ташкент, 2015. – С. 238-240.

4. Малый, В. В. Изучение факторов формирования лояльности конечных потребителей к гепатотропным лекарственным препаратам / В. В. Малый, Муса Истанис Марвек Медхат // Український вісник психоневрології. – 2015. – Том 23, вип. 3 (84), додаток. – С. 33-37.
5. Маркетингова політика комунікацій у фармації: моногр. / за ред. проф. З. М. Мнушко. – Х.: НФаУ, 2010. – 168 с.
6. Немченко, А. С. Маркетинговий, нормативно-правовий, експертний, фармакоекономічний аналіз гепатопротекторних препаратів групи А05В : метод. рек. / А. С. Немченко, І. О. Федяк, А. Р. Грицик. – Львів, 2011. – 30 с.
7. Мнушко, З. Н. Теорія і практика маркетингових досліджень в фармації : моногр. / З. Н. Мнушко, І. В. Пестун. – Х. : Изд-во НФаУ, 2008. – 308 с.
8. Муса Истанис Марвек Медхат. Анализ ассортимента гепатопротекторов, представленных на фармацевтическом рынке Украины / Муса Истанис Марвек Медхат, В. В. Малый, А. Г. Мазуркевич // Management and marketing in the modern economy, science, education and practice : матеріали III міжнар. наук.-практ. Internet-конф. – Х.: НФаУ, 2015. – С. 193-194.
9. Попович, В. П. Тенденції ринку гепатопротекторів в Україні / В. П. Попович, Б. П. Громовик, П. В. Глуховський // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2012. – № 1 (8). – С. 95-99.
10. Слободянюк, М. М. Маркетингові дослідження торговельних марок амлодипіну / М. М. Слободянюк, С. В. Жадько // Вісник фармації. – 2008. – № 2 (54). – С. 46-49.
11. Слободянюк, М. М. Оцінка ринкових позицій лікарських препаратів на основі концепції капіталу бренду / М. М. Слободянюк, О. С. Самборський, С. В. Жадько

// Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2010. – № 1. – С. 15-25.

12. Aaker, D. *Building Strong Brands* / D. Aaker. – London: CPI, 2010. – 382 p.
 13. Aaker, D. *Brand Leadership* / D. Aaker, E. Joachimsthaler. – New York: The Free Press, 2009. – 350 p.
 14. Malyi, V. V. Analysis of factors causing attractiveness of the market of hepatoprotectors from a marketing perspective / V. V. Malyi, Moussa Istanis Marvek Medhat / Perspective trends in scientific research-2015 : materials of International scientific and practical conference, vol. 2. – Bratislava, 2015. – P. 113-114.
- REFERENCES**
1. Okovityi SV, Bezborodkina NN, Uleichik SG, Shulenin SN. *Gepatoprotektory*. Monograph. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 250 p.
 2. Gudzenko OP, Levchenko IO, Kozytska KI. Research the assortment of hepatoprotectors presented at the Ukrainian pharmaceutical market. *Ukrainskyi medychnyi almanakh*. 2013;16(2):114-116.
 3. Malyi VV, Moussa Istanis Marvek Medhat. In: *Aktualnye voprosy obrazovaniia, nauki i proizvodstva v farmatsii*. Proceedings of the of the republican scientific-practical. conf. with int. participation; 2015 Nov 19-20; Tashkent. Tashkent; 2015. p. 238-40.
 4. Malyi VV, Moussa Istanis Marvek Medhat. Study of factors of forming loyalty of final consumersto hepatotropic drugs. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii*. 2015;23(3),app.: 114-116.
 5. Mnushko ZN, ed. *Marketynhova polityka komunikatsii u farmatsii*. Monograph. Kharkiv: Vyd-voNFaU; 2010. 168 p.
 6. Nemchenko AS, Fedyak IO, Hrytsyk AR. *Marketynhovyi, normatyvno-pravovyi, ekspertnyi, farmakoeconomichnyi analiz hepatoprotektornykh preparativ hrupy A05V*. Metodychni rekomendatsii. Lviv; 2011. 30 p.
 7. MnushkoZN, Pestun IV. *Teoriia i praktika marketingovykh issledovaniia v farmatsii*. Monograph. Kharkiv: Vyd-voNFaU; 2008. 308 p.
 8. Moussa Istanis Marvek Medhat, Malyi VV, Mazurkevich AG. In: *Management and marketing in the modern economy, science, education and practice*. Proceedings of the III International scientific and practical conference; 2015 Mar 26-27; Kharkiv. Kharkiv: Vyd-voNFaU; 2015. p. 193-94.
 9. Popovych VP, Hromovyk BP, Hlukhovskyyi PV. *Aktualni pytannia farmatsevtichnoi i medychnoi nauky ta praktyky*. 2012;1(8):95-99.
 10. Slobodyanyuk MM, Zhadko SV. The marketing research of the amlodipine trademarks. *Visnyk farmatsii*. 2008;2(54):46-49.
 11. Slobodyanyuk MM, Samborskyi OS, Zhadko SV. Estimation of market positions of drugs based on the conception of brand equity. *Ukrayins'kyi zhurnal klinichnoyi ta laboratornoyi medytsyny*. 2010;1:15-25.
 12. Aaker D. *Building Strong Brands*. London: CPI; 2010. 382 p.
 13. Aaker D, Joachimsthaler E. *Brand Leadership*. New York: The Free Press; 2009. 350 p.
 14. Malyi V V, Moussa Istanis Marvek Medhat. Analysis of factors causing attractive ness of the market of hepatoprotectors from a marketing perspective. In: *Perspective trends in scientific research-2015*. Proceedings of the International scientific and practical conference. Bratislava (Slovakia); 2015. Vol. 2. p. 113-14.

УДК 615.244 : 339.13.021 : 659.1

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОСУВАННЯ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ОСНОВІ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**В. В. Малий, Муса Істаніс Марвек Медхат, С. В. Жадько**

У статті на основі результатів анкетного опитування провізорів аптек проаналізована ефективність маркетингових заходів щодо просування гепатопротекторів. Як критерії оцінки ефективності просування використані показники пріоритетної і спонтанної обізнаності провізорів аптек, частоти рекомендацій, кількості згадувань про заходи з просування. За показниками пріоритетної обізнаності провізорів аптек і кількості згадувань заходів з просування лідирують есенціале і гепабене, за показником сумарної спонтанної обізнаності – есенціале, карсил і гепабене. Побудовано промоційний профіль для окремих гепатопротекторів. Показано, що з усього арсеналу засобів просування переважають і найбільш запам'ятовуються провізорам візити в аптеку медичних представників. Аналіз кількісних показників ефективності просування гепатопротекторів (частки ринку і поширеності в аптеках різних регіонів України) підтверджує доцільність використаних авторами підходів.

Ключові слова: гепатотропні лікарські засоби; вивчення ефективності просування; анкетне опитування.

UDC 615.244 : 339.13.021 : 659.1

THE STUDY OF PROMOTION EFFECTIVENESS OF HEPATOTROPIC DRUGS BASED ON THE QUESTIONNAIRE SURVEY OF PHARMACEUTICAL PROFESSIONALS**V. V. Malyi, Moussa Istanis Marvek Medhat, S. V. Zhadko**

According to the results of the questionnaire survey of pharmacists the effectiveness of marketing activities to promote hepatoprotectors has been analyzed in the article. As the criteria for assessing promotion effectiveness the indicators of priority and spontaneous awareness of pharmacists, the frequency of recommendations and the number of memories of promotion events were used. By the indicators of priority awareness of pharmacists and the number of memories of promotion events Essentiale and Hepabene are the leading medicines; by the total spontaneous awareness indicator Essentiale, Carsil and Hepabene prevail. The promotion profile for some hepatoprotectors has been constructed. It has been shown that visits of medical representatives dominate and are the most memorable for pharmacists among all arsenal of promotion of hepatoprotectors. The analysis of quantitative indicators of promotion effectiveness of hepatoprotectors (the market share in pharmacies and prevalence in various regions of Ukraine) confirms the expediency of the approaches used by the authors.

Key words: hepatotropic drugs; the study of promotion effectiveness; questionnaire survey.

Рекомендовано д. фарм. н., професором І. І. Барановою

УДК 614.27:615.473.4

АНАЛІЗ ТОВАРНОГО АСОРТИМЕНТУ ШПРИЦІВ ІН'ЕКЦІЙНИХ ОДНОРАЗОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Т. І. Івко, Т. А. Германюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

E-mail: pharmacy@vntu.edu.ua

На сьогодні для парентерального уведення рідких лікарських засобів використовують стерильні шприци ін'екційні одноразового використання (ШІОВ). Метою дослідження став аналіз товарного асортименту ШІОВ на регіональному фармацевтичному ринку. За результатами частотного аналізу встановлено, що 45% на ринку ШІОВ займає компанія-виробник «Becton Dickinson» (США), 66% асортименту складають трикомпонентні шприци, 49% – шприци стандартного об'єму, вартість одного шприца коливається від 0,67 до 5,55 грн.

Ключові слова: шприци ін'екційні одноразового використання; асортимент; конструктивні особливості; вартість.

