

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



SOCIAL PHARMACY
IN HEALTH CARE

2015 – Том 1, № 1

Харків
НФаУ

В. П. Черних – головний науковий консультант

А. А. Котвіцька – головний редактор

В. А. Огнев – 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. Харків), 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. Харків), 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. 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, Словенія), 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), Л. В. Яковлєва (м. Харків)

Перший номер журналу присвячено актуальним проблемам соціальної медицини і фармації, соціально-економічним аспектам організації охорони здоров'я і фармацевтичної діяльності в Україні й за кордоном. Представлено результати фармакоеконімічних і маркетингових досліджень.

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

Рекомендовано вченою радою Національного фармацевтичного університету (протокол № 11 від 30.06.2015 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 20.08.2015 р. Формат 60x84 1/8.

Папір офсетний. Друк ризографія. Ум. друк. арк. 9,3. Обл.-вид. арк. 10,76. Тираж 100 пр.

Літературні редактори – Н. І. Голубєва, О. Ю. Гурко. Комп'ютерна верстка – О. М. Білінська

«Соціальна фармація в охороні здоров'я». Том 1, № 1, 2015



***Вступне слово
головного редактора
журналу «Соціальна фармація
в охороні здоров'я»***

***Opening remarks
of the Editor-in-Chief of
“Social Pharmacy in Health Care”
journal***

***Шановні автори та читачі
журналу!***

***Dear authors and readers
of the journal!***

На сучасному етапі розвитку суспільства всі аспекти медичної і фармацевтичної науки і практики тісно пов'язані як між собою, так і з умовами життя та навколишнім середовищем, з комплексом соціальних, психологічних та екологічних чинників, які впливають на людину і суспільство, що знаходить своє відображення у терміні «соціальна фармація в охороні здоров'я».

In modern society all aspects of medical and pharmaceutical science and practice are closely linked with each other, as well as with the living conditions and the environment, with the complex of social, psychological and ecological factors that affect people and society and are reflected in the term “social pharmacy in health care”.

Соціальна фармація поєднує фармацію з економікою, правом, соціологією, політологією, психологією, інформатикою, наукою управління (менеджментом) і є теоретичною основою організації фармацевтичного забезпечення, тобто системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного та іншого характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання і лікування хвороб, подовження тривалості життя та працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту та праці, гармонійного фізичного та психічного розвитку людини.

Social pharmacy combines pharmacy with economics, law, sociology, political science, psychology, computer science, management and is the theoretical basis for organization of the pharmaceutical providing. Social pharmacy creates the system of state and public measures of legal, organizational, socio-economic, scientific, cultural, educational, sanitary-epidemiological, medical, technical character aimed at preserving and strengthening the human health, prevention and treatment of diseases, prolonging of the life expectancy, providing conditions for life and work that are conducive to health, harmonious physical and mental personal development.

Соціальна складова європейського вибору України передбачає формування власної концепції медичного і фармацевтичного забезпечення населення, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання процесів, притаманних трансформаційному суспільству, для задоволення

The social component of the European choice of Ukraine gives formation of our own concept of medical and pharmaceutical providing of the population based on equal opportunities of citizens and the rule of law, use of effective mechanisms for state regulation of processes in transformational society, for the needs of citizens in accessible and quality health and pharmaceutical care based on the principles of social solidarity and social justice.

потреб громадян у доступній та якісній охороні здоров'я і фармацевтичній допомозі, що ґрунтуються на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

Можна стверджувати, що на сьогодні відбувається зміна практичної фармації від ліки-орієнтованої на пацієнт-орієнтовану, а основною функцією аптечних закладів є соціальна.

Саме соціальна фармація вивчає лікарські засоби (ЛЗ) у соціальному, науковому, гуманітарному аспектах. Якщо розглядати людину та фармацію в межах суспільства, то з боку людини вивчається вплив усіх соціальних факторів на використання ЛЗ, підходи у фармакотерапії, а також на ставлення пацієнтів до ЛЗ і норми їх використання. З боку фармації вивчаються соціальні аспекти щодо лікарських засобів, а саме: дослідження та розробка, виробництво та розподіл, виписування та відпуск, контроль якості ЛЗ. Отже, зрозуміло, що соціальна фармація вивчає соціальні проблеми у фармації і фармацевтичні проблеми в суспільстві та в інших науках.

Головним же призначенням соціальної медицини та управління охороною здоров'я є оцінка критеріїв суспільного здоров'я та якості медичної допомоги, їх оптимізація. Головним завданням соціальної медицини сьогодні є вивчення впливу медико-соціальних факторів, умов і способу життя на здоров'я різних груп населення, розробка науково обґрунтованих рекомендацій щодо попередження та усунення несприятливих соціальних умов і факторів, а також оздоровчих заходів для підвищення рівня здоров'я населення.

Враховуючи сфери вивчення соціальної медицини і фармації, їх взаємозв'язок з практичною охороною здоров'я, сьогодні соціальну медицину і фармацію можна розглядати як міждисциплінарні та міжгалузеві науки, які поєднують фундаментальні, клінічні та соціологічні дисципліни.

Коло питань, які розглядають соціальна медицина і фармація, досить широке, до *головних* належать: історія медицини і фармації та охорони здоров'я; вплив нових ЛЗ на здоров'я населення та економіку країни; стан здоров'я населення та методи його вивчення; організація медико-соціального забезпечення населення, медичного страхування та реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги; організація медичної допомо-

It can be argued that today there is a change of practical pharmacy from drug-oriented to the patient-oriented, and the primary function of pharmacies is social.

It is social pharmacy that studies medicines in social, scientific and humanitarian directions. If we consider a human and pharmacy within society, on the part of the person, it studies the impact of social factors on drug use, approaches in pharmacotherapy, the attitude of patients to drugs and rules of their administration.

On the part of pharmacy, it studies the social aspects of drugs, namely research and development, production and distribution, prescribing and supply, quality control of drugs. Thus, it is clear that social pharmacy studies the social issues in pharmacy and pharmaceutical issues in society and in other sciences.

At the same time, the main purpose of social medicine and health management is evaluation of criteria of public health and the quality of health care and their optimization. The main task of social medicine today is to study the effects of medical and social factors, conditions and the lifestyle on health of different population groups, development of scientifically based recommendations for prevention and elimination of unfavorable social conditions and factors, as well as recreational activities to improve the health of the population.

Taking into account areas of studying social medicine and pharmacy, their relationship with the practical health care, today social medicine and pharmacy can be regarded as interdisciplinary and intersectoral sciences that combine fundamental, clinical and sociological disciplines.

The issues that are considering by social medicine and pharmacy are broad enough, and the main ones include: the history of medicine, pharmacy and health care; the impact of introduction of new drugs on public health and the country's economy; the public health and methods of its study; organization of medical and social welfare of the population, health insurance and reimbursement of the pharmaceutical care cost; organization of medical care and providing of sanitary and epidemiological welfare of the population; economic and

ги та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; економічні та планово-організаційні форми удосконалення охорони здоров'я, менеджмент, маркетинг і моделювання медичних і фармацевтичних послуг; міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я і фармації; вплив законодавства на розробку нових ЛЗ; організація та процес надання фармацевтичної допомоги; аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, створення їх раціональної структури; обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи закладів охорони здоров'я; визначення ролі медичного та фармацевтичного працівника у суспільстві; вплив рівня підготовки та наявності фахівців на здоров'я населення; комплаєнтність пацієнта.

Висвітлення та розкриття саме цих питань є основним завданням журналу «Соціальна фармація в охороні здоров'я».

Враховуючи політичні, економічні та соціальні зміни, які сьогодні відбуваються в нашому суспільстві, саме соціальна медицина і фармація дозволять визначити основні напрямки поліпшення медичного і фармацевтичного забезпечення населення, а результати досліджень, які будуть публікуватися на сторінках нашого журналу, стануть фундаментом для подальших розробок вітчизняних та іноземних фахівців.

Доводимо до вашого відома, що журнал заплановано на внесення найближчим часом до переліку фахових видань України для опублікування результатів дисертаційних робіт з *фармацевтичних і медичних наук*.

Сподіваємося, що завдяки участі у формуванні перших номерів журналу досвідчених і компетентних науковців «Соціальна фармація в охороні здоров'я» найближчим часом посяде гідне місце серед сучасних фахових наукових видань.

*З повагою,
перший проректор з науково-педагогічної роботи НФаУ
професор А. А. Котвіцька*

organizational forms of improvement of the healthcare system, management, marketing and modeling of medical and pharmaceutical services; the international cooperation in health care and pharmacy; the impact of the legislation on development of new drugs; organization and the process of pharmaceutical care providing; analysis of the activity of healthcare institutions, creation of their rational structure; substantiation of the most appropriate forms of organization of the work of healthcare institutions; definition of the role of medical and pharmaceutical professionals in society; the impact of the level of training and availability of specialists on the health of the population; the patient's compliance.

Coverage and disclosure of these issues are the main tasks of "Social Pharmacy in Health Care" journal.

Taking into account political, economic and social changes currently occurring in our society it is social medicine and pharmacy that will determine the main directions of improvement of medical and pharmaceutical providing of the population, and the results of research that will be published on the pages of our journal, will become the foundation for further development of domestic and foreign experts.

With pleasure it should be noted that the journal is planned to be submitted for inclusion in the list of professional editions of Ukraine for publication of the results of the thesis research in *pharmaceutical and medical sciences*.

We hope that soon "Social Pharmacy in Health Care" will take its rightful place among modern professional scientific editions thanks to participation of the experienced and competent researchers in creation of the first issues of the journal.

*Sincerely,
First Vice-rector
for academic work of NUPh
Professor A. A. Kotvitska*

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Recommended by Doctor of Pharmacy, associate professor L. V. Haliy

UDC 615.1:614.2

AGEING OF THE POPULATION: TRENDS IN THE EASTERN EUROPE AND INTERNATIONAL PRIORITIES

A. S. Nemchenko, M. V. Podgaina

National University of Pharmacy, Kharkiv. E-mail: sm211@mail.ru address

The results of the analysis of the tendencies and prognosis of ageing in the Eastern Europe are given in the article. The results of the comparative characteristics of the median age of the population in the countries of the Eastern Europe projected for the years of 2020 and 2040 are presented. International recommendations for health systems concerning "healthy" ageing have been grouped and summarized, the main priorities of the WHO Strategy and the action plan for healthy ageing in Europe have been presented.

Key words: ageing, "healthy" ageing, trends of ageing, strategy of "healthy" ageing.

Formulation of the problem. Global population ageing is a by-product of the demographic transition, in which both mortality and fertility decline from higher to lower levels. The older population is growing at a considerably faster rate than that of the world total population [5-7]. In the middle of the 20th century there were just 14 million people on the whole planet aged 80 years or older. By 2050, there will be 100 million living in China alone, and 400 million people in this age group worldwide [5, 7].

In all regions people are increasingly likely to survive to older ages, and once there they are tending to live longer as the gains in life expectancy are relatively higher at older ages. However, notable differences exist between areas in the numbers and proportions at higher ages. Although the highest proportions of older per-

sons are found in the more developed regions, this age group is growing considerably more rapidly in the less developed regions. As a consequence, the older population will be increasingly concentrated in the less developed regions.

Analysis of the recent research and publications. From the beginning of the century the international society paid special attention to the "ageing" problems [1-7, 11-12]. In 2002, the United Nations convened its second World Assembly on Aging (the first was in 1982) to consider the ramifications of the global population ageing. In 2007, the US National Institute on Aging and the U.S. Department of State jointly issued a report entitled "Why Population Aging Matters", in 2008 the US National Institute on Aging issued "An aging world: 2008" international population reports, in 2012 the World Health Organization (WHO) announced a "world health day" as "Healthy ageing" and published Global Brief where the main aspects

A. S. Nemchenko – doctor of pharm. sciences, professor of Organization and economics of pharmacy department of National University of Pharmacy (Kharkiv)

Table 1

**THE PERCENT CHANGE IN POPULATION FOR OLDER AGE GROUPS
IN THE EASTERN EUROPE BY COUNTRIES: 2000 TO 2020 AND 2020 TO 2040**

Country	2000 to 2020				2020 to 2040			
	55 to 64 years	65 to 79 years	80 years and over	65 years and over	55 to 64 years	65 to 79 years	80 years and over	65 years and over
Eastern Europe								
Bulgaria	-2.6	-2.7	86.5	9.4	0.4	-6.2	46.3	5.9
Czech Republic	17.2	42.3	89.1	50.3	17.3	4.4	84.6	21.6
Hungary	5.0	19.3	70.8	28.1	17.3	4.4	67.0	18.9
Poland	53.8	36.1	111.2	48.5	14.0	6.1	94.2	26.9
Russia	30.5	2.2	82.4	15.1	-9.5	15.5	55.3	25.6
Ukraine	6.2	-3.8	82.9	9.9	-5.1	12.8	40.1	20.0

and trends of ageing were described [5-6, 9]. From 2013 in RF the conferences of the ageing direction take place (“Elder patient: quality of life”, etc.).

Definition of unsolved aspects of the problem discussed in the article. At the same time there is a limited number of relevant studies of trends and main approaches to healthy ageing in less developed countries, and it is of particular importance for the process discussed, namely ageing, due to unique conditions in each country – economical, social and spiritual features of the country.

Formulation of the purpose of the article. Taken into account actuality of the problem the aim of the investigation was to indicate the main trends of ageing in Ukraine comparing to the region tendencies and describing of the international approaches and the strategy for “healthy ageing”.

Presentation of the main material. “Healthy ageing” is a short term for the broader concept of both active and healthy ageing. *Active ageing* is defined by the WHO as: “... the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance the quality of life as people age. Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance” [3, 9-10].

Using data from the U.S. Census Bureau, the United Nations, the Statistical Office of the European Communities, as well as from regional

surveys and scientific journals the main tendencies of population ageing in the countries of the Eastern Europe have been identified. Official statistical data predicted change in population for older age groups to 2040 by countries are given in Table 1 [5].

The lowest ageing of the population from 2000 to 2020 will be in Bulgaria, Ukraine and Russia, the highest – in Poland – elder people (80 years and over) will be more twice. To 2040 the faster ageing predicted in Poland too, the lowest – in Bulgaria, Ukraine and Russia compared to 2020 (Table 1).

Currently, the median age in the more developed regions is more than 13 years higher than in the less developed regions and almost 20 years higher than in the least developed countries [5, 9]. At the same time the analysis of the median age allows to determine that within the period studied the indexes of the median age in all countries of the Eastern Europe are almost equal: 35-38 years in 2000; 41-45 – in 2020 and 47-52 – in 2040. They have increased – the average index is 34% (Table 2).

The data obtained confirm similarity of the countries analyzed in economic development and allows cooperating by health systems in the process of Healthy ageing programmes creation.

The study of international approaches to ageing of the population was the next stage of our work. In many ways the population ageing can be viewed as a direct consequence of the socioeconomic development. While the experience of each country varies, the common patterns emerge. The WHO recommendations concerning particular actions that governments and societies can take to minimize the negative impact from aging are grouped in Table 3 [4, 6, 8, 10].

Table 2

THE MEDIAN AGE IN THE EASTERN EUROPE BY COUNTRIES: 2000, 2020 AND 2040 (IN YEARS)

Country/ Year	Bulgaria	Czech Republic	Hungary	Poland	Russia	Ukraine
2000	38	38	35	37	38	38
2020	45	43	42	41	42	42
2040	52	52	49	50	47	50
Ratio 2040 to 2000	+ 37 %	+ 37 %	+ 36 %	+ 35 %	+ 24 %	+ 32 %

The recommendations were created for implementation in healthcare systems to minimize the negative economic and social impact of ageing on society. Harmonization of the approaches to the legislative base and practical life allows to provide a social model of ageing.

In 2012, the 53 Member States of the WHO European Region endorsed *Health 2020* – a new European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. The overall Health 2020 goal to “*significantly improve the health and well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems that are universal, equitable, sustainable and of high quality*”. At the same time, the Strategy and action plan for healthy ageing in Europe 2012-2020 was adopted. The following four strategic priority areas have been sin-

gled out in the WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe (Fig. 1) [3, 4].

Its goal is to address the specific challenges of ageing populations, allow more people to live longer in good health and live an active, independent and fulfilling life, including at the highest ages. Both the Health 2020 policy framework and the healthy ageing strategy and action plan have been developed through a participatory process with Member States and a wide range of other stakeholders. Fig. 2 shows how integrated health policies can respond to rapid ageing in Europe.

For Ukraine, as a developing country, a great experience of a well-developed country with the practical social network of services for appropriate population ageing is useful in the process of reforming the country, especially in the field of the healthcare system.

Table 3

THE LIFE-COURSE APPROACHES TO HEALTHY AND ACTIVE AGEING

Recommended approach	Explanation
Promoting good health and healthy lifestyle at all ages to prevent or delay the development of chronic disease	Being physically active, eating a healthy diet, avoiding the harmful use of alcohol and not smoking or using tobacco products can all reduce the risk of chronic diseases in older age. These habits need to start in early life and continue into older age
Minimizing the consequences of a chronic disease by its early detection and quality care (primary, long-term and palliative care)	While we can reduce the risk of a chronic disease through a healthy lifestyle, many people will still develop health problems in older age. The metabolic changes such as high blood pressure, high blood sugar and high cholesterol should be early detected and managed effectively. But it is also necessary to address the needs of people who already have chronic diseases and ensure that everyone can die with dignity
Creating physical and social environments that foster the health and participation of older people	Social determinants not only affect the health behaviours of people across the life course, they are also an important factor in whether older people can continue to participate. It is therefore important to create physical and social environments that are “age-friendly” and foster the health and participation of older people
Reinventing ageing – changing social attitudes to encourage the participation of older people	Many current attitudes to ageing were developed during the 20th century when social patterns were very different. It is necessary to develop new models of ageing that will help us creating the future society, in which we want to live

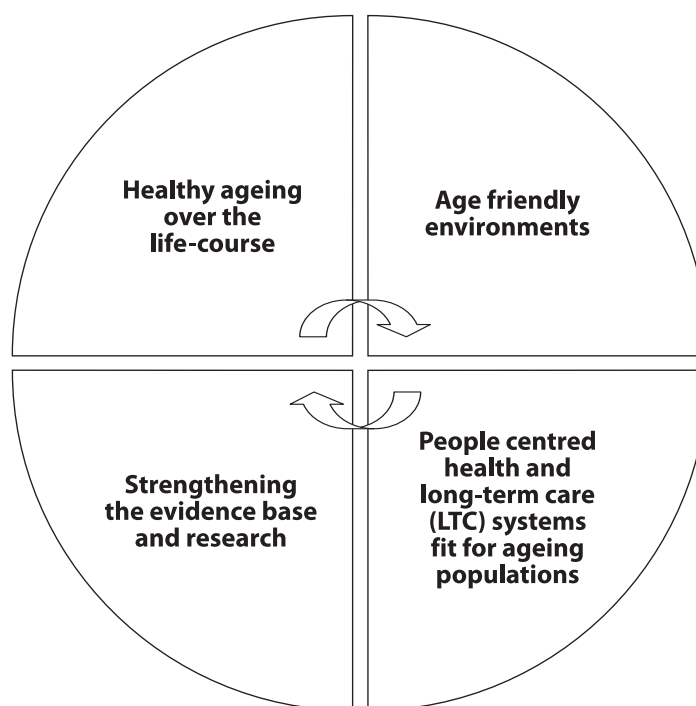


Fig. 1. Four strategic priorities of the WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe

Healthy ageing over the life-course

Noncommunicable diseases account for the bulk of loss of healthy life years for people aged 65 and over. An individual's health and level of activity in older age thus depend on his or her living circumstances and actions over a whole life span. However, more can be done to promote health and prevent disease, including among older populations, for whom access to prevention and rehabilitation may be impaired

Age friendly environments

This is also a focus of the WHO Regional Office for Europe's contribution to the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing

People centred health and long-term care systems fit for ageing populations

The degree of cost-sharing of the health bill is too high for many older people in Europe and public spending on long-term care varies enormously among countries. The evidence indicates that many people increasingly expect better access to high-quality health and social services, including public support for the informal care provided by family, friends and other volunteers

Strengthening the evidence base and research

Knowledge exchange and transfer will continue to be key for a European Region that is rich in innovative examples of best practice for healthy ageing, including at the local level. More research is needed in particular to fill in gaps in knowledge about trends in the sexual health of older people and on how policies can better respond to their specific sexual health needs

Fig. 2. Characteristics of strategic priorities of the WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe

Conclusions and perspectives of future investigations in the direction

1. Ageing of the population is a global tendency for both well and less developed countries. In the Eastern Europe the lowest ageing of the population from 2000 to 2020 and from 2020 to 2040 will be in Bulgaria, Ukraine and Russia, the highest – in Poland.

2. The analysis of the median age between the countries of the Eastern Europe allows to determine that during 2000-2040 the indexes of the median age in all countries will be almost equal: 35-38 years in 2000; 41-45 – in 2020 and 47-52 in 2040 and is characterized by increase (34% growth).

3. The WHO recommendations to healthy and active ageing have been studied. The main of them include: promotion of good health, minimizing the consequences of a chronic disease through quality systems of care, creating physical and social environments for participation of older people and reinventing ageing.

4. Assessment of international approaches to the population ageing allows to define four strategic priorities of the WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe and their characteristics such as healthy ageing over the life-course, age friendly environments, people centred health and long-term care systems fit for ageing populations and strengthening the evidence base and research.

The data of the research conducted can be used by domestic authorities for substantiation and prognosis of creation of geriatric services that in-time take into account the given tendencies of the population ageing.

The future study may include the complex of the data analyzed about of the structure of ageing, its epidemiology and the experimental model of the healthy ageing system proposed at the domestic level. The data obtained data can be also used for predicting of the tendencies of costs for ageing for the health systems.

REFERENCES

1. Commission of the European Communities. Long-term care in the European Union. Brussels: Commission of the European Communities, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008. – Available from: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf/. – accessed 9 April 2009.
2. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. – 189 p.
3. Huber M. A vision for healthy ageing in Europe: the WHO Strategy and action plan / M. Huber // The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. – 2013. – № 77. – P. 4-8.
4. Jakab Z. Embarking on Developing the New European Health Policy – Health 2020 / Z. Jakab // Eur J Public Health. – 2011. – Vol. 21, Issue 1. – P. 130-132.
5. Kinsella K. An Aging World: 2008 / K. Kinsella // International Population Reports. – 2009. – June. – Available from: <https://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>
6. Permanand G. How can health systems respond to population ageing? / G. Permanand // Policy brief. – 2009. – № 10. – 345 p.
7. Podgaina M. V. Analyses of tendencies of aging population abroad and in Ukraine / M. V. Podgaina // Актуальные вопросы науки, образования и производства в фармации : материалы науч.-практ. конф. – Ташкент, 2013. – С. 132-133.
8. The European report on preventing elder maltreatment / eds. D. Sethi, S. Wood, F. Mitis, M. Bellis, B. Penhale, I. I. Marmolejo et al. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. – 187 p.
9. Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. – Brussels: European Commission, 2011. – 313 p.
10. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. – 125 p.
11. Котвицька А. А. Надання медичної і лікарської допомоги населенню пенсійного віку в Україні / А. А. Котвицька, Н. В. Чмихало, І. Л. Оккерт // Современные достижения медицинской и фармацевтической науки : материалы I Междунар. интернет-конф. молодых ученых и студентов, г. Запорожье, 23-25 окт. 2012 г. – Запорожье, 2012. – С. 134.
12. Котвицкая А. А. Проблемы старения населения в Украине и России / А. А. Котвицкая, А. А. Пастухова // Научные ведомости Белгородского государствен-

ного университета. Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154), вып. 22/2. – С. 5-9.

REFERENCES

1. Commission of the European Communities. Long-term care in the European Union. Brussels: Commission of the European Communities, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008. [accessed 9 April 2009]. Available from: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf
2. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. 189 p.
3. Huber M. A vision for healthy ageing in Europe: the WHO Strategy and action plan. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. 2013;77:4-8.
4. Jakab Z. Embarking on Developing the New European Health Policy – Health 2020. Eur J Public Health. 2011;21(1):130-2.
5. Kinsella K. An Aging World: 2008. International Population Reports. 2009 June. Available from: <https://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>
6. Permanand G. How can health systems respond to population ageing? Policy brief. 2009;10:345.
7. Podgaina MV. Analyses of tendencies of aging population abroad and in Ukraine. In: Aktualnye voprosy nauki, obrazovaniia i proizvodstva v farmatcii. Proceedings of the conference. Tashkent; 2013. p. 132-3.
8. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II et al., eds. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. 187 p.
9. Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Brussels: European Commission; 2011. 313 p.
10. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. 125 p.
11. Kotvitska AA, Chmykhalo NV, Okkert IL. In: Sovremennye dostizheniia meditsinskoi i farmatsevticheskoi nauki. Proceedings of the first International Internet-conference of young scientists and students; 2012 Oct 23-25; Zaporozhe, Ukraine. Zaporozhe; 2012. p. 134.
12. Kotvitskaia AA, Pastuhova AA. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Meditsina. Farmatcia. 2013;11(22/2):5-9.

УДК 615.1:614.2

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ

А. С. Немченко, М. В. Подгайна

Приведены результаты анализа тенденций и прогноз старения населения в странах Восточной Европы, а также результаты сравнительной характеристики среднего возраста населения в странах Восточной Европы в перспективе на 2020 и 2040 годы. Авторами сгруппированы и обобщены международные рекомендации для систем здравоохранения по организации «здорового» старения, а также выделены основные приоритеты Стратегии ВОЗ по организации «здорового» старения в Европе.

Ключевые слова: старение населения, «здоровое» старение, тенденции старения, стратегия «здорового» старения

УДК 615.1:614.2

СТАРИННЯ НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ У СХІДНІЙ ЄВРОПІ ТА МІЖНАРОДНІ ПРІОРИТЕТИ

А. С. Немченко, М. В. Подгайна

Наведено результати аналізу тенденцій і прогноз старіння населення у країнах Східної Європи, а також результати порівняльної характеристики середнього віку населення у країнах Східної Європи у перспективі на 2020 та 2040 роки. Авторами згруповано та узагальнено міжнародні рекомендації для систем охорони здоров'я щодо політики «здорового» старіння населення, а також виділено основні пріоритети Стратегії ВООЗ щодо організації «здорового» старіння в Європі.

Ключові слова: старіння населення, «здорове» старіння, тенденції старіння, стратегія «здорового» старіння.

Рекомендовано д. фарм. н., професором А. А. Котвіцькою

УДК 615.15:349.3

АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧО-НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

В. М. Толочко, Т. Ф. Музика, М. В. Зарічкова, О. М. Должнікова

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

Проаналізовано основні законодавчо-нормативні акти, які регулюють соціальний захист працівників фармацевтичної галузі України, а саме чинні нормативні документи, які регламентують тривалість робочого часу, відпочинку, гарантії надання соціальної допомоги та оплати праці працівників аптечних закладів усіх форм власності. У межах розглянутих законодавчо-нормативних документів висвітлено норми робочого часу спеціалістів фармації, умови надання перерв, відпусток, нарахування заробітної плати в аптечних закладах. З'ясовано гарантії з боку держави щодо охорони праці в аптечних закладах, умов надання безпечних умов праці, необхідних для виконання роботи, спеціального одягу, харчування, отримання державного соціального страхування.

Ключові слова: фармацевтична галузь, аптечні заклади, спеціалісти фармації, соціальний захист, праця, відпочинок, охорона праці.

Постанова проблеми. У сучасних умовах відбувається всебічний процес реформування галузей народного господарства в економічному і культурному сенсі, адаптації до європейських стандартів, зокрема й реформування фармацевтичної галузі. Важливим фактором у цьому процесі є удосконалення та реформування соціальних засад під час розвитку технічного, технологічного оснащення процесів, зокрема дотримання норм праці, забезпечення питань охорони здоров'я, безпеки життя і навколишнього середовища в аптечних закладах. Актуальність цих питань підкреслюється тим, що працівники фармацевтичної галузі, як правило, застосовують у своїй роботі різноманітні хімічні реагенти, які можуть бути небезпечними для здоров'я людини, тобто

дотримання соціального захисту з питань норм тривалості робочого часу, надання перерв і відпусток тощо відповідно до чинного законодавства є гарантом збереження здоров'я працівників.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчення соціальних засад у системі охорони здоров'я, зокрема й у фармацевтичній галузі, завжди є актуальним і затребуваним для практичних працівників, представників громадських організацій, які представляють інтереси трудових колективів. Проблеми соціального характеру у фармації досліджувались А. А. Котвіцькою, В. М. Толочком, О. В. Посилкіною та іншими науковцями, але результати вивчення з питань удосконалення надання соціальних гарантій, пільг для окремих категорій працівників фармацевтичної галузі на сьогодні не висвітлені в повному обсязі.

Тому нами проведені дослідження, які підтверджують необхідність перегляду умов праці, відповідно змін і вимог до безпечних

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

умов праці, її оплати, надання соціальних гарантій тощо.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Працівники фармацевтичної галузі в реальних умовах працюють на фармацевтичних підприємствах, в аптечних та інших закладах, де питання соціального захисту є загальними поряд з цим мають свої особливі потреби в соціальному захисті на кожному робочому місці. Враховуючи, що згрупування та виділення основних питань соціального захисту спеціалістів фармації не проводилось, вважаємо за необхідне виконати таке групування, яке дасть можливість спрощеного користування цими даними для аптечних закладів і для їх окремих працівників.

Нами проведено аналіз чинного законодавства з питань соціального захисту та групування законодавчо-нормативного регулювання найважливіших питань з трудових відносин працівників фармацевтичної галузі та виділенням їх особливостей саме для аптечних закладів.

Викладення основного матеріалу дослідження. Основним законом, який визнає права і обов'язки фармацевтичних працівників як громадян України, є Конституція України, в якій передбачено права громадян, за які держава покладає відповідальність на себе, також визначено обов'язки громадян перед державою, що повинні виконуватись як фізичними, так і юридичними особами [2].

Чинне законодавство регламентує тривалість робочого часу спеціалістів фармації, яка не може перевищувати 40 годин на тиждень [1]. Згідно з чинним законодавством для спеціалістів фармації може встановлюватись п'ятиденний робочий тиждень з двома вихідними днями.

В аптечних закладах, де за характером виробництва та умовами роботи запровадження п'ятиденного робочого тижня є недоцільним, встановлюється шестиденний робочий тиждень з одним вихідним днем.

В аптечних закладах, зупинення роботи яких неможливе через необхідність безперервного обслуговування населення, вихідні дні надаються в різні дні тижня по чергово кожній групі працівників згідно з графіком змінності.

Одне з головних прав громадянина на працю включає в себе тривалість робочого часу та право на відпочинок. Зокрема в закладах охорони здоров'я тривалість робочого часу регламентується наказом МОЗ України від 25.05.2006 р. № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я». У цьому наказі передбачена тривалість робочого дня для усіх категорій, а саме для керівного складу, спеціалістів, які працюють у закладах охорони здоров'я різного профілю [4].

Для працівників аптечних закладів, а саме для провізорів, фармацевтів аптек, зайнятих тільки відпуском ліків та інших товарів аптечного асортименту, встановлено 40-годинний робочий тиждень.

У разі встановлення пільгового часу для працівників (36 годин на тиждень) є необхідність проведення атестації робочих місць і тільки на підставі її результатів вирішується тривалість робочого часу. Порядок проведення атестації робочих місць затверджено КМУ від 01.08.1992 р. № 442 «Про Порядок проведення атестації робочих місць за умовами праці». Основна мета атестації полягає у регулюванні відносин між власником або уповноваженим ним органом і працівниками, реалізації прав на здоров'я й безпечні умови праці, пільгове пенсійне забезпечення, пільги та компенсації за роботу в несприятливих умовах [9].

Необхідно уточнити, що для спеціалістів аптечних закладів, які беруть участь у технологічному процесі чи працюють зі шкідливими для здоров'я речовинами, для отримання скороченого робочого часу необхідна атестація робочих місць. Тільки за результатами атестації можливе зменшене нормування робочого часу [9].

Слід зазначити, що низка професій і посад аптечних закладів має ненормований робочий день, який згідно з чинним законодавством додатково встановлюється колективним договором [6].

Згідно з Кодексом законів про працю України від 10.12.1971 р. № 322-VIII із змінами і доповненнями (КЗпПУ) працівники фармацевтичної галузі повинні мати перерви, а напередодні вихідних і передсвяткових днів мати скорочений робочий день. Наприклад, напередодні вихідних днів три-

валість роботи при шестиденному робочому тижні не може перевищувати 5 годин [1]. Окрім цього, напередодні святкових і неробочих днів тривалість роботи працівників скорочується на одну годину як при п'ятиденному, так і при шестиденному робочому тижні за винятком випадків, визначених чинним законодавством.

Працівникам фармацевтичної галузі надається перерва для відпочинку і харчування тривалістю не більше двох годин. Перерва не включається в робочий час. Перерва для відпочинку і харчування має надаватись, як правило, через чотири години після початку роботи. Час початку і закінчення перерви встановлюється правилами внутрішнього трудового розпорядку.

У тих аптечних закладах, де через умови виробництва перерву встановити неможливо, працівникові має бути надана можливість прийому їжі протягом робочого часу. Перелік таких робіт, порядок і місце прийому їжі встановлюються адміністрацією за погодженням з профспілками чи іншими громадськими організаціями.

Багато аптечних закладів працює цілодобово, тому є навантаження на працівників у нічний час. При роботі в нічний час встановлена тривалість роботи (зміни) скорочується на одну годину. Це правило не поширюється на працівників, для яких уже передбачено скорочення робочого часу. Нічним вважається час з 22 години вечора до 6 години ранку [1].

Як і всі громадяни України, працівники фармацевтичної галузі мають право на відпустки. Чинним законодавством встановлюються державні гарантії права на відпустки, визначаються умови, тривалість і порядок надання їх працівникам для відновлення працездатності, зміцнення здоров'я, а також для виховання дітей, задоволення власних життєво важливих потреб та інтересів, всебічного розвитку особи.

Основним документом, який регулює надання відпусток є Закон України «Про відпустки» від 15.11.1996 р. № 504/96 зі змінами та доповненнями. Відпустки розподіляють на щорічні, творчі, соціальні, без збереження заробітної плати тощо.

Тривалість відпустки залежить від характеру роботи, але щорічна основна від-

пустка надається працівникам тривалістю не менше 24 календарних днів за відпрацьований робочий рік, працівникам віком до вісімнадцяти років надається щорічна основна відпустка тривалістю 31 календарний день.

Працівникам аптечних закладів за особливий характер праці, що пов'язано з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням, за ненормований робочий день згідно із законодавством надається додаткова відпустка тривалістю 7 днів (постанова КМУ від 17.11.1997 р. № 1290 «Про затвердження списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад працівників, зайнятість в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці»).

Чинним законодавством України передбачено, що за умови страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності надаються такі види матеріального забезпечення та соціальних послуг: допомога при тимчасовій непрацездатності, вагітності та пологах.

Важливим є регулювання трудових відносин усіх працівників, також і працівників фармацевтичної галузі. Основною частиною КЗпПУ є трудовий договір. Трудовий договір є угодою між керівництвом аптечного закладу, з яким працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, з підляганням внутрішньому трудовому розпорядку, а керівництво аптечного закладу зобов'язується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін. Трудовий договір може бути безстроковим, на певний строк, на час виконання певної роботи. Особливою формою трудового договору є контракт, сфера застосування контракту визначається законами України [1].

Необхідно відзначити, що переведення на іншу роботу на тому самому підприємстві, в установі, організації, а також переведення на роботу на інше підприємство, в установу, організацію або в іншу місцевість допускається тільки за згодою пра-

цівника, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

Також законодавством передбачається розірвання трудового договору з ініціативи власника або уповноваженого ним органу за згодою з профспілками чи іншими громадськими організаціями чи без такої згоди.

Питання державного і договірної регулювання оплати праці, прав працівників на оплату праці та їх захисту визначається КЗпПУ, Законом України «Про оплату праці» та іншими нормативно-правовими актами.