Постанова проблеми. Для парентерального уведення рідких лікарських засобів (ЛЗ) використовують стерильні шприци ін'екційні одноразового використання (ШІОВ) [4]. Згідно з даними ВООЗ у розвинених країнах роблять близько 16,7 млрд ін'екцій на рік. Унаслідок порушень правил проведення ін'екцій щорічно реєструють випадки інфікування вірусом гепатиту В, гепатиту С, вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). ШІОВ підвищують безпечність проведення ін'екцій у медичній практиці [4]. Використання ШІОВ забезпечує стерильність та дотримання правил асептики при виконанні ін'екцій, що відповідає нормам санітарної безпеки за рекомендаціями ВООЗ [1]. Виготовлення шприців ін'екційних одноразового використання здійснюється згідно з ДСТУ ГОСТ 24861:2009 «Шприци ін'екційні одноразового використання. Загальні технічні умови» [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У наукових дослідженнях учених І. І. Баранової, Ю. О. Безпалої (2015), Б. П. Громовика, Н. Б. Яркого та І. Я. Городецької (2011)

висвітлені результати дослідження асортименту шприців ін'екційних одноразового використання [1, 2]. Так, І. І. Барановою, Ю. О. Безпалою (2015) було проаналізовано асортимент одноразових шприців ін'екційних, представлених на фармацевтичному ринку України, і встановлено, що вітчизняний ринок одноразових шприців сформований переважно іноземними виробниками [1]. У наукових дослідженнях Б. П. Громовика, Н. Б. Яркого та І. Я. Городецької (2011) висвітлені особливості будови, класифікації та характеристики шприців ін'екційних одноразового використання. Однак проведене дослідження доповнює і поглиблює попередні дослідження з цієї проблеми в Україні [2].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. При проведенні огляду літератури з питань вивчення товарного асортименту шприців ін'екційних одноразового використання нами не були знайдені публікації, що висвітлювали б питання, яким присвячена стаття.

Формулювання цілей статті. З урахуванням вищезазначеної актуальності метою дослідження було фармацевтичне дослідження товарного асортименту ШІОВ на регіональному фармацевтичному ринку.

Т. І. Івко – кандидат фарм. наук, асистент кафедри фармації Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

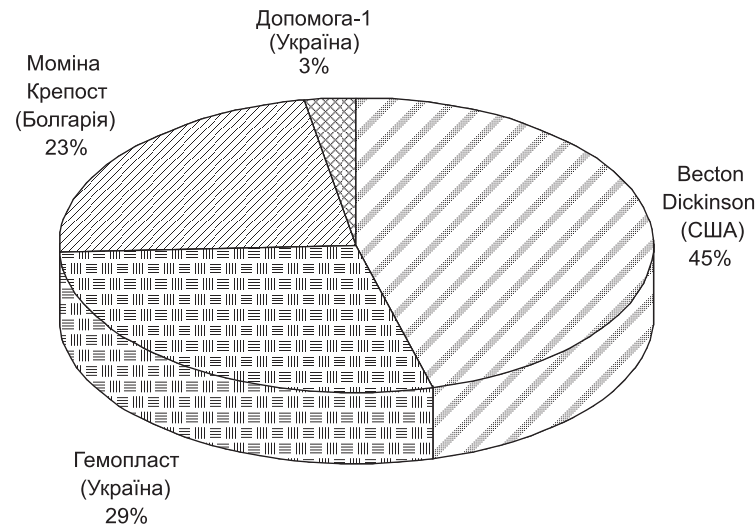


Рис. 1. Частотний аналіз виробників ШІОВ

Об'єктом дослідження був фармацевтичний ринок ШІОВ. Матеріалами дослідження були дані базового прайс-листа національного дистриб'ютора фармацевтичного ринку ТОВ «БадМ» від 10.11.2015 р. Цей постачальник був обраний для дослідження у зв'язку з тим, що він є найбільшим дистриб'ютором в Україні, зокрема й у Подільському регіоні, працює на фармацевтичному ринку з 1993 р., займає 40% ринку, підтримує в наявності понад 10000 позицій асортименту ЛЗ [5]. Методами дослідження були частотний та описовий аналізи. Завданнями дослідження було проведення частотного аналізу ШІОВ за країною-виробником на регіональному фармацевтичному ринку; систематизація товарного асортименту ШІОВ за конструктивними особливостями; аналіз товарного асортименту ШІОВ за об'ємом циліндра; вивчення вартості досліджуваних ШІОВ.

Викладення основного матеріалу дослідження. У результаті частотного аналізу

встановлено, що на фармацевтичному ринку були присутні 35 товарних видів ШІОВ, з яких 16 виготовлено міжнародною компанією-виробником медичного обладнання та виробів медичного призначення «Becton Dickinson» (США, Іспанія, Ірландія, Німеччина); 10 – компанією «Гемопласт» (Україна); 8 – «Моміна Крепост» (Болгарія); 1 – «Допомога-1» (Україна) (рис. 1).

При проведенні дослідження було вивчено конструктивні особливості ШІОВ як інструментів, що використовуються для введення в організм людини рідких ЛЗ та для відсмоктування різних рідин з організму [1, 2]. Визначено, що серед досліджуваних ШІОВ співвідношення між двокомпонентними і трикомпонентними шприцями складало 12 : 23 (рис. 2).

За об'ємом циліндра розрізняють такі види ШІОВ [1, 2]:

1) шприци малого об'єму (0,3, 0,5 та 1 мл (точні шприци);

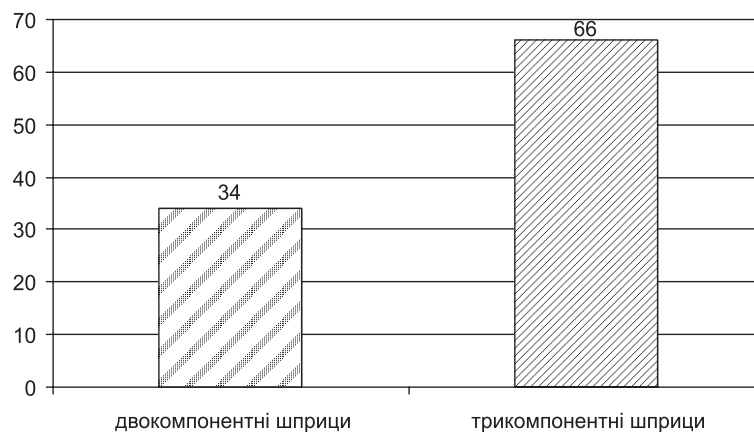


Рис. 2. Співвідношення дво- і трикомпонентних ШІОВ

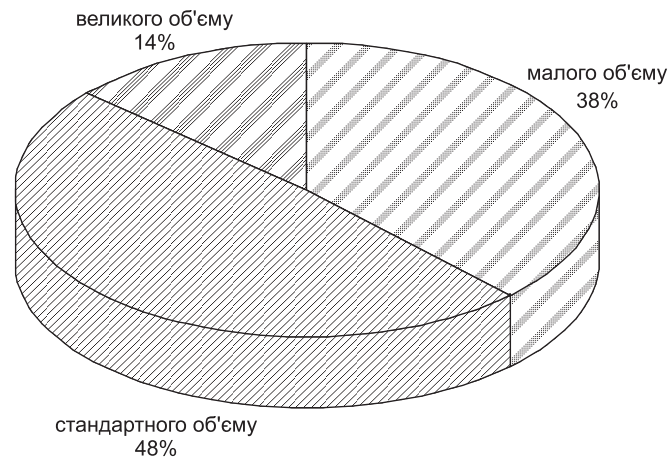


Рис. 3. Співвідношення ШІОВ за об'ємом циліндра

2) шприци стандартного об'єму (2, 5, 10 та 20 мл);

3) шприци великого об'єму (30, 50, 60 та 100 мл);

4) шприци нестандартного об'єму (2,5; 3; 6; 11; 22 мл).

Встановлено, що на фармацевтичному ринку присутні 14 товарних видів шприців малого об'єму (0,3 мл – 1 товарний вид; 0,5 мл – 4 і 1 мл – 9), 18 товарних видів шприців стандартного об'єму (2 мл – 5; 5 мл – 4; 10 мл – 5 і 20 мл – 4) та 5 товарних видів шприців великого об'єму (50 мл), шприци нестандартного об'єму були відсутні (рис. 3).

При дослідженні вартості ШІОВ було встановлено, що вартість одного шприца коливалась від 0,67 до 5,55 грн: 0,3 мл – 5,55 грн; 0,5 мл – 1,42-4,12 грн; 1 мл – 1,35-3,63 грн; 2 мл – 0,61-1,41 грн; 5 мл – 0,77-1,73 грн; 10 мл – 1,04-3,62 грн; 20 мл – 1,42-3,22 грн і 50 мл – 8,74-30,9 грн.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. При проведенні частотного аналізу встановлено, що на регіональному фармацевтичному ринку ШІОВ 45% займає компанія-виробник «Becton Dickinson» (США).

2. Установлено, що за конструктивними особливостями на регіональному фармацевтичному ринку наявні двокомпонентні ШІОВ, що становлять 34%, і трикомпонентні – 66%.

3. Досліджено, що за об'ємом циліндра шприци малого об'єму становлять 38%, стандартного – 49%, великого – 13%.

4. При дослідженні вартості ШІОВ було встановлено, що вартість одного шприца коливалась від 0,67 до 5,55 грн.

На основі систематизації наукової інформації та наукових знань буде можливо визначити рівень доступності цієї групи товарів для споживачів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Баранова, І. І. Дослідження асортименту сучасних шприців ін'єкційних одноразового застосування, представлених на фармацевтичному ринку України / І. І. Баранова, Ю. О. Безпала // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 2. – С. 88-93.
2. Громовик, Б. П. Медичне і фармацевтичне товарознавство: Товари аптечного асортименту : навч. посібник / Б. П. Громовик, Н. Б. Ярмо, І. Я. Городецька та ін. ; за ред. проф. Б. П. Громовика. – Вінниця: Нова книга, 2011. – 496 с.
3. ДСТУ ГОСТ 24861:2009 «Шприци ін'єкційні одноразового використання. Загальні технічні умови». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.document.ua/shprici-inE28099ekciini-onnora>.
4. Матвійчук, Б. О. Значення сучасних пристроїв для ін'єкційного введення лікарських засобів з метою забезпечення захисту медичних працівників / Б. О. Матвійчук // Хірургія України. – 2015. – № 3. – С. 97-99.

5. Шмирьова, Ю. В. Удосконалення дистрибуторської діяльності оптових компаній на фармацевтичному ринку України / Ю. В. Шмирьова, В. Ю. Колосар, Є. А. Безрукавий // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2011. – С. 25-27.
2. Hromovyk BP, Yarko NB, Gorodetska IYa et al. Medychne i farmatsevytchne tovaroznavstvo: Tovary aptechnoho asortymentu. Vinnytsia: Nova knyha; 2011. 496 p.
3. Shprytsy in'iektiini odnorazovoho vykorystannia. Zahalni tekhnichni umovy: DSTU GOST 24861:2009 [Internet]. Available from: <http://www.document.ua/shprici-inE28099ekiini-odnoraz>.

REFERENCES

1. Baranova II, Bezpala YuO. The study of the modern disposable injection syringes assortment presented at the pharmaceutical market of Ukraine. Social Pharmacy In Health Care. 2015;1(2):88-93.
4. Matviichuk BO. Khirurhiia Ukrainy. 2015;3:97-99.
5. Shmyrova YuV, Kolosar VYu, BezrukavyyeA. Ukrainian Journal of Clinical and Laboratory Medicine. 2011;6(1):25-27.

УДК 614.27:615.473.4

АНАЛИЗ ТОВАРНОГО АССОРТИМЕНТА ШПРИЦОВ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Т. И. Ивко, Т. А. Германюк

В настоящее время для парентерального введения жидких лекарственных средств используют стерильные шприцы инъекционные одноразового использования (ШИОИ). Целью нашего исследования стал анализ товарного ассортимента ШИОИ на региональном фармацевтическом рынке. По результатам частотного анализа установлено, что 45% на рынке ШИОИ занимает компания-производитель «Becton Dickinson» (США), 66% ассортимента составляют трехкомпонентные шприцы, 49% – шприцы стандартного объема, стоимость одного шприца колеблется от 0,67 до 5,55 грн.

Ключевые слова: шприцы инъекционные одноразового использования; ассортимент; конструктивные особенности; стоимость.

UDC 614.27:615.473.4

ANALYSIS OF THE COMMODITY ASSORTMENT OF DISPOSABLE SYRINGES FOR INJECTION

T. I. Ivko, T. A. Germanyuk

Sterile disposable syringes for injection (DSI) are used for parenteral introduction of liquid medicines. The aim of our study was to analyze the commodity assortment of DSI at the regional pharmaceutical market. According to the results of frequency analysis it has been found that “Becton Dickinson” manufacturing company (USA) has 45 % of the regional pharmaceutical market of DSI; the three-component syringes constitute 66 % of the market; and the standard volume syringes have 49 %; the cost per a syringe ranges from 0.67 to 5.55 UAH.

Key words: disposable syringes for injection; range; design features; price.

Рекомендовано д. фарм. наук, професором Т. А. Грошовим

УДК 658.8.012.12 : 338.532.412 : 615.262.1

АНАЛІЗ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АКНЕ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

О. І. Тихонов, С. Г. Бобро, О. С. Шпичак

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: cosmetology@nuph.edu.ua

Проведено аналіз фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування акне в Україні. Визначено ринкову частку вітчизняних препаратів за формами їх випуску серед зареєстрованих, розраховано середню ціну упаковки лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби та проведено розподіл асортименту на цінові категорії. Проаналізовано реалізацію лікарських засобів для лікування акне за 2015 р. і виявлено ринкове вікно, що може зайняти новий вітчизняний високоефективний препарат, який розробляється для лікування вказаної патології.

Ключові слова: акне; вугрова хвороба; лікарські засоби для лікування акне; фармацевтичний ринок; аналіз ринку; частка ринку; ринкове вікно.

Постанова проблеми. Одним із найбільш поширених захворювань шкіри в пубертатний період є вугрова хвороба, або акне, що виражається тією чи іншою мірою практично у 100 % юнаків і близько 90 % дівчат віком від 14 до 17 років. Разом з тим літературні джерела свідчать про високу частоту цього захворювання й у старших осіб (віком від 18 до 25 років) на рівні близько 80-85 % [8]. Також необхідно зазначити, що поширеність вугрової хвороби призвела до підвищення середнього віку хворих на акне від 26,5 до 40,5 років [9]. У зв'язку з цим пошук сучасних лікувально-профілактичних засобів і лікарських препаратів для лікування вказаної патології є актуальним завданням медицини, фармації та косметології.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз сучасних вітчизняних літературних джерел свідчить про те, що дослідженнями з розробки складу, технології й упровадження в медичну практику лікарських засобів

для зовнішнього лікування акне займаються видатні вітчизняні вчені О. І. Тихонов, О. Г. Башура, Т. Г. Калинюк, О. В. Рехлецька, І. І. Баранова та ін. [2, 7, 10], якими постійно проводяться комплексні дослідження щодо пошуку нових та удосконалення існуючих лікарських препаратів для лікування цього захворювання з метою їх ефективності та безпечності.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Відомо, що в сучасних умовах для місцевого лікування акне використовується значна кількість як однокомпонентних, так і комбінованих лікарських препаратів, що здебільшого містять у своєму складі активні фармацевтичні інгредієнти (АФІ) синтетичного походження, які за біологічною доступністю та нешкідливістю значною мірою поступаються субстанціям природного та рослинного походження, зокрема продуктам бджільництва, ефективність яких експериментально була доведена доклінічними фармакологічними та клінічними дослідженнями протягом кількох десятиків років. Крім того, також встановлено й лікувально-профілактичну дію апіпродуктів та їх стандартизованих субстанцій при вугровій хворобі [3, 4, 10].

О. І. Тихонов – доктор фарм. наук, професор, професор кафедри технології парфумерно-косметичних засобів Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

РОЗПОДІЛ ТОРГОВИХ НАЙМЕНУВАНЬ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АКНЕ ЗА ГРУПАМИ ЗГІДНО З АТС-КЛАСИФІКАЦІЄЮ

Група за АТС-класифікацією	Вітчизняні ЛЗ	Імпортні ЛЗ
D10AB – Препарати, які містять сірку	1	–
D10AD – Ретиноїди для місцевого лікування акне	–	4
D10AE – Перекиси	–	1
D10AF – Протимікробні препарати для лікування акне	–	3
D10AX – Інші препарати для місцевого лікування акне	2	4
Разом	3	12

Слід зазначити, що ситуація щодо лікарських засобів для лікування акне на фармацевтичному ринку України розвивається динамічно і підтверджує актуальність проведених раніше нами досліджень, що розповсюджується на певний нетривалий період часу у зв'язку зі змінами кон'юнктури самого ринку. Тому для вирішення важливих завдань, що стосуються розробки й упродовження в аптечне виготовлення та промислове виробництво нових ефективних лікувально-профілактичних засобів та лікарських препаратів, необхідно провести низку експериментальних досліджень, за результатами яких буде підтверджена їх фармакологічна дія, біодоступність та нешкідливість.

Формулювання цілей статті. Головною метою цього дослідження є проведення аналізу вітчизняного фармацевтичного ринку лікарських препаратів для лікування акне (або вугрової хвороби) легкого та середнього ступеня тяжкості в Україні.

Викладення основного матеріалу дослідження. Відповідно до даних Державного реєстру лікарських засобів [5] для лікування вугрової хвороби легкого та середнього ступеня тяжкості використовуються

лікарські засоби для зовнішнього застосування, які, за АТС-класифікацією, належать до групи D10A «Місцеві засоби для лікування акне». У табл. 1 наведені результати розподілу за підгрупами зареєстрованих в Україні лікарських препаратів цієї групи станом на 1 липня 2016 р., які свідчать про те, що кількість лікарських засобів вітчизняного виробництва у 4 рази менше у порівнянні з імпортованими препаратами тієї самої групи.

Аналіз асортименту лікарських засобів групи D10A, зареєстрованих в Україні, за країнами-виробниками (рис. 1) показав, що основну частку на фармацевтичному ринку України посідають препарати закордонного виробництва на рівні 80 % у порівнянні з вітчизняними лікарськими засобами, які складають лише 5 частину, тобто 20 % від загальної кількості торгових найменувань [5].