Працівники фармацевтичної галузі отримують оплату своєї праці у вигляді заробітної плати. Заробітна плата – це винагорода, обчислена, як правило, у грошовому виразі, яку власник або уповноважений ним орган виплачує працівникові за виконану ним роботу [7]. Розмір заробітної плати залежить від складності та умов виконуваної роботи, професійно-ділових якостей працівника, результатів його праці та господарської діяльності підприємства, установи, організації і максимальним розміром не обмежується. Але законодавчо встановлено розмір мінімальної заробітної плати за просту, некваліфіковану працю, нижче якого не може провадитися оплата за виконану працівником місячну, а також погодинну норму праці. Мінімальна заробітна плата є державною соціальною гарантією, обов'язковою на всій території України для підприємств, установ, організацій усіх форм власності і господарювання та фізичних осіб. Усі розрахунки заробітної плати спеціалістам фармації прив'язуються до розміру мінімальної заробітної плати.

Заробітна плата виплачується працівникам регулярно в робочі дні у терміни, встановлені колективним договором або нормативним актом роботодавця, але не рідше двох разів на місяць через проміжок часу, що не перевищує шістнадцяти календарних днів, і не пізніше семи днів після закінчення періоду, за який здійснюється виплата [1].

Окремо звертаємо увагу на те, що документом, в якому визначаються основні соціальні гарантії працівників і представників керівництва установ, організацій, є колективний договір. Він укладається на осно-

ві чинного законодавства, прийнятих сторонами зобов'язань з метою регулювання виробничих, трудових і соціально-економічних відносин й узгодження інтересів трудящих, власників та уповноважених ними органів. Колективний договір укладається в аптечних закладах, які використовують найману працю і мають права юридичної особи незалежно від форм власності і господарювання [6].

Однією із суттєвих умов соціального захисту працівників фармацевтичної галузі є створення безпечних і нешкідливих умов праці.

Забезпечення таких умов праці покладається на власника або уповноважений ним орган. Умови праці на робочому місці, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, устаткування та інших засобів виробництва, стан засобів колективного та індивідуального захисту, що використовуються працівником, а також санітарно-побутові умови мають відповідати вимогам нормативних актів про охорону праці [8]. Законодавчо питання охорони праці регулюються КЗпПУ, Законом України «Про охорону праці», іншими законодавчими актами.

До підприємств, на яких видається спеціальний одяг, належать аптечні заклади. У ст. 164. КЗпПУ зазначено, що на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, а також на роботах, пов'язаних із забрудненням або здійснюваних у несприятливих температурних умовах, працівникам видаються безоплатно за встановленими нормами спеціальний одяг, спеціальне взуття та інші засоби індивідуального захисту [1, 7]. Власник або уповноважений ним орган повинен компенсувати працівникові витрати на придбання спецодягу та інших засобів індивідуального захисту, якщо встановлений нормами строк видачі цих засобів порушено і працівник був змушений придбати їх за власні кошти.

Згідно з чинним законодавством України працівники аптечних закладів належать до категорії професій, які обов'язково повинні проходити медичні огляди з метою профілактики професійних захворювань і дотримання санітарно-гігієнічних норм [5]. За порушення санітарного законодавства передбачена відповідальність: дисциплінар-

на, адміністративна, цивільно-правова та кримінальна.

Відповідно до порядку, визначеному постановою КМУ від 23 травня 2001 р. № 559, і наказу МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 проводяться обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) та періодичні обов'язкові профілактичні медичні огляди (працівників окремих професій, зокрема працівників аптечних закладів) за рахунок роботодавців. Для таких оглядів видається особиста медична книжка працівників для проходження медичного огляду, яка може зберігатись як у роботодавця, так і працівника.

Усі працівники аптечних закладів, які працюють за трудовим договором незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання або у фізичної особи, підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню. Усі види матеріального забезпечення та соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням працівникам, а інколи і членам їх сімей, умови їх надання та розміри визначаються законами України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, іншими нормативно-правовими актами, які містять норми щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування [3].

Висновки

З метою виділення основних положень законодавчо-нормативного регулювання соціального захисту працівників фармацевтичної галузі України вивчено, проаналізовано та згруповано чинні нормативні документи, які регламентують права і обов'язки працівників аптечних закладів.

У межах розглянутих документів висвітлено норми робочого часу, надання можливості для відпочинку, гарантії виплати заробітної плати, отримання соціальної допомоги. З'ясовано умови надання безпечних умов праці, спеціального одягу, харчування, отримання державного соціального страхування.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Кодекс законів про працю України від 10.12.71 р. № 322-VIII. Із змінами і доповненнями [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/322-08>

2. Конституція України від 28.06.1996 р. – V-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
3. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності : закон України від 23.09.1999 р. № 1105-XI. Із змінами і доповненнями // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 46-47. – Ст. 403.
4. Про затвердження переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 р. № 163. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/163-2001-%D0%BF>
5. Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 р. № 559. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/559-2001-%D0%BF>
6. Про колективні договори і угоди [Електронний ресурс] : закон України від 01.07.1993 р. № 3356-XII. Із змінами і доповненнями. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3356-12>
7. Про оплату праці [Електронний ресурс] : закон України від 24.03.1995 р. № 108/95-ВР. Із змінами і доповненнями. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80>
8. Про охорону праці [Електронний ресурс] : закон України від 14.10.1992 р. № 2694-XII. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>
9. Про Порядок проведення атестації робочих місць за умовами праці [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.1992 р. № 442. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/442-92-%D0%BF>

REFERENCES

1. Kodeks zakoniv pro pratsiu Ukrainy of 10.12.71, № 322-VIII. Iz zminamy i do-

- povneniamy. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/322-08>
2. Konstytutsiia Ukrainy of 28.06.1996. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy.1996;30: article 141.
 3. Pro zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne strakhuvannia vid neshchasnoho vypadku na vyrobnytstvi ta profesiinoho zakhvoriuvannia, yaki sprychynily vtratu pratsezdatsnosti: zakon Ukrainy of 23.09.1999, № 1105-XI. Iz zminamy i dopovnenniamy. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy.1999; 46-47: article 403.
 4. Pro zatverdzhennia pereliku vyrobnytstv, tsekhiv, profesii i posad iz shkidlyvymy umovamy pratsi, robota yakykh daie pravo na skorocheniu tryvalist robochoho tyzhnia : postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy of 21.02.2001, № 163. Available from: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/163-2001-%D0%BF>
 5. Pro zatverdzhennia pereliku profesii, vyrobnytstv ta orhanizatsii, pratsivnyky yakykh pidliahaiut oboviazkovym profilaktychnym medychnym ohliadam, poriadku provedennia tsykh ohliadiv ta vydachi osobystykh medychnykh knyzhok : postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy of 23.05.2001, № 559. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/559-2001-%D0%BF>
 6. Pro kolektyvni dohovory i uhody: zakon Ukrainy of 01.07.1993, № 3356-XII. Iz zminamy i dopovnenniamy. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3356-12>
 7. Pro oplatu pratsi: zakon Ukrainy of 24.03.1995, № 108/95-VR. Iz zminamy i dopovnenniamy. Available from: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80>
 8. Pro okhoronu pratsi : zakon Ukrainy of 14.10.1992, № 2694-XII. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>
 9. Pro Poriadok provedennia atestatsii robochykh mistv za umovamy pratsi : postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy of 01.08.1992, № 442. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/442-92-%D0%BF>

УДК 615. 15:349.3

АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РАБОТНИКОВ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ УКРАИНЫ

В. М. Толочко, Т. Ф. Музыка, М. В. Заричкова, О. Н. Должникова

Проанализированы основные положения законодательно-нормативного регулирования социальной защиты работников фармацевтической отрасли Украины, а именно действующие нормативные документы, которые регламентируют продолжительность рабочего времени, отдыха, гарантии предоставления социальной помощи и оплаты труда работников аптечных учреждений. В рамках рассмотренных документов освещены нормы рабочего времени, условия предоставления перерывов, отпусков, заработной платы. Выявлены государственные гарантии по охране труда, предоставлению безопасных условий труда, которые необходимы для выполнения работ, специальной одежды, питания.

Ключевые слова: фармацевтическая отрасль, аптечные учреждения, специалисты фармации, социальная защита, труд, отдых, охрана труда.

UDC 615. 15:349.3

ANALYSIS OF LEGISLATIVE AND NORMATIVE REGULATION OF THE SOCIAL PROTECTION SYSTEM OF PHARMACY EMPLOYEES IN UKRAINE

V. M. Tolochko, T. F. Muzika, M. V. Zarichkova, O. M. Dolgnikova

The article analyzes the basic provisions of legislative and normative regulation of the social protection of pharmacy employees in Ukraine, namely the current normative document, which regulate duration of working time, vacation, guarantees of social assistance and payment for the labour of employees of pharmaceutical institutions. Within the documents reviewed the norms of working time, conditions for providing breaks, granting vacations, as well as salaries are discussed. The state guarantees for protection of occupational safety, safe working conditions required to perform the work, special clothes and food have been specified.

Key words: pharmaceutical industry, pharmacies, specialists in pharmacy, social protection, job, recreation, occupational safety.

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

УДК 615.225:339.13:338.517

БЛОКАТОРИ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ: ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ, СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ТА ОБСЯГІВ СПОЖИВАННЯ В УКРАЇНІ

Л. В. Яковлева, О. Я. Міщенко, В. Ю. Адонкіна

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

Висвітлено результати аналізу фармацевтичного ринку препаратів блокаторів кальцієвих каналів (БКК), оцінки їх економічної доступності та обсягів споживання в Україні. Встановлено, що протягом 2009-2013 рр. на фармацевтичному ринку України відбувалося збільшення асортименту БКК за рахунок іноземних генеричних препаратів дигідропіридину. Переважна більшість препаратів є високодоступними для середньостатистичного мешканця України, що дає можливість вибору ЛП з урахуванням його вартості, ефективності та безпечності. За досліджуваній період обсяги споживання БКК зросли. Переважає споживання препаратів дигідропіридинового ряду – більш ефективних, з вираженим вазодилатаційним ефектом. Найменші обсяги споживання характерні для найменш економічно доступних препаратів нимодипіну.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія (АГ), блокатори кальцієвих каналів (БКК), соціально-економічна доступність, показник адекватності платоспроможності споживання, АТС/DDD-методологія.

Постанова проблеми. Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найбільш поширених серцево-судинних захворювань (ССЗ). Головною метою лікування хворих з АГ є максимальне зниження сумарного ризику серцево-судинної захворюваності та летальності. Досягнення цієї мети вимагає корекції усіх модифікованих факторів ризику, включаючи куріння, дисліпідемію, цукровий діабет, а також адекватне лікування асоційованих клінічних станів поряд зі зниженням артеріального тиску (АТ). Зниження підвищеного АТ зменшує ризик розвитку фатальних і не фатальних серцево-судинних ускладнень і летальності, а успішне лікування АГ є найбільш ефективною профілактикою розвитку хронічної серцевої недостатності, інсульту та інфаркту міокарда [4, 9, 11].

Одним із класів антигіпертензивних лікарських препаратів (ЛП) є блокатори кальцієвих каналів (БКК). Завдяки вираженій антигіпертензивній дії, відсутності впливу на обмінні процеси при тривалому використанні і сприятливому профілю побічних ефектів ці препарати затребувані в кардіологічній практиці. Блокатори кальцієвих каналів вважаються ідеальними засобами в тих випадках, коли єдиною метою антигіпертензивної терапії є контроль артеріального тиску [5, 9, 10].

Згідно із сучасною класифікацією виділяють три генерації БКК. До першої генерації належать похідні дигідропіридину короткої дії (ніфедипін), фенілалкіламіну (верапаміл) і бензотіазепіну (дилтіазем). Друга генерація БКК містить два підкласи: до Іа підкласу належать нові лікарські форми БКК першого покоління зі сповільненим вивільненням (тривалої дії), тобто препарати БКК у ретардних формах; підклас Іб міс-

Л. В. Яковлева – доктор фарм. наук, професор, завідувач кафедри фармакоенкономіки Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

тять препарати з удосконаленими фармакологічними властивостями: фелодипін, ісрадипін, нітрендипін, німодипін. Препаратам БКК третього покоління (амлодипіну, лацидипіну, лерканідипіну) притаманні найкращі фармакокінетичні та фармакодинамічні параметри [4, 5, 7]. Амлодипін є одним з кращих антигіпертензивних засобів, що продемонстрував ефективність у багатьох клінічних випробуваннях [9, 10]. Для отримання антигіпертензивного ефекту пацієнтам з АГ необхідно постійно приймати антигіпертензивні засоби, зокрема БКК, що потребує значних витрат [8].

Зважаючи на те, що БКК є високовартісними, особливо препарати третьої генерації, актуальним є вивчення соціально-економічної складової використання цієї групи препаратів.

Метою цієї роботи було дослідження асортименту, соціально-економічної доступності та обсягів споживання препаратів БКК на українському фармацевтичному ринку протягом 2008-2013 років.

Матеріали та методи. Аналіз асортименту БКК, їх соціально-економічної доступності та обсягів споживання проводили протягом 2008-2013 рр. за даними про асортимент, ціну, кількість реалізованих упаковок ЛП за певний рік інформаційно-пошукової системи «Моріон». Для аналізу соціально-економічної доступності БКК розраховували показник адекватності платоспроможності (Ca.s.), який показує частку заробітної плати, що витрачається на придбання однієї упаковки ЛП і обчислюється за формулою [2, 6]: $Ca.s. = P / W_{a.w.} \times 100 \%$, де Ca.s. – показник адекватності платоспроможності; P – середньозважена ціна однієї упаковки ЛП; $W_{a.w.}$ – середня заробітна плата. Значення величини середньої заробітної плати в Україні за досліджувані роки знаходили на сайті: www.ukrstat.gov.ua. Усі торгові назви (ТН) БКК були розділені на три категорії: високодоступні, значення показника адекватності платоспроможності (Ca.s.) яких було менше 5%; середньодоступні (Ca.s. більше 5% і менше 15%) і малодоступні (Ca.s. більше 15%) [3, 6]. Аналіз споживання БКК проводили за допомогою АТС/DDD-методології [1]. Споживання ЛП виражали показником DDDs/1000 жителів/день (DIDs), що обчислю-

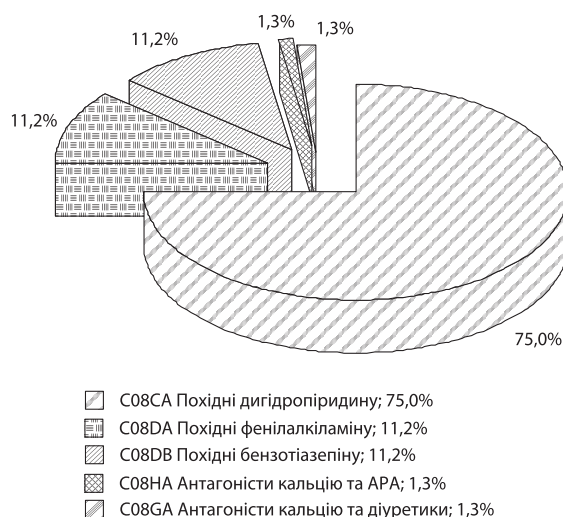


Рис. 1. Питома частка різних підгруп БКК на фармацевтичному ринку України

вали за формулою: $DIDs = DDDs \times 1000 / \text{кількість жителів} \times 365$, де DDDs – кількість стандартних доз (DDD, defined daily dose), які були вжиті хворими в Україні за відповідний рік. Значення DDD аналізованих ЛП знаходили на сайті BOO3 за відповідним АТХ-кодом.

Викладення основного матеріалу дослідження. Протягом досліджуваних років фармацевтичний ринок України налічував 10 МНН групи БКК, що представлені 80 ТН, які випускають на ринок 47 виробників з 19 країн світу. Аналіз асортименту БКК за підгрупами показав, що майже 75% асортименту БКК на ринку припадає на долю похідних дигідропіридину, які з погляду доказової медицини є найбільш ефективними антигіпертензивними засобами [9, 11] (рис. 1). Рівні частки (по 11,2%) асортименту БКК складають відповідно ТН похідних бензотіазепіну та фенілалкіламіну. Комбіновані ЛП БКК з антагоністами рецепторів ангіотензину II (АРА) та діуретиками становлять разом 2,6% асортименту БКК.

На ринку препарати БКК здебільшого (68%) представлені іноземними виробниками. Найбільшу кількість БКК в Україну постачають фармацевтичні фірми Індії, Німеччини, Ізраїлю, Швейцарії, частка яких у загальному обсязі імпорту сягає 57% ТН БКК від загальної кількості іноземних ЛП. Лідером за кількістю ЛП з урахуванням форм випуску серед іноземних виробників є ізраїльська фірма «Тева». Серед вітчизняних фірм-виробників БКК перші позиції займають дві

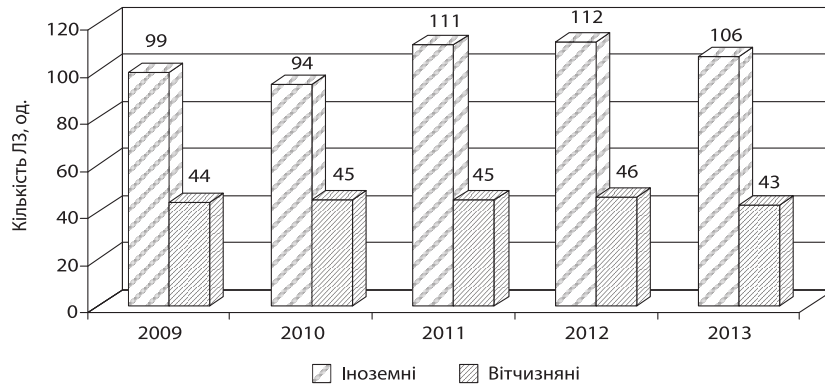


Рис. 2. Динаміка структури асортименту БКК протягом 2009-2013 років

фірми (ВАТ «Фармак» і ЗАТ «Дарниця»), які виробляють майже 33% ТН вітчизняних препаратів БКК.

За результатами аналізу структури асортименту БКК встановлено, що у 2009 р. кількість цих ЛП з урахуванням усіх форм випуску налічувала 143 пропозиції, у 2010 р. – зменшилась на 3% у порівнянні з 2009 р., а у 2011 р. збільшилась на 9%. (рис. 2). У 2012 р. на фармацевтичному ринку була максимальна кількість ЛП БКК (158 ТН), що на 10% більше, ніж у 2009 р. За даними 2013 р. помітно незначне зниження кількості ЛП у порівнянні з попереднім періодом на 6%. Слід відзначити, що збільшення кількості ЛП на ринку відбувалося в основному за рахунок іноземних препаратів, асортимент яких перевищує асортимент вітчизняних ЛП у два рази.

Результати оцінки економічної доступності БКК, що здійснювали за показником

адекватності платоспроможності (Ca.s.), наведені в таблиці.

Протягом досліджуваного періоду більшість БКК були високодоступними, проте встановлена чітка залежність соціально-економічної доступності БКК від генерації. Найменша частка високодоступних препаратів характерна для БКК IIб генерації, тобто для ТН німодипіну. Відзначалася тенденція до збільшення частки високодоступних БКК I та IIа генерації, відповідно, частка середньо- і низькодоступних препаратів зменшувалася. Частка високодоступних БКК третьої генерації становила 91-97%. Така тенденція пояснюється значною часткою генеричних моно- і комбінованих препаратів у цих групах, що збільшувалася з роками.

Аналіз динаміки споживання БКК в Україні (рис. 3а) свідчить, що в 2013 р. споживання БКК зросло майже втричі у порів-

Таблиця

РОЗПОДІЛ ПРЕПАРАТІВ БКК ЗА РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЗГІДНО З ПОКАЗНИКОМ АДЕКВАТНОСТІ ПЛАТОСПРОМОЖНОСТІ

Генерації БКК	Категорія ЛЗ	Роки дослідження				
		2009	2010	2011	2012	2013
I генерація: ніфедипін, верапаміл, дилтіазем (короткої дії)	Високодоступні, Ca.s. < 5%	97	100	100	95	100
	Середньодоступні, 5% < Ca.s. < 15%	3	–	–	5	–
	Малодоступні, Ca.s. > 15%	–	–	–	–	–
IIа генерація: ніфедипін, верапаміл, дилтіазем (ретардні форми)	Високодоступні, Ca.s. < 5%	87	90	89	82	95
	Середньодоступні, 5% < Ca.s. < 15%	13	10	11	18	5
	Малодоступні, Ca.s. > 15%	–	–	–	–	–
IIб генерація: німодипін	Високодоступні, Ca.s. < 5%	34	44	34	34	100
	Середньодоступні, 5% < Ca.s. < 15%	33	28	33	33	–
	Малодоступні, Ca.s. > 15%	33	28	33	33	–
III генерація: амлодипін, фелодипін, лацидипін, лерканідипін	Високодоступні, Ca.s. < 5%	91	95,5	96	97	95
	Середньодоступні, 5% < Ca.s. < 15%	9	3	4	3	5
	Малодоступні, Ca.s. > 15%	–	1,5	–	–	–

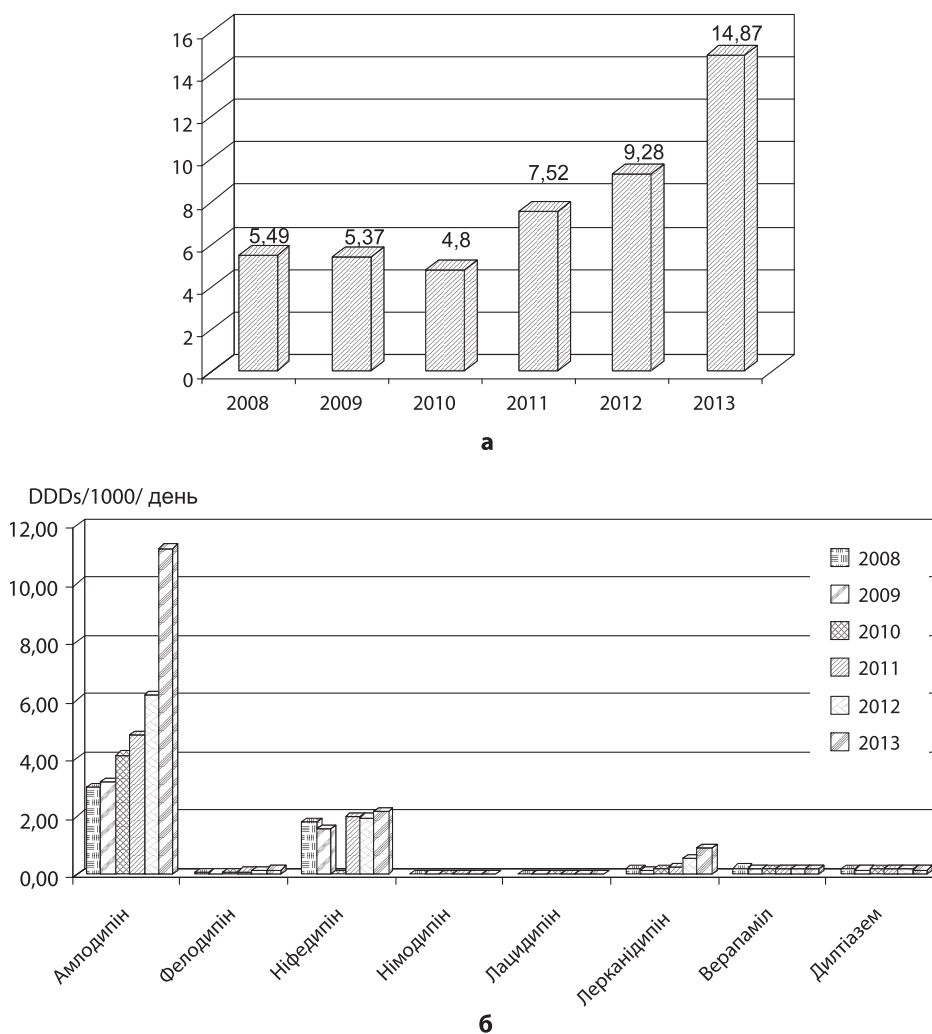


Рис. 3: а) Динаміка споживання БКК у DIDs протягом 2008-2013 рр.;
б) Динаміка структури споживання препаратів БКК у DIDs протягом 2008-2013 рр. в Україні

нянні з 2008 р. Це є характерною тенденцією для всіх антигіпертензивних засобів, що, ймовірно, пов'язано з посиленням зусиль фахівців медицини щодо підвищення комплаєнтності пацієнтів до лікування АГ. У 2013 р. МОЗ України був проведений Пілотний проект з реімбурсації вартості лікування окремими антигіпертензивними засобами, серед яких були і БКК: амлодипін, ніфедипін. Саме тому в цьому році спостерігали підвищення споживання БКК.

У структурі споживання (рис. 3б) переважає споживання похідних дигідропіридинового ряду (ніфедипіну, амлодипіну) – препаратів з вираженим вазодилатативним ефектом, що є найбільш ефективними при АГ [8, 9]. Обсяг їх споживання за показником DIDs більш ніж у 10 разів переважає обсяг споживання похідного фенілалкаміну ве-

рапамілу (0,23-0,20 DIDs), який має більш виражений кардіотропний вплив і менш ефективний при АГ, і споживання препаратів – похідних бензотіазепіну (дилтіазему) (0,18-0,16 DIDs).

Із року в рік суттєво збільшувалось споживання препарату третьої генерації амлодипіну як найбільш ефективного і безпечного БКК. Споживання амлодипіну становить третю частину обсягу споживання БКК – похідних дигідропіридинового ряду (3,01-11,23 DIDs), переважаючи споживання препарату першого покоління ніфедипіну (1,79-2,18 DIDs). У порівнянні з останнім амлодипін є більш безпечним, бо не спричиняє рефлекторної активації симпатoadреналової системи, раптової смерті, а також має найбільш зручний для пацієнта режим дозування (1-2 рази на добу) [10, 11].

Незважаючи на те, що споживання ніфедипіну – БКК першої генерації з року в рік практично не зростає, за величиною показника DIDs за 2008-2013 рр. цей препарат займає другу позицію після амлодипіну, що, ймовірно, обумовлено впливом цінового фактора та встановленим стереотипом призначення ЛП. Зростаюча тенденція споживання характерна для лерканідипіну – БКК третьої генерації, що поряд з амлодипіном активно позиціонується як ефективний і безпечний ЛП, проте є більш високо-вартісним і менш доступним.

Отже, у групі БКК переважає споживання препаратів дигідропіридинового ряду – більш ефективних, з вираженим вазодилатативним ефектом (амлодипін), проте в цій підгрупі зберігається значне споживання менш безпечного препарату першого покоління ніфедипіну.

Висновки

1. Протягом 2009-2013 рр. на фармацевтичному ринку України відбувалося збільшення асортименту БКК за рахунок іноземних препаратів – похідних дигідропіридину.

2. Аналіз економічної доступності БКК свідчить, що переважна більшість препаратів є високодоступними для середньостатистичного жителя України, що надає можливість вибору ЛП з урахуванням його ефективності, безпечності та вартості. Найменш доступними є препарати німодипіну.

3. За досліджуваний період обсяги споживання БКК зросли з найбільшим обсягом у 2013 р., що є результатом впливу Пілотного проекту з реімбурсації вартості антигіпертензивних засобів. Переважає споживання препаратів дигідропіридинового ряду – більш ефективних, з вираженим вазодилатативним ефектом, проте зберігається значне споживання менш безпечного препарату першого покоління ніфедипіну. Найменші обсяги споживання характерні для найменш доступних препаратів німодипіну.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Вивчення споживання лікарських засобів за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією та встановленими дозовими дозами (АТС/DDD – методологія):

метод. рек. / А. М. Морозов, Л. В. Яковлева, А. В. Степаненко та ін. – Х.: Стиль-Издат, 2013. – 34 с.

2. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 464 с.
3. Довгун С. С. Оценка стоимости и экономической доступности ноотропных препаратов, назначаемых больным с инсультом / С. С. Довгун // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. – С. 33-39.
4. Красницкий В. Б. Блокаторы медленных кальциевых каналов и их место в лечении артериальной гипертензии / В. Б. Красницкий // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 3 (10). – С. 39-44.
5. Марцевич С. Ю. Роль антагонистов кальция в современном лечении сердечно-сосудистых заболеваний / С. Ю. Марцевич // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 11. – С. 539-541.
6. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – № 1 (49). – С. 52-57.
7. Постникова С. Л. Дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов в лечении артериальной гипертензии / С. Л. Постникова // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 6. – С. 556-559.
8. Jonsson B. Health economics in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study: costs and cost-effectiveness of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension / B. Jonsson, L. Hansson // J. Intern. Med. – 2003. – Vol. 253, № 4. – P. 472-480.
9. Law M. R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies / M. R. Law, J. K. Morris, N. J. Wald // BMJ. – 2009. – Vol. 338, № 12. – P. 1245-253. – Режим доступу : <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/8878/8/1>. – Назва з екрану.
10. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine

adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required in the anglo-scandinavian cardiac outcomes trial-blood pressure lowering arm (ASCOT-BPLA): a multicenter randomized controlled trial for ASCOT investigators / D. Dahlof, P. S. Sever, N. R. Poulter et al. // *Lancet*. – 2005. – Vol. 366, № 9489. – P. 895–906.

11. Salvetti A. Guidelines for antihypertensive treatment: an update after the ALLHAT Study / A. Salvetti, L. Ghiadoni // *Journal of the American Society of Nephrology*. – 2004. – Vol. 15, Suppl. 1. – P. S51–S54.

REFERENCES

1. Morozov AM, Yakovlieva LV, Stepanenko AV et al. Vychennia spozhyvannia likarskykh zasobiv za anatomo-terapevtychno-khimichnoiu klasyfikatsiieiu ta vstanovlenymy dobovymy dozamy (ATC/DDD – metodolohiia). Kharkiv: Stil-Izdat; 2013. 34 p.
2. Hromovyk BP, Hasiuk HD, Levytska OR. Farmatsevtychnyi marketynh: teoretychni ta prykladni zasady. Vinnytsia: Nova Knyha; 2004. 464 p.
3. Dovgun SS. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia. 2012;2:33–9.
4. Krasnickii VB. *Medicina neotlozhnykh sostoianii*. 2007;3(10):39–44.
5. Martceovich SJu. *Russkii medicinskii zhurnal*. 2003;11:539–41.
6. Mnushko ZM, Timaniuk IV. *Visnyk farmatsii = News of Pharmacy*. 2007;1(49):52–7.
7. Postnikova SL. *Russkii medicinskii zhurnal*. 2007;6:556–9.
8. Jonsson B, Hansson L. Health economics in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study: costs and cost-effectiveness of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension. *J. Intern. Med*. 2003;253(4):472–80.
9. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338(12):1245–253. Available from: <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/8878/8/1>
10. Dahlof D, Sever PS, Poulter NR et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required in the anglo-scandinavian cardiac outcomes trial-blood pressure lowering arm (ASCOT-BPLA): a multicenter randomized controlled trial for ASCOT investigators. *Lancet*. 2005;366(9489):895–906.
11. Salvetti A, Ghiadoni L. Guidelines for antihypertensive treatment: an update after the ALLHAT Study. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2004;15(1):S51–S54.

УДК 615.225:339.13:338.517

БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ И ОБЪЕМОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ В УКРАИНЕ**Л. В. Яковлева, О. Я. Мищенко, В. Ю. Адонкина**

Приведены результаты анализа фармацевтического рынка препаратов блокаторов кальциевых каналов (БКК), оценка их экономической доступности и объемов потребления в Украине. Установлено, что в течение 2009-2013 гг. на фармацевтическом рынке Украины происходило увеличение ассортимента БКК за счет импортных генерических препаратов. Большинство препаратов являются высокодоступными для среднестатистического жителя Украины, что дает возможность выбора лекарственного препарата с учетом его стоимости, эффективности и безопасности. За исследуемый период объемы потребления БКК выросли. Преобладало потребление препаратов дигидропиридинового ряда – более эффективных, с выраженным вазодилатационным эффектом. Наименьшие объемы потребления характерны для наименее экономически доступных препаратов нимодипина.

Ключевые слова: артериальная гипертензия (АГ), блокаторы кальциевых каналов (БКК), социально-экономическая доступность, показатель адекватности платежеспособности, потребление, АТС/DDD-методология.

UDC 615.225:339.13:338.517

CALCIUM CHANNEL BLOCKERS: THE STUDY OF THE ASSORTMENT, SOCIO-ECONOMIC AFFORDABILITY AND VOLUMES OF CONSUMPTION IN UKRAINE**L. V. Iakovlieva, O. Ya. Mishchenko, V. Yu. Adonkina**

The results of analysis of the pharmaceutical market of calcium channel blockers (CCBs), assessment of their economic affordability and consumption volumes in Ukraine are given in the article. It has been found that within 2009-2013 at the pharmaceutical market of Ukraine there was the increase of the assortment of CCBs due to import generic drugs. Most drugs are highly affordable to the average citizen of Ukraine, it allows to select a drug taking into account its cost, efficiency and safety. During the study period the consumption of CCBs increased. The consumption of dihydropyridine drugs dominates; these drugs with a pronounced vasodilative effect are more effective. The lowest consumption volumes are typical for the least affordable drugs of nimodipine.

Key words: arterial hypertension (AH), calcium channel blockers (CCBs), socio-economic affordability, adequacy of solvency, consumption, ATC/DDD-methodology.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

УДК 615.1:005.336.3:364-785:006.4

ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ТА ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРАЇНАХ СВІТУ

А. А. Котвіцька, А. В. Волкова

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

Наведено результати аналізу світового досвіду оцінки фармацевтичної допомоги. Проведено узагальнення індикаторів, які використовуються для розробки напрямків поліпшення якості надання фармацевтичної допомоги та оптимізації процесу фармацевтичного забезпечення населення у різних країнах. Проаналізовано вітчизняний досвід оцінки медичної допомоги. Встановлено, що використання системи індикаторів якості фармацевтичної допомоги дасть можливість удосконалити рівень взаємодії між усіма суб'єктами системи охорони здоров'я і підвищити якість фармацевтичних послуг для пацієнтів.

Ключові слова: фармацевтична допомога, міжнародний досвід, складові та індикатори якості.

Постанова проблеми. Наявність доступних, якісних та безпечних лікарських засобів (ЛЗ) має важливе значення для своєчасного лікування і, відповідно, контролю показників поширеності та захворюваності на різні патології серед населення країни. Особливо це стосується попередження виникнення хронічних форм хвороб, таких, як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, астма, психічні розлади, а також ВІЛ та СНІД. Тому для досягнення бажаних результатів щодо своєчасного і якісного забезпечення населення країни доступними ЛЗ актуальним є питанням розвитку і трансформації сучасної системи охорони здоров'я, і фармацевтичного сектора зокрема, відповідно до основних ринкових тенденцій.

Одним зі шляхів досягнення зазначених цілей є злагоджене функціонування системи надання медичної і фармацевтичної допомоги, особливо в аспекті якості послуг, які надаються.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вітчизняних науковців [4, 5, 7] щодо стану фармацевтичного забезпечення населення країни і особливостей надання фармацевтичної допомоги свідчить про широке коло невирішених проблемних питань у функціонуванні системи охорони здоров'я.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Разом з тим результати наукових досліджень закордонних науковців [9, 10, 12, 14] і практичний досвід використання розробок у сфері оцінки якості надання медичної і фармацевтичної допомоги дають можливість розробити заходи щодо підвищення якості охорони здоров'я в Україні [11-14].

А. А. Котвіцька – доктор фарм. наук, професор кафедри соціальної фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Формулювання цілей статті. Метою нашого дослідження стало проведення аналізу світових та вітчизняних підходів до визначення складових та індикаторів оцінки фармацевтичної допомоги. Під час проведення дослідження використано методи історичного і логічного аналізу, контент-аналіз і мета-аналіз.

Викладення основного матеріалу дослідження. Значна кількість призначень ЛЗ при лікуванні багатьох нозологій, наявність великого обсягу спеціалізованої інформації в різноманітних доступних для пацієнтів джерелах (інструкція для медичного застосування ЛЗ, довідники, мережа Інтернет, реклама тощо), побічні реакції від застосування ЛЗ, низький ступінь комплаєнтності пацієнтів, поширення самолікування – усі ці фактори безпосередньо впливають на бажаний результат фармакотерапії. Відповідно для досягнення позитивного терапевтичного ефекту від застосування ЛЗ необхідно є злагоджена робота лікарів і фармацевтів (провізорів) у процесі надання медичної та фармацевтичної допомоги.