Варто зазначити, що асортимент препаратів вітчизняного виробництва для лікування вугрової хвороби носить одноплановий характер. Так, препарат «Сірчана мазь проста» виробляють 4 вітчизняних підприємства. Ще два виробника представляють на ринку монопрепарати кислоти азелаїнової. Крім того, в асортименті вітчизняних

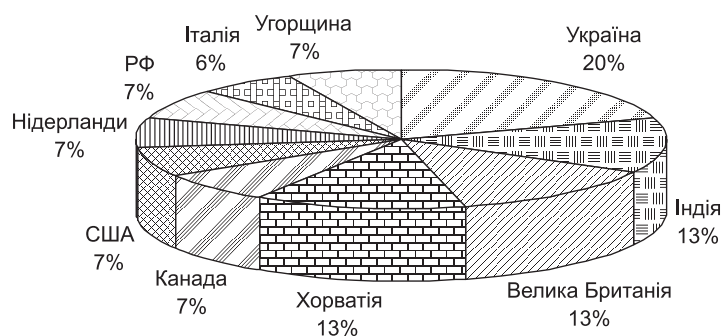


Рис. 1. Аналіз асортименту лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби за країною-виробником

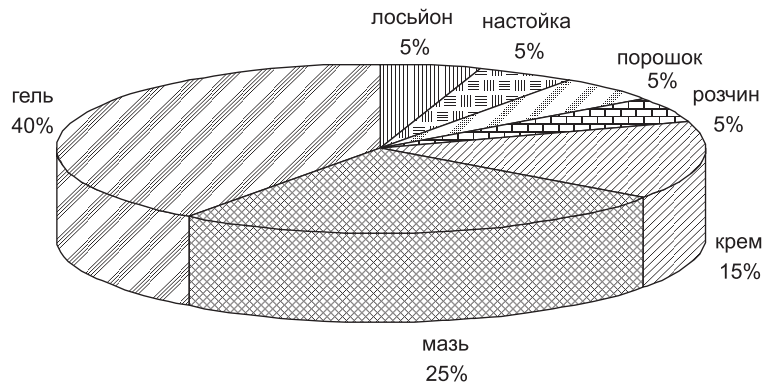


Рис. 2. Розподіл лікарських форм для зовнішнього застосування для лікування вугрової хвороби, представлених на фармацевтичному ринку України

виробників не було виявлено жодного комбінованого препарату для лікування зазначеної патології, тоді як одним із важливих напрямків фармацевтичної розробки є комбінація АФІ у складі однієї лікарської форми.

Необхідно також зазначити, що лікарські препарати для зовнішнього застосування, що використовують для лікування вугрової хвороби, випускаються у кількох лікарських формах (рис. 2), серед яких найбільш розповсюдженою є гелі, частка яких у групі лікарських засобів для місцевого лікування акне складає близько 40 %. Дещо меншу частку складають мазі (на рівні 25 % від усієї кількості асортименту) та креми (15 %). Крім того, приблизно в однаковій кількості представлені лікарські препарати у формі лосьйонів, порошоків, настоек та розчинів.

При порівняльному аналізі вартості лікарських засобів для лікування акне було встановлено, що середня ціна за одну упаковку складає близько 113 грн. Причому для групи вітчизняних препаратів цей показник є меншим у 5,6 разів у порівнянні з імпортованими лікарськими засобами і складає 31 грн і 174 грн відповідно. Тому при розподілі препаратів за 3-ма ціновими категоріями (табл. 2) нами враховувалась саме середня ціна упаковки: нижня цінова категорія – ціна не перевищувала 40 грн, середня цінова категорія – ціна знаходилась у діапазоні від 41 до 170 грн та вища цінова категорія – ціна переважала 171 грн і більше.

Дані табл. 2 свідчать про те, що до найнижчої цінової категорії належать мазі, а саме мазь проста сірчана і мазь еритромицинова.

Слід також зазначити, що усі лікарські препарати вітчизняного виробництва належать до найнижчої та середньої цінових категорій. На відміну від цього найвища цінова категорія препаратів для лікування вугрової хвороби представлена виключно препаратами закордонного виробництва.

Така сама розбіжність у цінах між вітчизняними і закордонними препаратами відображається і на обсягах їх продажу. Так, за 2015 р. на фармацевтичному ринку України було реалізовано 759 тис. 848 упаковок препаратів для місцевого лікування вугрової хвороби на суму 61856,76 тис. грн [6].

Беззаперечним лідером ринку є препарат «Зинерит®» виробництва фірми «Astellas Pharma Europe» (Нідерланди), який займає 28,34 % у грошовому еквіваленті та 26,60 % у натуральному. Другу позицію займає торгова марка «Скінорен®», «Bayer Consumer Care», (Швейцарія), яка становить 15,63 % у грошовому еквіваленті, а третю – «Дуак», «Glaxo Smith Kline», (Великобританія) – 15,16 % у грошовому еквіваленті. У натуральному вираженні частки двох останніх препаратів становлять 6,57 та 6,33 % відповідно (рис. 3).

Якщо у грошовому еквіваленті вітчизняні препарати для лікування вугрової хвороби займають лише 13 %, то у натуральному – на рівні 45 %, тобто майже половина реалізованих упаковок препаратів для місцевого лікування акне виробляються в Україні. Безумовно, одним з основних факторів, які сприяють реалізації вітчизняних препаратів в умовах низької платоспроможності споживачів, є їх відносно невисока ціна.

Таблиця 2

**СЕРЕДНЬОЗВАЖЕНІ РОЗДРІБНІ ЦІНИ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ
ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ СТАНОМ НА ГРУДЕНЬ 2015 р.**

Торгова назва / лікарська форма / виробник	Ціна роздрібна (грн/уп.)
Нижня цінова категорія	
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33 % по 20 г у банках, ТОВ «Тернофарм», Україна	3,30
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33,3 % по 25 г у банках, ПАТ «Лубнифарм», Україна	4,84
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33,3 % по 25 г, ПрАТ Фармацевтична фабрика «Віола», Україна	5,07
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33,3 % по 25 г у банках, по 40 г у тубах, ПАТ «Лубнифарм», Україна	5,95
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33 % по 25 г у тубах, ТОВ «Тернофарм», Україна	6,23
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33 % по 40 г у тубах, ПАТ «Фітофарм», Україна	6,32
СІРЧАНА МАЗЬ ПРОСТА, мазь 33,3 % по 50 г у контейнерах, ПрАТ Фармацевтична фабрика «Віола», Україна	8,39
ЕРИТРОМІЦИН, мазь 10000 ОД/г туба 15 г, «Стада», Німеччина	16,68
Середня цінова категорія	
УГРИН®, настойка, фл., 100 мл, № 1, ПАТ «ХФЗ «Червона Зірка», Україна	44,50
УГРИН®, настойка банка, 100 мл, № 1, ПАТ «ХФЗ «Червона Зірка», Україна	47,15
НАДОКСИН, крем 1 %, туба 10 г, «Euro Lifecare», Велика Британія	48,45
АЗОГЕЛЬ®, гель 15 % по 15 г у тубах, ПАТ «Фітофарм», Україна	49,12
АКНЕ-ДЕРМ, крем 200 мг/г, туба 20 г, «Unia», Польща	52,03
ДУАК, гель по 5 г у тубі № 1, «Глаксо Сміт Кляйн», Велика Британія	68,57
ЗИНЕРИТ®, порошок для приготування розчину для зовнішнього застосування у флаконах у комплекті з розчином по 30 мл у флаконах та аплікатором, «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Нідерланди	75,16
УГРЕСОЛ, лосьйон 10 % по 30 мл у флаконах, «Фармасайнс Інк.», Канада	88,58
СКІНОРЕН®, гель 15 % по 5 г у тубах, «Байер Консьюмер Кеа», Швейцарія	93,11
АКНЕСТОП, крем, 200 мг/г по 30 г у тубах, «ПАТ «Київмедпрепарат», Україна	93,96
АЗОГЕЛЬ®, гель 15 % по 30 г у тубах, ПАТ «Фітофарм», Україна	96,01
КУРІОЗИН, гель, 1,027 мг/г по 15 г у тубах, ВАТ «Геден Ріхтер», Угорщина	140,39
Вища цінова категорія	
ІЗОТРЕКСИН, гель по 30 г у тубі, «Стифел Лабораторіз (Ірландія) Лтд.», Ірландія	177,10
ДУАК, гель по 15 г у тубі, «Глаксо Сміт Кляйн», Велика Британія	186,61
ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель 1 мг/г, туба 15 г, «Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД.», Індія	218,08
СКІНОРЕН®, гель 15 % по 30 г у тубах, «Байер Консьюмер Кеа», Швейцарія	260,64
ДЕРИВА С, гель по 15 г у тубах, «Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД.», Індія	267,81
ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель 1 мг/г, туба 5 г, «Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД.», Індія	268,15
ДУАК, гель по 25 г у тубі, «Глаксо Сміт Кляйн», Велика Британія	271,27
СКІНОРЕН®, крем 20 % по 30 г у тубах, «Байер Консьюмер Кеа», Швейцарія	276,38
ДАЛАЦИН Т, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г по 30 г у тубах, «Фармація і Апджон Компані», США	298,86
СКІНОРЕН®, гель 15 % по 50 г, «Байер Консьюмер Кеа», Швейцарія	327,34

Серед лікарських препаратів вітчизняного виробництва 70 % продажів у натуральному вираженні здійснюється за рахунок реалізації мазі сірчаної простої чотирма вітчизняними виробниками (рис. 4), що, ймовірно, пояснюється її низькими ціновими

характеристиками, а не терапевтичною ефективністю.