За результатами проведеного аналізу літературних джерел встановлено, що вперше поняття *«фармацевтична допомога»*, як допомога, що надається на рівні окремого пацієнта і забезпечує безпечне та раціональне використання лікарських засобів, використано у 1975 р. колективом американських учених [8, 14].

Подальший розвиток і трансформація цієї категорії відбувались на вимогу часу й відповідно до тенденцій розвитку фармацевтичного сектора. Так, у 1990 р. Хеплер і Странд визначили фармацевтичну допомогу як «відповідальне забезпечення фармакотерапією з метою досягнення чітко визначених результатів, що поліпшують якість життя пацієнта» [14].

Наступним етапом перетворення цієї категорії стало внесення у 1998 р. Міжнародною фармацевтичною федерацією доповнення до зазначеної дефініції: «... досягнення чітко визначених результатів, які б поліпшили і підтримували якість життя пацієнта» [8, 9].

Вітчизняними науковцями фармацевтичну допомогу визначено як комплекс організаційно-економічних, спеціальних (меди-

ко-фармацевтичних) і соціально-суспільних заходів, спрямованих на збереження, поліпшення та усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей з використанням ЛЗ і виробів медичного призначення [7].

У світовій практиці сьогодні розглядають фармацевтичну допомогу у сукупності з іншими видами медичних послуг з орієнтацією на окремих пацієнтів, суспільство, державу. Зокрема останнім часом спостерігається перегляд взаємовідносин провізор – пацієнт і першочерговим стає найбільш повне задоволення потреб конкретного споживача ЛЗ замість «традиційної» орієнтації на фармацевтичний товар. До того ж упроваджена ВООЗ і прийнята Міжнародною фармацевтичною федерацією Концепція «Фармацевт семи зірок» підвищує вимоги до фармацевтичних працівників та їх відповідальність за надання фармацевтичної допомоги [8, 10].

Проведення оцінки фармацевтичної допомоги є однією з умов розвитку сучасної системи охорони здоров'я, а розробка індикаторів якості надання як медичної, так і фармацевтичної допомоги дасть можливість оптимізувати процес взаємодії між усіма рівнями організації системи охорони здоров'я, покращити результат фармакотерапії та підвищити якість послуг для кінцевого споживача.

За визначенням Дж. Майнц [11], **індикатор у системі охорони** здоров'я – це:

- ступінь оцінки процесу конкретного лікувально-профілактичного заходу і його результату;
- кількісний показник, який використовується для моніторингу й оцінки якості державного управління, управлінської, клінічної та допоміжної діяльності, що впливають на результат лікування пацієнтів.

Групою авторів [11, 12] виокремлено ключові аспекти, що мають охоплювати індикатори якості медичної допомоги: безпека, результат і якість процесу, досвід пацієнтів.

Відповідно наказу МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 р. № 751

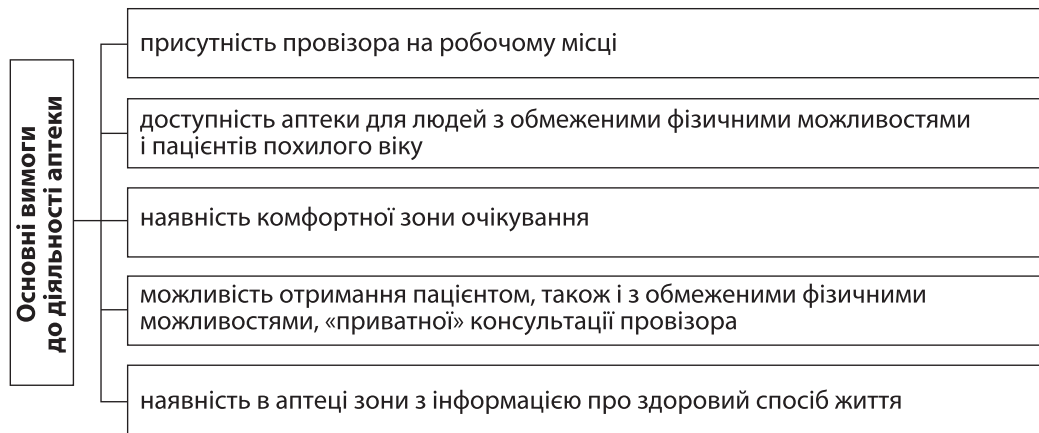


Рис. 1. Основні вимоги GPP до діяльності аптечного закладу

індикатори якості медичної допомоги (або клінічні індикатори) – це кількісний або якісний показник, який визначається ретроспективно та відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги. Положеннями цього наказу визначається «Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини і порядок проведення моніторингу індикаторів відповідно до вимог стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів». Головною метою розробки й упровадження у практичну діяльність цієї методики є наукове обґрунтування та розробка системи моніторингу якості складових медичної допомоги – структури, процесу і результату при запровадженні та використанні в діяльності закладів охорони здоров'я медико-технологічних документів, зокрема клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) [6].

Аналіз літературних джерел свідчить про можливість використання клінічних індикаторів на різних рівнях надання медичної допомоги практикуючими лікарями [2, 3, 12]. До того ж зазначені індикатори розглядаються як невід'ємна частина професійного менеджменту у системі охорони здоров'я багатьох країн світу, зокрема країн Європейського Союзу, США, Австралії [11, 12].

Встановлено, що за допомогою індикаторів якості медичної допомоги забезпечується однорідність методів оцінювання результатів і визначаються орієнтовні на-

прямки вдосконалення якості надання медичної допомоги, однак вони унеможливають отримання даних прямого ступеня якості [3].

Проведені нами дослідження підходів до оцінки фармацевтичної допомоги свідчать, що визначення індикаторів фармацевтичної допомоги є однією зі складових виконання вимог належної аптечної практики (Good Pharmacy Practice – GPP), яка спрямована на захист пацієнта і метою якої є забезпечення надання якісних фармацевтичних послуг [1, 8]. Підтвердженням виконання аптекою вимог належної аптечної практики щодо надання якісної допомоги пацієнтам і роботи відповідно до високих стандартів якості, на думку Міжнародної фармацевтичної федерації, є дотримання вимог, які наведено на рис. 1.

Аналіз світового досвіду впровадження аптечної практики свідчить про перспективність використання індикаторів фармацевтичної допомоги як інструменту розвитку і вдосконалення процесу надання фармацевтичних послуг. Зокрема передбачено встановлення показників контролю діяльності суб'єктів охорони здоров'я, які задіяні в процесі надання фармацевтичної допомоги, на різних рівнях функціонування системи охорони здоров'я (рис. 2) [9, 10].

Враховуючи численність індикаторів оцінки та їх різноплановість, здійснювати вибір рекомендується відповідно до напрямку аналізу, його цілі, наявності інформації про об'єкт тощо.

Європейським управлінням з якості ЛЗ і охорони здоров'я у 2008 р. запроваджено проект «Розробка індикаторів для оцінки

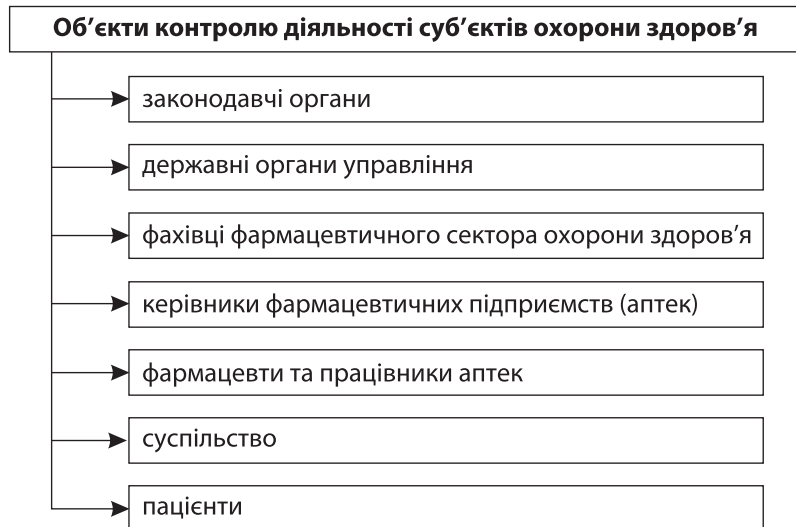


Рис. 2. Об'єкти контролю діяльності суб'єктів охорони здоров'я

фармацевтичної допомоги у країнах Європи» [14], відповідно до якого система якості фармацевтичної допомоги на рівні аптеки передбачає такі основні елементи (табл.).

Наступним етапом нашого дослідження стало проведення аналізу досвіду використання індикаторів якості фармацевтичної допомоги у деяких країнах світу. Так, у *Голландії* пропонується використовувати 42 індикатори якості медико-санітарної допомоги на рівні аптек, які передбачають аналіз таких характеристик: призначення лікарів (рецепти), протипоказання до застосування ЛЗ, побічні дії ЛЗ, взаємодія препаратів при сумісному використанні, лікарська форма, екстемпоральне виготовлення ЛЗ, особистий досвід лікування пацієнта, стандарти фармакотерапії, реєстрація лікарських (фармацевтичних) помилок [12, 14].

Фармацевтична практика *Канади* у системі оцінки якості фармацевтичної допомоги відрізняється у підході формування переліку характеристик для оцінки, зокрема

ґрунтується на визначенні наступності, доступності, відповідності, компетентності, неперервності, ефективності, безпечності та продуктивності надання фармацевтичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я [14].

У вітчизняній фармацевтичній практиці на сьогодні запропоновано використання показника «обсяг необхідної фармацевтичної допомоги», який визначається вартістю ЛЗ, потрібною для проведення раціональної фармакотерапії на підставі клініко-економічного обґрунтування [5].

Сьогодні постійно проводяться наукові дослідження стану фармацевтичного забезпечення різних категорій населення України з різними захворюваннями, що підтверджує актуальність розробки загальнодержавного підходу до оцінки якості фармацевтичної допомоги і фармацевтичних послуг зокрема [4, 5].

Необхідно зазначити, що в сучасних умовах розвитку фармацевтичного ринку процес надання фармацевтичної допомоги до-

Таблиця

ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ СИСТЕМИ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ АПТЕКИ

Елемент системи якості	Зміст
Індикатори структури	Характеризують тип і кількість ресурсів у системі охорони здоров'я або організації, яка надає фармацевтичні послуги (стратегії, стандарти, системи, компетенції)
Індикатори процесу	Дозволяють оцінити постачальника послуг за якістю, своєчасністю, повнотою наданої послуги (проблеми, помилки, відповідність стандартам)
Індикатори результату	Визначають наслідки наданої допомоги для стану здоров'я конкретного пацієнта і суспільства в цілому (рівень задоволення, отримані переваги)

силь часто розглядається через призму фармацевтичної послуги, яка базується на взаємозв'язках між пацієнтом і медичними працівникам, що взяли на себе відповідальність за нього [9, 10, 13]. Така концепція передбачає участь пацієнта у процесі лікування та активну співпрацю «постачальників послуг» у системі охорони здоров'я, зокрема створення постійно діючих взаємовідносин лікар – провізор. Разом з тим, згідно з рекомендаціями міжнародних організацій, у процесі надання фармацевтичних послуг, що складаються з відпуску ЛЗ і здійснення фармацевтичної опіки, консультування відносно здорового способу життя, надання діагностичних послуг, першочергова увага має приділятися безпосередньо інтересам пацієнта [1, 9, 13].

Отже, створення злагодженого процесу функціонування системи охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної і фармацевтичної допомоги дасть можливість підвищити якість фармацевтичної допомоги, внутрішню (на рівні закладів охорони здоров'я) та зовнішню (на рівні державних органів управління і контролю) відповідальність, поінформованість споживачів, зокрема шляхом перегляду й удосконалення процесу надання фармацевтичних послуг.

Висновки

1. Проведено аналіз літературних джерел і визначено підходи до дефініції поняття «фармацевтична допомога».

2. За результатами дослідження міжнародного досвіду надання фармацевтичної допомоги окреслено основні індикатори, які використовуються для оцінки якості допомоги, та їх складові з метою подальшого виокремлення напрямків удосконалення системи охорони здоров'я.

3. Проведено узагальнення вітчизняних підходів оцінки якості медичної допомоги, які передбачають систему індикаторів первинної, вторинної, третинної й екстреної медичної допомоги.

4. Встановлено, що фармацевтична допомога є складовою прямої або непрямої відповідальності проведення фармакотерапії з метою усунення або зменшення симптомів захворювання, припинення або уповільнення патологічних процесів в організмі хворого і попередження захворювання.

Тому актуальним і перспективним напрямком удосконалення процесу фармацевтичного забезпечення населення є визначення національних критеріїв та індикаторів оцінки фармацевтичної допомоги, яка надається населенню країни.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Бармина А. Разработка стандартов GPP в Украине: итоги исследования фармацевтической практики / А. Бармина // Газета «Еженедельник Аптека». – 2013. – № 26 (897). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/239516> – Назва з екрану.
2. Горачук В. В. Удосконалення методичних підходів до формування показників якості медичної допомоги у закладах охорони здоров'я / В. В. Горачук // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. – 2013. – № 5. – С. 20-22.
3. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина та ін. // Український медичний часопис. – 2010. – № 1 (75) – I / II. – С. 7-13.
4. Котвіцька А. А. Аналіз законодавчих та нормативно-правових засад надання фармацевтичної допомоги пільговим категоріям населення в Україні // А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева / Управління, економіка та забезпечення якості в фармацевції. – 2014. – № 6 (38). – С. 75-81.
5. Котвіцька А. А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення [Текст] : автореферат дис. ... д-ра фармацевт. наук : 15.00.01 / А. А. Котвіцька ; Нац. фармацевт. ун-т. – Х., 2008. – 43 с.
6. Наказ МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 р. № 751. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12/page> – Назва з екрану.
7. Немченко А. С. Фармацевтична допомога / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова // Фармацевтична енциклопедія. [Електрон-

- ний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/310/farmaceutichna-dopomoga> – Назва з екрану.
8. Developing pharmacy practice – A focus on patient care / K. Wiedenmayer, R. S. Summers, Cl. A. Mackie et al. – Netherlands: WHO and IPF, 2006. – 87 p.
 9. Freitas O. Communication in Pharmaceutical Care: Strategies for a Dialogue / Osvaldo de Freitas, Leonardo Régis Leira Pereira, Thais Rodrigues Penaforte // International Journal of Collaborative Practice. – 2014. – № 5 (1). – P. 138-142
 10. Hogg S. Pharmaceutical Care Services Plan. Version 3.0 / Susan Hogg. – 2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nhsborders.scot.nhs.uk/media/214972/Pharmaceutical-Care-Services-Plan-2014.pdf> – Назва з екрану.
 11. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement / Jan Mainz // International Journal for Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 15, № 6. – P. 523-530.
 12. Process Indicators of Quality Clinical Pharmacy Services During Transitions of Care / J. Kirwin, A. E. Canales, M. L. Bentley et al. // Pharmacotherapy. – 2012. – Vol. 32, № 11. – P. 338-347.
 13. Tsega B. Analysis of patient care and facility indicators in public and health institutions of Wolkite town, south west Ethiopia / B. Tsega, Z. Ergetie, A. Berhahe // International Journal of Research in Pharmacology and Pharmacotherapeutics. – 2012. – Vol. 1, № 2. – P. 172-177.
 14. Understanding the pharmaceutical care concept and applying it in practice / S. Morak, S. Vogler, S. Walser, N. Kijlstra. – Vienna : GOG, 2010. – 44 p.

REFERENCES

1. Barmina A. The weekly Pharmacy. 2013; 26 (897): [online] <http://www.apteka.ua/article/239516>
2. Gorachuk V. Perfection of methodical approaches to the formation of indicators of quality of care in health facilities. International Humanitarian University Herald. Medicine. 2013; (5): 20-22.
3. Bogomaz VM, Gorokh EL, Gorokh EL, Lishchyshyna YM, Ross G, Novichkova EN, Stepanenko AV. Quality indicators and their role in health care management. Ukrainian Medical Journal. 2010; 1(75): 7-13.
4. Kotvitska AA, Kubareva IV. Analysis of legislative and normative legal framework for providing pharmaceutical care to privileged categories of the population in Ukraine. Management, Economy and Quality Assurance In Pharmacy. 2014; 6(38): 75-81.
5. Kotvitska AA. Methodology of social-effective organization of the pharmaceutical providing of population. [Extended abstract of PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2008. 43 p.
6. Order of the Ministry of Health from 28.09.2012 № 751. [online] <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12/page>
7. Nemchenko AS, Panfilova GL. The Pharmaceutical Encyclopedia. [online] <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/310/farmaceutichna-dopomoga>.
8. Developing pharmacy practice – A focus on patient care / K. Wiedenmayer, R. S. Summers, Cl. A. Mackie et al. Netherlands: WHO and IPF; 2006. 87 p.
9. Freitas O., Régis L., Penaforte Th. R. Communication in Pharmaceutical Care: Strategies for a Dialogue. International Journal of Collaborative Practice. 2014; 1(5): 138-142.
10. Hogg S. Pharmaceutical Care Services Plan. Version 3.0. 2014. [online] <http://www.nhsborders.scot.nhs.uk/media/214972/Pharmaceutical-Care-Services-Plan-2014.pdf>
11. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care. 2003; 15(6): 523-530.
12. Kirwin J., Canales A. E., Bentley M. L. et al. Process Indicators of Quality Clinical Pharmacy Services During Transitions of Care. Pharmacotherapy. 2012; 32(11): 338-347.
13. Tsega B., Ergetie Z., Berhahe A. Analysis of patient care and facility indicators in public and health institutions of Wolkite town, south west Ethiopia. International Journal of Research in Pharmacology and Pharmacotherapeutics. 2012; 1(2): 172-177.
14. Morak S., Vogler S., Walser S., Kijlstra N. Understanding the pharmaceutical care concept and applying it in practice. Vienna: GOG; 2010. 44 p.

УДК 615.1:005.336.3:364-785:006.4

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВЛЯЮЩИХ И ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В СТРАНАХ МИРА**

А. А. Котвицкая, А. В. Волкова

Приведены результаты анализа мирового опыта оценки фармацевтической помощи. Проведено обобщение индикаторов, используемых для разработки направлений повышения качества предоставления фармацевтической помощи и оптимизации процесса фармацевтического обеспечения населения в разных странах. Проанализирован отечественный опыт оценки медицинской помощи. Установлено, что использование системы индикаторов качества фармацевтической помощи позволит усовершенствовать уровень взаимодействия между всеми субъектами системы здравоохранения и повысить качество фармацевтических услуг для пациентов.

Ключевые слова: фармацевтическая помощь, международный опыт, составляющие и индикаторы качества.

UDC 615.1:005.336.3:364-785:006.4

**THE STUDY OF COMPONENTS AND INDICATORS FOR ASSESSING THE PHARMACEUTICAL CARE
IN THE COUNTRIES OF THE WORLD**

Alla A. Kotvitska, Alina V. Volkova

The results of analysis of the global experience for assessing the pharmaceutical care are presented in the article. Indicators used for development of improving the quality of pharmaceutical care and optimizing the process of the pharmaceutical provision in different countries have been generalized. The domestic experience of medical care evaluation has been analyzed. It has been found that application of the quality system of the pharmaceutical care indicators allows to improve the level of interaction among all subjects of the health care system and the quality of pharmaceutical services for patients.

Key words: pharmaceutical care, international experience, quality indicators.

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

UDC 615.1:614.2

THE CHANGE OF DEMOGRAPHIC INDICATORS, THE LEGAL FORM OF THE OWNERSHIP, THE OWNER SHARE OF A PHARMACIST IN THE CAPITAL AND ECONOMIC SITUATION IN THE COMMUNITY PHARMACIES RESULTING FROM GLOBALIZATION

Ivona Malovecká, Daniela Mináriková, Viliam Foltán

Comenius University in Bratislava, Slovak Republic. E-mail: ivonamalovecka@gmail.com, malovecka@fpharm.uniba.sk

The aim of this paper was to determine a demographic situation, the legal form of the ownership, the owner share of a pharmacist in the capital and the economic situation in the community pharmacies of Slovakia. The number of community pharmacies constantly increases (1540 pharmacies in 2012). The legal forms of the ownership in community pharmacies were limited companies (73.6%), a sole proprietor – pharmacists (23.9%), and Joint Stock Companies (1.3%); in the community pharmacy branches there were also limited companies (73.4%), a sole proprietor – pharmacists (26%), Joint Stock Companies (1%). The owner share of the pharmacist in the capital of public pharmacies was 50.4%, and in the community pharmacy branches it was 66%. The financial analysis for the period of 2007–2012 showed decline in Return on Sales (in 2012 to 1.98 %), decrease of liquidity due to the Current Ratio (in 2012 to 1.87) and the Quick Ratio (in 2012 to 1.08), decrease in the Average Collection Period (in 2012 to 53.8 days), a slight increase in the Average Inventory Period (in 2012 to 36.5 days) and the increased Average Payment Period (in 2012 to 86.3 days).

Key words: community pharmacy, demographical analysis, legal form of the pharmaceutical care provider, owner's share on the capital, financial analysis, profitability, liquidity, efficiency.

Introduction. Public pharmacies are excellent medical facilities having the largest number of contacts with patients [1]. They are the facilities of the first and last contact with the healthcare system for the patient. Public pharmacies are unique and easily accessible places in the healthcare system with a high proficiency in provision of pharmaceutical care and the highly qualified medical staff [2, 3]. A community pharmacy provides citizens with pharmaceutical care and runs its healthcare business at the market with state regulatory interventions [4, 5]. These restrictions affect its stability and because of that it has to be constantly

monitored [6, 7]. The convenient way of monitoring the financial situation of a community pharmacy is financial analysis and its outcomes such as profitability, liquidity, debt and productivity ratios [8, 9, 10, 11].

Experimental part. Methods. The data about the demographic situation were obtained from Health Yearbooks [12] and the Eurostat European commission database from 2007 – 2012 [13]. The data concerning the legal status were drawn from self-governing regions, the database of the Trade Register of the Slovak Republic [14], the Commercial Register of the Slovak Republic [15] and the databases of the Statistical Office of the Slovak Republic by the date of 31. 12. 2012 [16]. Based on these data a set of databases of community pharmacies and the community pharmacy branches

Ivona Malovecká – PharmDr. Ing., Department of Organisation and Management in Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Comenius University in Bratislava (Slovak Republic)

Table 1

DEMOGRAPHIC ANALYSIS OF COMMUNITY PHARMACIES AND COMMUNITY PHARMACY BRANCHES IN THE SLOVAK REPUBLIC WITHIN THE PERIOD OF 2007-2012

Years	Community pharmacy	Community pharmacy branch	Community pharmacy established as a training point	Total providers of pharmaceutical care	Number of inhabitants	Number of inhabitants per a community pharmacy
2007	1382	89	4	1475	5400998	3662
2008	1177	101	3	1281	5412254	4225
2009	1281	66	2	1349	5424925	4021
2010	1420	71	2	1493	5435273	3641
2011	1468	55	1	1524	5404322	3546
2012	1463	76	1	1540	5410836	3514

in the Slovak Republic has been compiled, and it is included:

1. Demographic analysis within the period of 2007-2012.

2. Analysis of the legal form of the ownership in community pharmacies and community pharmacy branches by the date of 31.12.2012.

3. Analysis of the owner share of a pharmacist in the capital of the community pharmacy and community pharmacy branches by the date of 31.12.2012.

4. Financial analysis of the community pharmacies (54) and the community pharmacy branches (7) within the period of 2007-2012 by profitability, liquidity and efficiency parameters.

Then the data were summarized in tables and analysed using the Microsoft Excel 2010 software and freely available extensions.

Results. For the purposes of the given work we understand the entity providing pharmaceutical care in the community pharmacy or in the community pharmacy branches under the term “a provider of pharmaceutical care”. Pharmaceutical care is provided also in other healthcare facilities excluded from the analysis.

1. Demographic analysis of community pharmacies and community pharmacy branches in the Slovak Republic within the period of 2007-2012

Demographical analysis revealed the increasing number of healthcare facilities, stagnant number of inhabitants and decrease in number of inhabitants per a community pharmacy.

2. Analysis of the legal form of the ownership in community pharmacies and community pharmacy branches

The analysis of the legal form of the ownership in community pharmacies and commu-

nity pharmacy branches was made by the date of 31.12.2012 and included 1540 community pharmacies and community pharmacy branches. The analysis in **community pharmacies** revealed that the most common legal form of the ownership was *legal entity – company limited*. In this legal form 73.6% of community pharmacies was in business. In the legal form of *sole proprietor – a pharmacist* 23.9% of community pharmacies worked, and the form of the ownership through *Joint Stock Company* was used by 1.3% of community pharmacies. Other legal forms (cooperative, limited partnership, general partnership, etc.) accounted for the remaining 1.2% of community pharmacies. The analysis in **community pharmacy branches** showed that again the most common legal form of the ownership was *legal entity – company limited*. In this legal form 73.0% of community pharmacy branches was in business. In the legal form of *sole proprietor – a pharmacist* 26.0% of community pharmacy branches worked, and the form of the ownership through *Joint Stock Company* was used by 1.0% of community pharmacy branches. Other legal forms (cooperative, limited partnership, general partnership, etc.) accounted for the remaining 1.2% of community pharmacy branches.

3. Analysis of the owner share of a pharmacist in the capital of community pharmacies and community pharmacy branches

The analysis of the owner share in the capital of the pharmaceutical care provider in community pharmacies and in the branches of community pharmacies was made by the date of 31.12.2012 and included 1540 community pharmacies and community pharmacy branches. The analysis in the group of **community**

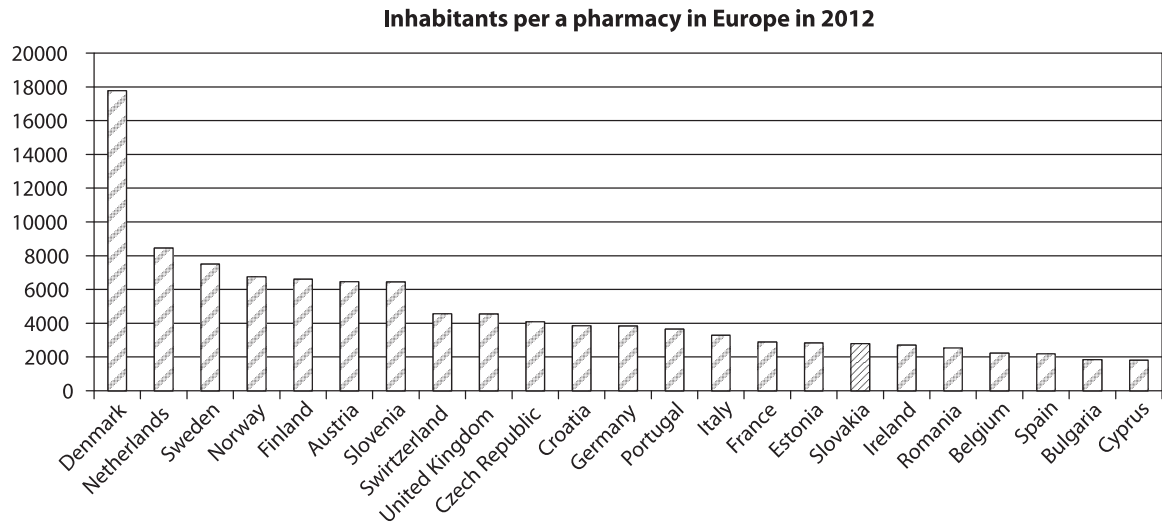


Fig. Inhabitants per a pharmacy in Europe in 2012 [19, 20] (the own analysis from the sources mentioned)

pharmacies showed that 50.4% of the owner share in the capital was in the hands of pharmacists, either in the form of *sole proprietor – a pharmacist* or *legal entity – company limited*. Further analysis in the group of **community pharmacy branches** showed that 66.0% of the owner share in the capital was in the hands of pharmacists, also either in the form of *sole proprietor – a pharmacist* or *legal entity – company limited*. This implies that the owner share in the capital in the community pharmacy branches was 15.6% more than the owner share in capital of the community pharmacies.

4. Financial analysis of community pharmacies and community pharmacy branches within the period of 2007-2012

Financial analysis was based on profitability, liquidity and efficiency analysis at 61 community pharmacies and community pharmacy branches.

Profitability Analysis

Return on Sales

The Profitability Analysis of community pharmacies (54) and community pharmacy branches (7) was carried out by the parameter Return on Sales (RS). RS in the reporting time was in two periods. The first period was within 2007-2009, in which RS showed a downward trend (RS 2007 = 1.65%, RS 2008 = 1.53%, RS 2009 = 1.54%). In the second period within 2010-2012, RS also showed a downward trend (RS 2010 = 1.43%, RS 2011 = 2.22%, RS 2012 = 1.98%), but the values were at a higher level (Fig.). Between these two periods there was a significant leap in RS (Δ RS 2009-2010 = +0.89%).

RS within the period of 2007-2012 ranged from 1.53 to 2.43% (average 1.89%).

Liquidity Analysis

Current Liquidity/Current Ratio

The Liquidity Analysis by the parameter Current Ratio (CR) revealed that it had an upward trend until 2009 and then a downward trend until 2012. CR fluctuated in the range from 1.65 to 2.57 (average 2.11). The value of CR in 2012 was 1.87, the second lowest value within the period studied.

Quick Liquidity/Quick Ratio

The Liquidity Analysis with the parameter Quick Ratio (QR) showed an upward trend until 2009 and then a downward trend until 2012. QR fluctuated in the range from 1.08 to 1.99 (average 1.55). The value of QR in 2012 was 1.08, the lowest value of the period studied.

Efficiency Analysis

Average Collection Period

The Average Collection Period (ACP) within the period of 2007-2012 studied had an upward trend until 2010 and then downward trend until 2012. The ACP values ranged from 49.0 to 63.7 days (average 57.4 days), and in 2012 reached 53.8 days.

Average Inventory Period

The Average Inventory Period (AIP) fluctuated slightly over the period, since 2010 AIP has lightly risen. AIP fluctuated in the range of 28.1 to 36.5 days (average 31.6 days), and in 2012 reached a peak of 36.5 days.

Average Payment Period

The Average Payment Period (APP) was prolonged within the period of 2007-2012. In 2010

Table 2

THE RESULTS OF PROFITABILITY, LIQUIDITY AND EFFICIENCY ANALYSIS IN 61 COMMUNITY PHARMACIES AND COMMUNITY PHARMACY BRANCHES WITHIN THE PERIOD OF 2007-2012

Years	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Profitability Analysis						
Return on Sales (%)	1.65	1.53	1.54	2.43	2.22	1.98
Liquidity analysis						
Current ratio	1.65	2.29	2.57	2.21	2.9	1.87
Quick ratio	1.34	1.61	1.99	1.61	1.69	1.8
Efficiency Analysis						
Average Collection Period (days)	53.8	49.0	61.1	63.7	63.0	53.8
Average Inventory Period (days)	30.8	34.7	29.2	28.1	30.2	36.5
Average Payment Period (days)	79.0	86.1	89.2	73.7	81.5	86.3

a significant jump to a lower value was recorded. Then APP was again extended. APP ranged from 73.7 to 89.2 days (average 82.6 days), and in 2012 reached the second highest value of the reporting period of 86.3 days.

Discussion. The sector of community pharmacies in the Slovak Republic underwent a dramatic change in recent years [17]. The total number of community pharmacies and community pharmacy branches increased from 965 in 2000 up to 1854 in 2011[12]. The number of pharmacies per 100 000 of the population in 2007 in the Slovak Republic was almost the same as the OECD average [18]. The number of inhabitants per a community pharmacy in Europe in 2012 is given in Fig. 1.

The scientific literature research revealed the lack of data about the legal form of the ownership, the pharmacist's owner share in the capital and the limited information concerning the evaluation of the economic situation in community pharmacies.

Recently the legal form of the ownership implies a shift from the traditional way of ownership by a sole proprietor – a pharmacist (23.9%) to legal entities, mostly the company limited (ltd) (73.6%).

In 2002, 13 years ago, there were community pharmacies and community pharmacy branches in the Slovak Republic owned exclusively by pharmacists. Gradually the pharmacist's owner share in the capital decreased. Nowadays the owner share of a pharmacist in the capital falls to half – 50.4% in community pharmacies and 66% in community pharmacy branches, respectively.

The only publication recognized as an appropriate source that contained financial data for

comparison of our results was NCPA Digest 2009. The evaluation was made by the National Community Pharmacist Association in the USA in 2008 and covered 22,728 independent community pharmacies. The financial analysis was made in a very extended form, and data were suitable for further comparison.

In 2008 Return on Sales in Slovakia was remarkably lower (1.53%) compared to 2.7% in the USA [21]. The Current Ratio reached 1.87 and the Quick Ratio reached 1.08 contrasting to 3.6 and 1.6 in the USA. Despite all the Liquidity Ratios are within the desired range, the Quick Ratio in Slovakia is very close to the value "1". In very soon time it may have shortage of money for goods purchase and without selling inventory it will not be able to ensure stocks for sale. The Average Collection Period in 2008 reached 49.0 days, the Average Inventory Period reached a peak of 34.7 days and the Average Payment Period reached a period of 86.1 days compared to 15 days, 35 days and 15 days in the USA, respectively [22]. In general, it is required to have these periods as short as it gets. A long collection period in Slovakia can lead the owners to insolvency. It is also suitable to have the shortest Average Inventory Period in order not to bind too much money in goods and prevent obsolete stock. It is also suitable to keep the Average Payment Period short to protect suppliers from insolvency.

Conclusions

Globalisation, macroeconomic development, direct and indirect regulation of pharmaceutical services resulted in changes with the unimaginable impact. Therefore, it is necessary to constantly monitor, control and evaluate the provider of pharmaceutical care, not only in terms of health, but

also in terms of finances, at the individual level, as well as at the level of society. This can contribute to the recovery of the system and bring more added values in the field of healthcare.

REFERENCES

1. PGEU. European Community Pharmacy Blueprint. Pharmaceutical Group of European Union. 2012.
2. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *Health & Place*. 2014;29:140–145. doi:10.1186/1471-2458-11-582
3. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? WHO. 2009.
4. Anell A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. *Health Policy*. 2005;75(1):9–17.
5. IPU. Statement from the Irish Pharmacy Union. Irish Pharmacy Union. 2013.
6. ATKearney. The future of community pharmacy in England. ATKearney; 2012. 28 p.
7. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Survey of Chain of Trust Project, under EU Public Health Programme (Grant Agreement No. 2009; 11-13).
8. Vlachynský et al. Corporate finances. Bratislava: Ekonómia; 2009.
9. Lluch M, Kanavos P. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*. 2010;95(2-3):245–54. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.11.002.
10. NCPA. 2009 NCPA Digest. National Community Pharmacist Association. 2010.
11. Grootendorst P, Rocchi M, Segal H. An Economic Analysis of the Impact of Reductions in Generic Drug Rebates on Community Pharmacy in Canada. Toronto: Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto; 2008. Available from: http://individual.utoronto.ca/grootendorst/pdf/Grootendorst_et_al_Pharmacy_Rebates_Report_Final.pdf.
12. Institute of Health Information and Statistics. Health Yearbook of the Slovak Republic 2000, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.
13. Eurostat European commission database [online] [cit. 2013-09-27]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.hp/Population_structure_and_ageing.
14. The Trade Register of the Slovak Republic. Available from: <http://www.zrsr.sk>.
15. The Commercial Register of the Slovak Republic. Available from: <http://www.orsr.sk>.
16. The Statistical Office of the Slovak Republic. Available from: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=2213>.
17. Szalay T, Pazitny P, Szalayova A, Frisova S, Morvay K, Petrovic M, Ginneken van E. Health system in Transition. Slovakia: Health system review. 2011; 13(2):203.
18. OECD. Health at a Glance 2009 OECD Indicator. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
19. Eurostat. Database number of inhabitants in 2012. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>
20. PGEU. Annual report 2013. Available from: <http://www.pgeu.eu/en/library/224-annual-report-2013.html>
21. Jackson RA. History of the digest. Available from: <http://www.ncpa.co/pdf/digest-history.pdf>
22. NCPA. NCPA DIGEST 2009. Available from: http://www.ncpanet.org/pdf/digest/digest09_financials.pdf

УДК 615.1:614.2

ИЗМЕНЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ, ДОЛИ СОБСТВЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТА В УСТАВНОМ КАПИТАЛЕ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В КОММУНАЛЬНЫХ АПТЕКАХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ГЛОБАЛИЗАЦИИ**И. Маловецка, Д. Минарикова, В. Фольган**

Целью данной работы стало определение демографической ситуации, организационно-правовой формы собственности, доли собственности фармацевта в уставном капитале и экономической ситуации в коммунальных аптеках в Словакии. Количество коммунальных (общественных) аптек постоянно увеличивается (1540 в 2012 г.). Организационно-правовые формы собственности в коммунальных аптеках представлены предприятиями с ограниченной ответственностью (73,6%), частными предпринимателями – фармацевтами (23,9%) и акционерными обществами (1,3%). Сети коммунальных аптек также представлены предприятиями с ограниченной ответственностью (73,4%), частными предпринимателями – фармацевтами (26%), акционерными обществами (1%). Доля собственности фармацевта в уставном капитале в коммунальных аптеках составила 50,4%, а в сетевых коммунальных аптеках – 66%. Финансовый анализ за период 2007-2012 гг. показал снижение рентабельности продаж (до 1,98% в 2012 г.), уменьшение ликвидности за счет снижения коэффициента текущей ликвидности (на 1,87 в 2012 г.) и коэффициента быстрой ликвидности (на 1,08 в 2012 г.), снижение среднего периода товарооборота (до 53,8 дней в 2012 г.), незначительное увеличение среднего инвентаризационного периода (до 36,5 дней в 2012 г.) и увеличение среднего периода текущей кредиторской задолженности (86,3 дня в 2012 г.).

Ключевые слова: коммунальная аптека, демографический анализ, организационно-правовая форма поставщика фармацевтической помощи, доля собственности фармацевта в уставном капитале, финансовый анализ, прибыльность, ликвидность, эффективность.

УДК 615.1:614.2

ЗМІНИ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ, ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ, ЧАСТКИ ВЛАСНОСТІ ФАРМАЦЕВТА У СТАТУТНОМУ КАПІТАЛІ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ У КОМУНАЛЬНИХ АПТЕКАХ У РЕЗУЛЬТАТІ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ**І. Маловецька, Д. Мінарікова, В. Фольган**

Метою роботи стало визначення демографічної ситуації, організаційно-правової форми власності, частки власності фармацевта в статутному капіталі та економічної ситуації в комунальних аптеках у Словаччині. Кількість комунальних (громадських) аптек постійно збільшується (1540 у 2012 р.). Організаційно-правові форми власності комунальних аптек представлені підприємствами з обмеженою відповідальністю (73,6%), приватними підприємцями – фармацевтами (23,9%) й акціонерними товариствами (1,3%). Мережі комунальних аптек також представлені підприємствами з обмеженою відповідальністю (73,4%), приватними підприємцями – фармацевтами (26%), акціонерними товариствами (1%). Частка власності фармацевта у статутному капіталі в комунальних аптеках склала 50,4%, а в мережевих комунальних аптеках – 66%. Фінансовий аналіз за період 2007-2012 рр. показав зниження рентабельності продажів (до 1,98% у 2012 р.), зменшення ліквідності за рахунок зниження коефіцієнта поточної ліквідності (на 1,87 у 2012 р.) і коефіцієнта швидкої ліквідності (на 1,08 у 2012 р.), зниження середнього періоду товарообігу (до 53,8 днів у 2012 р.), незначне збільшення середнього інвентаризаційного періоду (до 36,5 днів у 2012 р.) і збільшення середнього періоду поточної кредиторської заборгованості (86,3 днів у 2012 р.).

Ключові слова: комунальна аптека, демографічний аналіз, організаційно-правова форма постачальника фармацевтичної допомоги, частка власності фармацевта у статутному капіталі, фінансовий аналіз, прибутковість, ліквідність, ефективність.

Рекомендовано д. фарм. н., професором А. А. Котвіцькою

УДК 616.248:615.015

НАУКОВЕ УЗАГАЛЬНЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ З ТРАДИЦІЙНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ

О. А. Немченко

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

Наведено результати систематизації даних з організації фармацевтичного забезпечення населення у різних країнах. Враховуючи велику різноманітність в організації надання населенню фармацевтичної допомоги у світі, ми за допомогою комплексного критерію класифікували країни на чотири групи. У кожній групі країн були визначені характерні риси в організації надання фармацевтичної допомоги населенню. Встановлено, що характерною особливістю розвитку систем фармацевтичного забезпечення у країнах, що сформували I та II групи аналізу, є наявність чітко визначених підходів у державній політиці регулювання показника доступності фармацевтичної допомоги, що надається населенню, незалежно від соціально-економічного статусу громадян у суспільстві.

Ключові слова: аптечні заклади, аптечні мережі, фармацевтична допомога, фармацевтичне забезпечення.

Постанова проблеми. Останнім часом у світі важливого значення набуває посилення гуманістичних тенденцій, які впливають практично на всі сфери суспільного життя та форми діяльності, зокрема й на організацію надання фармацевтичної допомоги (ФД) і послуги. За визначенням ВООЗ і Міжнародної фармацевтичної федерації, Україна належить до так званих нових незалежних держав, що розвиваються у напрямку впровадження ринкових відносин у практичну охорону здоров'я (ОЗ). Упровадження нових моделей і методів в організацію фармацевтичного забезпечення населення за умов соціального розшарування населення та перманентного дефіциту кош-

тів у системі ОЗ потребує використання результатів аналізу досвіду надання ФД і проблем функціонування аптечних мереж у різних країнах світу. Особливої актуальності дослідження проблем та перспектив функціонування аптечних закладів різних форм власності та господарювання у світовій фармацевтичній практиці набувають в умовах соціально ефективного реформування вітчизняної системи ОЗ та фармації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми організації надання ефективної ФД та функціонування аптечних закладів в умовах постійних змін у зовнішньому середовищі розглядалися з різних аспектів, насамперед історичних, маркетингових, організаційно-економічних, соціальних та ін. [1, 2, 4-6, 10]. Окремі питання оцінки ефективності функціонування аптечних мереж розглядалися у працях О. В. Посилкіної, І. О. Ткачук, О. А. Білан, О. Соколенко, а історичний аналіз розвитку аптечних мереж в Україні був

О. А. Немченко – кандидат фарм. наук, доцент кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

проведений В. М. Хоменком, І. П. Бухтіяровою, І. К. Ярмолою [7-9, 11].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. При цьому у вітчизняній літературі відсутні праці, які містили результати аналізу організаційних засад функціонування аптечних закладів, проблем надання ФД у різних країнах світу в систематизованому вигляді.

Формулювання цілей статті. Враховуючи соціально-економічне значення розгляду проблем надання ФД та особливості функціонування аптечних закладів і мереж у різних країнах світу, ми поставили завдання систематизувати матеріал за цією тематикою та сформулювати найперспективніші напрямки організації надання ФД і розвитку вітчизняних аптечних мереж у роздрібно-му сегменті фармацевтичного ринку (ФР).

Викладення основного матеріалу дослідження. Через велику різноманітність в організації надання населенню ФД у світі на першому етапі систематизації матеріалу виникла необхідність упровадження комплексного критерію, за яким можна було б класифікувати країни на відповідні групи аналізу. При формуванні зазначеного критерію класифікації країн були враховані:

- історично обумовлені особливості організації систем фармацевтичного забезпечення населення;
- демографічні (кількість мешканців, що припадає на один аптечний заклад) та географічні (пішохідна відстань від однієї аптеки до іншої за видами місцевості) критерії розміщення аптечної мережі;
- рівень державного регулювання фармацевтичною діяльністю на макро- та мікроекономічному рівнях функціонування суб'єктів господарювання;
- право власності та характеристика вимог щодо організації фармацевтичного бізнесу;
- можливість формування аптечних мереж одним власником;
- наявність лікарських засобів (ЛЗ) у відкритій торгівлі (супермаркети, торговельні центри, автозаправки тощо);
- спільність традиційних підходів в організації надання ФД і послуг у побудові товаропровідної мережі з просування ЛЗ на ФР [3].

За цим комплексним критерієм нами було визначено такі групи країн, що характеризуються:

- традиційно сформованими протягом декількох століть соціально орієнтованими підходами щодо організації надання ФД населенню з чітко визначеними критеріями (*фармацевти можуть володіти обмеженою кількістю аптек*) та порядком державного регулювання діяльності аптечних закладів у ринкових умовах (здебільшого це країни Західної Європи: Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Італія, Люксембург – *I група*);
- реформуванням системи фармацевтичного забезпечення та ОЗ населення у напрямку впровадження форм і методів обслуговування населення, що базуються на традиційно пріоритетній ролі держави у збереженні здоров'я громадян та чітко визначеній (*аптекою можуть володіти лише фармацевти*) державній політиці щодо порядку відкриття та організації діяльності аптек (члени ЄС або кандидати вступу до ЄС, а саме: Литва, Туреччина, Латвія, Словенія, Угорщина – *II група*);
- превалюванням ліберальних підходів в організації фармацевтичного забезпечення населення (*аптекою можуть володіти не фармацевти самостійно або спільно з фармацевтами*) за наявності ефективних механізмів державного регулювання якості надання ФД та моніторингу вартості її компенсації (Австрія, Бельгія, Іспанія, Швеція, Кіпр, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Мальта, Швейцарія, Великобританія, США, Канада – *III група*);
- паралельним упровадженням ринкових механізмів у практичну ОЗ і фармацевтичне забезпечення населення (*аптекою можуть володіти не фармацевти*) та побудовою соціально орієнтованої моделі державного регулювання фармацевтичною діяльністю на прикладі країн Західної Європи (країни Східної Європи – члени ЄС, кандидати до вступу в ЄС та інші, а саме: Болгарія, Хорватія, Чехія, Естонія, Польща, Румунія, Словаччина, Україна, Російська Федерація – *IV група*).

Враховуючи значний обсяг проаналізованого матеріалу детальніше зупинимося на характеристиці особливостей організації надання ФД та функціонування аптечних мереж у *I* і *II* групах аналізу на прикладі найбільш характерних країн. Країнам, що увійшли до складу *I* та *II* груп аналізу, притаманні традиційні підходи до організації соціально орієнтованих моделей фармацевтичного забезпечення населення та історично сформовані підходи до державного регулювання фармацевтичної діяльності взагалі.

Серед країн *I* групи класичним прикладом існування традиційних підходів до організації ФЗ, що формувалися століттями в умовах розвитку демократичних принципів у суспільстві, є **Франція**. У результаті реформи ОЗ, що була проведена у 90-х роках минулого століття, пріоритет в організації фармацевтичного забезпечення був перенесений із суто комерційної сфери, де ЛЗ розглядались як елемент бізнесу, до страхової форми діяльності. На сьогодні організація фармацевтичного забезпечення населення у Франції характеризується розгалуженою мережею аптек. Так, у країні функціонують понад 30 000 закладів здебільшого приватної форми власності. Особливою рисою формування асортиментної політики французьких аптек є наявність широкого спектра парфумерних, косметичних, супутніх товарів та засобів особистої гігієни. Враховуючи світові тенденції щодо активного просування маркетингових технологій на ФР, посилення ролі комерційних факторів в організації фармацевтичної діяльності та надання медичної допомоги, у 2007 р. був прийнятий новий закон, в якому були чітко окреслені критерії для відкриття нових аптек, що мають переважно обмежувальний характер (кількість потенційних відвідувачів, розмір торговельної площі не менше ніж 80 м², обсяг прогнозованої величини товарообігу тощо). Відповідно до норм зазначеного закону власником аптеки може бути лише фармацевт або професійне об'єднання фармацевтів. Державна ліцензія видається на обслуговування 2500 мешканців, а подальший розвиток аптечної мережі можливий лише за умов наявності додаткових 3500 жителів. Нормами зазначеного зако-

ну державою заохочуються процеси злиття та перенесення аптек. У Франції заборонено відкриття аптек у супермаркетах, торговельних комплексах, на автозаправках та в інших багатолюдних місцях.

У більшості країн *I* групи існують обмеження на право володіння аптеками. Наприклад, у **Німеччині** до кінця 2004 р. кожен фармацевт мав право володіти виключно лише однією аптекою. Актом про реформування системи ОЗ зазначені норми були скасовані. Так, на сьогодні фармацевти можуть мати у власності до 4-х аптек, але створення більш розгалуженої аптечної мережі, які існують у США, Нідерландах, Великобританії, заборонено. При цьому в Німеччині відсутні нормативи щодо демографічних показників розміщення аптечної мережі.

У **Греції** до 1997 р. не існувало жодних обмежень щодо відкриття нових аптек. Враховуючи значний вплив туристичного бізнесу на побудову внутрішньої економічної інфраструктури, також і фармацевтичного сектора, держава досить ліберально підходила до питання відкриття нових аптек. Унаслідок цього наприкінці 90-х років ХХ століття у Греції сформувалась і діяла мережа аптечних закладів приватної форми власності, що не відповідала реальним потребам населення в організації доступної ФД та послуг. У середньому на одну аптеку припадало понад 900 мешканців.

У **Данії** державні ліцензії видаються лише фармацевтам з країн ЄС відповідно до адміністративних і географічних зон поділу країни на підставі згоди Міністерства ОЗ (управління фармацією) та королеви. У країні функціонують приблизно 300 аптек, що обслуговують понад 5,3 млн мешканців.

У **Італії** держава суворо контролює кількість аптечних закладів за демографічними та географічними критеріями. В країні заборонено створення аптечних мереж, тобто спрацьовує принцип «один фармацевт – одна аптека». Більшість ЛЗ, що споживаються в країні, мають італійське походження, а внутрішній ФР займає одну з лідируючих позицій в ЄС. За оцінкою фахівців, Італія має найпоширенішу в Європі дистриб'юторську мережу. Так, у країні функціонують приблизно 130 дистриб'юторів і 260 аптечних складів.

**АНАЛІЗ ВИМОГ ЩОДО МОЖЛИВОСТІ ВІДКРИТТЯ АПТЕК
ЗА ДЕЯКИМИ КРАЇНАМИ І ГРУПИ АНАЛІЗУ**

Можливість володіння аптекою за критеріями	
Греція: фармацевт або об'єднання фармацевтів; кожен фармацевт може володіти однією аптекою або невеликою часткою необоротних та оборотних активів в іншій аптеці	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Законодавчим актом встановлені такі норми щодо порядку видання ліцензії: для муніципалітетів та муніципальних і комунальних районів з населенням до 1500 мешканців може бути видана тільки <i>одна ліцензія</i> на аптеку; у муніципалітетах, муніципальних і комунальних районах з населенням 1501 мешканець або більше встановлюється межа населення в 1500 осіб на одну аптеку	Для новостворених аптек встановлені такі параметри відстані від уже функціонуючих аптек: 100 м у муніципалітетах та муніципальних або комунальних районах з населенням до 5000 жителів; 180 м – з населенням від 5001 до 100000 жителів; 200 м – з населенням від 100001 до 200000 мешканців; 250 м – з населенням понад 200001 жителя
Італія: У разі відкриття закладів приватної форми власності аптекою можуть володіти лише фармацевти чи їх об'єднання або кооператив фармацевтів. Для закладів муніципальної форми власності аптекою може володіти професійне об'єднання або дистриб'ютори ФР	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Для міст, в яких проживає до 12500 жителів, місцева влада повинна надавати одну ліцензію на відкриття нових аптек на кожні 5000 жителів. За наявності міського населення понад 12500 жителів ліцензія видається на кожні 4000 мешканців	Відкриття нової аптеки можливе при відстані 200 м від аптеки будь-якої форми власності, що вже функціонує
Люксембург: Держава видає концесію фармацевтам або їх об'єднанню	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Одна нова аптека відкривається за наявності 5000 мешканців	Відсутній

Ліцензію на відкриття аптеки у **Фінляндії** видає так зване «Лікарське відомство», а отримати її може будь-який громадянин ЄС. Причому ліцензії не можна передавати або продавати. Як і в інших країнах I групи, у Фінляндії заборонено фармацевтам володіти мережею аптек. Один фармацевт, як юридична або фізична особа, може мати у власності лише одну аптеку та максимум три філії, за винятком великих торгових центрів. Для відкриття додаткових аптек у таких центрах має бути спеціальне погодження та рішення «Лікарського відомства» країни. Зараз у Фінляндії функціонує понад 800 аптек, а на один аптечний заклад припадає від 6000 до 7000 мешканців. На відміну від інших європейських країн переважна більшість (від 95 до 99% товарообігу аптек) у структурі аптечних продажів складають ЛЗ. Цікавим є той факт, що за наявності розвиненої системи реімбурсації вартості спожитих ЛЗ у Фінляндії спостерігається найнижчий серед країн Європи рівень державної компенсації вартості

препаратів за рахунок фондів соціальних інституцій. Результати систематизації матеріалу, що стосується організації надання ФД й особливостей функціонування аптечних закладів і мереж у деяких країнах I групи (Італія, Греція, Люксембург), наведені у табл.

Серед країн II групи аналізу найбільш яскравим представником є **Туреччина**. За наявності жорстких умов щодо можливості володіння господарчими засобами аптеки (може володіти лише фармацевт, який є громадянином Туреччини) і створення аптечних мереж (діє правило «один фармацевт – одна аптека») у країні відсутні обмеження щодо порядку розміщення аптек за демографічним та географічним критеріями.

Окрім цього, в країні діють жорсткі умови відпуску ЛЗ населенню. Переважна більшість турецьких аптек мають приватну форму власності. У країні діє потужне та впливове професійне об'єднання, що захищає інтереси фармацевтичної спільноти на різних рівнях і сферах їх діяльності. До складу II гру-

пи країн були також віднесені *Литва* і *Латвія*, в яких аптекою можуть володіти лише фармацевти або об'єднання фармацевтів. У Латвії зазначена норма набула чинності досить недавно (з 01.01.2011 р.). З цього часу в Латвії заборонено створення аптечних мереж одним власником. На відміну від Латвії в Литві відсутні демографічні та географічні критерії щодо доцільності відкриття нових аптек та формування аптечних мереж. За останніми даними, у Латвії функціонують 825 аптек, а в Литві – понад 1520 аптечних закладів переважно приватної форми власності.

В *Угорщині* функціонують понад 2500 аптечних закладів, одна аптека обслуговує приблизно 5 тис. мешканців. До кінця 2007 р. було заборонено володіння аптекою не фармацевтом. Ліквідація зазначеної норми мала негативний вплив на розвиток роздрібно-го сегмента ФР. Унаслідок чого владою країни було прийнято рішення про необхідність повернення до існуючих раніше норм щодо права власності на аптеку та географічних і демографічних критеріїв регулювання розвитку аптечної мережі. В Угорщині заборонено формування одним власником аптечних мереж.

Незважаючи на істотну різноманітність підходів до організації фармацевтичного забезпечення населення у країнах I та II груп аналізу, важливою спільною рисою для них є наявність чітко визначених підходів у державному регулюванні доступності (фізичної, соціально-економічної та маркетингової) надання ФД різним верствам населення незалежно від соціально-економічного статусу громадян у суспільстві.

Висновки

1. За результатами систематизації даних, що стосуються організації надання ФД та аналізу особливостей діяльності аптечних мереж у світі нами сформовані чотири групи країн. Розподіл країн здійснювався за комплексним критерієм, який відображає історичні особливості формування й розвитку систем фармацевтичного забезпечення населення, рівень впливу держави у фармацевтичному секторі, можливість відкриття аптеки фармацевтами та функціонування аптечних мереж тощо.

2. Встановлено, що за останнє десятиліття внаслідок розвитку світового ФР змі-

нились як форми, так і методи в організації ФД у національних системах ОЗ.

3. Характерною особливістю розвитку систем фармацевтичного забезпечення у країнах, що сформували I та II групи аналізу, є наявність чітко визначених підходів у державній політиці регулювання показника доступності ФД, що надається населенню незалежно від соціально-економічного статусу громадян у суспільстві.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Котвіцька А. А. Методологія соціальної справедливості фармацевтичного забезпечення населення / А. А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 8-12.
2. Мнушко З. М. Теория и практика маркетинговых исследований в фармации : моногр. / З. Н. Мнушко, И. В. Пестун. – Х. : Изд-во НФаУ, 2008. – 308 с.
3. Немченко О. А. Досвід функціонування аптечних мереж в різних країнах світу / О. А. Немченко, А. В. Беліченко, В. М. Назаркіна // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали II міжнар. наук.-практ. Internet-конф., 26-27 квіт. 2015 р., м. Харків. – Х., 2015. – С. 17-19.
4. Немченко А. С. Діалектика та методологія організації фармацевтичної допомоги населенню за умов впровадження обов'язкового медичного страхування / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова, В. В. Пропіснова // Клінічна фармація. – 2009. – № 1. – С. 31-36.
5. Панфілова Г. Л. Організація фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування : моногр. / Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, О. А. Немченко. – Х. : НФаУ, 2009. – 290 с.
6. Панфілова Г. Л. Фармацевтична допомога як історична, нормативно-правова та соціально-економічна категорія в системі охорони здоров'я й фармацевтичному забезпеченні населення / Г. Л. Панфілова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2014. – № 2. – С. 89-98.
7. Посилкіна О. В. Аптечні мережі [Електронний ресурс] / О. В. Посилкіна // Фармацевтична енциклопедія. – Режим до-

- ступу : <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2856/aptechna-merezha>
8. Соколенко А. Как увеличить оборот аптечной сети [Электронный ресурс] / А. Соколенко // Фармацевтический курьер. – 2012. – № 11. – Режим доступа : <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>
 9. Ткачук І. О., Білан О. А. Тенденції розвитку ритейлінгових аптечних мережевих структур // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 5. – С. 32-35.
 10. Толочко В. М. Нормативне регулювання фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів / В. М. Толочко, Т. Ф. Музика // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2. – С. 111-112.
 11. Хоменко В. М. Дослідження історичних аспектів розвитку аптечної мережі в Україні та їх впливу на сьогодні / В. М. Хоменко, І. П. Бухтіярова, І. К. Ярмола // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 205-209.
 3. Nemchenko OA, Bielichenko AV, Nazarkina VM. In: Menedzhment ta marketynh u skladi suchasnoi ekonomiky, nauky, osvity, praktyky. Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Internet-Conference; 2015 Apr 26–27; Kharkiv. Kharkiv; 2015. p. 17–19.
 4. Nemchenko AS, Panfilova HL, Propisnova VV. Klinichna farmatsiia = Clinical Pharmacy. 2009;1:31–36.
 5. Panfilova HL, Nemchenko AS, Nemchenko OA. Orhanizatsiia farmatsevychnoi dopomohy za umov medychnoho strakhuvannia. Monograph. Kharkiv: Izd-vo NFaU; 2009. 290 p.
 6. Panfilova HL. Aktualni pytannia farmatsevychnoi i medychnoi nauky ta praktyky. 2014;2:89–98.
 7. Posylkina OV. In: Farmatsevychna entsyklopediia. Available from: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2856/aptechna-merezha>
 8. Sokolenko A. Farmatsevycheskii kurer. 2012;11. Available from: <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>
 9. Tkachuk IO, Bilan OA. Farmatsevychnyi zhurnal. 2007;5:32–35.
 10. Tolochko VM, Muzyka TF. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii. 2011;19(2):111–112.
 11. Khomenko VM, Bukhtiiarova IP, Yarmola IK. Ukrainskyi zhurnal klinichnoi ta laboratornoi medytsyny. 2013;8(1):205–209.

REFERENCES

1. Kotvitska AA. Farmatsevychnyi zhurnal. 2008;2:8–12.
2. Mnushko ZN, Pestun IV. Teoriia i praktika marketingovyh issledovanii v farmatsii. Monograph. Kharkov: Izd-vo NFaU; 2008. 308 p.

УДК 616.248:615.015

НАУЧНОЕ ОБОБЩЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ОКАЗАНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА С ТРАДИЦИОННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

О. А. Немченко

Представлены результаты систематизации данных по организации фармацевтического обеспечения населения в разных странах. Учитывая большое разнообразие в организации оказания фармацевтической помощи населению в мире, мы с помощью комплексного критерия классифицировали страны на четыре группы. В каждой группе были определены характерные черты в организации оказания фармацевтической помощи населению. Установлено, что характерной особенностью развития системы фармацевтического обеспечения в странах, которые сформировали I и II группы анализа, является наличие четко определенных подходов в государственной политике регулирования показателя доступности фармацевтической помощи, которая оказывается населению, независимо от социально-экономического статуса граждан в обществе.

Ключевые слова: аптечные учреждения, аптечные сети, фармацевтическая помощь, фармацевтическое обеспечение

UDC 616.248:615.015

SCIENTIFIC GENERALIZATION OF MODERN APPROACHES OF PHARMACEUTICAL CARE TO THE POPULATION IN DIFFERENT COUNTRIES WITH THE TRADITIONAL ORGANIZATION OF PHARMACY CHAINS

O. A. Nemchenko

The article presents the results of systematization of the data on organization of the pharmaceutical care of the population in different countries. Taking into account diversity in organization of pharmaceutical care to the population in the world the countries were classified into four groups using our comprehensive test. In each group of the countries the characteristic features in organizing the pharmaceutical care to the population were identified. It has been found that a characteristic feature of development of the pharmaceutical provision system in the countries that formed group I and II is the existence of clearly defined public policy approaches in regulating the availability of pharmaceutical care to the population regardless of the socio-economic status of citizens in society.

Key words: pharmacies, pharmacy chains, pharmaceutical care, pharmaceutical provision.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Рекомендовано д. фарм. н., професором В. М. Толочком

УДК 615.15:614.253

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ У ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

А. А. Котвіцька, І. О. Сурікова, Н. Б. Гавриш

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

Важливою умовою вирішення проблем неетичної поведінки суб'єктів фармацевтичного ринку є введення у практичну діяльність Етичного кодексу фармацевтичних працівників України. У статті наведено результати анкетного опитування працівників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я з метою з'ясування сучасних тенденцій щодо проблем упровадження та механізму функціонування етичного кодексу. У ході аналізу нормативно-правових актів, що регулюють імплементацію кодексу, встановлено аспекти, які призводять до його неефективного функціонування. За результатами дослідження встановлено основні проблеми впровадження та функціонування кодексу, а також визначено першочергові кроки в його упровадженні у практичну діяльність.

Ключові слова: морально-етичні норми, Етичний кодекс фармацевтичних працівників України, фармацевтичний працівник, професійна етика, комітет з етики.

Постанова проблеми. Етичні кодекси давно стали звичною формою регулювання етичних взаємовідносин між суб'єктами фармацевтичного ринку в більшості високорозвинених країн світу. Відсутність такого документа, який би регулював етичні норми фармацевтичної діяльності з урахуванням усіх аспектів даної галузі, гостро відчувалася у процесі становлення вітчизняного фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я [3, 4]. Тому під час проведен-

ня VII Національного з'їзду фармацевтичних працівників України 16 вересня 2010 року в м. Харкові фармацевтичною спільнотою України було ухвалено, прийнято та підписано Етичний кодекс фармацевтичних працівників України [1, 7]. Ця подія стала важливим етапом у розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі й підвищила значення професійної діяльності фармацевтичних працівників, їх статус та імідж у суспільстві.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання етичних норм у фармації знайшли відображення у наукових працях багатьох представників фармацевтичної науки і практики: Н. І. Брильової, Д. С. Волоха, Л. В. Галій,

А. А. Котвіцька – доктор фарм. наук, професор кафедри соціальної фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

І. А. Зупанця, А. А. Котвіцької, І. В. Міщенко, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, Н. В. Тетерич, В. М. Толочка, С. В. Хіменка, В. П. Черних та ін. Проте дослідження, присвячені проблемам упровадження Етичного кодексу фармацевтичних працівників у практичну діяльність, не проводилися.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Сучасні тенденції розвитку фармацевтичного ринку, як невід'ємної складової ринкових відносин, досить часто призводять до неетичної поведінки тих чи інших суб'єктів та порушення принципів і положень кодексу [2]. Важливою умовою вирішення нагальних проблем є введення у практичну діяльність Етичного кодексу фармацевтичних працівників України.

Формулювання цілей статті. У зв'язку з вищезазначеним і з метою визначення ефективних шляхів вирішення морально-етичних проблем професійної фармацевтичної діяльності нами досліджено стан упровадження та механізми реалізації основних положень Етичного кодексу фармацевтичних працівників України у професійній діяльності.

Викладення основного матеріалу дослідження. Для з'ясування сучасних тенденцій щодо проблем упровадження та механізму функціонування Етичного кодексу нами було проведено анкетне опитування фармацевтичних працівників щодо мораль-

но-етичних норм у їх професійній діяльності. Розроблена анкета складається із двох частин, загальної та спеціальної, і містить 11 питань. Питання першого блоку (загального) були спрямовані на встановлення загальних відомостей про респондента: вік, стать, стаж роботи за фахом, регіон проживання, а також місце роботи. Питання ж спеціальної частини мали на меті з'ясувати обізнаність фахівців про існування Етичного кодексу та використання його основних положень на практиці; про принципи, на яких повинна ґрунтуватися професійна етика, а також визначити ефективні шляхи вирішення етичних проблем у повсякденній діяльності фармацевтичних працівників.

Респондентам пропонувалося дати відповідь на питання відкритого і закритого типів з вибором однієї або декількох варіантів відповідей, а також ранжирувальні питання з пропозицією оцінити той чи інший критерій. У ході анкетування нами було опитано 550 фахівців фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я. У подальшому під час опрацювання даних нами було відкинуто 16 анкет через їх неякісне оформлення. Так, вибірка становила 534 анкети і містила відповіді на усі питання, що забезпечує достатній рівень репрезентативності одержаних результатів.

Загальні відомості про респондентів (I блок анкети), що являють собою працівників фар-

Таблиця 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГАЛЬНИХ ВІДОМОСТЕЙ ПРО РЕСПОНДЕНТІВ

Показник	Кількість респондентів, осіб	Питома вага, %
Стать		
жіноча	465	87,08
чоловіча	69	12,92
Вік		
20-29 років	513	96,07
30-39 років	21	3,93
Місце роботи		
аптека, аптечна мережа	457	85,58
оптово-постачальницький сектор	31	5,81
виробничі підприємства	18	3,37
тимчасово не працюють за фахом	28	5,24
Стаж роботи		
менше 3 років	43	8,05
від 3 до 5 років	383	71,72
від 5 до 10 років	77	14,42
понад 10 років	31	5,81

ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОДІЛУ РЕСПОНДЕНТІВ ЗА РЕГІОНАМИ УКРАЇНИ

Region	Область	Кількість респондентів, осіб	Питома вага, %		
Східний	Донецька	61	168	11,42	
	Луганська	8		1,50	
	Харківська	99		18,54	
Західний	Волинська	23	122	4,31	
	Закарпатська	31		5,80	
	Івано-Франківська	8		1,50	
	Рівненська	45		8,43	
	Хмельницька	15		2,81	
Північний	Житомирська	8	114	1,50	
	Київська	38		7,11	
	Сумська	53		9,92	
	Чернігівська	15		2,81	
Південний	Запорізька	8	92	1,50	
	Одеська	76		14,23	
	Херсонська	8		1,50	
Центральний	Кіровоградська	15	38	2,81	
	Полтавська	15		2,81	
	Черкаська	8		1,50	
Разом		534	534	100	100

мацевтичної галузі, наведено в табл. 1. Так, переважну більшість опитаних складають жінки віком від 20 до 29 років зі стажем роботи від 3 до 5 років в аптечному секторі фармацевтичної галузі. Як свідчать дані табл. 2, найбільша кількість респондентів є жителями східного регіону (31,46%), найменша – представниками центрального регіону (7,12%).

У ході дослідження нами було з'ясовано, що про існування кодексу, який регулює етичну діяльність фармацевтичних працівників в Україні, знає лише 48% опитаних, а 16% впевнені у відсутності такого доку-

мента (рис. 1). Разом з тим 62% респондентів упевнені в необхідності використання у практичній діяльності положень Етичного кодексу як декларації фундаментальних принципів професії (рис. 2).

Як відомо, головним призначенням кодексу є регулювання етичних взаємовідносин фармацевтичних працівників, пов'язаних з їх професійною сферою діяльності. За результатами анкетування встановлено, що 56% опитаних фахівців переконані, що першочерговим предметом регулювання Етичного кодексу є професійні взаємовідносини

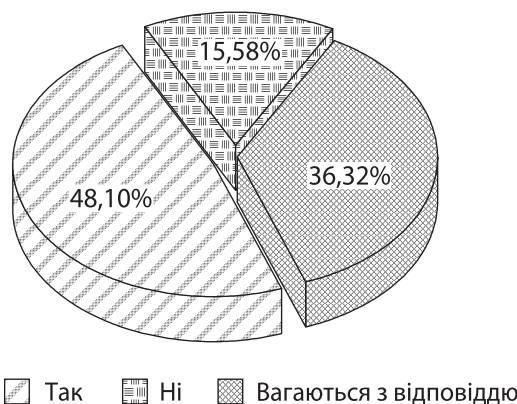


Рис. 1. Розподіл респондентів за відповіддю на питання про існування Етичного кодексу

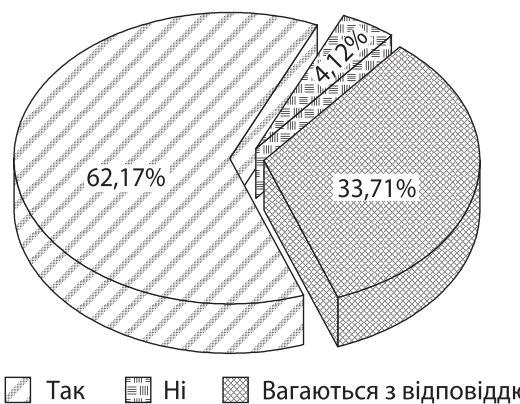


Рис. 2. Розподіл респондентів за відповіддю щодо необхідності використання положень Етичного кодексу в практичній діяльності

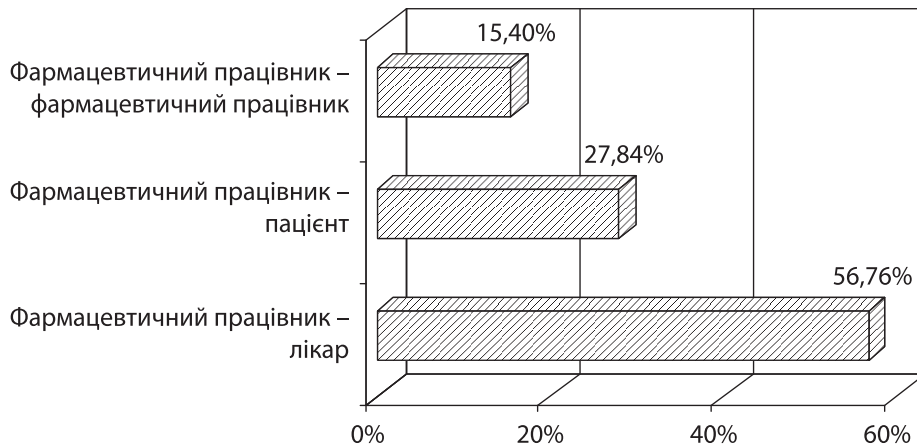


Рис. 3. Розподіл думок респондентів щодо важливості регулювання взаємовідносин між суб'єктами фармацевтичної професійної діяльності

між фармацевтичним працівником та лікарем (рис. 3). Така тенденція, на нашу думку, спричинена проблемами розподілу повноважень цих суб'єктів під час забезпечення головної мети своїх взаємовідносин – збереження здоров'я пацієнта.

Також однією з цілей проведення анкетування було з'ясування думок фармацевтичних працівників стосовно шляхів розв'язання морально-етичних проблем, що виникають у професійній діяльності. Так, респондентам було запропоновано оцінити методи розв'язання проблемних питань, представивши бали від 1 до 6, де 1 бал – найменш ефективний метод, 6 балів – найбільш ефективний. Результати оцінки думок респондентів щодо найбільш і найменш ефективного методу розв'язання проблем наведені в табл. 3. Необхідно зазначити, що переважна більшість опитаних фармацевтичних працівників найефективнішим шляхом розв'язання етичних проблем у своїй професійній діяльності вважає застосування нормативно-правового регулювання.