Отже, проведений аналіз фармацевтичного ринку препаратів для місцевого лікування вугрової хвороби дає можливість дійти висновку про те, що в умовах низької

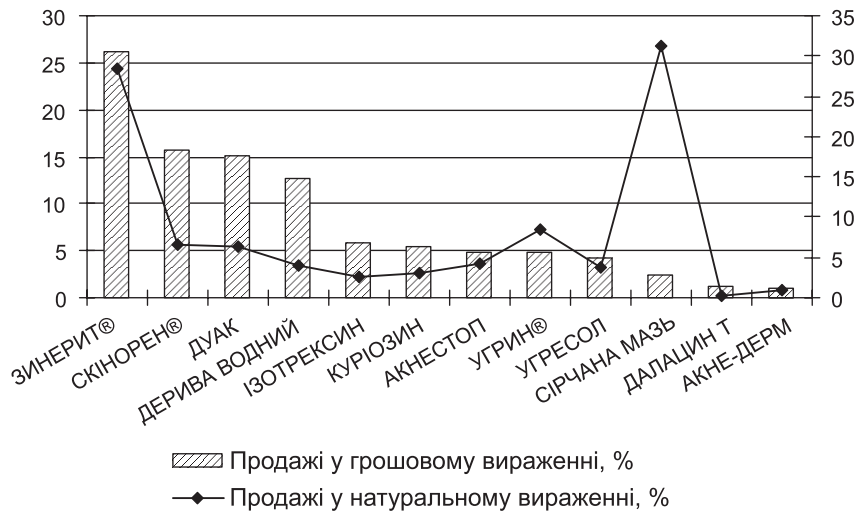


Рис. 3. Динаміка продажу лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби за період з 01.01.2015 по 31.12.2015 р.

платоспроможності населення України закордонні лікарські засоби мають недостатній рівень економічної доступності. Також слід зазначити необхідність створення нових високоефективних та доступних за ціною вітчизняних лікарських препаратів, що значно розширять асортимент цієї групи. Результати реалізованих в Україні за 2015 р. вітчизняних препаратів для місцевого лікування вугрової хвороби свідчать про відсутність на ринку лікарських засобів комбінованої дії, а ефективність мазі сірчаної простої, яка є беззаперечним лідером у натуральному вираженні однозначно викликає сумніви фахівців.

Необхідно зазначити, що при створенні лікарських засобів, зокрема для зовнішнього застосування, поєднання двох чи більше АФІ в одній лікарській формі є досить поширеним біофармацевтичним прийомом.

Такий підхід вважається доцільним як з фармакотерапевтичного погляду, так і з економічного, оскільки дозволяє на основі існуючого асортименту діючих і допоміжних речовин створити нові, більш ефективні та нешкідливі лікарські препарати [1]. У зв'язку з цим розробка й упровадження у промислове виробництво вітчизняних комбінованих лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби, на наш погляд, є обґрунтовано доцільними і виправданими. Що стосується їх частки на ринку, то серед лікарських засобів зазначеної групи (рис. 5) існує ринкове вікно – сегмент ринку, яким поки що не скористався жоден із конкурентів. Тому виробник, який зможе скористатися цим ринковим вікном у майбутньому, може отримати конкурентну перевагу, яку можливо підсилити за рахунок застосування виваженої цінової політики.

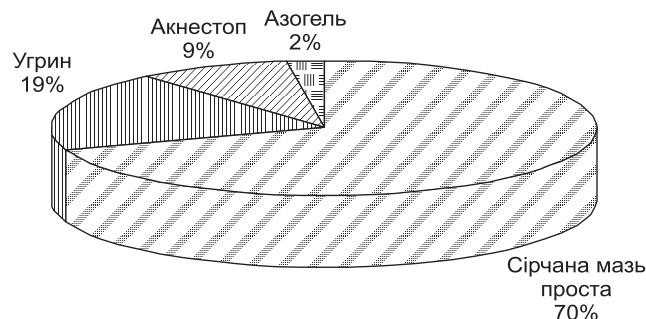


Рис. 4. Розподіл ринку вітчизняних препаратів для місцевого лікування вугрової хвороби за торговими найменуваннями у натуральному вираженні за результатами їх реалізації у 2015 р. в Україні

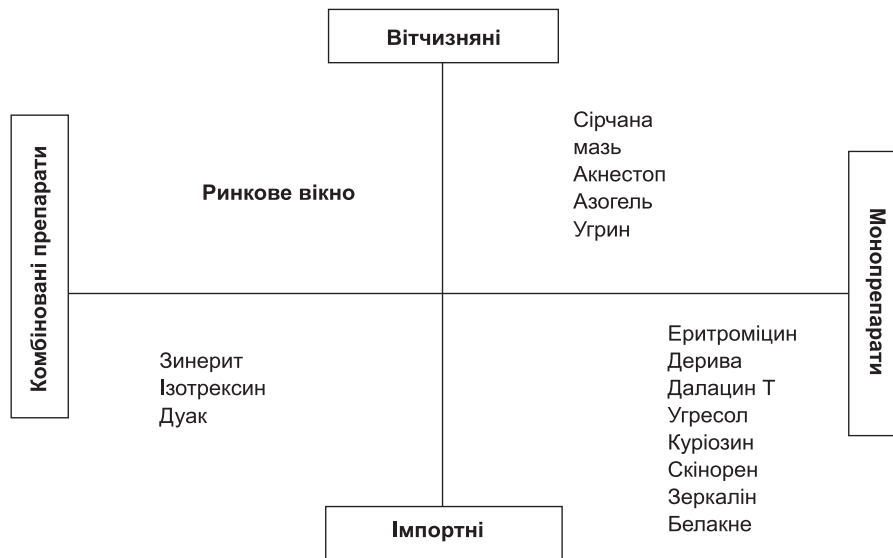


Рис. 5. Схема позиціонування препаратів для лікування акне на фармацевтичному ринку України

Висновки

1. Проведений аналіз фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування акне свідчить про те, що станом на 1 липня 2016 р. в Україні зареєстровано 15 торгових найменувань лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби, арсенал яких представлений як однокомпонентними, так і комбінованими препаратами.

2. Визначено показники середньозваженої роздрібною ціни на упаковки лікарських засобів для місцевого лікування акне на рівні 113 грн, які для вітчизняних препаратів цієї групи складають 31 грн, а для препаратів імпортного виробництва – 174 грн. За результатами їх реалізації у 2015 р. в Україні встановлено, що у грошовому еквіваленті вітчизняні препарати для лікування вугрової хвороби займають 13 %, а у натуральному вираженні – на рівні 45 %.

3. Визначено, що в умовах низької платоспроможності населення України лікарські засоби закордонного виробництва мають недостатній рівень економічної доступності, а вітчизняні препарати належать до найнижчої та середньої цінових категорій.

4. Теоретично обґрунтовано проведення досліджень щодо розробки й упровадження у промислове виробництво нових високоефективних вітчизняних комбінованих лікарських засобів для місцевого лікування вугрової хвороби, зокрема на основі сполук природного походження.

5. Встановлено, що серед лікарських засобів досліджуваної групи існує ринкове вікно, яке може зайняти новий вітчизняний лікарський препарат для лікування цієї патології.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Аравийская, Е. Р. Комбинированные препараты в наружном лечении акне: современные данные / Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 3. – С. 111–114.
2. Баранова, І. І. Розробка складу і технології гелю для лікування вугрової хвороби : автореф. дис... канд. фармацевт. наук : 15.00.01 / І. І. Баранова; Нац. фармацевт. акад. України. – Х., 2001. – 19 с.
3. Бобро, С. Г. Актуальність створення косметичних засобів на основі стандартизованих субстанцій прополісу для лікування вугрової хвороби // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 1. – С. 78–79.
4. Бобро, С. Г. Експериментальне вивчення антимікробної активності гелю на основі ФГПП та його комбінацій з кислотою азелаїною та бензоїлу пероксидом / С. Г. Бобро, О. І. Тихонов // Фармац. журн. – 2014. – № 5. – С. 36–40.
5. Державний реєстр лікарських засобів. On-line версія. [Електронний ресурс]. –

- Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtph_register_medicines/
6. Кирсанов, Д. Аптечные продажи в регионах Украины по итогам 2015 г. Helicopter view / Денис Кирсанов // Еженедельник «Аптека». – № 1029 (8). – 07.03.2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/363006>.
 7. Рехлецька, О. В. Застосування ефірних олій для лікування вугрової хвороби / О. В. Рехлецька, Т. Г. Калинюк, К. Ф. Ващенко та ін. // Фармац. журн. – 2006. – № 6. – С. 98–102.
 8. Самцов, А. В. Акне и акнеформные дерматозы / А. В. Самцов. – М.: 2009. – 288 с.
 9. Супрун, Э. В. Актуальные вопросы наружного лечения угревой болезни / Э. В. Супрун, А. Ф. Пиминов // Еженедельник «Аптека». – № 910 (39). – 07.10.2013. [Электронный ресурс]. – Режим доступу : <http://pda.apteka.ua/article/255018>.
 10. Тихонов, О. І. Актуальність створення в Україні лікарських препаратів із продуктів бджільництва (Апітерапія) / О. І. Тихонов, Л. В. Коношевич, Б. Т. Кудрик, С. Г. Бобро // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 3. – С. 434–439.
- ### REFERENCES
1. Araviiskaia ER, Sokolovskii EV. Vestnik dermatologii i venerologii. 2012;3:111–114.
 2. Baranova II. [PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National Academy of Pharmacy; 2001. 19 p.
 3. Bobro SG. Ukrains'kyi medychnyi al'manah. 2014;17(1):78–79.
 4. Bobro SG, Tykhonov OI. Farmatsevychnyi zhurnal. 2014;5:36–40.
 5. Derzhavnyi reiestr likarskykh zasobiv. On-line versiia. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtph_register_medicines/
 6. Kirsanov D. Ezhenedel'nik «Apteka». 2016;1029(8). Available from: <http://www.apteka.ua/article/363006>
 7. Rekhletska OV, Kalyniuk TH, Vashchenko KF, Benzel LV, Volbyn SV. Farmatsevychnyi zhurnal. 2006;6:98–102.
 8. Samtsov AV. Akne i akneformnye dermatozy. Moscow; 2009. 288 p.
 9. Suprun EV, Piminov AF. Ezhenedel'nik «Apteka». 2013;910(39). Available from: <http://pda.apteka.ua/article/255018>
 10. Tykhonov OI, Konoshevych LV, Kudryk BT, Bobro SH. Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO im. P. L. Shupika. 2014;23(3):434–439.