Стосовно вагомості та значущості принципів професійної етики фармацевтичних працівників, що викладені у положеннях Етичного кодексу [1], визначено, що 95% опитаних вважають професіоналізм основою морально-етичних аспектів практичної діяльності (рис. 4).

Як свідчить міжнародний досвід, під час розробки, затвердження, удосконалення, впровадження у практичну діяльність та контролю за дотриманням положень Етичних кодексів будь-яких рівнів і в будь-яких краї-

Таблиця 3

РОЗПОДІЛ ДУМОК РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Шлях розв'язання	Середній бал
Застосування нормативно-правового регулювання	4,01
Використання положень етичних кодексів	3,71
Звернення до професійних асоціацій	3,06
Звернення до керівництва	3,86
Засідання трудового колективу	3,50
Неформальне обговорення з колегами	2,86
Вирішення ситуації у судовому порядку	2,83

нах до вказаних процесів залучаються різні організації. Тобто при забезпеченні дії вітчизняного Етичного кодексу до процесів його розробки та контролю мають долучатися як загальнодержавні органи влади (Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я, Держлікслужба), представники практичної фармації (виробники, дистриб'ютори, аптеки), так і громадські професійні об'єднання (професійні фармацевтичні асоціації, профспілки), а також освітній і науковий сектори (представлений ВНЗ, НДУ тощо). Необхідно зазначити, що для ефективного функціонування кодексу необхідно створення спеціальних органів, наприклад, комітетів з фармацевтичної етики [4]. Результати

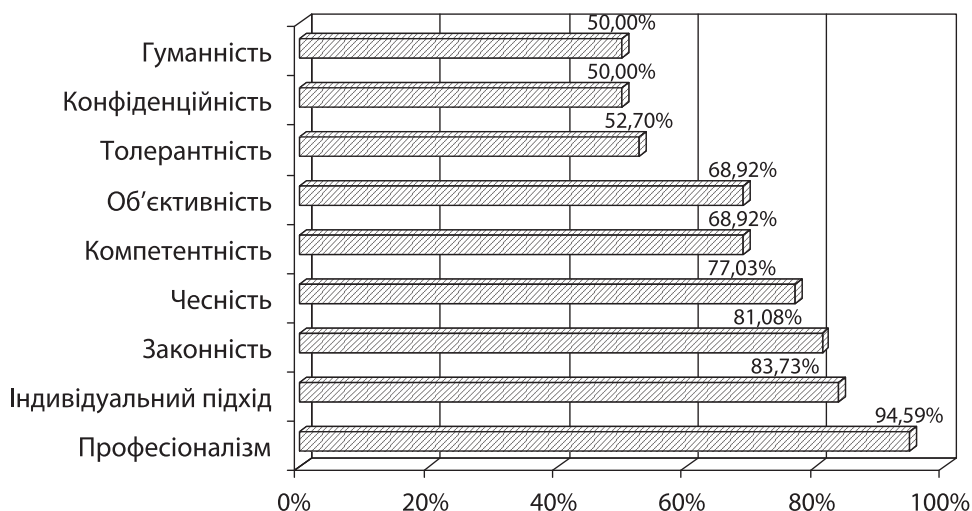


Рис. 4. Розподіл думок респондентів щодо принципів, на яких має ґрунтуватися професійна етика фармацевтичного працівника

анкетування респондентів також підтвердили важливість створення окремого спеціального органу, основним завданням якого є регулювання професійної діяльності фармацевтичних працівників та дотримання положень кодексу. Думку, що контроль за дотриманням положень Етичного кодексу має бути покладений на комітети з етики, висловили 43,93% опитаних (рис. 5).

Створення окремого спеціального органу передбачає застосування загальнодержавних механізмів регулювання. Так, наказом МОЗ прийнято План заходів щодо виконання концепції розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки, пунктом 2 якого є затвердження механізму запровадження Етичного кодексу фармацевтичних працівників України [5].

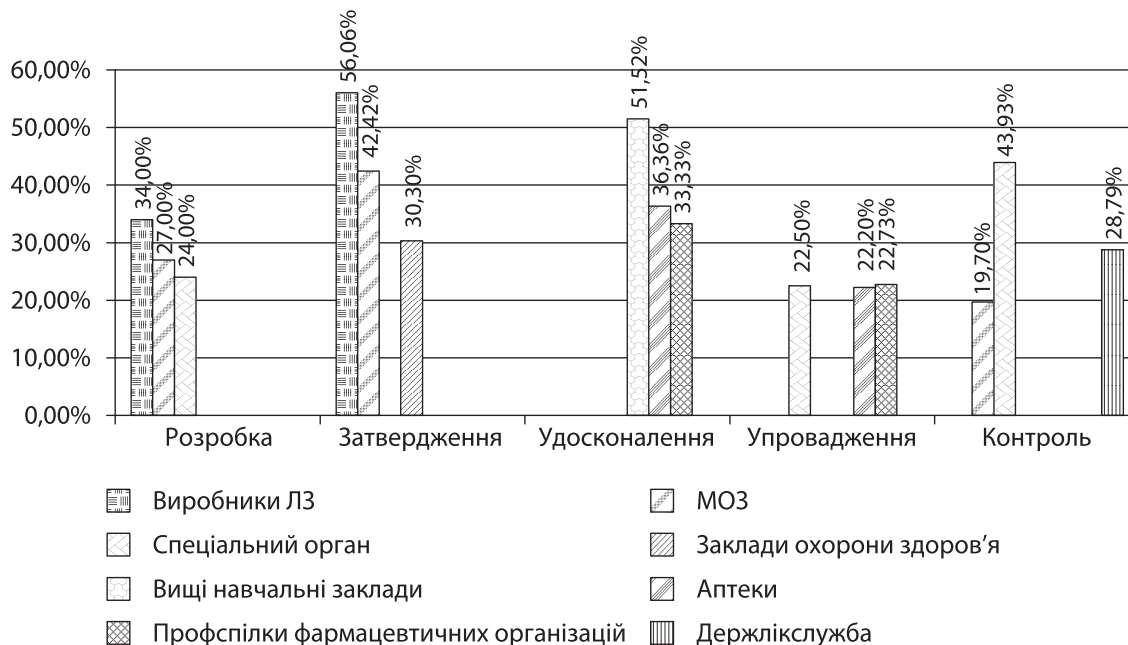


Рис. 5. Розподіл думок респондентів щодо залучення фармацевтичних організацій до процесу розробки, затвердження, удосконалення, впровадження та контролю за дотриманням положень кодексу

На виконання цього положення було розроблено проект наказу МОЗ від 06.02.2012 р. «Про механізми запровадження Етичного кодексу фармацевтичного працівника України», яким передбачається:

- створення Комісії з питань дотримання кодексу при МОЗ України;
- затвердження Примірною положення про комісію;
- доведення положень кодексу до відома в колективах закладів та установ;
- створення Етичних комісій при державних службах, аптекних закладах, вищих навчальних закладах, науково-дослідних установах, професійних громадських організаціях, на які покладено обов'язки з підтримки і контролю виконання положень кодексу провізорами та фармацевтами вищезазначених закладів, установ і організацій та встановлення механізмів їх формування;
- внесення відповідних змін до програм та навчальних планів підготовки студентів фармацевтичних факультетів, провізорів-інтернів і слухачів з метою вивчення ними Етичного кодексу фармацевтичного працівника України Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України, керівниками фармацевтичних (медичних) навчальних закладів і закладів післядипломної освіти [6].

На жаль, проект наказу, який оприлюднено на сайті МОЗ України 06.02.2012 р., і до теперішнього часу залишається лише проектом. Така ситуація створює проблеми в правовому регулюванні фармацевтичної діяльності, оскільки Етичний кодекс, як основоположний документ у практичній діяльності фахівців, на жаль, не виконує свої функції й не виправдовує своє призначення.

Ще одним важливим етапом у впровадженні та реалізації кодексу є регламентація його норм у належну аптечну практику (GPP). Так, наказом МОЗ України від 30.05.2013 р. № 455 «Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг» передбачено імплементацію норм Етичного кодексу фармацевтичних працівників через механізм встановлення мінімальних національних стандартів [8]. Функція В ролі 4 перед-

бачає, що фармацевти мають вживати заходи з метою гарантії відповідності своєї професійної діяльності положенням Національного етичного кодексу фармацевтів.

Розробка національних стандартів, що потребують обов'язкового внесення етичних норм, на нашу думку, має здійснюватися за участю професійних аптечних асоціацій. Але цей нормативно-правовий акт є базовим інформаційним джерелом для розробки стандартів GPP в Україні, створення методології впровадження якого покладено на Державний експертний центр МОЗ України [8].

Беззаперечним є те, що останнім часом фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я характеризується динамічним розвитком. Тенденції, що мають місце на фармацевтичному ринку, свідчать про порушення принципів і положень кодексу. Наприклад, поява нових форм реклами препаратів, сучасних технологій продажу, більш глибока структуризація фармацевтичної громадськості, самолікування, що не може не викликати занепокоєння як науковців, так і представників практичної фармації [2]. Тому, на наш погляд, першочерговими діями у напрямку впровадження у практичну діяльність Етичного кодексу, що потребують нагального вирішення, є:

- перегляд та оновлення основних положень Кодексу фармацевтичних працівників України, які відповідають вимогам і сучасним тенденціям розвитку фармацевтичного сектора;
- визначення оптимального механізму дії кодексу за участю професійних громадських фармацевтичних об'єднань і державних органів влади з подальшою імплементацією основних норм Етичного кодексу в практичну діяльність;
- створення умов для ефективного і реального функціонування фахових громадських асоціацій;
- розробка та впровадження нормативно-правових актів, які регламентують створення комітетів з етики і регулюють їх діяльність;
- екстраполяція міжнародного досвіду впровадження та функціонування етичних кодексів з урахуванням вітчизняних особливостей;

- імплементація основних норм Етичного кодексу фармацевтичних працівників в аптечну належну практику через механізм встановлення національних стандартів.

Висновки

Проаналізовано результати анкетного опитування працівників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я щодо проблем упровадження та механізму функціонування Етичного кодексу фармацевтичних працівників України. Встановлено, що про існування кодексу знають лише 48% респондентів, а 16% взагалі впевнені у відсутності такого документа. Разом з тим 62% опитаних упевнені в необхідності використання положень Етичного кодексу у практичній діяльності.

Визначено, що для ефективного функціонування кодексу необхідно створення спеціальних органів, наприклад, комітетів з фармацевтичної етики, які, на думку 44% опитаних фахівців, мають контролювати дотримання положень Етичного кодексу.

У ході аналізу нормативно-правової бази з'ясовано, що Етичний кодекс не виконує своєї функції й не виправдовує свого призначення, оскільки нормативні документи, що регламентують імплементацію кодексу, не мають повної юридичної сили.

Визначено першочергові кроки щодо впровадження Етичного кодексу в практичну діяльність, серед яких головними є: перегляд та оновлення основних положень кодексу з урахуванням змін, що відбуваються у фармацевтичному секторі; визначення оптимального механізму дії за участю професійних громадських фармацевтичних об'єднань і державних органів влади з подальшою імплементацією основних норм Етичного кодексу; розробка та впровадження нормативно-правових актів, які регламентують створення комітетів з етики і регулюють їх діяльність та ін.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України. – Х.: Золоті сторінки. – 16 с.
2. Котвіцька А. А. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України як су-

часний елемент регулювання фармацевтичної діяльності / А. А. Котвіцька, І. О. Сурікова // Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів: матеріали 5-ої наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 26-27 верес. 2013 р. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2013. – С. 257-259.

3. Котвіцька А. А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення : автореф. дис. д-ра фармац. наук: 15.00.01 / Котвіцька Алла Анатоліївна ; Національний фармацевтичний ун-т. – Х., 2008. – 43 с.
4. Котвіцька А. А. Науково-практичні рекомендації впровадження соціальних та етичних норм регулювання обігу лікарських засобів в Україні / А. А. Котвіцька, А. С. Немченко // Запорожский медицинский журнал. – 2009. – 11, № 1. – С. 84-88.
5. Про затвердження Плану заходів щодо виконання Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки: Наказ МОЗ України від 25.07.2011 р. № 435 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110725_435.html
6. Про механізми запровадження Етичного кодексу фармацевтичного працівника України: Проект Наказу МОЗ України від 06.02.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120206_p.html
7. Фармацевтична енциклопедія / Голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: МОРІОН, 2010. – 1632 с.
8. Фармацевтичне законодавство України: збірник нормативно-правових актів станом на 01 січня 2015 р. / [А. А. Котвіцька, О. О. Суріков, І. В. Кубарева та ін.]; за ред. А. А. Котвіцької. – Х. : НФаУ, 2015. – 504 с.

REFERENCES

1. Etychnyi kodeks farmatsevychnykh pratsivnykiv Ukrainy. Kharkiv (Ukraine): Zoloti storinky; 2010. 16 p. Ukrainian.
2. Kotvitska AA, Surikova IO. Naukovo-tekhnichnyi progress i optymizatsiia tekhnolo-

- gichnykh protsesiv stvorennia likarskykh preparative. Proceedings of the 5th Scientific conference with international participation; 2013 Sep 26-27; Ternopil (Ukraine): Ukrmedknyga. 2013. p. 257-259. Ukrainian
3. Kotvitska AA [Extended abstract of Pharm. D. dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2008. 43 p.
 4. Kotvitska AA, Nemchenko AS. Zaporozhskii meditsinskii zhurnal. 2008; 11(1); 84-88.
 5. Pro zatverdzhennia Planu zakhodiv shchodo vykonannia Kontseptsii rozvytku farmatsevychnoho sector haluzi okhorony zdorovia Ukrainy na 2011 – 2020 roky: Nakaz MOZ Ukrainy vid 25.07.2011 r. №435 [Internet]. Available form: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110725_435.html
 6. Pro mekhanizm zaprovadzhennia Etychnoho kodeksu farmatsevychnoho pratsivnyka Ukrainy: Proekt Nakazu MOZ Ukrainy vid 06.02.2012 [Internet]. Available form: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120206_p.html
 7. Chernych VP, Alenina SB, Alekseeva LM, Almakaeva LT, editors. Farmatsevychna entsyklopedia. 2-nd vyd. Kyiv (Ukraine): Morion. 2010. – 1632 p. Ukrainian.
 8. Kotvitska AA, Surikova OO, Kubareva IV, editors. Pharmatsevychne zakonodavstvo Ukrainy: zbirnyk normatyvno-pravykh activ, stanom na 01 sichnia 2015 r. Kharkiv (Ukraine): Vydavnytstvo NFaU. 2015. – 504 p. Ukrainian.

УДК 615.15:614.253

ИССЛЕДОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ УКРАИНЫ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

А. А. Котвицкая, И. А. Сурикова, Н. Б. Гавриш

Важным условием решения проблем неэтичного поведения субъектов фармацевтического рынка является внедрение в практическую деятельность Этического кодекса фармацевтических работников Украины. В статье представлены результаты анкетного опроса работников фармацевтического сектора отрасли здравоохранения с целью выявления современных тенденций, касающихся проблем внедрения и механизма функционирования Этического кодекса. В ходе анализа нормативно-правовых актов, регулирующих имплементацию кодекса, установлены аспекты, которые приводят к его неэффективному функционированию. По результатам исследований выявлены основные проблемы внедрения и функционирования кодекса, а также определены первоочередные шаги для его внедрения в практическую деятельность. **Ключевые слова:** морально-этические нормы, Этический кодекс фармацевтический работников Украины, фармацевтический работник, профессиональная этика, комитет с этики.

UDC 615.15:614.253

THE STUDY OF INTRODUCTION OF THE ETHICS CODE OF PHARMACISTS OF UKRAINE INTO THE PRACTICAL ACTIVITY

A. A. Kotvitska, I. O. Surikova, N. B. Gavrysh

The important condition for solving problems of unethical behavior of the subjects of the pharmaceutical market is introduction the Ethics Code of Pharmacists of Ukraine into the practical activity. The article presents the results of a questionnaire survey of employees in the pharmaceutical sector of health care in order to identify the current trends related to introduction problems and mechanism of functioning of the Code. The analysis of normative legal acts that regulate implementation of the Code has been determined the aspects leading to the inefficient functioning of the Ethics Code of Pharmacists of Ukraine. Based on the research findings the main problems of introduction and functioning of the Code have been found, and the priority steps for introduction of the Ethics Code of Pharmacists of Ukraine into the practical activity have been identified.

Key words: moral and ethical norms, the Ethics Code of Pharmacists of Ukraine, pharmacist, professional ethics, the ethics committee.

Рекомендовано д. фарм. н., профессором В. В. Малым

УДК 615.15:614.253

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ В АПТЕКАХ ОТКРЫТОГО ТИПА

В. Н. Сафта, С. Б. Адаужи, А. С. Дурбайлова, Т. А. Шкиопу

Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова. E-mail: sadauji@yahoo.com, vladimir.safta@usmf.md

Рассмотрены результаты опроса специалистов с высшим и средним фармацевтическим образованием, работающих в аптеках открытого типа, касательно конфликтных ситуаций, возникающих во время оказания фармацевтических услуг населению. С целью определения репрезентативной совокупности респондентов использована формула бесповторной выборки. По статистическим данным АЛМИ о количестве фармацевтов и лаборантов-фармацевтов было определено репрезентативное количество респондентов: фармацевтов – 320 и лаборантов-фармацевтов – 308. При проведении анализа распределения респондентов по типам населенных пунктов отмечено соответствие фактическому состоянию: в муниципиях – 56,2% фармацевтов и 37,3% лаборантов-фармацевтов; в городах – 35,0% фармацевтов и 35,1% лаборантов-фармацевтов; в сельских населенных пунктах – 8,8% фармацевтов и 27,6% лаборантов-фармацевтов. Выявлен размах возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа: 40,0% фармацевтов и 33,8% лаборантов-фармацевтов отметили своё участие в указанных ситуациях; наиболее часто разрешение конфликтных ситуаций осуществляется терпеливым отношением к потребителю лекарств и применением метода убеждения. Основными причинами возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа являются проблемы, связанные с экономической и физической доступностью лекарств, а также с качеством приобретаемых лекарств и изделий медицинского назначения. Приведены результаты анализа жалоб и предложений, поступивших в адрес АЛМИ Республики Молдова за 2009-2013 гг. Из всего перечня жалоб были исключены те, которые не адресованы потребителями лекарств, а также те, которые не могли быть причиной возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа.

Ключевые слова: аптеки, фармацевтическая этика и деонтология, социологическое исследование.

Постановка проблемы. В условиях все более интенсивного «наступления коммерции» на деятельность аптек открытого типа с новой силой актуализировались вопросы фармацевтической этики и деонтологии. Анализ конфликтных ситуаций является надежным механизмом выявления степени нарушения этико-деонтологических

принципов в работе фармацевтов и лаборантов-фармацевтов, особенно работающих в аптеках открытого типа за первым столом. С этой точки зрения определенный интерес представляют также и результаты анализа жалоб и предложений, поступающих от граждан в адрес Агентства лекарств и медицинских изделий (АЛМИ). Результаты такого анализа могут быть использованы в создании учебных программ как для университетского, так и постуниверситетского фармацевтического образования, а также в планах и программах работы профессиональных фармацевтических ассоциаций.

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

Анализ последних исследований и публикаций. Группа московских авторов, исследуя конфликты в аптеке, пришла к выводу, что причины, по которым возникают конфликтные ситуации, носят различный характер, связанный с особенностями отпуска лекарств. Также было выявлено, что провизоры и фармацевты недостаточно осведомлены по вопросу разрешения конфликтных ситуаций в аптеке [2].

В некоторых статьях обсуждаются методы работы с «недовольными покупателями» [3]; применение «техники 5 шагов» [4]; применение различных методов управления конфликтами [1] и др.

Исследований, касающихся возникновения и разрешения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа Республики Молдова, до настоящего времени не проводились.

Целью исследования является выявление мнений фармацевтических работников аптек открытого типа по вопросам возникновения и разрешения конфликтных ситуаций в процессе оказания фармацевтических услуг населению. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

- разработать анкету, распространить её, собрать репрезентативное количество и обработать;
- интерпретировать результаты анкетирования;
- на основе изучения жалоб потребителей лекарств выявить наиболее острые проблемы, создающие конфликтные ситуации в аптеках открытого типа.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили результаты анкетного опроса фармацевтов и лаборантов-фармацевтов, а также статистические данные АЛМИ касательно жалоб граждан по вопросам лекарственного обеспечения.

С целью определения репрезентативной совокупности респондентов использована формула бесповторной выборки [6]:

$$n_x = \frac{Nt^2 \cdot p \cdot q}{N\Delta x^2 + t^2 \cdot p \cdot q},$$

где n_x – репрезентативное количество респондентов: фармацевтов (n_{ϕ}) и лаборантов-фармацевтов ($n_{л\phi}$);

N – общее количество практикующих фармацевтов (N_{ϕ}) и лаборантов-фармацевтов ($N_{л\phi}$); t – фактор вероятности, в подобных исследованиях равный 1,96, что обеспечивает 95% достоверность;

p – вероятность, q – контрвероятность появления/не появления исследуемого феномена; в случае отсутствия данных об исследуемом феномене величина « p » является максимальной, когда произведение $p \cdot q$ является максимальным; учитывая, что $0 \leq p \leq 1$ и $q = 1 - p$, тогда $p \cdot q$ будет максимальным, если $p = q = 0,5$, тогда $p \cdot q = 0,25$;

Δx – значение допустимой ошибки, в подобных исследованиях равной 5%, в данном случае $\Delta x = 0,05$.

Учитывая статистические данные АЛМИ о количестве фармацевтов и лаборантов-фармацевтов, было определено репрезентативное количество респондентов: фармацевтов – 320 и лаборантов-фармацевтов – 308 [5].

Общая характеристика респондентов представлена в табл. 1.

При сравнении характеристик респондентов, представленных в табл. 1, с существующими статистическими данными сделан вывод о достаточной репрезентативности по уровню образования, стажу и уровню квалификации. Кроме того, распределение респондентов по типам населенных пунктов также соответствует фактическому состоянию:

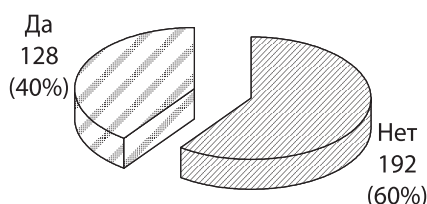
- в муниципиях – 56,2% фармацевтов и 37,3% лаборантов-фармацевтов;
- в городах – 35,0% фармацевтов и 35,1% лаборантов-фармацевтов;
- в сельских населенных пунктах – 8,8% фармацевтов и 27,6% лаборантов-фармацевтов.

Результаты и их обсуждение. Из общего количества респондентов 40,0% фармацевтов и 33,8% лаборантов-фармацевтов отметили факт их участия в конфликтных ситуациях, возникших в процессе оказания ими фармацевтических услуг (рис.). Однако большинство респондентов (60,0% фармацевтов и 66,2% лаборантов-фармацевтов) не были участниками конфликтных ситуаций. 7,8% фармацевтов и 3,8% лаборантов-фармацевтов – участников конфликтов – отметили, что конфликты, в которые они

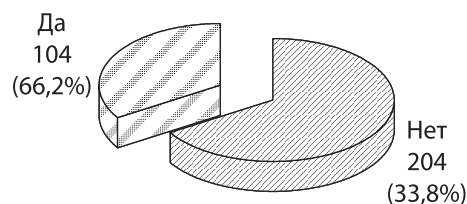
Таблица 1

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

Характеристики		Фармацевты		Лаборанты-фармацевты	
		абс.	%	абс.	%
Фармацевтическое образование	Высшее	320	50,9	–	–
	Среднее	–	–	308	49,1
Профессиональный стаж работы	До 5 лет	81	25,2	93	30,2
	> 5-10 лет	48	15,0	40	13,0
	> 10-15 лет	52	16,3	42	13,7
	> 15-20 лет	46	14,4	38	12,3
	> 20 лет	54	16,9	61	19,8
	работающие пенсионеры	39	12,2	34	11,0
Профессиональная категория	без категории	92	28,7	97	31,5
	II категория	43	13,4	36	11,7
	I категория	52	16,3	60	19,5
	высшая категория	133	41,6	115	37,3



**Фармацевты
(с высшим образованием)**



**Лаборанты-фармацевты
(со средним образованием)**

Рис. Конфликтные ситуации с участием респондентов

были вовлечены, закончились записями в книге жалоб и предложений.

Для разрешения возникших конфликтных ситуаций (табл. 2) и фармацевты (45,3%), и лаборанты-фармацевты (44,2%) применяют метод «терпеливого отношения».

На втором месте – метод «убеждения» – 39,8% (фармацевты) и «привлечение других специалистов» – 38,9% (лаборанты-фармацевты). Меньше всего для разрешения конфликтов используется метод «строгого отношения» (9,4% фармацевты и 4,8% лаборанты-фармацевты). Случаи конфликт-

ных ситуаций, которые завершились записями в книге жалоб и предложений, были отмечены респондентами, применяющими метод «строгого отношения», – 8 случаев у фармацевтов и 3 у лаборантов-фармацевтов, а также при использовании метода «убеждения» – 2 случая у фармацевтов и 1 случай у лаборантов-фармацевтов.

Для изучения причин возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа были подвергнуты анализу жалобы, поступившие от потребителей лекарств в адрес АЛМИ за 2009-2013 гг. (табл. 3) [1].

Таблица 2

РАЗРЕШЕНИЕ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

Путь разрешения	Фармацевты		Лаборанты-фармацевты	
	абс.	%	абс.	%
Терпеливое отношение	58	45,3	46	44,2
Строгое отношение	12	9,4	5	4,8
Убеждением	51	39,8	23	22,1
Помощь других специалистов	7	5,5	30	28,9
Всего	128	100,0	104	100,0

Таблиця 3

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЖАЛОБ, ПОСТУПИВШИХ ОТ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ЛЕКАРСТВ В АДРЕС АЛМИ ЗА 2009-2013 ГГ.**

№	Тематика жалоб	Годы					В среднем за год	
		2009	2010	2011	2012	2013	абс.	%
1	Проблемы, связанные с ценами на лекарства	103	49	89	24	13	55,6	42,5
2	Качество лекарств и изделий медицинского назначения	18	24	11	16	10	15,8	12,1
3	Отсутствие необходимых лекарств на фармацевтическом рынке	7	11	46	35	74	34,6	26,4
4	Отказ в принятии возвращаемого лекарства	9	7	4	13	4	7,4	5,6
5	Проблемы, возникающие при отпуске компенсированных лекарств	5	4	9	6	5	5,8	4,4
6	Отказ в отпуске лекарств без рецепта из списка Rx	22	1	14	–	–	7,4	5,6
7	Отпуск лекарств с истекшим сроком годности	6	–	–	–	3	1,8	1,4
8	Исключение лекарства из списка компенсируемых	–	–	–	–	4	0,8	0,6
9	Отсутствие инструкции по применению лекарства в упаковке	6	–	–	–	2	1,6	1,2
Всего		176	96	173	94	115	130,8	100,0

При этом из всего перечня жалоб были исключены те, которые не адресованы потребителями лекарств, а также те, которые не могли быть причиной возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа.

Наиболее частыми в возникновении конфликтных ситуаций являются проблемы, связанные с ценами на лекарства; на втором месте – отсутствие необходимых лекарств. Следовательно, самыми частыми причинами появления конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа являются проблемы, связанные с доступностью лекарств (физической и экономической).

Данные, представленные в табл. 3, свидетельствуют также о том, что из 9 возможных причин возникновения конфликтных ситуаций в аптеках 4 (порядковые № 1, 4, 6, 8) являются необоснованными и не зависящими от фармацевта или лаборанта-фармацевта. Тем не менее такие «причины» также могут создать конфликтные ситуации.

Выводы

1. Выявлен размах возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа: 40,0% фармацевтов и 33,8% лаборантов-фармацевтов отметили своё участие в таких ситуациях.

2. Наиболее часто разрешение конфликтных ситуаций, возникающих в аптеках открытого типа, осуществляется терпеливым отношением к потребителю лекарств

(45,3% фармацевтов и 44,2% лаборантов-фармацевтов), а также методом убеждения (39,8% фармацевтов и 22,1% лаборантов-фармацевтов).

3. Основными причинами возникновения конфликтных ситуаций в аптеках открытого типа являются проблемы, связанные с экономической и физической доступностью лекарств, а также с качеством приобретаемых лекарств и изделий медицинского назначения.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Грибова Я. В. Конфликты в аптеке: возможности управления [Электронный ресурс] / Я. В. Грибова. – Режим доступа : <http://mfvt.ru/konflikty-v-apteke-vozmozhnosti-upravleniya/>
2. Конфликт в аптеке / М. А. Саакова, А. М. Битерякова, С. Г. Горохова и др. – Режим доступа : www.alppp.ru
3. Тельпуховская Н. Поведение перво-стольника в конфликтной ситуации / Н. Тельпуховская. – Режим доступа : www.ecopharmacia.ru
4. Чертков Ю. Конфликт в аптеке: как выйти сухим, живым и невредимым? / Ю. Чертков. – Режим доступа : www.apteka.ua/article/7491
5. Resursele și activitatea sistemului farmaceutic al Republicii Moldova // Anuar sta-

- tistic, rapoarte de dări de seamă, aa. 2009-2013. – Режим доступа : www.amed.md
6. Tintiuc D. Sănătate publică și management / D. Tintiuc, Iu. Grossu. – Chișinău : Tipogr. Centrală, 2007. – 896 p. – («Medicina»).
3. Telpuhovskaia N. Available from: www.ecopharmacia.ru
4. Chertkov Ju. Available from: www.apteka.ua/article/7491
5. Resursele și activitatea sistemului farmaceutic al Republicii Moldova // Anuar statistic, rapoarte de dări de seamă, aa. 2009-2013. Available from: www.amed.md
6. Tintiuc D, Grossu Iu. Sănătate publică și management. Chișinău : Tipogr. Centrală; 2007. 896 p. – («Medicina»).

REFERENCES

1. Gribova JaV. Available from: <http://mfvt.ru/konflikty-v-apteke-vozmozhnosti-upravleniya/>
2. Saakova MA, Biteriakova AM, Gorohova SG. Available from: www.alppp.ru

УДК 615.15:614.253

КОНФЛИКТНІ СИТУАЦІЇ В АПТЕКАХ ВІДКРИТОГО ТИПУ

В. Н. Сафта, С. Б. Адаужи, А. С. Дурбайлова, Т. А. Шкиопу

Розглянуто результати опитування фахівців з вищою і середньою фармацевтичною освітою, що працюють в аптеках відкритого типу, щодо конфліктних ситуацій, які виникають під час надання фармацевтичних послуг населенню. З метою визначення репрезентативної сукупності респондентів використана формула неповторної вибірки. За статистичними даними АЛМВ щодо кількості фармацевтів і лаборантів-фармацевтів була визначена репрезентативна кількість респондентів: фармацевтів – 320 і лаборантів-фармацевтів – 308. При проведенні аналізу розподілу респондентів за типами населених пунктів відмічена відповідність фактичному стану: в муніципаліях – 56,2% фармацевтів і 37,3% лаборантів-фармацевтів; у містах – 35,0% фармацевтів і 35,1% лаборантів-фармацевтів; у сільських населених пунктах – 8,8% фармацевтів і 27,6% лаборантів-фармацевтів. Виявлено розмах виникнення конфліктних ситуацій в аптеках відкритого типу: 40,0% фармацевтів і 33,8% лаборантів-фармацевтів відзначили свою участь у таких ситуаціях; найчастіше конфліктні ситуації вирішуються терплячим ставленням до споживача ліків і методом переконання. Основними причинами виникнення конфліктних ситуацій в аптеках відкритого типу є проблеми, пов'язані з економічною та фізичною доступністю ліків, а також з якістю придбаних ліків і виробів медичного призначення. Викладено результати аналізу скарг і пропозицій, що надходили на адресу АЛМВ Республіки Молдова у 2009-2013 рр. З усього переліку скарг були виключені ті, що не були адресовані споживачами ліків, а також ті, що не могли бути причиною виникнення конфліктних ситуацій в аптеках відкритого типу.

Ключові слова: аптеки, фармацевтична етика і деонтологія, соціологічне дослідження.

UDC 615.15:614.253

CONFLICT CASES IN COMMUNITY PHARMACIES

V. N. Safta, S. B. Adauji, A. S. Durbailova, T. A. Shchyopu

The article discusses the results of a survey of specialists with higher and secondary pharmaceutical education (pharmacists and pharmacy technicians) working in community pharmacies regarding the conflicts arising when providing pharmaceutical services to the population. In order to determine the representative sample of respondents the formula of the non-repeated sample was used. According to statistical data of MMDA concerning the number of pharmacists and pharmacy technicians the representative number of respondents (pharmacists – 320 and pharmacy technicians – 308) was determined. Analyzing distribution of the respondents by type of settlements the correspondence to the actual status is stated: in municipalities: pharmacists – 56.2%, pharmacy technicians – 37.3%; in cities: pharmacists – 35%, pharmacy technicians – 35.1%; in rural settlements: pharmacists – 8.8%, pharmacy technicians – 27.6%. The scope of conflicts in community pharmacies has been revealed. Thus, 40% of pharmacists and 33.8% of pharmacy technicians have noted their involvement in conflicts, and the conflict resolution is most often performed by patient attitude to the drug consumer and using persuasion. The main causes of conflicts in a community pharmacy are problems associated with the economic and physical access to medicines, as well as with quality of the drugs and medical products purchased. The results of analysis of complaints and proposals submitted to the Agency for Medicines and Medical Products of the Republic of Moldova for 2009-2013 are also given. Those complaints that were not addressed to drug consumers, as well as those that could not be the cause of conflict in community pharmacies were excluded of the list of complaints.

Key words: pharmacies, pharmaceutical ethics and deontology, sociological survey.

Рекомендовано д. фарм. н., професором М. М. Слободяннюком

УДК 615.15:349.3

АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОБРЕНДИНГУ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

В. М. Толочко, М. В. Зарічкова, Т. Ф. Музика

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

Розглянуто досвід застосування кобрендингових технологій у співпраці професійних спілок фармацевтичної галузі з представниками середнього і великого бізнесу та організаціями, які опікуються соціальними питаннями. Встановлено, що введення профспілкових кобрендингових карт сприяє розширенню соціальних пільг та соціальних програм для працівників фармацевтичної галузі. Проаналізовано можливість отримання соціальних послуг працівниками аптечних закладів за рахунок проведення в адміністративно-територіальній одиниці кобрендингових програм. Виявлено відсутність термінологічного поняття «кобрендинг» та запропоновано його введення у фармацевтичну галузь з урахуванням її специфіки.

Ключові слова: кобрендинг, соціальний захист спеціалістів фармації, профспілки.

Постанова проблеми. Розглянуто вітчизняний і закордонний досвід застосування кобрендингу при співпраці професійних спілок та бізнесу, що сприяє підвищенню соціального захисту працівників різних галузей. Проаналізовано основні форми співпраці профспілкових організацій з компаніями різних галузей економіки з акцентом на фармацевтичну галузь.

Виявлена тенденція розвитку сучасної економіки з постійним розширенням співпраці між різними суб'єктами суспільства: бізнесом, споживачами, організаціями неприбуткового сектора економіки, державними інституціями та ін. Встановлено, що однією з форм такої співпраці є соціально значущі кобрендингові альянси. Сучасний кобрендинг являє собою комерційне парт-

нерство між компаніями та некомерційними організаціями, при якому використовуються сили їх брендів для досягнення соціальних цілей.

Бажаним результатом такої співпраці є створення соціально значущих програм, реалізація яких сприяє вирішенню актуальних соціальних проблем. Для фармацевтичної галузі з вельми розгалуженою системою роботи профспілок та великою кількістю працівників така співпраця є дуже актуальною.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз літературних джерел показав, що увагу до застосування кобрендингу в Україні почали приділяти зовсім недавно, а досвід кобрендингу в роботі професійних спілок ще малий. Дослідивши розвиток кобрендингу в Україні, можна зробити висновок, що в нашій країні це досить молодий напрямок, який має перспективне майбутнє стосовно співпраці профспілок з іншими компаніями, які роблять відповідні благодійні відрахування від реалізації на соціальний захист працівників фармацевтичної галузі.

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

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. На сьогоднішній день практично не застосовуються кобрендингові технології у сфері соціального захисту спеціалістів фармації. Ця стаття присвячена аналізу можливості застосування кобрендингу у роботі професійних спілок та інших організацій, які займаються питаннями соціального захисту спеціалістів фармації.

Формування цілей статті. При написанні статті нами були поставлені такі завдання: проаналізувати існуючий досвід застосування кобрендингу в Україні та за кордоном; встановити можливості його застосування у роботі професійних спілок та інших організацій, які займаються питаннями соціального захисту спеціалістів фармації та окреслити перспективні з них.

Викладення основного матеріалу дослідження. Кобрендинг – це одне з найцікавіших явищ маркетингу, яке набуло останнім часом популярності серед представників середнього і великого бізнесу. Популярність кобрендингу у світі зростає з кожним днем завдяки можливостям, які отримують усі учасники такої співпраці.

Кобрендинг – це взаємовигідне партнерство, об'єднання зусиль учасників альянсу, спрямоване на вирішення певних цілей за рахунок запровадження програм лояльності з використанням брендів і послуг, які вони виробляють для користувачів цієї програми. Кобрендинг являє собою складну структуру і поділяється на два напрямки: тактичний і стратегічний. Тактичний кобрендинг вирішує питання взаємовигідної співпраці, об'єднання зусиль тощо. Стратегічний кобрендинг вирішує більш складні питання, як-то відбір компаній для співпраці, створення альянсу із сильних компаній для великих націлених проектів.

Дослідження показали, що застосування кобрендингових програм є стратегічним напрямком і заслуговує на найпильнішу увагу і професійне виконання [3, 11].

Передумовою співпраці бізнесу і профспілок у сфері соціального захисту спеціалістів фармації (СФ) стало виникнення системи еквайрингу. Еквайринг – це здійснення банком технологічного, інформаційного і розрахункового обслуговування організацій за

операціями оплати товарів і послуг, проведеними за допомогою платіжних карток на обладнанні, наданому банком.

У фармацевтичній галузі ефективний кобрендинг між профспілками відповідних адміністративно-територіальних одиниць може застосовуватись компаніями різних галузей економіки з метою підвищення рівня соціальної захищеності СФ.

Позитивний досвід застосування кобрендингу мають закордонні профспілки і активно застосовують його в усіх галузях народного господарства. Як показують дослідження, однією з найбільш актуальних соціальних проблем суспільства є рівень соціального захисту трудящих [4, 8].

Сьогодні через соціально-економічну кризу в Україні інститути, що захищають трудові права СФ, майже відсутні. Профспілки виступають одним з ключових соціальних інститутів суспільства, що забезпечує вирішення проблем соціальної захищеності трудящих. Їх основна мета полягає в поліпшенні умов життя і праці членів профспілки, захисту їх індивідуальних і колективних соціально-трудова, професійних, економічних та інших прав. Разом з тим інтерес СФ до членства в профспілках зберігається на невисокому рівні. Особливо ця тенденція помітна серед молодих СФ, для яких профспілки часто асоціюються з низьким рівнем захищеності через їх пасивність щодо відстоювання інтересів СФ.

Все це негативно відбивається на чисельності членів профспілки. Як наслідок, така ситуація стимулює профспілкові організації до пошуку нових інструментів, також й у сфері маркетингу, що дозволяє досягати мети популяризації профспілкового руху, підвищення довіри до профспілок з боку СФ, а також підвищення рівня їх соціальної захищеності за рахунок розширення переліку послуг, які профспілкова організація може надати своїм членам. З іншого боку, інтерес до участі в реалізації соціальних програм, націлених на захист інтересів СФ, є й у комерційних структур. Фармацевтичний бізнес зацікавлений у розширенні своєї цільової аудиторії за рахунок існуючих і нових членів профспілки, а також у формуванні іміджу «соціально відповідальної фармацевтичної компанії». У результаті виникають

**МОДЕЛІ ВЗАЄМОДІЇ ПРОФСПІЛОК З КОМЕРЦІЙНИМИ ПІДПРИЄМСТВАМИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЯМИ З ВИКОРИСТАННЯМ КОБРЕНДИНГОВИХ КАРТОК**

Учасники		Кобрендинговий продукт (проект)	Приклад
некомерційна організація	комерційні організації		
Профспілкова організація	Окремі підприємства і організації, що надають знижки за картою	Дисконтна карта	1. Новий соціальний проект «З профспілкою дешевше» Київської міської організації Профспілки працівників освіти і науки України 2. Проект «Профспілкова дисконтна карта» (м. Краснотур'їнськ) 3. Проект «Профспілкова дисконтна карта» Федерації профспілок Республіки Башкортостан
Профспілкова організація	Коаліційна дисконтна програма лояльності	Дисконтна карта	1. Акція «Профспілковий бонус» Федерації незалежних профспілок Кузбасу і російської дисконтної системи «Золота середина» 2. Проект «Єдина карта профспілкового дисконту» Федерації профспілок Татарстану і дисконтної системи Vistcard
Профспілкова організація. Соціальні фонди	Підприємства та організації, що надають знижки за картою Підприємства та організації, які надають послуги власникам карт. Платіжна система	Багатофункціональна карта (дисконт + додаткові сервіси)	Проект «Національна система соціального партнерства» Всеросійських профспілок працівників аудиторських, оцінних, експертних та консалтингових організацій

передумови до створення кобрендингових альянсів за участю регіональних і галузевих організацій профспілок та компаній різних галузей економіки [1, 2, 9].

Сьогодні існує багато форм кобрендингу між бізнесом та профспілками. Проведений нами моніторинг публікацій у засобах масової інформації, а також інформації, розміщеної на сайтах профспілкових організацій, дисконтних систем і програм, кобрендингових проектів, дозволив виявити три моделі, в рамках яких сьогодні здійснюється взаємодія профспілок з комерційними підприємствами та організаціями. Дані моніторингу узагальнені в таблиці [9, 10].

Як показали наші дослідження, найбільш простою формою кобрендингу є альянс, в рамках якого профспілкова організація співпрацює з окремими компаніями. За таким проектом випускається дисконтна карта, яка дає право на отримання знижок при купівлі продукції партнерів. На дисконтну карту наносяться логотипи профспілкової організації й тих компаній, які беруть участь у проекті.

Умовою отримання картки є членство в профспілці, що дозволяє розглядати її як інструмент залучення до її лав нових членів.

Основна мета – дати можливість членам профспілки отримувати знижки на товари та послуги компаній, що беруть участь у проекті. Основні переваги для членів профспілки, користувачів дисконтної програми такі:

- дисконтна карта видається члену профспілки безкоштовно;
- економія сімейного бюджету за рахунок отриманих знижок чи послуг;
- не треба носити купу дисконтних карт, які були надані різними торговими підприємствами, як правило, за гроші або після здійснення покупки на певну суму;
- можливість брати участь у всіх програмах, які проводяться профспілками та партнерами соціальної програми.

Позитивний досвід застосування кобрендингових карток профспілки (ККП) показала Київська міська організація Профспілки працівників освіти і науки України (КМОППОіНУ). Така ККП має ідентифікацій-

ний номер і термін дії. Власником картки є фізична особа – спеціаліст фармації, яка отримала її від міської організації профспілки на правах членства. КМОППОіНУ на даному етапі застосовує програму знижок за цією картою, яка охоплює перелік товарів і послуг, пов'язаних з фармакологією, косметологією, будівництвом, ремонтом тощо. КМОППОіНУ розроблено і поширено 15 000 карток, які діють на території Києва [6, 8].

Запровадження ККП є особливо актуальним для фармацевтичної галузі і буде сприяти впровадженню адресної допомоги кожному члену профспілки. Наприклад, СФ аптечних закладів державної і комунальної форми власності отримує невисоку зарплату – це низька мотивація для того, щоб він розкрив себе як професіонал і залишився працювати. Така підтримка можлива через регіональну і галузеву угоди, що надасть СФ муніципальну надбавку та забезпечить їм «соціальну подушку», аби вони відчували увагу як влади, так і профспілки.

Отже, ККП можна віднести до соціальних програм міського чи обласного поширення. Реалізація таких соціальних програм можлива за умови тісної співпраці бізнесу і профспілки, а також дозволяє здійснювати моніторинг потреб СФ у соціальних послугах і на їх основі створювати соціальні стандарти.

Головною вимогою їх реалізації є узгодження всіх технічних і технологічних питань з партнерами проекту. Адже дисконт – це знижка з діючої ціни і компанії глибоко аналізують такі пропозиції щодо того, які дивіденди вони отримають від цієї програми. Впровадження ККП допоможе партнерам як з боку бізнесу отримувати гарантований ринок споживачів, так і з боку профспілок отримувати соціальні бонуси, тобто застосовувати успішну модель «профспілка бізнесу – ринок, бізнес профспілці – знижку».

У кризовий економічний період потрібно відповідати асиметричними рішеннями, спрямованими на відповідальність перед суспільством на засадах соціальної справедливості. Компанії постійно проводять різні моніторинги своєї діяльності і така ККП допоможе спростити цей процес завдяки штрих-коду, що полегшує облік споживачів.

Соціальні опитування показали, що приватні компанії вже бачать, що профспілки не лише надійні партнери, а й досить вагомий потенціал. Тому ми вважаємо за необхідне додати до соціальної картки СФ напрями із соціального захисту, наприклад, пільговий проїзд у транспорті тощо. Це буде сприяти тому, що СФ будуть відчувати, що саме профспілка надає соціальний захист. З цією метою необхідно сформувану сучасну профспілкову модель, здатну брати на себе відповідальність за людей [1, 2, 5].

Подібну модель використовує, наприклад, Федерація профспілок республіки Башкортостан. Так, на території республіки станом на 15 липня 2010 року діяло 117425 профспілкових дисконтних карт. У 2007 р. було запроваджено електронний профспілковий квиток у формі дисконтної карти, за яким члени профспілки отримують знижки під час купівлі товарів підприємств-партнерів.

В Уральському регіоні діє аналогічний проект, в якому партнерами по кобрендингу виступають компанії сектора продуктів харчування, будівельних матеріалів і рибальського приладдя, комп'ютерного та меблевого бізнесу, роздрібного продажу автозапчастин та автосервісу [10].

На цій основі також існує інша практика, коли профспілкова організація співпрацює не з окремими партнерами з різних секторів економіки, а з коаліційними дисконтними системами і програмами лояльності, що об'єднують широке коло підприємств і організацій. Із 2007 р. подібні соціальні проекти активно розвиває дисконтна система «Золота середина», що має 26 регіональних представництв і об'єднує 3500 торгово-сервісних підприємств, розташованих у 75 містах країни. Власники таких карт, на які нанесена символіка профспілкових організацій, мають можливість отримувати знижки від 5 до 20% за всією системою в усіх містах, де вона діє. Група компаній «Золота середина» позиціонує ці карти, які мають унікальний соціальний статус і є альтернативним джерелом індексації заробітної плати.

Федерація профспілок Татарстану створила проект «Єдина карта профспілкового дисконту» з дисконтною системою Vistcard, що має 2300 партнерів. У РФ Асоціація студентських профспілкових організацій нав-

чальних закладів упровадила проект «Єдина студентська картка «Студик» у співпраці з дисконтними клубом «Знижка», що об'єднує 407 компаній.

Як видно з аналізу позитивного досвіду застосування ККП, подібна модель взаємодії забезпечує профспілкам більш широке охоплення партнерів з числа комерційних організацій у порівнянні із ситуацією роботи з окремими компаніями і підвищує їх престижність серед їх членів [9-11].

Випуск ККП є найбільш актуальним на регіональних ринках, де СФ не є учасниками великої кількості програм лояльності, а також для СФ, які не мають високого рівня доходів.

Упровадження ККП у відповідній адміністративно-територіальній одиниці та просування «профспілкового дисконту» стимулює появу третьої моделі кобрендингового альянсу, в рамках якої може розроблятися багатофункціональна ККП, яка, крім знижок, може включати набір унікальних сервісів, доступ до яких забезпечує лише членство у відповідній профспілці. Наприклад, Всеросійською профспілкою працівників аудиторських, оцінних, експертних та консалтингових організацій на сьогодні реалізується проект «Національна система соціального партнерства», що передбачає поетапне впровадження багатофункціональної карти на базі платіжної системи Visa.

Така багатофункціональна ККП може бути впроваджена на базі професійної спілки фармацевтичних працівників окремої адміністративно-територіальної одиниці. Так, на першому етапі багатофункціональна ККП буде відігравати роль ідентифікатора члена профспілки і посвідчення особи, яка має соціальні гарантії та пільги, знижки на відпочинок на курортах, у здравницях і санаторіях України і за кордоном. На другому етапі – надасть право на отримання бонусів і знижок у торгово-роздрібних мережах. На третьому – забезпечить пільгове банківське обслуговування, можливість безготівкових розрахунків у РФ і за кордоном, зарплатні проекти, надання соціальних гарантій щодо зарахування коштів на персональні рахунки членів профспілки. За зразок необхідно взяти світовий досвід використання таких карт, наприклад, в Ізраїлі, де ця карта дублює

функції паспорта або посвідчення водія і може бути використана, наприклад, у банку при отриманні кредиту.

Необхідно зазначити, що такий досвід починає застосовувати і передова фармацевтична спільнота України. Так, Київське КП «Фармація» досягло домовленості з вітчизняними виробниками фармацевтичної продукції щодо зниження вартості основних ліків та розширення пільгового переліку зі 100 до 160 найменувань для власників «Картки киянина». Відповідний меморандум підписано з 5 фармацевтичними компаніями («Дарниця», «Фармак», «Борщагівський ХФЗ», «Київський вітамінний завод», «Фарма Старт»), які погодилися знизити на 10–20% закупівельні ціни на життєво необхідні препарати для лікування пацієнтів з хворобами серця, судин, суглобів, органів дихання, протизапальні та протизастудні ліки, а також вітаміни, мазі, сиропи. Зі свого боку, КП «Фармація» буде продавати цей асортимент для пільговиків з мінімальною націнкою. Таким чином власники «Картки киянина» зможуть їх придбати зі значною знижкою, яка сягатиме 35-40% [3, 5, 7].

Висновки

На основі проведеного аналізу досвіду застосування кобрендингових проектів можна зробити висновок, що інновації стають наразі ключовою ідеєю у діяльності вітчизняних профспілок, основою формування їх нового іміджу, інструментом розширення членства в профспілці. З іншого боку, бізнес зацікавлений у співпраці з профспілками у рамках просування спільних програм, розглядаючи їх членів як нову для себе цільову аудиторію, а створення таких альянсів – як одну з форм корпоративної соціальної відповідальності. Все це створює передумови до подальшого зростання кількості соціально значущих кобрендингових альянсів, удосконалення форм і методів взаємодії бізнесу з некомерційними організаціями в межах спільного вирішення завдання щодо підвищення соціальної захищеності трудящих, зокрема СФ.

Проаналізувавши досвід використання кобрендингу за кордоном, можна стверджувати, що існує необхідність його поглибленого вивчення з метою застосування в Україні для підняття соціального захисту СФ,

оскільки така практика в Україні ще тільки починає розвиватися.

Необхідно розширити співпрацю профспілок з комерційними структурами завдяки застосуванню багатofункціональної ККП, що забезпечить уникнення ризиків, які притаманні подібним проектам. Ці ризики пов'язані з тим, що у великих мегаполісах з розвиненою конкуренцією на руках у споживачів, як правило, вже є велика кількість різних карт і купонів на знижки, емітованих самими виробниками в межах їхніх власних програм лояльності.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Зарічкова М. В. Дослідження ролі громадських організацій у соціальному захисті працівників фармацевтичної галузі України / М. В. Зарічкова // Фармацевтичний часопис. – 2014. – № 4. – С. 80-85.
2. Зарічкова М. В. Необхідність розвитку недержавних соціальних послуг в системі соціального захисту спеціалістів фармації / М. В. Зарічкова, М. В. Чешева // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Харків, 2-3 квіт. 2015 р. – Х. : НФаУ, 2015. – С. 84-87.
3. Кобрендинг как программа лояльности или что такое кобрендинговые проекты? [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://cardvip.org/articles/kobrending/>
4. Корпоративная социальная ответственность: общественные ожидания. Потребители, менеджеры, лидеры общественного мнения и эксперты оценивают роль бизнеса в России / под ред. С. Е. Литовченко, М. И. Корсакова. – М. : Ассоциация менеджеров, 2003. – 50 с.
5. Моргун Т. Соціальна картка: перші успіхи [Електронний ресурс] / Т. Моргун // «Профспілкові вісті». – Режим доступу: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/interview/2075-socalna-kartka-persh-usphi.html>.
6. Нова програма КМОППОіНУ – нові можливості спілчан [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/vazhlyva-informaciya/print:page,1,1825-nova-programa-kmopponu-nov-mozhlyvist-splchan.html>.
7. Положення про програму соціально-економічної підтримки членів Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я «Дешевше з профспілкою!» (витяг) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kmppoz.org/ua/discount.html>.
8. Профсоюзы и трудовые права россиян [Електронний ресурс] // Пресс-выпуск. – 2011. – № 1665. – Режим доступу: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=111254>.
9. Хмельникова Н. В. Профсоюзный кобрендинг / Н. В. Хмельникова // Авангард. – 2011. – № 15. – С. 30-35.
10. Хмельникова Н. В. Опыт кобрендинга в сфере социальной защиты трудящихся / Н. В. Хмельникова // Управленец. – 2011. – № 7-8. – С. 30-35.
11. Cause related marketing. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cafrussia.ru>files/bloks/CRM.ppt/>.

REFERENCES

1. Zarichkova MV. Farmatsevychnyi chasopys. 2014;4:80–85.
2. Zarichkova MV, Chesheva MV. In: Aktualni problemy rozvytku haluzevoi ekonomiky ta lohistyky. Proceedings of the IV international scientific conference; 2015 April 2-3; Kharkiv. Kharkiv: NUPh, 2015. – P. 84-87.
3. Kobrending kak programma loialnosti ili chto takoe kobrendingovye proekty? Available from: <http://cardvip.org/articles/kobrending/>
4. Litovchenko SE, Korsakova MI, editors. Korporativnaia sotcialnaia otvetstvennost: obshchestvennye ozhidaniia. Potrebiteli, menedzhery, lidery obshchestvennogo mneniia i eksperty otcenivaiut rol biznesa v Rossii. – Moscow: Assotciaciia menedzherov, 2003. – 50 p.
5. Morhun T. Profspilkovi visti. Available from: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/interview/2075-socalna-kartka-persh-usphi.html>
6. Nova prohrama КМОППОіНУ – novi mozhlyvosti spilchan. Available from: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/vazhlyva-informaciya/print:page,1,1825-nova-programa-kmopponu-nov-mozhlyvist-splchan.html>.
7. Polozhennia pro prohramu sotsialno-ekonomichnoi pidtrymky chleniv Kyivskoi mis'koi profspilky pratsivnykiv okhorony zdo-

- rovia «Deshevshe z profspilkoiu!» (vytiah). Available from: <http://kmppoz.org/ua/discount.html>.
8. Profsoiuzyitrudovyepravarossiian.Press-vypusk. 2011;1665. Available from: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=111254>
9. Khmelnykova NV. Avanhard. 2011;15:30-5.
10. Khmelnykova NV. Upravlenetc. 2011;7-8: 30-5.
11. Cause related marketing. Available from: <http://www.cafrussia.ru>files/bloks/CRM.ppt/>

УДК 615.15:349.3

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОБРЕНДИНГА В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦИИ

В. М. Толочко, М. В. Заричковская, Т. Ф. Музыка

Рассмотрен опыт применения кобрендинговых технологий при сотрудничестве профсоюзов фармацевтической отрасли с представителями среднего и крупного бизнеса и организациями, которые занимаются социальными вопросами. Установлено, что введение профсоюзных кобрендинговых карт способствует расширению социальных льгот и социальных программ для работников фармацевтической отрасли. Проанализирована возможность получения социальных услуг работниками аптечных учреждений за счет проведения в административно-территориальной единице кобрендинговых программ. Выявлено отсутствие терминологического понятия «кобрендинг» и предложено его введение в фармацевтическую отрасль с учетом ее специфики.

Ключевые слова: кобрендинг, социальная защита специалистов фармации, профсоюзы.

UDC 615.15:349.3

THE ANALYSIS OF APPLICABILITY CO-BRANDING IN THE FIELD OF SOCIAL PROTECTION SPECIALISTS IN PHARMACY

V. M. Tolochko, M. V. Zarichkova, T. F. Muzika

The experience of application of co-branding technologies in cooperation of the trade union representatives of the pharmaceutical industry with medium-sized and large businesses and organizations that deal with social issues has been considered. It has been found that introduction of trade union co-branded cards promotes the expansion of social benefits and social programs for employees of the pharmaceutical industry. The possibility of obtaining social services by employees of pharmacies due to carrying out co-branding programs in administrative-territorial unit has been analyzed. The absence of the terminological concept of «co-branding» has been revealed, and its introduction to the pharmaceutical industry has been proposed considering its specificity.

Key words: co-branding, social protection of specialists in pharmacy, trade unions.

Рекомендовано д. фарм. н., професором В. М. Толочком

УДК 615.1:615.45:658.6:614.253

ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО І ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАРМАЦЕТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

В. О. Борищук¹, О. С. Соловйов¹, Т. М. Краснянська², І. В. Клименко¹,
С. В. Аугунас¹, О. В. Кирпач¹, Ю. М. Григоруц³

¹ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

² Українська військово-медична академія, м. Київ

³ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

E-mail: pms2723044@yandex.ua

Вигорання, як наслідок професійних стресів, виникає тоді, коли адаптаційні можливості (ресурси) фармацевтичного працівника при подоланні стресової ситуації знижуються, тобто «синдром емоційного вигорання» – це відповідна реакція на тривалі робочі стреси працівника в процесі його професійної діяльності. Проведені власні дослідження в різних регіонах країни свідчать, що лише 3-5% фармацевтичних працівників знайомі з поняттям «синдром емоційного вигорання». Так, у м. Києві до 10% осіб ознайомлені з цим поняттям, тоді як 54% працівників віком 45-60 років і 32% віком 25-30 років щодня потрапляють у стресові ситуації і мають різні захворювання, що свідчать про наявність «синдрому професійного вигорання».

Ключові слова: професійне вигорання, синдром, емоційне виснаження, емоції, стреси, причини, самодіагностика синдрому.

Постанова проблеми. Якби закони не приймалися, яка б не була сучасна техніка, без участі освіченого, морально вихованого та емоційно стійкого персоналу – це усього-на-всього законодавчий, технічний і психологічний потенціал, який інколи оцінюють як мертвий капітал. Поєднання у комплексі людських ресурсів – це капітал.

Значно прискорюють (наближають) процес емоційного вигорання і зміни у зако-

нодавстві. Зокрема те, що раніше держава гарантувала молодим спеціалістам у трирічний термін обов'язково забезпечити їх житлом, а працівникам, що направлялися у сільську місцевість надавалися пільги з опалення та освітлення. Це був надзвичайно відчутний фактор, що мотивував фахівців до закріплення на селі. Позбавлення державних гарантій, пільг, преференцій на фоні емоційної напруги, пов'язаної з обслуговуванням хворих, прискорює незворотні процеси емоційного вигорання. Отже, при сучасному навантаженні працівників, робота яких пов'язана з обслуговуванням людей, а фармацевтичні працівники належать до цієї категорії працівників, закономірно відбувається процес емоційного вигорання [1, 3, 12]. Працівники аптек потрапляють у стресові ситуації, що негативно впливає на стан соматичного та психічного здоров'я. Фактичне прирівнювання провізора, фармацев-

В. О. Борищук – кандидат фарм. наук, доцент кафедри організації і економіки фармації Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (м. Київ)

Т. М. Краснянська – доктор філософії з фарм. наук, професор кафедри військової фармації Української військово-медичної академії (м. Київ)

Ю. М. Григоруц – аспірант кафедри фармації Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

та до торговельного працівника, а фармацевтичної служби й медикаментозного забезпечення – до «фармацевтичного бізнесу» принижують аптечних працівників в очах пацієнта зокрема і суспільства в цілому. Так, «фармбізнес», який передбачає прибутки, має бути у професійному глосарії, коли йдеться про обіг лікарських засобів від виробника до дистриб'ютора, а не до хворого.

Неправильне трактування термінів призводить до їх неправильного сприймання населенням України. Такі приховані, спочатку непомітні вербальні трансформації перекочовують у державні законодавчі терміни. Останні формують відповідне негативне ставлення до аптечного працівника, ображаючи професійну гідність, і започатковують формування «синдромів емоційного і професійного вигорання».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На основі останніх досліджень і публікацій у вирішенні цієї проблеми ми спираємося на дослідження американського психіатра Г. Фрейденбергера, який ще у 1974 році ввів науковий термін «синдром емоційного вигорання», дав характеристику психічного стану людей, що перебувають в інтенсивному і тісному спілкуванні з багатьма людьми [3, 8, 15, 16]. У науковій літературі цей феномен подається як виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил [8, 14].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Аналіз численних публікацій свідчить, що явище «професійного вигорання» набуло великих масштабів. Зокрема, співробітники Американського інституту стресу дійшли висновку, що економіка США втрачає понад 300 млрд дол. щорічно. Це насамперед неефективність роботи працівника, вимушені прогули, ставлення до перенавчання і витрати, пов'язані з плінністю кадрів, та ін.

Проведення міжнародною кадровою компанією опитування в Україні встановило, що в нашій країні кожний четвертий працівник стикається з «синдромом професійного вигорання», а ще 16% опитуваних добре поінформовані щодо цього. Разом з тим більшість опитуваних про синдром «професійного вигорання» навіть не чули. Отже, у фармацевтичній сфері такі дослідження про-

водяться недостатньо, що посилює актуалізацію цієї проблеми.

Формулювання цілей статті. Вивчення наявного стану та усвідомленого розуміння фармацевтичними працівниками поняття і сутності феномену «синдромів емоційного і професійного вигорання», можливостей самодіагностики працівників таких станів, їх запобігання і профілактики. Згідно з публікаціями при розгляді проблеми емоційного вигорання, пов'язаного з професійною діяльністю, доцільно використовувати термін «професійне вигорання» як найбільш адекватний [3].

Викладення основного матеріалу дослідження. Дослідження свідчать про те, що коли фармацевтичний працівник протягом тривалого часу займається відпуском ліків населенню, здійснюючи це монотонно й механічно, він не відчуває особистого зв'язку з цією діяльністю. Тобто немає фармацевтичної опіки, працівник не усвідомлює своєї ролі в лікувальному процесі хворого. У такому разі відбувається рутинний процес по суті продажу ліків, у результаті чого фахівець не може сповна віддавати свої знання роботі. Саме внаслідок цього може виникати внутрішнє спустошення [2, 6].

Апріорно можна передбачити з достатнім ступенем вірогідності, що фармацевтичний працівник (провізор, фармацевт) не отримує морального і матеріального задоволення. Адже коли є незадоволення роботою, не виконується по суті соціальна роль фармацевтичного працівника – забезпечення хворого ліками для видужання, а натомість відбувається лише механічний продаж. Одночасне нашарування інших негативних факторів призводить до порушень відносин між фахівцем і пацієнтом, керівництвом і колективом, провізором і лікарем. Однозначно, це призводить до емоційного вигорання, депресії, поступової втрати цінностей, відчуття втоми та бажання все покинути. Негативні фактори мікроколективу також можуть відбиватись на здоров'ї фахівця: підвищення артеріального тиску, головний біль, запаморочення, стабільна гіпертензія, порушення імунної системи, стану лібідо, сперматогенезу та імпотенції у чоловіків [8].

За даними досліджень деяких учених, думку яких ми поділяємо, основною причиною, що сприяє росту захворюваності і на-

віть смертності населення індустріально розвинутих країн, є стан хронічного емоційного стресу [8]. І в цьому феномені основну роль відіграють емоції людини. Термін «емоції» в узагальненому виразі – це система швидкого упередження впливу. Поки «розхитується» наш менш рухливий, громіздкий розум, емоції вже «спрацювали» і видали ту чи іншу реакцію. Науковці пов'язують емоції з виживанням людини, її благополуччям, самозабезпеченням, умінням відчувати стан людей з оточення. Розроблена вченими модель розуміння процесу професійного вигорання у фармацевтичних працівників містить три складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію персональних досягнень. Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» і характеризується заниженими емоційними формами, байдужістю або емоційним перенасиченням [2, 3]. Деперсоналізація виявляється у деформації стосунків з іншими людьми, лікарями, провізорами і фармацевтами в колективі. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, в інших – це зростання негативізму й цинічності щодо відвідувачів аптек, лікарів, колег по роботі. Редукція особистісних досягнень полягає або в негативному оцінюванні себе, своїх професійних досягнень та успіхів, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх професійних можливостей (занижена самооцінка).

Згідно з публікаціями «професійне вигорання» може розглядатися за наявності трьох стадій [3, 6, 13, 18]. На *першій стадії* в особистості, що відчуває на собі дію «професійного вигорання» першого ступеня, виявляються помірні, нетривалі й випадкові ознаки цього процесу. На цій стадії симптоми «синдрому емоційного вигорання» виявляються в легкій формі і виражені *легкою турботою про себе*, наприклад, частим бажанням розслабитись або частими перервами у роботі. На *другій стадії* «професійного вигорання» симптоми виявляються регулярніше, мають більш *затяжний* характер і важче піддаються корекції. Працівник може почуватися виснаженим після гарного сну і навіть після вихідних. Щоб вийти з такого стану, працівнику необхідні додат-

кові зусилля. На *третьій стадії* «професійного вигорання» ознаки і *симптоми стають хронічними* і можуть викликати фізичні і психологічні проблеми, наприклад, виразку шлунка або *депресії*. Працівник починає сумніватися у важливості й цінності своєї професії, виникає незадоволення життям. При «професійному вигоранні» характерні й інтелектуальні симптоми. Це зниження інтересу до нових ідей, до альтернативних підходів у роботі, відсутність інтересу до нововведень, збільшення апатії, небажання брати участь у тренінгах, семінарах та інших формах навчання [4, 11, 12]. Вигорання, як наслідок професійних стресів, виникає тоді, коли адаптаційні можливості (ресурси) фармацевтичного працівника з подоланням стресової ситуації перевищені, тобто «синдром професійного вигорання» – це відповідна реакція на тривалі робочі стреси працівника в процесі його професійної діяльності [2, 13]. За видом і характером роботи фармацевтичні працівники піддаються дії різних несприятливих чинників середовища і самої повсякденної професійної діяльності. Слід підкреслити, що емоційне вигорання являє собою набутий стереотип емоційної, а частіше за все професійної поведінки [11, 18]. «Синдром емоційного вигорання» є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі, стикаючись з обставинами, які важко змінити, як наслідок, розвивається професійний стрес. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює професійну діяльність на творчу роботу, відсутній. Також можна стверджувати, що професійний стрес у фармацевтичних працівників – це насамперед наслідок зниження професійної мотивації, що «вигорання» і збереження захоплення роботою – це два полюси відносин людини та її професійної діяльності [1, 2, 11].

За даними досліджень учених Запорізького державного медичного університету встановлені групи ризику серед фармацевтичних працівників, схильних до набуття «синдрому професійного вигорання», виділені такі закономірності: по-перше, «вигорають» насамперед працівники-інтроверти. Вони характеризуються скромністю і сором'язливістю, схильні до замкнутості і кон-

центрації на предметі професійної діяльності. По-друге, до «професійного вигорання» більше схильні особистості, що відчують внутрішньоособистістний конфлікт у зв'язку з роботою. По-третє, до «професійного вигорання» більше схильні працівники, професійна діяльність яких проходить в умовах гострої нестабільності, хронічного страху втрати робочого місця. По-четверте, на тлі перманентного стресу «синдром професійного вигорання» виявляється тоді, коли людина потрапляє в нову незвичну обстановку (зміна роботи, випробувальний термін, майбутня атестація). По-п'яте, до «професійного вигорання» більше схильні жителі великих мегаполісів, які живуть в умовах нав'язаного спілкування і взаємодії з великою кількістю незнайомих людей у громадських місцях [3].

Кожен фармацевтичний працівник може усвідомити ознаки наявності у себе «синдрому професійного вигорання» [9, 10]. По-перше, чіткий сигнал – це настрій. Якщо кожного ранку людина прокидається в поганому настрої, навіть тоді, коли за вікном чудова погода, на роботі все йде успішно і зі здоров'ям все гаразд – це перша ознака «синдрому емоційного вигорання». По-друге, зовнішній вигляд, як правило, у таких працівників інколи викликає співчуття – згаслий погляд, втомлений вигляд. По-третє, чим більше розвивається «синдром професійного вигорання», тим сильніше бажання компенсувати себе за рахунок чужого успіху, наприклад, спілкування з успішними працівниками. Працівник підсвідомо хоче сховатися у тінь і компенсуватися за рахунок іншого – успішного. По-четверте, заздрість – це почуття виникає саме до тих людей, які займаються іншими видами діяльності. Людина ловить себе на думці, що їй стало нецікаво робити те, чим вона займається, починає читати оголошення про роботу, шукає нові вакансії, навіть в інших сферах діяльності, не пов'язаних з її фахом.

Головні причини «емоційного, професійного вигорання» – це насамперед недостатня підготовленість працівника до виконання практичних професійних обов'язків, занепокоєння неналежним чином упоратися з дорученою йому роботою, відстати від своїх колег, стурбованість щодо мож-

ливої втрати роботи, загроза або неможливість в реалізації кар'єрного зростання, невизначеність працівника як професійного фахівця. На ці фактори негативного формування почуття страху нашаровується й високе емоційне і нервово-психічне навантаження фармацевтичного працівника при виконанні ним професійних обов'язків. Нерідко це недоброзичливе ставлення відвідувачів аптек, хворих та їх родичів, пов'язане з високими цінами на ліки, відсутністю необхідних ліків, відмова у відпуску ліків на пільгових умовах, що передбачено законодавством, щоденне перевантаження нервової системи, велика кількість контактів фармацевтичного працівника з хворими або їх родичами. Неочікуваним для нас став факт, що найбільш схильні до «вигорання» працівники за віковим кластерним угрупованням 25-30 років, котрі при зіткненні з реальністю, що не відповідає очікуванням, отримують емоційний шок, а також працівники 40-45 років [6, 11].

Кожному працівнику необхідно серйозно ставитись і аналізувати такі ситуації, усвідомлювати їх. Ставлячись до такого стану легковажно, деякі люди доходять до глибоких хронічних депресій і нерідко потребують медичної допомоги та лікування. Вихід один – робота над собою, коли особистість сама виявляє «синдром емоційного вигорання» і може справитись з емоційними вадами.

Відомий дослідник стресу Сельє відмічав, що має значення не те, що з вами сталося, а те, як ви це сприймаєте [12]. Численні публікації свідчать про те, що здебільшого від нас залежить здатність зосереджувати, акцентувати увагу в повсякденному житті на негативі (поганому) чи тільки на доброму, прекрасному, тобто не бути рабом життєвих обставин. Слід пристосовуватись до обставин, а не чекати поки вони зміняться на краще. Отже, вихід зі стану «синдрому професійного вигорання» потребує декілька етапів у діях працівника. На першому етапі досить буде так званих конструктивних дій, які зорієнтують особистість, що робити далі після усвідомлення наявності «синдрому професійного вигорання». Одночасно слід критично поставитись до свого фахового рівня, можливої необхідності у підвищенні кваліфікаційного рівня, фізично-

го та духовного, емоційного відновлення (емоційної паузи). У разі неефективних результатів проблему слід вирішувати з лікарями, враховуючи два ключових моменти [8]. По-перше, як зазначають фахівці, лікувати необхідно весь організм, бо зазвичай при «професійному вигоранні» збій дає весь організм, але передусім страждає нервова та імунна системи, шлунково-кишковий тракт. Але мало шансів на видужання навіть із залученням висококваліфікаційних лікарів, зокрема і психологів, якщо людина сама не буде працювати над собою. Потрібна допомога психолога, який здатен навчити пацієнта мислити абстрактно й аналізувати свій стан. Як варіант, це можуть бути певні тренінги, курси удосконалення чи більш тривалий відпочинок. Зауважимо, якщо працівник здатний проаналізувати ситуацію і зрозуміти свій стан, критично поставитись до організації свого життя і виконання своїх професійних обов'язків, то він зможе впроратись із ситуацією самотужки. Слід також активізувати ті аспекти, котрі внаслідок робочого ритму відігравали у працівника дургорядну роль. Це хобі, особисте життя. Дуже важливо, щоб у період виходу зі стану «синдрому професійного вигорання» чи лікування фармацевтичний працівник приділяв їм більше часу й уваги. Необхідні постійна турбота про своє здоров'я, дотримання здорового способу життя, прийому їжі та сну, повноцінне особисте життя [5].