УДК 658.8.012.12:338.532.412:615.262.1

АНАЛИЗ УКРАИНСКОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

А. И. Тихонов, С. Г. Бобро, О. С. Шпичак

Проведен анализ фармацевтического рынка лекарственных средств для лечения акне в Украине. Определена рыночная доля отечественных препаратов по формам их выпуска среди зарегистрированных, рассчитана средняя цена упаковки лекарственных средств для местного лечения угревой болезни и проведено распределение ассортимента на ценовые категории. Проанализирована реализация лекарственных средств для лечения акне за 2015 г. и выявлено рыночное окно, которое может занять новый отечественный высокоэффективный разрабатываемый препарат для лечения данной патологии.

Ключевые слова: акне; угревая болезнь; лекарственные средства для лечения акне; фармацевтический рынок; анализ рынка; доля рынка; рыночное окно.

UDC 658.8.012.12:338.532.412:615.262.1

THE ANALYSIS OF THE UKRAINIAN MARKET OF MEDICINES FOR TREATING ACNE WITH MILD TO MODERATE SEVERITY

O. I. Tikhonov, S. G. Bobro, O. S. Shpychak

The analysis of the pharmaceutical market of medicines for treating acne in Ukraine has been carried out. The market share of domestic medicines has been determined by their dosage forms among the registered drugs. The average price for a pack of products for the topical treatment of acne has been calculated, and distribution of the range by price categories has been performed. The sales of drugs for treating acne have been analyzed for the period of 2015. A market window, which a new domestic highly effective medicine developed for the treatment of this pathology can take, has been found.

Key words: acne; medicines for treating acne; market; market analysis; market share; market window.

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДО ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

Загальні положення

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

2. До розгляду приймаються статті (до 10-11 сторінок), які не були опубліковані раніше і не знаходяться на розгляді з метою публікації в інших видавництвах. *Мова* статей: українська, російська, англійська.

3. Відповідальність за достовірність та оригінальність матеріалів несуть автори. Редколегія залишає за собою право скорочувати та редагувати статті.

Рецензування

4. Статті підлягають анонімному рецензуванню. До рецензування статей залучаються досвідчені науковці, як члени редколегії, так і зовнішні фахівці, також і зарубіжні. У разі негативної рецензії застосовується подвійне рецензування. Остаточне рішення про публікацію статті приймає редакційна колегія журналу. У разі відмови у публікації матеріали не повертаються авторам і повторно не розглядаються. Оригінали статей та рецензій зберігаються у редакції на протязі 1 року. Статті, відслані авторам після рецензування на виправлення, мають бути повернені до редакції не пізніше ніж через 10 днів після одержання. У разі перевищення зазначеного строку рукопис буде перереєстрований як такий, що надійшов знову, з відповідною зміною дати його виходу до друку.

Вимоги до структури статті

5. Авторі мають дотримуватись загального плану побудови статті й виділяти обов'язкові структурні елементи:

5.1. Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.

5.2. Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення певної проблеми і на які спирається автор.

5.3. Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується зазначена стаття.

5.4. Формулювання цілей статті (постанова завдання).

5.5. Викладення основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

5.6. Висновки з певного дослідження і **Перспективи подальших розробок** у певному напрямку.

5.7. Перелік використаних джерел інформації (у двох варіантах), розташованих відповідно до порядку посилань у тексті. Перелік повинен містити публікації за останні 5 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках. На кожен роботу у списку літератури має бути зроблено посилання в тексті рукопису в квадратних дужках.

Подання статей

6. Статті подаються до редакції у двох екземплярах на паперовому носії й в електронному варіанті і супроводжуються експертним висновком та направленням від організації (для авторів НФаУ – це розпорядження «До друку» на друкованому варіанті статті з підписом відповідальної особи НФаУ, засвідченим печаткою). Другий екземпляр статті підписується всіма авторами.

7. Авторі статей, поданих до редакції для публікації в журналі, своїми особистими підписами на примірниках рукописів статей засвідчують:

7.1 згоду на ведення редакцією обліку необхідних для обробки статей особистих даних авторів (ПІБ, учене звання, учений ступінь, посада та місце роботи, адреса для листування, робочий телефон, електронна пошта) з метою забезпечення відносин у сфері права інтелектуальної власності, зокрема й авторського права;

7.2 дозвіл на публікацію особистих даних авторів (ПІБ, учене звання, учений ступінь, місце роботи, робочий телефон, електронна пошта) в журналі разом зі статтею;

7.3 згоду на оприлюднення повної електронної версії статті (або рефератів статті) на сайтах Національного фармацевтичного університету, Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського та на інших порталах наукової періодики з обов'язковим зазначенням і збереженням особистих немайнових авторських прав.

8. До статті автори додають письмову згоду («Авторський договір про передачу невиключних майнових прав на наукову статтю») **на її розміщення у відкритому доступі наукометричних баз.**

9. До статті на окремому аркуші додається авторська довідка, яка містить: учене звання, учений ступінь; прізвище, ім'я та по батькові (повністю); місце роботи та посаду, яку обіймає автор; адресу для листування, номери телефонів і факсів, обов'язково E-mail, а також номер цифрового ідентифікатора **ORCID iD**, докладніше на <https://orcid.org/>.

10. До друкованого варіанта статті додається електронна копія мовою оригіналу й **англійською** мовою. У разі подання рукопису англійською мовою обов'язково додається український (російський) варіант статті. Електронні варіанти статті та авторська довідка обов'язково вносяться до системи **Open Journal Systems** за посиланням: <http://sphhcj.nuph.edu.ua/>.

Оформлення рукописів

11. 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) і починається з таких даних: **індекс УДК, Назва статті, ініціали та прізвища всіх авторів, назва організації**, в яких виконана робота, перелік ключових слів (понять) у кількості 5-8 українською, російською, англійською мовами. **Ключові слова наводяться через крапку з комою**, наприклад: *охорона здоров'я; соціальна фармація; соціальна медицина*.

12. Стаття супроводжується трьома структурованими анотаціями: українською, російською та англійською мовами (на початку статті) обсягом 200-250 слів (**не більше 250 слів**). В анотації мають бути розміщені: індекс УДК, ініціали та прізвища всіх авторів, назва статті, ключові слова, що наведені через крапку з комою. Приклад оформлення анотації:

УДК...

Ініціали і прізвище авторів

Назва статті

Текст (з абзацу)...

Ключові слова:

Анотації мають бути структурованими відповідно до статті (повторювати логіку описання результатів), лаконічними і чіткими, з переконливими формулюваннями і містити такі обов'язкові структурні компоненти:

- цілі (завдання) наукового дослідження;
- матеріали та методи;
- результати дослідження;
- висновки.

Оформлення графічного матеріалу

13. **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.

Інформація, наведена у таблицях і на рисунках, не має дублюватися.

Оформлення переліку використаних джерел інформації (References)

14. Перелік використаних джерел інформації повинен містити публікації за останні 5 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках.

14.1. На кожну роботу в списку літератури необхідно зробити посилання в тексті рукопису (в квадратних дужках).

14.2. Мають бути подані два варіанти списку літератури:

- перший варіант оформляється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, який використовується у дисертаційних роботах;
- другий варіант призначений для аналізу статті в міжнародних наукометричних базах даних. Блок *References* повторює список джерел з латинським алфавітом і список джерел кирилицею у транслітерованому вигляді.

14.3. Транслітерація здійснюється залежно від мови оригіналу: відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 р. № 55 «Про впровадження транслітерації українського алфавіту латиницею» (для україномовних) або вимог наказу ФМС РФ від 3 лютого 2010 р. № 26 (додаток № 10) (для російськомовних).

14.4. Список інформаційних джерел у блоці *References* має бути оформленим відповідно до міжнародного стандарту **APA** (підготувати правильний список літератури за вимогами APA можна за допомогою інтернет-ресурсу <http://www.citethisforme.com/>).

15. Рукописи, оформлені не за вказаними правилами, редакція не реєструє і не повертає авторам.

16. Статті приймаються відповідальним секретарем журналу Кубаревою І. В., контактні дані: тел. 0572-67-91-78; 050-535-00-47

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

61168, м. Харків, вул. Валентинівська, 4, кафедра соціальної фармації НФаУ

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Общие положения

1. Журнал «Социальная фармация в здравоохранении» публикует оригинальные и обзорные статьи, которые посвящены социальным, экономическим и организационным направлениям исследований, а также проблемам управления, контроля качества, технологии и биотехнологии в здравоохранении и фармации в Украине и за рубежом.