Надзвичайно важливо, щоб в аптечному колективі кожному працівнику було комфортно, але цю комфортність він мусить вибудувувати сам у взаємодії зі своїми колегами і керівництвом, сприяти дружнім взаєминам з ними. Особливо важливо навчитися оволодівати й стримувати свої емоції незалежно від ситуації, відновлюватися після стресу і навчитись бути стресостійким [7]. Саморегуляція емоцій визначається як уміння фармацевтичного працівника створювати необхідні бажані стани, тобто такі, що забезпечують його ефективну діяльність. Важливо бути доброзичливим до хворих, що звернулись за ліками, до всіх відвідувачів аптеки, навчитися контролювати свою поведінку у спілкуванні з ними, виховувати в собі доброзичливість, пов'язану з володінням практичного позитивного мислення.

Здавна відомо, що негативні емоції призводять до хвороб душі, забирають у людини життєві сили [11]. Дуже важливо у спілкуванні з колегами, відвідувачами, що прийшли до вас за ліками, посміхатись, щоб погляд був доброзичливим, теплим, тембр голосу – чарівним. На нашу думку, вельми важливо навчитись фармацевтичному працівнику психологічному захисту для попередження «синдрому професійного вигорання». Психологічний захист – це механізм поведінки, обумовлений природними даними і життєвим досвідом особистості, що дозволяє їй захищати свою суб'єктивну реальність від оточення і неконструктивної самокритики. Вчинками, словами, інтелектом, високою професійністю, характером, емоціями та всіма іншими адекватними засобами фармацевтичний працівник повинен стверджувати для себе і оточення: «Я є, я існую і прославляю себе, я віддано служу людям і хочу, щоб мене сприймали, шанували, цінували всі, хто поряд зі мною, і щоб мої колеги мені допомагали, я саме такий, який є» [17, 19].

Наявність позитивних настанов до відвідувачів, хворих, колег – найцінніша якість кожного фармацевтичного працівника. У моральному обличчі таких працівників переважають позитивні судження про людей, оптимізм і віра в їх кращі якості, співчуття до хворих і до стану їх здоров'я. За публікаціями і власними дослідженнями нами розроблені (сформовані) такі принципи морально-психологічної етики для фармацевтичних працівників щодо запобігання «синдрому професійного вигорання»:

- доброзичливо ставитися до всіх відвідувачів аптеки, колег по роботі, до всього оточення;
- не давати притуплюватися (дріматися) сумлінню і не укладати з ним угоди, бо аморальні вчинки виправити неможливо;
- незадовільні обставини на роботі сприймати, як тимчасове явище, намагатися змінити їх на краще, а енергію незадоволення скеровувати і витратити на корисні справи, що сприяють позитивним змінам;
- у своїй роботі вбачати найголовніший гуманний зміст і соціальний наказ суспільства – своєчасне забезпечення хворих якісними, безпечними, ефективними і доступними лікарськими засобами;

- підвищувати свої фармацевтичні знання та професійну компетентність у багатовекторних секторах ноофармації, фармакології, медицини, ноетики, деонтології, етичних професійних принципів моральної чистоти;
- завжди мати впевненість у собі і вигляд успішної людини, почувати себе значущим і на роботі й у суспільстві.

У вересні – листопаді 2014 року нами були проведені власні дослідження за цією тематикою серед працівників аптек різних форм власності у Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Рівненській, Хмельницькій, Херсонській областях і м. Києві під час науково-практичних конференцій. Дослідження проводились шляхом опитування та інтерв'ю фармацевтичних працівників. Разом було опитано та проінтерв'юовано в областях і м. Києві 145 осіб. Встановлено, що фармацевтичні працівники Миколаївської, Хмельницької, Херсонської областей не чули про «синдром професійного вигорання». 3-5% фармацевтичних працівників Волинської, Закарпатської, Рівненської областей відповіли, що із засобів масової інформації вони знайомі з поняттям «синдрому емоційного вигорання», а серед фармацевтичних працівників м. Києва цей показник становив 10%. Із 145 фармацевтичних працівників, що взяли участь у дослідженні, 57 працівників (або 32%) віком 25-30 років та 78 працівників (або 54%) віком 45-60 років при виконанні професійних обов'язків регулярно потрапляють у стресові ситуації, що створюють відвідувачі аптек, що в основному пов'язано з високими цінами на ліки та відмовою безкоштовного відпуску деяким категорія хворих, як це передбачено законодавством. Лише 6,7% незалежно від віку повідомили, що вони не відчують дискомфорту і не зазнають впливу стресових чинників при виконанні професійних обов'язків.

Висновки

1. Показано, що професія фармацевта чи провізора через їх щоденну взаємодію із сотнями і тисячами людей належить до професій, які можуть викликати «синдром професійного вигорання», що призводить до соматичних і психічних захворювань.

2. Досліджена можливість самоідентифікації фармацевтичними працівниками «син-

дрому професійного вигорання» та подальших розробок виходу з такого стану, його профілактики і попередження.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Бойко В. В. Синдром емоціонального вигорання в професіональному общении. – СПб., 1999. – 105 с.
2. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М., 1996. – 154 с.
3. Білоус М. В. Синдром «професійного вигорання у фармацевтичних працівників» / М. В. Білоус // Збірник матер. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, присвяч. 50-літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. – Львів, 2014. – С. 14-16.
4. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром вигорання. – 2-е изд. – СПб., 2008. – С. 7-327.
5. Горачук В. В. Організаційні аспекти профілактики і подолання професійного «вигорання» медичних працівників / В. В. Горачук // Матеріали IV з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, 23-25 жовт. 2008 р., м. Житомир. – Київ-Житомир, 2008. – Т. 2. – С. 36-40.
6. Дудяк В. Емоційне вигорання. – К.: Главник, 2007. – С. 3-125.
7. Доценко О. Н. Эмоциональная направленность как фактор «выгорания» у представителей социномических профессий // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29, № 5. – С. 91-100.
8. Ігрунова К. М. Механізми розвитку пошкоджень серця при стресі та їх корекція : моногр. / К. М. Ігрунова. – Вінниця : Меркурій Поділля, 2014. – 239 с.
9. Комплекс методик для діагностики синдрому «професійного вигорання у вчителів» / Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова, О. С. Ковальчук та ін. – К., 2004. – 21 с.
10. Косарев В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников / В. В. Косарев, С. А. Бабанов. – Самара : Офорт, 2009. – 232 с.

11. Максименко С. Д. Медична психологія / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, М. В. Папуча. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 520 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1979. – 123 с.
13. Толочко В. М. Проблемні аспекти соціального захисту спеціалістів фармації у сучасних умовах / В. М. Толочко, М. В. Зарічкова // Вісник фармації. – 2012. – № 2. – С. 37-39.
14. Федак Б. С. Синдром вигорання у медичних працівників / Б. С. Федак // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 3. – С. 18-22.
15. Herbert J. Freudenberger Staff burn-out. J. Herbert // Journal of Social Issues. – 1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159-165.
16. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. In the Burnout syndrome / C. Maslach. – Park Ridge, IL: London House, 1982. – P. 30-53.
17. Felton J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers / J. S. Felton // Occupational medicine. – 1998. – Vol. 48. – P. 237-250.
18. Kondo K. Burnout syndrome / K. Kondo // Asian Medical J. – 1991. – № 34. – С. 34-42.
19. Holloway F. Support systems. 1. Introduction / F. Holloway, G. Szmukler, J. Carson // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 226-235.
4. Vodopianova N, Starchenkova E. Sindrom vygoraniia. 2nd ed. St. Petersburg; 2008. p. 7-327.
5. Gorachuk VV. In: Proceedings of the IV Congress of specialists in social medicine and public health organizers; 2008 Oct. 23-25; Zhytomyr. Kyiv – Zhytomyr; 2008. Part 2; p. 36-40.
6. Dudiak V. Emotsiine vyhorannia. Kyiv: Hlavnyk; 2007. p. 3-125.
7. Dotcenko ON. Psihologicheskii zhurnal. 2008;29(5):91-100.
8. Ihrunova KM. Mekhanizmy rozvytku poskodzhen sertsia pry stresi ta yikh korektsiia. Monograph. Vinnytsia: Merkurii Podillia; 2014. 239 p.
9. Karamushka LM, Zaichykova TV, Kovalchuk OS et al. Kompleks metodyk dlia diahnozyky syndromu «profesiinoho vyhorannia u vchyteliv». Kyiv; 2004. 21 p.
10. Kosarev VV, Babanov SA. Professionalnye zabolvaniia meditsinskih rabotnikov. Samara: Ofort; 2009. 232 p.
11. Maksymenko SD, Koval IA, Papucha MV. Medychna psykholohiia. Vinnytsia: Nova knyha; 2010. 520 p.
12. Sele. Stress bez distressa. Moscow: Progress; 1979. 123 p.
13. Tolochko VM, Zarichkova MV. Visnyk farmatsii = News of Pharmacy. 2012;2:37-39.
14. Fedak BS. Meditsinskaia psihologiia. 2007; 2(3):18-22.
15. Herbert J. Freudenberger Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974;30(1): 159-65.
16. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. In the Burnout syndrome. Park Ridg. IL: London House; 1982. p. 30-53.
17. Felton JS. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. Occupational medicine. 1998;48:237-50.
18. Kondo K. Burnout syndrome. Asian Medical J. 1991;34:34-42.
19. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. Advances in Psychiatric Treatment. 2000;6:226-35.

REFERENCES

1. Boiko VV. Sindrom emotsionalnogo vygoraniia v professionalnom obshchenii. St. Petersburg; 1999. 105 p.
2. Boiko VV. Energiia emotcii v obshchenii: vzgliad na sebia i na drugih. Moscow; 1996. 154 p.
3. Bilous MV. In: Proceedings of the scientific-practical konfkonferentsiyi with international participation, devoted to the 50th anniversary of the establishment of the Department of organization and economics of pharmacy at Lviv National Medical University. Lviv; 2014. p. 14-16.

УДК 615.1:615.45:658.6:614.253

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**В. А. Борищук, А. С. Соловьев, Т. Н. Краснянская, И. В. Клименко, С. В. Аугунас, А. В. Кирпач, Ю. Н. Григорук**

Выгорание, как следствие профессиональных стрессов, возникает тогда, когда адаптационные возможности (ресурсы) фармацевтического работника в преодолении стрессовой ситуации снижаются, т.е. «синдром эмоционального выгорания» – это соответствующая реакция на продолжительные рабочие стрессы работника в процессе его профессиональной деятельности. Проведенные собственные исследования в разных областях страны свидетельствуют, что только 3-5% фармацевтических работников знакомы с понятием «синдром эмоционального выгорания». Так, в г. Киеве до 10% человек ознакомленным с этим понятием, в то же время 54% работников в возрасте 45-60 лет и 32% в возрасте 25-30 лет ежедневно попадают в стрессовые ситуации и имеют различные заболевания, свидетельствующие о наличии «синдрома профессионального выгорания».

Ключевые слова: профессиональное выгорание, синдром, эмоциональное изнеможение, эмоции, стрессы, причины, самодиагностика синдрома.

UDC 615.1:615.45:658.6:614.253

THE STUDY OF THE EMOTIONAL AND PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN PHARMACEUTICAL WORKERS**V. A. Boryshchuk, A. S. Solovev, T. N. Krasnianska, I. V. Klymenko, S. V. Augunas, O. V. Kyrpach, Yu. N. Grygoruk**

The burnout as a result of professional stress occurs when the adaptive capacity (resources) of the pharmaceutical worker in overcoming a stressful situation becomes difficult, it is the “emotional burnout syndrome”, which is the appropriate response to prolonged working stresses of the employee during his/her professional activity. Our research in the regions of the country shows that the term “emotional burnout syndrome” is known to only 3-5% of pharmaceutical professionals. For example, in Kyiv up to 10 per cent of people are familiar with this concept, at the same time, 54 per cent of workers at the age of 45-60 and 32 per cent aged 25-30 years get into stressful situations daily and have different diseases indicating the presence of the “professional burnout” syndrome.

Key words: professional burnout, syndrome, emotional exhaustion, emotions, stresses, causes, self-diagnosis of the syndrome.

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рекомендовано д. фарм. н., доцентом Л. В. Галій

УДК 615.254 : 614.27 : 658

ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

О. С. Яковлева, О. В. Гетало

Запорізький державний медичний університет. E-mail: olgayakovleva.zp@gmail.com

За останні роки в Україні збільшилась кількість хворих на хронічну хворобу нирок (ХНН), які перебувають на перитонеальному діалізі (ПД). У структурі діалітичної терапії питома вага застосування ПД у 2013 році становила 15,3%. Переважна більшість хворих на ХНН (43,8%) отримувала сеанси ПД на протязі від 1 до 3 років. У структурі споживання засобів для ПД у різних регіонах України спостерігались суттєві відмінності, які здебільшого визначались різним рівнем видатків з місцевих бюджетів на надання діалітичної допомоги. З метою забезпечення прийняття обґрунтованих управлінських рішень в організації ефективної медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ХНН розрахована вартість застосування засобів для ПД на одного хворого. Встановлено, що значна розбіжність показників вартості залежить від ціни на засіб для ПД, призначення якого обумовлено особливостями клінічного стану хворого. Встановлено також, що найменш витратним є застосування препарату «Діавітек ПД» (147606,00 грн на рік), найбільш витратним – препарату «Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл» (679520,50 грн на рік).

Ключові слова: засоби для перитонеального діалізу, лікарське забезпечення, хронічна хвороба нирок, вартість, реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби.

Постанова проблеми. У 2011 році експерти ООН назвали хвороби нирок найбільш важливими неінфекційними захворюваннями сучасності. Тільки за офіційними даними, не менше 10% населення мають патологію

О. С. Яковлева – кандадит фарм. наук, асистент кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ ФПО Запорізького державного медичного університету

нирок. Із 1990 по 2010 роки смертність від ХНН у світі зросла приблизно на 82% – це третє місце за швидкістю приросту летальності серед 25 основних причин смерті (після ВІЛ/СНІД – 396% та діабету – 93%) [1].

В Україні доступність надання спеціалізованої допомоги хворим з ураженням нирок низька через відсутність необхідної кількості медичного обладнання, витратних ма-

теріалів та ліків. Тому в умовах нестабільної фінансово-економічної ситуації та обмеженого фінансування закладів охорони здоров'я організація процесу безперебійного постачання необхідними препаратами хворих на ХХН набуває особливого значення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Надання спеціалізованої діалітичної допомоги пацієнтам з ХХН V ст. є невід'ємною складовою медичних програм як у розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Її надання у достатньому обсязі потребує значних фінансових витрат. За даними United States Renal Data System (USRDS), лише в 2009 році витрати на надання медичної допомоги хворим на ХХН V ст. у США склали 42,5 млрд доларів. В Італії середньорічні витрати на ПД на одного пацієнта з ХХН V ст. становили 34978 євро. При цьому витрати, безпосередньо пов'язані з діалізом, склали до 59% від загальних витрат на надання допомоги. В Україні існуюча система медичної допомоги нефрологічним хворим не здатна забезпечити необхідний рівень її надання, внаслідок чого невпинно зростає кількість інфекцій сечової системи, уражень нирок, обумовлених цукровим діабетом і артеріальною гіпертензією. Це призводить до щорічної смерті понад 5 тис. хворих через неотримання адекватної терапії. Крім того, до 30% хворих працездатного віку потрапляють до нефрологічних закладів у термінальній стадії хронічної недостатності і зберегти їх життя можна, лише застосувавши «штучну нирку» або ПД [2, 4, 6-8].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. В Україні витрати на надання діалітичної допомоги за різними територіально-адміністративними одиницями суттєво відрізняються. Насамперед це пов'язано з тим, що в кожній області країни фахівцями розробляються та затверджуються безпосередньо обласні, місцеві й районні програми надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю, в яких зазначено фінансування лікувальних заходів. На сьогодні практично не знайдено змістовних досліджень щодо визначення вартості діалітичної допомоги в Україні. Поряд з тим визначення необхідних обсягів фінансування медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ХХН дозволить обґрунтува-

ти необхідність залучення додаткових джерел фінансування; планувати та контролювати витрати на фармацевтичне забезпечення хворих; виявити шляхи економії ресурсів фармакотерапії.

Формулювання цілей статі. Враховуючи соціально-економічну актуальність питання, що розглядається, головна ціль дослідження полягала у визначенні основних особливостей споживання засобів для ПД хворими на ХХН Україні. Результати проведених досліджень можуть бути використані в розробці оптимальних моделей лікарського забезпечення організації надання медичної і фармацевтичної допомоги хворим на ХХН в Україні.

З метою досягнення цілі були розроблені такі завдання: за даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок вивчити сучасний стан споживання засобів для ПД хворими на ХХН за 2009-2013 рр.; за даними реєстру оптово-відпускних цін на лікарські засоби розрахувати показники вартості діалітичної допомоги із застосуванням засобів для ПД; за результатами отриманих даних окреслити напрямки перспективних досліджень у зазначеному напрямку.

Викладення основного матеріалу дослідження. За даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок, у 2013 р. ПД для лікування хворих на ХХН V ст. використовувався у 25 із 27 її адміністративних територій, де функціонувало 92 із 97 (98%) відділень нефрології та діалізу. За 2009-2013 рр. загальна кількість хворих, які отримували ПД, збільшилась із 522 до 966 осіб (на 75%); їх приріст значно випереджав його величину за лікування ГД (50%). У розрахунку на 1 млн населення рівень забезпеченості ПД у 2013 р. становив 21,2 (966 хворих), серед уперше взятих на діаліз – 6,2 (282 хворих), їх величини перевищували показники 2009 р. у 1,8 та 2,4 рази відповідно. Загальні дані щодо стану ПД в Україні наведено у табл. 1.

За останні два роки в країні почав використовуватись автоматизований ПД у центрах, які зосереджені в Харківській області та м. Києві: у 35 із 966 хворих (3,6%), у 13 з них уперше в 2013 році. Переважно його отримують особи молодого та середнього віку, кожен третій – віком до 44 років, кожен другий – від 45 до 64 років [2, 4].

ДИНАМІКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ В УКРАЇНІ

Показник / рік	2009	2010	2011	2012	2013	Приріст, %
Кількість відділень нефрології та діалізу	71	61	81	97	97	+36,6
Кількість хворих, які лікуються методом ПД (разом)	552	650	686	877	966	+75,0
Кількість хворих, які лікуються методом ПД (разом) на млн населення	12,0	14,1	15,0	19,2	21,3	+76,6
Кількість хворих, які вперше розпочали лікування ПД	122	167	140	237	282	+131,1
Кількість хворих, які вперше розпочали лікування ПД на млн населення	2,6	3,6	3	5,2	6,2	+138,4
Хворі, яким змінено метод лікування (абс.)	100	112	132	166	142	+42,0

Упродовж 2009-2013 рр. питома вага ПД, як у структурі ниркової замісної терапії, так і в структурі діалізоної терапії, не зазнала суттєвих змін –13,4% і 15,3% відповідно проти 12% і 13% у 2009 р. Однак показники забезпеченості та доступності ПД для хворих на ХХН у різних областях України суттєво відрізняються.

За даними споживання засобів для ПД, виділяються одні й ті самі адміністративні території, де метод досить широко застосовується в клінічній практиці, і, навпаки, забезпеченість ним знаходиться в діапазоні 1,4-14,2 на 1 млн населення. Найвищі показники споживання спостерігаються в 11 областях України (Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій, Чернівецькій).

У 2 областях (Закарпатській і Київській) та м. Києві показник наближався до усередненого його значення по країні (рис. 1).

У 2013 році, як і впродовж останніх п'яти років, кожен третій із хворих на ХХН, що отримували ПД, був мешканцем села (36,7 ± 2,6%). Жителів міст було в 1,7-2 рази більше (63,3 ± 2,0%) (рис. 2). У структурі за статтю різниці практично немає. У 2013 році допомогу отримали 50% чоловіків і 50% жінок (у 2009 р. – 48,9% і 51,1%), розпочали лікування 54% і 46% відповідно (51,6% і 48,4% відповідно).

Аналіз вікової структури хворих на ХХН, які отримували сеанси ПД, свідчить, що у 2013 р. найбільше пацієнтів лікувалось у віці 45-64 років (51,8%), тоді як у 2009 р. – 18-44 роки (46,7%); у 1,7 рази зросла їх кількість після 64 років (11,49% проти 6,9%

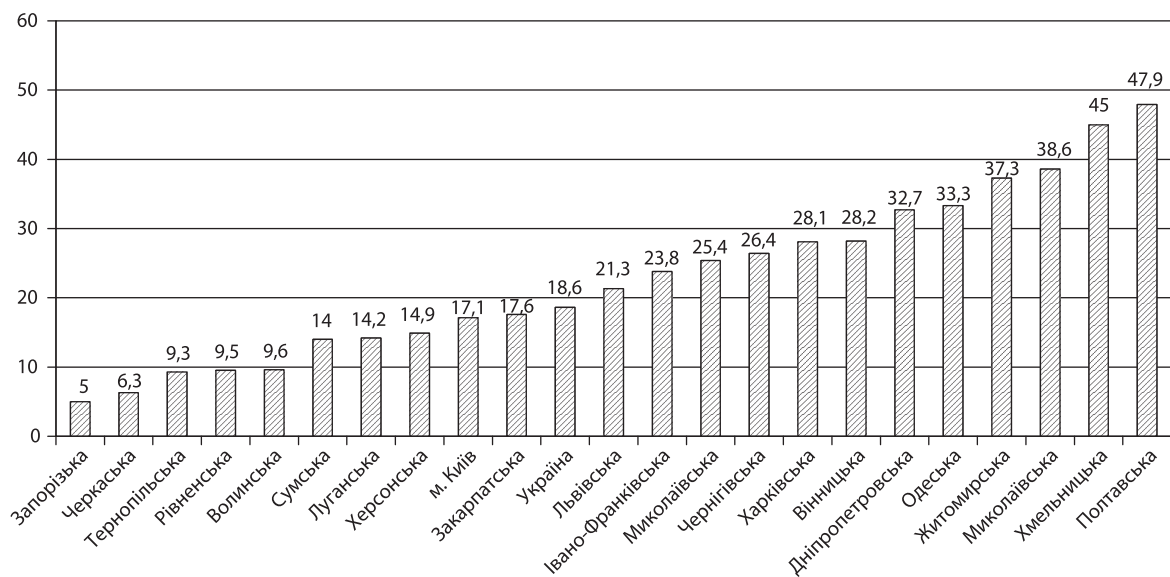


Рис. 1. Розподіл адміністративних територій за рівнем забезпеченості ПД у 2013 р. (на один млн населення)

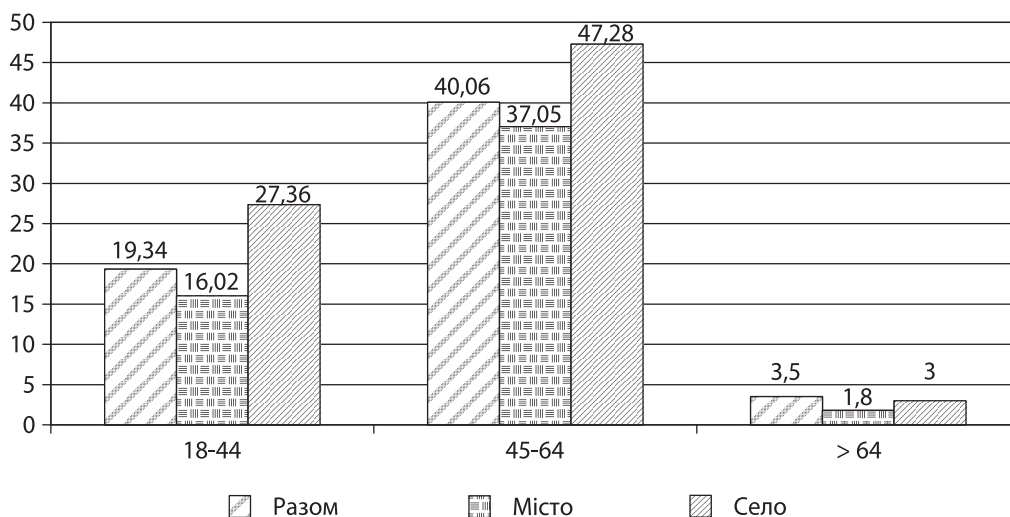


Рис. 2. Забезпеченість хворих ПД залежно від віку та місця проживання у 2013 р. (на один млн населення)

у 2009 р.) й одночасно більш ніж у 2 рази стало менше хворих віком від 0 до 17 років (0,72% проти 1,6% відповідно) (рис. 3). За порівняльним аналізом показників по адміністративних територіях можна простежити, що за вказаною віковою категорією виділяється 6 областей (Донецька, Житомирська, Івано-Франківська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька) і столиця, де їх відсоток коливався від 18,5 до 33%. На відміну від попередніх років у звітному році жоден хворий після 64 років не отримував ПД у 6 областях (Волинській, Запорізькій, Луганській, Сумській, Херсонській, Черкаській).

Із накопиченням досвіду лікування хворих на ХХН V ст. методом ПД збільшилися строки його тривалості (рис. 4). Найчасті-

ше, як і в минулі роки, він становить 1-3 роки – 43,8% (423 хворих). Водночас зросла кількість хворих, які отримували лікування більш ніж 5 років – з $5,8 \pm 0,9$ до $14,3 \pm 1,4\%$ у 2013 р. При цьому необхідно зазначити, що в 12 регіонах (Волинській, Донецькій, Запорізькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Черкаській областях) відсоток таких хворих лежить у межах 20-55,2%. В інших адміністративних територіях картина виглядає так: у Тернопільській області жоден пацієнт не дожив до вказаного строку, серед решти областей показник коливався від 2,6% у м. Києві до 13,3% в Чернігівській.

Така розбіжність у показниках за різними територіально-адміністративними оди-

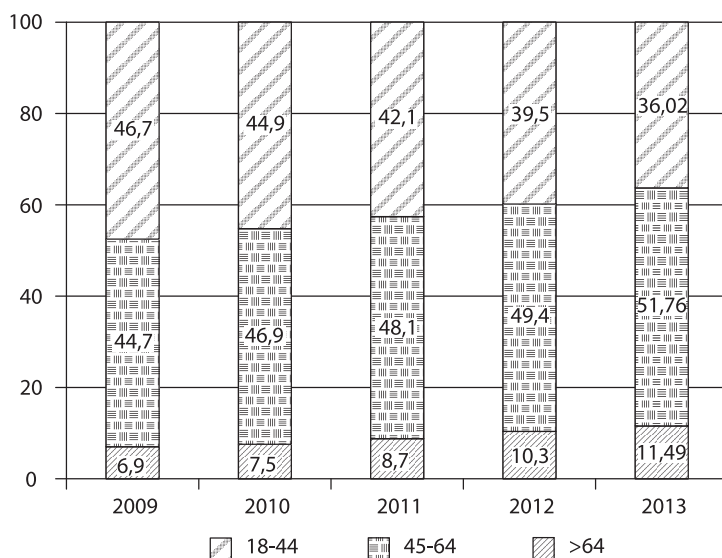


Рис. 3. Динаміка вікової структури хворих, які отримували ПД

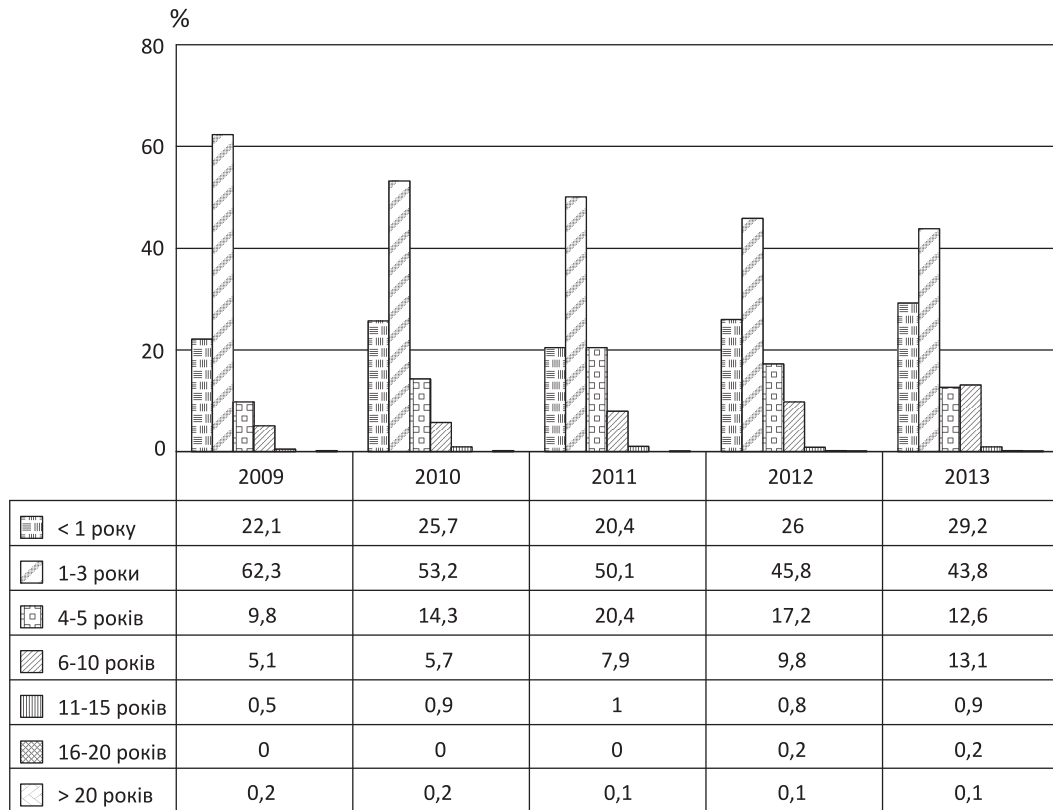


Рис. 4. Тривалість лікування методом ПД

ниціями країни певним чином залежить від різного рівня видатків на надання допомоги з місцевих бюджетів. Тому вирішення питання розвитку системи спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю потребує підтримки не тільки на місцевому, а й на державному рівнях.

В організації ефективної медичної і фармацевтичної допомоги хворим на ХХН об'єк-

тивно обмежений характер ресурсів охорони здоров'я потребує їх раціонального використання та перерозподілу. Для забезпечення вирішення цього завдання відповідно до режиму проведення постійного амбулаторного ПД були розраховані показники вартості застосування засобів для ПД на одного хворого. Залежно від особливостей їх постачання вартість була розрахована на

Таблиця 2

ВАРТІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХХН

Торговельна назва засобу для ПД	Вартість засобів для ПД, грн		
	на 14 днів	на місяць	на рік
Діавітек ПД 1,5 %	5661,60	12132,00	147606,00
Діавітек ПД 2,5 %	5661,60	12132,00	147606,00
Діавітек ПД 4,25 %	5661,60	12132,00	147606,00
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл	26063,82	55851,00	679520,50
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 2,27% м/об/22,7 мг/мл	183732,28	40140,60	488377,30
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 3,86 % м/об/38,6 мг/мл	183732,28	40140,60	488377,30
Екстраніл	8258,28	17696,40	215306,20
КАПД 2	12035,10	25789,50	313772,25
КАПД 3	12035,10	25789,50	313772,25
КАПД 4	12035,10	25789,50	313772,25
Нутриніл ПД4 з 1,1 % вмістом амінокислот	9854,03	21115,80	256908,90

14 днів, на один місяць, на один рік. У розрахунках були використані дані реєстру оптово-відпускних цін на лікарські засоби (станом на 01.06.2015 р.) та середньої торговельної націнки. Отримані результати свідчать про значне коливання показників вартості засобів для ПД (табл. 2). Це обумовлено змістом діючих речовин, дозуванням, кількістю одиниць на одну упаковку, а також наявністю в упаковці ін'єкційного порту, порожнього мішка для дренажу, індивідуального пакета для зручності у користуванні та зберіганні в асептичних умовах.

За допомогою фармакоеконічного аналізу методом «мінімізація витрат» визначено, що найменш витратним є застосування препарату «Діавітек ПД» (147606,00 грн на рік), найбільш витратним є «Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл» (679520,50 грн на рік).

Отже, враховуючи територіальні відмінності, отримані результати досліджень можуть бути використані для розробки моделей державного фінансування медичного і фармацевтичного забезпечення хворих на ХХН V ст.

Висновки

1. За останні роки в Україні значно збільшилась кількість хворих на ХХН, які отримують лікування методом ПД. Також зросла тривалість перебування хворих на ПД.

2. За територіально-адміністративними одиницями країни спостерігаються значні розбіжності у показниках забезпеченості ПД хворих на ХХН, що обумовлено різним рівнем видатків з місцевих бюджетів.

3. Найменш витратним у застосуванні є препарат «Діавітек ПД» (147606,00 грн на рік), найбільш витратним – «Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл» (679520,50 грн на рік).

4. Отримані показники вартості застосування засобів для ПД свідчать про їх суттєве коливання. Саме цей факт потребує проведення фармакоеконічного аналізу за комплексом методів, результати якого мають стати предметом подальших наукових досліджень.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Багдасарова І. В. Хронічна хвороба нирок у дітей та стан замісної ниркової

терапії / І. В. Багдасарова, С. П. Фомина // Український журнал нефрології та діалізу. – 2015. – № 1 (45). – С. 3-7.

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

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

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

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

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

7. End-stage renal disease and economic incentives: the International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF) / A. Dor, M. V. Pauly, M. A. Eichleay, P. J. Held // Int. J. Health Care Finance Econ. – 2007. – Vol. 7, № 2-3. – С. 73-111.

8. Roggeri D. P. Chronic Kidney Disease: Evolution of Healthcare Costs and Resource Consumption from Predialysis to Dialysis in Piedmont Region, Italy [Internet] / D. P. Roggeri [et al.] // Advances in Nephrology. – 2014. – Vol. 2014, Article ID 680737. – 6 p. – Режим доступу: <http://www.hindawi.com/journals/an/2014/680737>.

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

REFERENCES

1. Bahdasarova IV, Fomina SP. Ukrainskyi zhurnal nefrolohii ta dializu. 2015;1(45):3-7.
2. Kolesnyk MO, Saidakova NO, Kozliuk NI, Nikolaienko SS. Naukovyi zhurnal MOZ Ukrainy. 2013;2(3):78-87.
3. Nemchenko AS, Kotvitska AA. Visnyk farmatsii = News of Pharmacy. 2007;4:24-49.
4. Saidakova NO, Kozliuk NI, Nikolaienko SS, Stepanova NM. Ukrainskyi zhurnal nefrolohii ta dializu. 2014;3(39):3-14.
5. Yakovleva OS. In: Tekhnolohichni ta biofarmatsevtychni aspekty stvorennia likarskykh preparativ riznoi napravlenosti dii. Proceedings of the first International scientific and practical Internet conference. Kharkiv: NUPh; 2014. p. 193-4.
6. Delphine M. De Smedt, Monique M. Elseviers. Economic evaluation of different treatment modalities in acute kidney injury. Nephrol Dial Transplant. 2012;27:4095-4101.
7. Dor A, Pauly MV, Eichleay MA, Held PJ. End-stage renal disease and economic incentives: the International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF). Int J Health Care Finance Econ. 2007;7(2-3):73-111.
8. Roggeri DP. Chronic Kidney Disease: Evolution of Healthcare Costs and Resource Consumption from Predialysis to Dialysis in Piedmont Region, Italy. Advances in Nephrology. 2014;2014 (Article ID680737):6. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/an/2014/680737>.
9. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. United States Renal Data System, 2012 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Am. J Kidney Dis. 2013;61:248-58.