2. К рассмотрению принимаются статьи (до 10-11 страниц), которые не были опубликованы ранее и не находятся на рассмотрении с целью публикации в других изданиях. Язык статей: украинский, русский, английский.

3. Ответственность за достоверность и оригинальность материалов несут авторы. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Рецензирование

4. Статьи подлежат анонимному рецензированию. К процедуре рецензирования статей привлекаются опытные ученые, как члены редколлегии, так и внешние специалисты, в т.ч. зарубежные. В случае негативной рецензии применяется двойное рецензирование. Окончательное решение о возможности публикации статьи принимает редакционная коллегия журнала. В случае отказа в публикации материалы не возвращаются авторам и повторно не рассматриваются. Оригиналы статей и рецензии хранятся в редакции на протяжении 1 года. Статьи, которые отправлены авторам после рецензирования на исправление, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через 10 дней после получения. В случае превышения указанного срока рукопись будет перерегистрирована как поступившая вновь с соответствующим изменением даты её выхода в печать.

Требования к структуре статей

5. Авторы должны придерживаться общего плана построения статьи и выделять обязательные структурные элементы:

5.1. **Постановка проблемы** в общем виде и ее связь с важными научными и практическими задачами.

5.2. **Анализ последних исследований и публикаций**, в которых начато решение данной проблемы и на которые ссылается автор.

5.3. **Выделение не решенных ранее частей общей проблемы**, которым посвящается указанная статья.

5.4. **Формулировка целей статьи** (постановка задачи).

5.5. **Изложение основного материала исследования** с полным обоснованием полученных научных результатов.

5.6. **Выводы** из данного исследования и **Перспективы дальнейших разработок** в данном направлении.

5.7. **Перечень использованных источников информации**, расположенных по мере упоминания в тексте статьи. Перечень должен содержать публикации за последние 5 лет. Более ранние публикации допускаются только в особых случаях. На каждую работу в списке литературы должна быть сделана ссылка в тексте рукописи в квадратных скобках.

Предоставление статей

6. Статьи представляются в редакцию в двух экземплярах на бумажном носителе, а также в электронном варианте, сопровождаются экспертным заключением и направлением от организации (для авторов НФаУ – это распоряжение «К печати» на печатном варианте статьи с подписью ответственного лица НФаУ, заверенной печатью). Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами.

7. Авторы статей, представленных в редакцию для публикации в журнале, своими личными подписями на экземплярах рукописей статей свидетельствуют о:

7.1. согласии на ведение редакцией учета необходимых для обработки статей личных данных авторов (ФИО, ученое звание, ученая степень, должность и место работы, адрес для переписки, рабочий телефон, электронная почта) с целью обеспечения отношений в сфере интеллектуальной собственности, в том числе авторского права;

7.2. разрешении на публикацию личных данных (ФИО, ученое звание, ученая степень, место работы, рабочий телефон, электронная почта) в журнале вместе со статьей;

7.3. согласии на обнародование полной электронной версии статьи (или рефератов статьи) на сайтах Национального фармацевтического университета, Национальной библиотеки Украины им. В. И. Вернадского и других порталах научной периодики с обязательным указанием и сохранением личных неимущественных авторских прав.

8. **К статье авторы прилагают письменное согласие** («Авторский договор» про передачу неисключительных имущественных прав на научную статью) **на ее размещение в открытом доступе наукометрических баз.**

9. К статье на отдельном листе и в электронном виде прилагается авторская справка, содержащая: ученое звание, ученую степень; фамилию, имя и отчество

(полностью); место работы и должность, которую занимает автор; адрес для переписки, номера телефонов и факсов, обязательно E-mail, а также номер цифрового идентификатора **ORCID iD**, подробнее на <https://orcid.org/>.

10. К печатному варианту статьи прилагается электронная копия на языке оригинала и на **английском** языке. В случае подачи статьи на английском языке обязательно предоставляется украинский (русский) вариант статьи. Электронные варианты статьи и авторская справка обязательно вносятся в систему **Open Journal Systems** по ссылке <http://sphhcj.nuph.edu.ua/>.

Оформление рукописей

11. Текст статьи печатается кеглем № 14 через 1,5 интервала на листе формата А4 (ширина полей: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – по 2 см) и начинается со следующих данных: **индекс УДК, Название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, название организаций**, в которых выполнена работа, перечень ключевых слов (понятий) в количестве 5-8 на украинском, русском, английском языках. Ключевые слова подаются через точку с запятой, например: *здравоохранение; социальная фармация; социальная медицина*.

12. Статья сопровождается тремя аннотациями: на украинском, русском и английском языках (в начале статьи) объемом 200-250 слов (не более 250 слов). Аннотации должны содержать: индекс УДК, инициалы и фамилии всех авторов, название статьи, ключевые слова. Оформление аннотаций:

УДК...

Инициалы и фамилия авторов

Название статьи

Текст (с абзаца)...

Ключевые слова:

Аннотации должны быть структурированными в соответствии со статьей (повторять логику описания результатов), лаконичными и четкими, с убедительными формулировками и содержать следующие структурные компоненты, выделенные в тексте:

- цели (задачи) научного исследования;
- материалы и методы;
- результаты исследования;
- выводы.

Оформление графического материала

13. **Таблицы** должны быть напечатаны в текстовом редакторе MS Word по тексту статьи и оформлены следующим образом:

Таблица 1

**Название таблицы с форматированием
таблицы «по центру» страницы**

Рисунки должны быть вставлены в текст статьи (обязательно наличие исходных данных в электронном виде) и оформлены следующим образом:

Рис. 1. Подпись к рисунку (по центру)

Формулы (математические и химические) необходимо подавать по тексту статьи, они должны быть выполнены в программах, встроенных в Word или совместимых с ним редакторах.

Информация, приведенная в таблицах и на рисунках, не должна дублироваться.

Оформление перечня использованных источников информации (References)

14. Перечень использованных источников информации должен содержать публикации за последние 5 лет. Более ранние публикации допускаются только в особых случаях.

14.1. На каждую работу в списке литературы необходимо сделать ссылку в тексте рукописи (в квадратных скобках).

14.2. Должны быть представлены два варианта списка литературы:

- первый вариант оформляется в соответствии с ГСТУ ГОСТ 7.1:2006, который используется в диссертационных работах;
- второй вариант предназначен для анализа статьи в международных наукометрических базах данных. Блок *References* повторяет список источников с латинским алфавитом и содержит список кириллических источников в транслитерированном виде.

14.3. Транслитерация осуществляется в зависимости от языка оригинала в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Украины от 27 января 2010 г. № 55 «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею» (для украиноязычных) или требований приказа ФМС РФ от 3 февраля 2010 г. № 26 (приложение № 10) (для русскоязычных).

14.4. Список информационных источников в блоке *References* должен быть оформлен в соответствии с международным стандартом APA (подготовить правильный список литературы по требованиям APA можно с помощью интернет-ресурса <http://www.citethisforme.com/>).

15. Рукописи, оформленные без соблюдения указанных правил, редакция не регистрирует и не возвращает авторам.

16. Статьи принимаются ответственным секретарем журнала Кубаревой И. В., контактные данные: тел. 0572-67- 91-78; 050-535-00-47.

E-mail: socpharm-journal@nuph.edu.ua
61168, г. Харьков, ул. Валентиновская, 4,
кафедра социальной фармации НФаУ

AUTHOR GUIDELINES FOR PUBLICATIONS IN “SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE” JOURNAL

General requirements

1. “Social Pharmacy in Health Care” journal publishes original and review articles dealing with the social, economic and organizational directions of research, as well as problems of management, quality control, technology and biotechnology in the global health care and pharmacy.

2. Editors accept only original articles (up to 10-11 pages) previously unpublished and those articles that are not considered for publication in other Publishing Houses. The languages of publications are Ukrainian, Russian and English (USA).

3. Authors are responsible for authenticity and originality of the materials submitted. Editors reserve the right to shorten and edit articles.

Reviewing

4. Articles are subjected to anonymous review. The review involves experienced researchers both the Editorial Board members and external experts, including foreign professionals. In case of a negative review a double-blind peer review is used. The Editorial Board makes the final decision on publication of the article. In case of refusal in publication the materials are not returned to the authors and not be re-considered. Original articles and reviews are kept in the Editorial Office for 1 year. Articles that were sent to authors for correction after the review must be returned to the Editorial office no later than 10 days after receipt. In case of exceeding the specified deadline, the manuscript will be re-registered as a new submission with the corresponding change in the date of its publication.

Requirements to the structure of the article

5. Authors should follow the general plan of the article composition, and scientific papers must contain the following mandatory elements:

5.1. **Statement of the problem** in general and its relation with important scientific or practical tasks.

5.2. **Analysis of recent research and publications** in which a solution of this problem was started and upon which the author refers to.

5.3. **Identification of aspects of the problem unsolved previously**, which the paper deals with.

5.4. **Objective statement of the article** (task setting).

5.5. **Presentation of the main material of the research** with full substantiation of the research results obtained.

5.6. **Conclusions** of this research and **Prospects for further research** in this area.

5.7. **The list of references** (in two variants) is arranged according to the order of references in the text order. The list should include publications of the last 5 years. Earlier publications are allowed only in special cases. Every publication in the reference list should be referenced in the text of the manuscript in square brackets.

Submission of Manuscripts

6. Articles are submitted to the Editorial office in two copies (on paper and electronic version) with the referral of the organization where the work is performed (for authors of NUPh – it is order “For publication” on the printed version of the article with the signature of the person in charge of NUPh and certified by seal) and the expert evaluation allowing their open publication. The second copy of the article is signed by all authors.

7. Authors of articles submitted to the Editorial office for publication in the journal confirm with their personal signatures on the copies of their manuscripts:

7.1 their consent to record-keeping of the authors’ data required for the articles processing (full name, academic title, academic degree, position and place of work, address for correspondence, office telephone, E-mail) by the Publisher with the purpose of providing relations in the field of intellectual property rights, including copyright;

7.2 the permission for publication of personal data of the authors (full name, academic title, academic degree, place of work, office telephone, E-mail) in the journal together with the article;

7.3 their consent to making public the complete online version of the article (or abstracts) on the sites of the National University of Pharmacy, National library of Ukraine named after V. I. Vernadsky and other portals of academic periodical publications with the obligatory reference and maintenance of moral right.

8. With the manuscript the authors should provide a written consent (“The author’s contract” about the transfer of non-exclusive property rights for a scientific article) **to make it available to be on open access of scientometric databases.**

9. The data about authors should be given with the article on a separate sheet of paper and in the electronic version, they include: academic title, academic degree; surname, first and second name (in full); place of work and position of the author; address, telephone and fax numbers, E-mail for correspondence, as well as the number

of digital identifier **ORCID** iD, more detailed information can be obtained from <https://orcid.org/>.

10. To the printed version of the article an electronic copy in the original language and in English should be attached. In case of submission of the manuscript in English it is mandatory to present the Ukrainian (or Russian) version of the article. Electronic versions of the article and the author's data must be entered into **Open Journal Systems** through the link <http://sphhcj.nuph.edu.ua/>.

Requirements for Manuscripts

11. The text of the article should be typed in size 14 in 1.5 spacing on a white basic standard sheet A4 (the width of the text file is 3 cm on the left, 1 cm on the right, 2 cm on the top and at the bottom); it begins with the following data: *UDC*, the **Title of the article**, the **initials and surnames of all authors**, the *names of organizations* where the work is performed, the list of 5-8 key words (concepts) in Ukrainian, Russian and English. **Key words are listed using a semicolon, for example: healthcare; social pharmacy; social medicine.**

12. The article should be accompanied with three Abstracts of not more than 200-250 words (**not more than 250 words**) in Ukrainian, Russian and English (at the beginning of the article). The abstract should contain: *UDC*, initials and surnames of all authors, title, key words given using a semicolon.

Presentation of Abstracts:

UDC...

Initials and surnames of all authors

TITLE OF THE ARTICLE

Text... (indented paragraph)

Key words:

Abstracts should be informative, structured in accordance with the article (repeat logic description of the results), laconic and clear, with a convincing wording and contain the following obligatory elements:

- aims (tasks) of the research;
- materials and methods;
- the results of the research;
- conclusions.

13. **Tables** should be typed with a "Word 6.0, 7.0" text editor in the text of the article and arranged as follows:

Table 1

**The name of the table with center
formatting of the page**

Figures should be inserted in the text of the article with the compulsory addition of the output file in electronic form and made in the following way:

Fig. 1. Captions (in the center)

Formulas (mathematical and chemical) should be submitted in the text of the article and should be made in the programs embedded in Word or compatible editors.

The information contained in tables and figures should not be duplicated.

14. The list of references should include publications of the last 5 years. Earlier publications are allowed only in special cases.

14.1. Each paper in the list of literature should be referred to in the text of the manuscript (in square brackets).

14.2. Two variants of the reference list should be provided:

the first variant should be made in accordance with the State Standard GOST 7.1-2006 used in theses;

the second variant is intended for the analysis of articles in the international scientometric databases. The block *References* repeat the list of sources with the Latin alphabet, Cyrillic sources should be provided in a transliterated form.

14.3. Transliteration should be done according to the original language in accordance with the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 55 dated January 27, 2010 "On regulation of transliteration of the Ukrainian alphabet by Latin" (for the Ukrainian language), or the requirements of the order of the FMS of Russia No. 26 dated February 3, 2010 (application No. 10) (for the Russian language).

14.4. The list of information sources in the block *References* must be done in accordance with the **APA** international standard (to prepare a proper reference list according to the requirements of ARA you can refer to the online resource – <http://www.citethisforme.com/>).

15. Manuscripts made without the given rules are not registered by the Publisher and they are not returned to the authors.

16. Articles are taken by the executive secretary of the journal Kubareva I.V., contacts:

phone number 0572-67-91-78; 050-535-00-47

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

4, Valentynovska street, Kharkiv, 61168.

Department of Social Pharmacy, NUPh.

ЗМІСТ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ ЯКОСТІ ВИЩОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ А. В. Кайдалова, О. В. Посилкіна	3
Пути совершенствования системы нормативно-правового регулирования образовательной деятельности в Украине в условиях построения системы качества высшего фармацевтического образования / А. В. Кайдалова, О. В. Посылкина The ways of improvement of the legal regulation system of educational activities in Ukraine under conditions of formation of the quality system of higher pharmaceutical education / A. V. Kaydalova, O. V. Posylkina	
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ І. А. Голованова, С. С. Касинець, М. В. Хорош, Г. А. Оксак	11
Современные проблемы профилактики болезней системы кровообращения на первичном уровне / И. А. Голованова, С. С. Касинец, М. В. Хорош, Г. А. Оксак Contemporary issues of cardiovascular disease prevention at the primary level / I. A. Golovanova, S. S. Kasynets, M. V. Khorosh. G. A. Oksak	
СОЦІАЛЬНІ АПТЕКИ І ЇХ РОЛЬ В СИСТЕМІ ЗДРАВООХРАНЕННЯ В. Н. Сафта, М. Д. Брумэрел, С. Б. Адаужи, В. Г. Булига, А. Бачу	17
Соціальні аптеки та їх роль у системі охорони здоров'я / В. Н. Сафта, М. Д. Брумерел, С. Б. Адаужи, В. Г. Булига, А. Бачу Social pharmacies and their role in the healthcare system / V. Safta, M. Brumărel, S. Adauji, V. Buliga, A. Baciu	
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ ДО ТРЬОХ РОКІВ А. А. Котвицька, Є. С. Коробова	24
Оценка экономической доступности антибактериальных препаратов для лечения острого простого бронхита у детей до трех лет / А. А. Котвицкая, Е. С. Коробова Assessment of economic availability of antibacterial drugs for treating acute simple bronchitis in children under the age of three years / A. A. Kotvitska, E. S. Korobova	
ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ С. Г. Мороз, Р. В. Сагайдак-Нікітюк	32
Исследования современных тенденций развития фармацевтической отрасли Украины / С. Г. Мороз, Р. В. Сагайдак-Никитюк The study of modern trends for developing pharmaceutical industry in Ukraine / S. G. Moroz, R. V. Sahaidak-Nikityuk	

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

THE IMPORTANCE OF LEGISLATION IN DEVELOPING ORPHAN DRUGS..... 39
Ye. Zgîrcu

Важность законодательства при разработке орфанных лекарственных средств / Е. Згырку
Важливість законодавства при розробці орфанних лікарських засобів / Е. Згырку

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕТАПІВ ФОРМУВАННЯ ТА СКЛАДОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ СОЦІАЛЬНОГО
ПАКЕТА ЯК ЕЛЕМЕНТА ДОДАТКОВИХ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ
В. М. Толочко, М. В. Зарічкова..... 48

Исследование этапов формирования и составляющих возможного социального пакета
как элемента дополнительных социальных гарантий для специалистов фармации /
В. М. Толочко, М. В. Заричкова

The study of the formation stages and components of the employee benefits as a part
of additional social guarantees for pharmacy professionals / V. M. Tolochko, M. V. Zarichkova

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ИЗУЧЕНИЕ ЭФЕКТИВНОСТИ ПРОДВИЖЕНИЯ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
В. В. Малий, Муса Истанис Марвек Медхат, С. В. Жадько..... 58

Вивчення ефективності просування гепатотропних лікарських засобів на основі анкетування
фармацевтичних працівників / В. В. Малий, Муса Істаніс Марвек Медхат, С. В. Жадько

The study of promotion effectiveness of hepatotropic drugs based on the questionnaire survey
of pharmaceutical professionals / V. V. Maliy, Moussa Istanis Marvek Medhat, S. V. Zhadko

АНАЛІЗ ТОВАРНОГО АСОРТИМЕНТУ ШПРИЦІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ ОДНОРАЗОВОГО
ВИКОРИСТАННЯ
Т. І. Івко, Т. А. Германюк..... 67

Анализ товарного ассортимента шприцов инъекционных одноразового
использования / Т. И. Ивко, Т. А. Германюк

Analysis of the commodity assortment of disposable syringes for injection /
Т. I. Ivko, T. A. Germanyuk

АНАЛІЗ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АКНЕ ЛЕГКОГО
ТА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ
О. І. Тихонов, С. Г. Бобро, О. С. Шпичак..... 71

Анализ украинского рынка лекарственных препаратов для лечения акне легкой
и средней степени тяжести / А. И. Тихонов, С. Г. Бобро, О. С. Шпичак

The analysis of the ukrainian market of medicines for treating acne with mild to moderate
severity / O. I. Tikhonov, S. G. Bobro, O. S. Shpychak

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДО ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ
«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»..... 79

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ
«СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»..... 81

AUTHOR GUIDELINES FOR PUBLICATIONS IN
“SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE” JOURNAL..... 83