УДК 615.254 : 614.27 : 658

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

О. С. Яковлева, О. В. Гетало

За последнее время в Украине увеличилось количество больных с хронической болезнью почек (ХБП), находящихся на перитонеальном диализе (ПД). В структуре диализной терапии удельный вес применения ПД в 2013 году составлял 15,3%. Большинство больных ХБП (43,8%) получали сеансы ПД в течение от 1 до 3 лет. В структуре потребления средств для ПД в различных регионах Украины наблюдались существенные различия, которые в основном определялись различными уровнями расходов из местных бюджетов на предоставление диализной помощи. Для обеспечения принятия обоснованных решений в организации эффективной медицинской и фармацевтической помощи больным ХБП рассчитана стоимость применения средств для ПД на одного больного. Установлено, что значительное расхождение показателей стоимости зависит от цены на средство для ПД, назначение которого обусловлено особенностями клинического состояния больного. Установлено также, что наименее затратным является применение препарата «Диавитек ПД» (147606,00 грн в год), наиболее затратным – препарата «Дианил ПД 4 с содержанием глюкозы 1,36% м/об/13,6 мг/мл» (679520, 50 грн в год).

Ключевые слова: средства для перитонеального диализа, лекарственное обеспечение, хроническая болезнь почек, стоимость, реестр оптово-отпускных цен на лекарственные средства.

UDC 615.254 : 614.27 : 658

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOECONOMIC STUDIES OF USING DRUGS FOR PERITONEAL DIALYSIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

O. S. Yakovleva, O. V. Getalo

In recent years the number of people who are on peritoneal dialysis (PD) has increased, and the age-specific structure of the patients has changed in the direction of increase in elderly patients. In 2013 the proportion of PD in the structure of dialysis therapy was 15.3% in Ukraine. The most patients with chronic kidney disease (43.8%) received PD procedures within 1 to 3 years. Each third patient who receives PD is a villager. In the structure of supply and availability of PD in the diverse population of regions of Ukraine there are significant differences resulted in problems of the organizational and financial nature. To make the grounded decisions when organizing effective medical and pharmaceutical care to patients with chronic kidney disease the PD cost per a patient for one year has been calculated. It has been found that a significant divergence of indicators of the cost depends on the price for PD drug prescribed according to the clinical state of the patient. It has been also determined that to use "Diavitek PD" drug (147,606.00 UAH per year) is the least expensive, and "Dianeal PD 4 with the glucose content of 1.36% m/v/13.6 mg/ml" (679 520, 50 UAH per year) is the most expensive.

Key words: medicines for peritoneal dialysis, drug provision, chronic kidney disease, cost, register of wholesale prices.

Рекомендовано д. фарм. н., професором О. М. Євтушенко

УДК 615.12.614.27:336.22

АНАЛІЗ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ СЕРЕДОВИЩА

А. М. Кричковська, Ж. Д. Парашин, Н. Л. Заярнюк, І. П. Лобур,
Н. В. Кушнір, В. П. Новіков

Національний університет «Львівська політехніка». E-mail: vnovikov@polynet.lviv.ua

Проаналізовано положення основних нормативно-правових актів, що регламентують ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення в Україні. Досліджено динаміку рівня цін на ліки при запровадженні податку на додану вартість згідно з чинним законодавством. Проведено аналіз зростання цін на десять топ-препаратів, а також на деякі дорогі лікарські засоби у зв'язку із соціально-політичними змінами у державі та значними коливаннями на фінансовому ринку.

Ключові слова: фармацевтична галузь, ціноутворення, нормативно-правові акти, невизначеність середовища.

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями. Основним завданням практичної фармації є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та інших підприємств і організацій лікарськими засобами (ЛЗ) і виробами медичного призначення (ВМП). Ідеальним на фармацевтичному ринку держави є стан, коли наявні ЛЗ усіх фармакологічних груп, включаючи препарати-сироти. Однак навіть за такого ідеального стану для забезпечення соціальної функції фармації необхідно гарантування з боку держави доступності цін і прозорі ціноутворення на ЛЗ та ВМП. В умовах невизначеності середовища, в яких опинилась наша держава через проведення антитерористичної операції (АТО), а також через значні коливання на фінансовому ринку, оскільки вартість більшості ЛЗ та ВМП змінюється залежно від коливань долара та євро, було доцільним проведення аналізу ступеня врегулювання ціноутворення в

Україні. Практичний аспект поставленого завдання не викликає сумнівів, а з наукового погляду такий аналіз дозволяє зрозуміти, як у майбутньому формулювати положення законодавчих актів щодо ціноутворення на ЛЗ та ВМП в умовах нестабільного політичного та соціально-економічного положення держави (в умовах невизначеності середовища).

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення цієї проблеми. Питання ціноутворення на ЛЗ та ВМП в Україні досліджувалось багатьма українськими науковцями, серед яких чільне місце посідають праці таких провідних учених, як А. С. Немченко, А. А. Котвіцька, З. М. Мнушко, О. В. Посилкіна, О. М. Євтушенко, О. В. Коваленко, І. В. Кубарєва, В. М. Толочко та інші [1-9]. Вивчення питань та аналіз ціноутворення у фармацевтичній галузі зазначеними вище науковцями стосується як окремих груп лікарських препаратів [6, 7], так і узагальнень усієї системи ціноутворення [1, 4, 9]. Слід окремо відзначити наукові праці, що визначають та регламентують питання референтного ціноутворення в Україні [2, 3, 4]. Простежити динаміку змін і чинні акти нормативно-правового законодавства щодо ціно-

А. М. Кричковська – кандидат фарм. наук, доцент кафедри технології біологічно активних сполук, фармації та біотехнології Національного університету «Львівська політехніка»

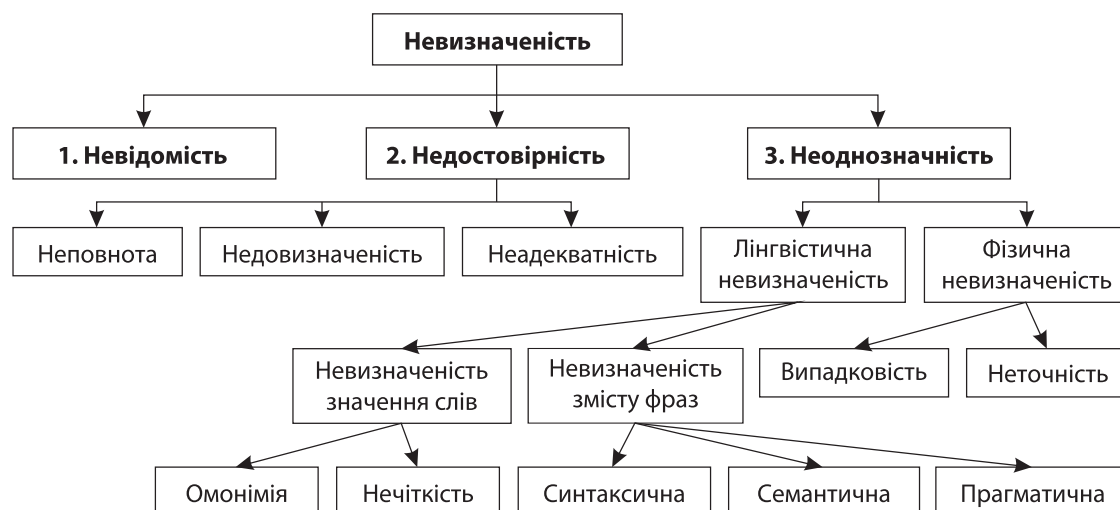


Рис. Дерево класифікації невизначеностей

утворення на ЛЗ та ВМП можна і завдяки Інтернет-ресурсам [10, 11].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття. Проведений аналіз законодавчих нормативно-правових актів, що регламентують ціноутворення у фармацевтичній галузі [12], дозволив авторам встановити переваги та недоліки при їх функціонуванні в умовах невизначеності середовища.

Формулювання цілей статті. Метою нашого дослідження було проаналізувати дієвість нормативно-правових актів фармацевтичної галузі щодо ціноутворення на ЛЗ та ВМП у складній соціально-політичній ситуації, що склалась у державі. Об'єктом дослідження було обрано чинні нормативно-правові акти щодо ціноутворення і динаміки цін на ЛЗ та ВМП; предметом – теоретичні та практичні питання нормативно-правового регулювання фармацевтичної галузі. При проведенні дослідження використані методи аналізу, моделювання та формалізації.

Викладення основного матеріалу дослідження. Сучасні умови господарювання характеризуються великою невизначеністю. Як наслідок, більшість підприємств переглядають стратегії своєї діяльності. Отже, на підприємствах, зокрема й фармацевтичної галузі, постійно відбувається процес адаптації до мінливих, невизначених умов середовища. На рисунку наведено дерево класифікації невизначеностей, запропоноване О. С. Пономарьовим [13].

Сучасний політичний і соціально-економічний стан нашої держави в цілому підпа-

дає під таку характеристику невизначеності, як невідомість. У такому контексті ціноутворення на ЛЗ та ВМП може стати дестабілізуючим фактором у суспільстві й саме тому вимагає дуже прискіпливого аналізу.

Нами було згруповано основні нормативно-правові акти, що регламентують ціноутворення у фармацевтичній галузі (табл. 1) [12].

З метою визначення впливу чинного законодавства на ціноутворення було проведено аналіз динаміки цін на десять топ-препаратів при введенні ПДВ на ЛЗ. За даними табл. 2 нами було встановлено, що для кінцевого споживача вартість однієї середньозваженої упаковки після введення ПДВ на ліки зросла на 24,61%.

Подальші наші дослідження дозволили встановити певні взаємозв'язки дієздатності нормативно-правових актів у зв'язку зі значними коливаннями на фінансовому ринку гривні та її дестабілізацією, а також з проведенням у державі АТО (табл. 2). А після дестабілізації гривні на початку 2015 р. ціни на ЛЗ зросли на 58,73%. Зрозуміло, що у структурі цін станом на 2015 р. понад 24% становить ПДВ.

Також нами був проведений аналіз динаміки цін на дорогі препарати (табл. 3). Отримані результати і статистичний аналіз дозволили встановити, що після дестабілізації гривні на початку 2015 року ціни на високовартісні ЛЗ зросли на 100,42%.

Отже, можна зробити певні висновки щодо дієвості нормативно-правових актів (табл. 1). Закон України від 21.06.2012 р. № 5007-VI «Про ціни та ціноутворення»

Таблиця 1

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЩО РЕГУЛЮЮТЬ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛЗ ТА ВМП*

Нормативно-правовий акт	Назва нормативно-правового акту
Затверджено постановою КМУ від 5 вересня 1996 р. № 1071	Перелік лікарських засобів вітчизняного виробництва, які можуть закуповувати заклади і установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів
Постанова КМУ від 17 жовтня 2008 р. № 955	Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення
Затверджено постановою КМУ від 25.03.2009 р. № 333	Порядок формування цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення, щодо яких запроваджено державне регулювання
Закон України від 21.06.2012 р. № 5007-VI	Про ціни та ціноутворення
Затверджено постановою КМУ від 13 серпня 2012 р. № 794 <i>Втрапив чинність</i>	Порядок декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів
Наказ МОЗ України від 07.09.2012 р. № 705	Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення і внесення до них змін
Закон України від 10 квітня 2014 р. № 1200-VII (зі змінами)	Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні
Постанова КМУ від 2 липня 2014 р. № 240	Про референтне ціноутворення на лікарські засоби та виробни медичного призначення, що закуповуються за кошти державного та місцевих бюджетів

* Постанови і накази щодо регулювання ціноутворення на ліки згідно з Пілотним проектом стосовно захворювань на гіпертензію не були внесені до цього переліку.

вимагає певних змін. Закон України від 10.04.2014 р. № 1200-VII [14] «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо усунення окремих неузгодженостей норм законодавства» призвів до значного подорожчання ліків і вимагає негайного перегляду та, можливо, відміни.

Постанова КМУ від 17 жовтня 2008 року № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення» фактично втратила свою регулювальну здатність унаслідок перевищення встановлених цінових розмірів та зміни граничних надбавок. Низка ЛЗ значно подорожчала і вийшла за межі 100, 300, 500 грн.

Таблиця 2

ВАРТІСТЬ УПАКОВКИ ДО І ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ПДВ НА ЛІКИ І ПІСЛЯ ДЕСТАБІЛІЗАЦІЇ ГРИВНІ

Українська назва	Форма випуску	Ціни на ЛЗ станом на						
		до введення ПДВ			30.09. 2014 р.			2015 р.
		митна	оптово-відпускна	роздрібна	митна	оптово-відпускна	роздрібна	роздрібна
Анальгін	Табл. № 10	2,16	2,35	2,90	2,62	2,80	3,50	5,05
Цитрамон	Табл. № 6	2,50	2,63	3,25	3,08	3,29	4,10	6,05
Лінекс	Капс. № 16	40,81	40,72	54,20	54,01	57,79	78,10	93,35
Декатилен	Табл. № 20	35,68	37,55	50,70	43,66	46,72	64,00	80,80
Но-шпа	Табл. № 24	18,15	17,91	22,35	22,68	24,27	30,30	57,10
Німесил	П-т 2 г № 30	97,80	107,5	134,40	124,88	132,55	165,7	262,8
Мезим форте	Др. № 20	14,73	15,99	21,90	19,17	20,51	25,60	49,80
Отривін	Р-н 0,1%-10,0	43,53	44,63	59,80	53,15	56,87	76,70	81,00
Есенціале	Капс. № 30	77,04	88,68	115,30	92,21	98,66	129,5	246,6
Нурофен	Сусп. 100 мл	22,63	24,89	31,10	30,47	32,60	40,75	98,80
Загальна сума		355,03	382,85	495,9	445,93	476,06	618,25	981,35

ДИНАМІКА ЦІН НА ДОРОГІ ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ

Назва препарату	Форма випуску	Ціна станом на	
		кінець 2014 р.	10.04.2015 р.
Траватан	Р-н 40 мкг/мл по 2,5 мл у фл. № 1	394,07	430,65
Азарга	Р-н по 5 мл у фл. № 1 «Дроп-Тейнер»	327,92	802,30
Офтаквікс	Р-н 5 мг/мл по 5 мл у фл.	85,00	208,43
Елоком	Флакони по 20 мл	401,87	828,45
Елоком	Туби по 15,0	302,59	567,05
Простамед	Таблетки № 60	169,98	318,65
Панум	Таблетки 40 мг № 20	120,91	271,50
Праймер	Таблетки 50 мг № 10	87,92	235,35
Прамістар	Таблетки № 20	226,08	590,20
Номігрєн	Таблетки № 10	149,60	270,60
Оксикорт	Мазь 300 мг – 10,0 у тубах	53,40	189,45
Фіналгель	Гель 0,5% – 35,0 у тубах	92,03	202,75
Форлакс	Порошок у пакетиках № 20	117,08	310,15
Енап Н	Таблетки 10 мг № 20	41,48	88,40
Тезалок	Краплі по 50 мл у флаконах	250,74	362,50
Смекта	Порошок 3,0 № 30	224,70	427,30
Разом		3045,37	6103,73

На нашу думку, не слід прив'язувати ціноутворення на ЛЗ та ВМП до конкретних гривневих еквівалентів у державі з нестабільною економікою. На підтвердження цього можна зазначити, що «Порядок формування цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, щодо яких запроваджено державне регулювання», затверджений постановою КМУ від 25.03.2009 р. № 333, в якому граничні торговельні надбавки обчислюються за допомогою формул і прив'язані до курсу валюти, мав позитивний вплив на регулювання ціноутворення. Однак пояснити, чому саме після зменшення курсу долара із 40 грн до 22 грн не відбулось зниження цін на ЛЗ також неможливо.

Такі нормативно-правові акти, як постанова КМУ від 2 липня 2014 року № 240 «Про референтне ціноутворення на лікарські засоби та виробу медичного призначення, що закуповуються за кошти державного та місцевих бюджетів», і наказ МОЗ України від 07.09.2012 р. № 705 «Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення і внесення до них змін» фактично дозволили стримати ріст цін на основні ЛЗ.

Висновки

Нормативно-правове законодавство у будь-якій державі, особливо з нестабільною економікою, мусить передбачати певні адаптаційні механізми для функціонування галузі у середовищі невизначеності. Ціноутворення на ліки може бути дестабілізувальним фактором у суспільстві й саме тому вимагає дуже прискіпливого аналізу.

Перспективою наших подальших досліджень буде детальний аналіз змін нормативно-правових актів щодо ціноутворення та дослідження взаємозв'язків з певними подіями, явищами у суспільстві й, відповідно, їх актуальності, своєчасності та необхідності.

**ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ
ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Немченко, А. С. Ціноутворення на лікарські засоби : моногр. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Немченко. – 2-ге вид, доп. та перероб. – Х., 2012. – 307 с.
2. Немченко А. Актуальність впровадження референтного ціноутворення на лікарські засоби в Україні / А. Немченко, К. Косяченко // Єженедельник Аптека. – 2012. – № 11 (832). – С. 8.

3. Система референтних цін на основні лікарські засоби в Україні: порядок формування та оцінка її ефективності / А. С. Немченко, І. В. Кубарева, А. В. Беліченко, К. Л. Косяченко // Запорожский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 87-92.
4. Методичні рекомендації з проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами : метод. рек. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. В. Коваленко, І. В. Кубарева. – Х., 2011. – 17 с.
5. Євтушенко О. М. Вивчення ризиків у сфері державних закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення / О. М. Євтушенко, З. М. Мнушко, В. Д. Немцова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2010. – № 4 (12). – С. 50-55.
6. Котвицкая А. А. Анализ ценовых характеристик лекарственных препаратов нейротекторного действия, представленных на фармацевтическом рынке Украины / А. А. Котвицкая, И. А. Лобова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154), вып. 22/2. – С. 32-38.
7. Котвицкая А. А. Сравнительный анализ ценовых характеристик нейротекторных лекарственных препаратов, представленных на фармацевтическом рынке Украины и России / А. А. Котвицкая, И. А. Лобова // Modern problems and prospects of Clinical Medicine, Healthcare and Pharmacy development [Monograph]. – Opole: Publishing House WSZiA, 2014. – С. 170-177.
8. Котвицька А. А. Соціальна фармація як складова системи фармацевтичного забезпечення населення та міждисциплінарна наука / А. А. Котвицька, І. В. Кубарева, О. О. Суриков, А. В. Волкова // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи : матер. Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф. за участю міжнародних спеціалістів (м. Харків, 3 квіт. 2013 р.) / ред. кол.: А. А. Котвицька та ін. – Х.: НФаУ, 2013. – С. 14-28.
9. Посилкіна О. В. Фармакоеконімічні підходи до раціонального використання лікарських засобів / О. В. Посилкіна, С. Б. Попов, Г. В. Зайченко // Клінічна фармація. – 2000. – Т. 4, № 4. – С. 33-39.
10. Портал Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.
11. Еженедельник Аптека [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/>.
12. Фармацевтичне законодавство (Нормативні акти з організації роботи аптечних підприємств) / Т. А. Грошовий, О. В. Тригубчак, Л. В. Вронська та ін. – Тернопіль, Укрмедкнига, 2013. – 569 с.
13. Пономарев О. С. Нечеткие множества в задачах автоматизированного управления и принятия решения : учеб. пособие. – Х.: НТУ «ХПИ», 2005. – 232 с.
14. Закон України «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо усунення окремих неузгодженостей норм законодавства» № 1200-VII від 10.04.2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (<http://www.apteka.ua/article/288544>).

REFERENCES

1. Nemchenko AS, Kosiachenko KL, Nemchenko OA. Tsinoutvorenna na likarski zasoby. Monograph. 2nd rev. ed. Kharkiv; 2012. 307 p.
2. Nemchenko AS, Kosiachenko KL. Ezhenedelnik Apteka. 2012;11(832):8.
3. Nemchenko AS, Kubarieva IV, Bielichenko AV, Kosiachenko KL. Zaporozhskii meditsinskii zhurnal = Zaporozhye Medical Journal. 2009;2:87-92.
4. Nemchenko AS, Kosiachenko KL, Kovalenko OV, Kubarieva IV. Metodychni rekomendatsii z provedennia monitorynhu tsin na likarski zasoby, shcho zakupovuiutsia za derzhavnymy tsilovymy prohramamy. – Kharkiv; 2011. 17 p.
5. Yevtushenko OM, Mnushko ZM, Nemtsova VD. Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii. 2010;4(12):50-55.
6. Kotvitckaia AA, Lobova IA. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Meditcina. Farmatciia. 2013;11(22/2):32-8.
7. Kotvitckaia AA, Lobova IA. In: Modern problems and prospects of Clinical Medicine,

- Healthcare and Pharmacy development. Monograph. Opole: Publishing House WSZiA; 2014. p. 170-7.
8. Kotvitska AA, Kubarieva IV, Surikov OO, Volkova AV. In: Sotsialna farmatsiia v Ukraini: stan, problemy ta perspektyvy. Proceedings Ukrainian scientific-practical Internet conference with participation of international experts; 2013 April 3. Kharkiv: Vyd-vo NFaU; 2013. p. 14-28.
 9. Posylkina OV, Popov SB, Zaichenko HV. Klinichna farmatsiia = Clinical Pharmacy. 2000;4(4):33-9.
 10. Portal Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy. Available from: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.
 11. Ezhenedelnik Apteka. Available from: <http://www.apteka.ua/>.
 12. Hroshovyi TA, Tryhubchak OV, Vronska LV, Krynytska HH, Pidhirnyi VV, Kucherenko LI, Kalyniuk TH, Datsko AY, Novikov VP, Siatynia ML, Trokhymchuk VV. Farmatsevtichne zakonodavstvo (Normatyvni akty z orhanyzatsii roboty aptechnykh pidpriemstv). Ternopil: Ukrmedknyha; 2013. 569 p.
 13. Ponomarev OS. Nechetkie mnozhestva v zadachah avtomatizirovannogo upravleniia i priniatiia resheniia. Kharkiv: NTU «HPI»; 2005. 232 p.
 14. Pro vnesennia zmin do Podatkovoho kodeksu Ukrainy ta deiakykh inshykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo usunennia okremykh neuzghodzhentsei norm zakonodavstva: Zakon Ukrainy of 10.04.2014 № 1200-VII. Available from: <http://www.apteka.ua/article/288544>

УДК 615.12.614.27:336.22

АНАЛИЗ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В УСЛОВИЯХ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ СРЕДЫ

А. М. Кричковская, Ж. Д. Парашин, Н. Л. Заярнюк, И. П. Лобур, Н. В. Кушнир, В. П. Новиков

Проанализированы положения основных нормативно-правовых актов, регламентирующих ценообразование на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в Украине. Исследована динамика уровня цен на лекарственные средства при введении налога на добавочную стоимость в соответствии с действующим законодательством. Проведен анализ роста цен на десять топ-препаратов, а также на некоторые дорогостоящие лекарственные средства в связи с социально-политическими изменениями в стране и значительными колебаниями на финансовом рынке.

Ключевые слова: фармацевтическая отрасль, ценообразование, нормативно-правовые акты, неопределенность среды.

UDC 615.12.614.27:336.22

ANALYSIS OF DRUG PRICING UNDER CONDITIONS OF UNCERTAINTY OF THE ENVIRONMENT

A. M. Krychkovska, Zh. D. Parashchyn, N. L. Zayarnyuk, I. P. Lobur, N. V. Kushnir, V. P. Novikov

The provisions of the main legal acts regulating pricing for drugs and medical products in Ukraine have been analyzed. The dynamics of the price level for drugs with introduction of the value added tax in accordance with the current legislation has been studied. The analysis of price increase for top ten drugs, as well as for some expensive drugs due to the socio-political changes in the country and considerable fluctuations at the financial market has been carried out.

Key words: pharmaceutical industry, pricing, regulations, environment uncertainty.

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 напрямкам дослідження, а також проблемам управління, контролю якості, технології та біотехнології у сфері охорони 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 виданнях. *Мова статей* – українська, російська, англійська.

3. Відповідальність за достовірність та оригінальність матеріалів несуть автори.

4. Статті підлягають рецензуванню. Статті, які відіслано 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.

5. Згідно з постановою ВАК України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків України» автори повинні дотримуватись загального плану побудови статті й виділяти обов'язкові структурні елементи:

5.1. **Постанова 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**, розташованих за алфавітом (спочатку кирилиця, потім латиниця) відповідно до вимог, наведених у Бюлетені ВАК № 5 2009 р. Перелік повинен містити публікації за останні 10 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках. На кожен роботу у списку літератури має бути зроблено посилання в тексті рукопису у квадратних дужках.

Подання статей

6. Статті подаються до редакції у двох екземплярах 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. Автори 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.

10. До друкованого варіанта статті додається електронна копія мовою оригіналу й **англійською мовою**. Електронні варіанти статті та авторська довідка обов'язково вводяться до системи **Open Journal Systems** за посиланням: <http://journals.nuph.edu.ua/index.php/sphhcj/>.

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: **УДК, НАЗВА СТАТТІ, ініціали та прізвища усіх авторів, назва організації**, в яких виконана робота, перелік ключових слів (понять) у кількості 5-8 українською, російською, англійською мовами.

12. Стаття супроводжується трьома анотаціями: українською, російською та англійською мовами (на початку статті) обсягом 200-250 слів (не більше 1500 знаків). Анотації повинні містити: індекс УДК, ініціали та прізвища всіх авторів, назву статті, ключові слова. Оформлення анотацій:

УДК...

Ініціали і прізвище авторів

НАЗВА СТАТТІ

Текст (з абзацу)...

Ключові слова:

Анотації мають бути інформативними (не містити лише загальні фрази), змістовними, структурова-

ними відповідно до статті (повторювати логіку описання результатів), лаконічними і чіткими, з переконливими формулюваннями та містити такі структурні компоненти:

- завдання – цілі наукового дослідження;
- методологія та наукові підходи;
- висновки – основні результати дослідницької наукової роботи;
- межі дослідження, можливість використання результатів, напрямки подальших досліджень;
- практичне значення;
- оригінальність / цінність.

13. **Таблиці** мають бути надруковані в текстовому редакторі «MS Word» по тексту статті та оформлені таким чином:

Таблиця 1

**Назва таблиці з форматкуванням
таблиці «по центру» сторінки**

Рисунки мають бути вставлені в текст статті, виконані у форматах JPG, TIF, CDR з обов'язковим додаванням вихідного файлу в електронному вигляді 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 Word чи сумісних з ним редакторах.

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

14. Оформлення переліку використаних джерел інформації (REFERENCES)

14.1. Перелік використаних джерел інформації повинен містити публікації за останні 10 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках.

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

14.3. Надаються 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 наводить список джерел кирилицею у транслітерованому вигляді.

14.4. Транслітерація здійснюється залежно від мови оригіналу і відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 р. № 55 «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею» (для української мови) або вимог наказу ФМС РФ від 3 лютого 2010 р. № 26 (додаток № 10) (для російської мови).

14.5. Список інформаційних джерел у блоці REFERENCES має бути оформленим відповідно до міжнародного стандарту NLM (National Library of Medicine).

**Приклади оформлення цитувань за стилем NLM
Стаття в журналі**

Прізвища авторів та назва журналу подаються латиницею у транслітерації. Назва статті наводиться в авторському англійському перекладі або опускається, а не перекладається самостійно. Обов'язково вказується і номер тому, і номер випуску, крім журналів, які мають лише нумеровані випуски.

Dang Z. Structure and antioxidant activity study of sulfated acetamido-polysaccharide from Radix Hedysari. *Fitoterapia*. 2013; 89(6): 31-32.

Omelchuk S, Velikaya N, Zalessky V. Abdominal obesity and low-grade inflammation: Role of bioactive food factors in controlling inflammatory response. *Problemy Harchuvannya*. 2014; 12(1): 123-26.

Ustinov O. *Fitoterapia*. 2012; (2): 12-13.

Книга, частина книги

Ім'я автора і назва видавництва транслітеруються. Вихідні дані – місце видання (місто), том, частина, сторінки тощо – даються у перекладі англійською мовою. Назва книги або транслітерується, або перекладається, або транслітерується з перекладом на англійську у квадратних дужках.

Книга

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. *Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery*. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2002. 768 p.

Zagaiko AL, Krasilnikova OK, Kravchenko AB. *Biologicheski aktivnye veshchestva vinograda i zdorove [Biologically active substances of grapes and Health]*. 3rd ed. Kharkov: Fort; 2012. 452 p.

Частина книги

Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

Тези доповідей, матеріали конференцій

Тези доповідей = *Abstracts of Papers*

Матеріали (труди) конференцій = *Proceedings of the Conference Name* (Матеріали 3 міжнар. конференції / симпозіуму / з'їзду... = *Proceedings of the 3rd International Conference / Symposium / Congress...*)

Leonard KJ, Winkelman W. *Developing electronic patient records: employing interactive methods to ensure patient involvement*. In: *Accessibility and quality of health services*. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS); 2002 Jul 28-Aug 2; Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany): Peter Lang; 2004. p. 241-55.

Дисертація, автореферат дисертації

Назва дисертації або опускається, у такому разі в круглих дужках вказується спеціальність, або перекладається (обидва варіанти тільки для робіт на кирилиці). Обов'язкові елементи: *PhD dissertation, Extended abstract of PhD dissertation, Master's thesis*.

Zhao C. *Development of nanoelectrospray and application to protein research and drug discovery [dissertation]*. Buffalo: State University of New York at Buffalo; 2005. 276 p.

Fedorytenko OL. [PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 120 p.

Fedorytenko OL. [Extended abstract of PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 20 p.

Більш детальна інформація про стиль NLM **Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?amp=&depth=2>

15. Рукописи, оформлені без дотримання вказаних правил, редакція не реєструє і не повертає авторам.

16. Статті приймаються відповідальним секретарем журналу Кубаревою І. В., контактні дані: тел. 0572-67-91-78; 093-062-01-92;

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

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

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ЗДРАВООХРАНЕННІ»

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.

4. Статьи подлежат рецензированию. 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.

5. Согласно постановлению ВАК Украины от 15.01.2003 г. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків України», 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 алфавиту (сначала кириллица, затем латиница) в соответствии с требованиями, приведенными в Бюллетене ВАК № 5 2009 г. Перечень должен содержать публикации за последние 10 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 и 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 подшивается всеми авторами.

7. Авторы статей, предоставленных в редакцию для публикации в журнале, своими личными подпи-

сками 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 авторов (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 имени В. И. Вернадского и на 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.

10. К печатному варианту статьи прилагается электронная копия на языке оригинала и на **английском языке**. Электронные варианты статьи и авторская справка обязательно вносятся в систему **Open Journal Systems** по ссылке <http://journals.nuph.edu.ua/index.php/sphhcj/>.

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: **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.

12. Статья сопровождается тремя аннотациями: на украинском, русском и английском языках (в начале статьи) объемом 200-250 слов (не более 1500 знаков). 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 информативными (не содержать лишь общие фразы), содержательными, структурированными в соответствии со статьей (повторять логику описания результатов), лаконичными

и четкими, с убедительными формулировками и содержать следующие структурные компоненты:
задачи – цели научного исследования;
методология и научные подходы;
выводы – основные результаты исследовательской научной работы;
рамки исследования, возможность использования результатов, направление дальнейших исследований;
практическое значение;
оригинальность / ценность.

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, выполнены в форматах JPG, TIF, CDR с обязательным наличием 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.

14. Оформление перечня использованных источников информации (REFERENCES)

14.1. Перечень использованных источников информации должен содержать публикации за последние 10 лет. Более ранние публикации допускаются только в особых случаях.

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

14.3. Предоставляются два варианта списка литературы:

- первый вариант оформляется в соответствии с ГОСТ 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.

14.4. 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 украинского языка) или требований приказа ФМС РФ от 3 февраля 2010 г. № 26 (приложение № 10) (для русского языка).

14.5. Список информационных источников в блоке REFERENCES должен быть оформлен в соответствии с международным стандартом NLM (National Library of Medicine).

Примеры оформления цитирований по стилю NLM

Статья в журнале

Фамилии авторов и название журнала подаются латиницей в транслитерации. Название статьи приводится в авторском английском переводе или опускается, а не переводится самостоятельно. Обязательно указывается и номер тома, и номер выпуска, кроме журналов, которые имеют только нумерованные выпуски.

Dang Z. Structure and antioxidant activity study of sulfated acetamido-polysaccharide from Radix Hedysari. *Fitoterapia*. 2013; 89(6): 31-32.

Omelchuk S, Velikaya N, Zalesky V. Abdominal obesity and low-grade inflammation: Role of bioactive food factors in controlling inflammatory response. *Problemy Harchuvannya*. 2014; 12(1): 123-26.

Ustinov O. *Fitoterapia*. 2012; (2): 12-13.

Книга, часть книги

Имя автора и название издательства транслитерируются. Исходные данные – место издания (город), том, часть, страницы и т.д. даются в переводе на английский язык. Название книги или транслитерируется, или переводится, или транслитерируется с переводом на английский язык в квадратных скобках.

Книга

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. *Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery*. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2002. 768 p.

Zagaiko AL, Krasilnikova OK, Kravchenko AB. *Biologicheski aktivnye veshchestva vinograda i zdorove [Biologically active substances of grapes and Health]*. 3rd ed. Kharkov: Fort; 2012. 452 p.

Часть книги

Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

Тезисы докладов, материалы конференций

Тезисы докладов = Abstracts of Papers
Материалы (труды) конференций = Proceedings of the Conference Name (Материалы 3 междунар. конференции / симпозиума / съезда... = Proceedings of the 3rd International Conference / Symposium / Congress...)

Leonard KJ, Winkelman W. Developing electronic patient records: employing interactive methods to ensure patient involvement. In: *Accessibility and quality of health services. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHSS)*; 2002 Jul 28-Aug 2; Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany): Peter Lang; c2004. p. 241-55.

Диссертация, автореферат диссертации

Название диссертации или опускается, в этом случае в круглых скобках указывается специальность, или переводится (оба варианта только для работ на кириллице). Обязательные элементы: *PhD dissertation, Extended abstract of PhD dissertation, Master's thesis*.

Zhao C. *Development of nanoelectrospray and application to protein research and drug discovery [dissertation]*. Buffalo: State University of New York at Buffalo; 2005. 276 p.

Fedorytenko OL. [PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 120 p.

Fedorytenko OL. [Extended abstract of PhD dissertation (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 20 p.

Более подробная информация о стиле **NLM Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?amp=&depth=2>

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; 093-062-01-92

E-mail: socpharm-journal@nuph.edu.ua
61168, г. Харьков, ул. Блюхера, 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.

4. Articles will be reviewed. 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.

5. According to the Resolution of the Higher Attestation Commission (HAC) of Ukraine № 7-05/1 «On increasing the requirements to professional publications included in the lists of Ukraine» dated 15.01.03, 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. **References** arranged in alphabetical order (Cyrillic first, then – Latin) in accordance with the requirements given in Bulletin of HAC of Ukraine (No. 5, 2009). The list should include publications of the last 10 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 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 on-line 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.

10. To the printed version of the article an electronic copy in the original language and in English should be attached. Electronic versions of the article and the author's data must be entered into **Open Journal Systems** through the link <http://journals.nuph.edu.ua/index.php/sphhcj/>.

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.

12. The article should be accompanied with three Abstracts of not more than 200-250 words (not more than 1500 characters) 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. Presentation of Abstracts:

UDC...

Initials and surnames of all authors

TITLE OF THE ARTICLE

Text... (indented paragraph)

Key words:

Abstracts should be informative (do not contain only common phrases), meaningful, structured in accordance with the article (repeat logic description of the results), laconic and clear, with a convincing wording and contain the following elements:

tasks – aims of the research;

methodology and scientific approaches;

conclusions – the main results of the research;

frameworks of the research, the possibility of using

the results, prospects for further research;

practical significance;

originality / value.

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 and made in such formats as JPG, TIF, CDR 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. REFERENCE LIST

14.1. The list of references should include publications of the last 10 years. Earlier publications are allowed only in special cases.

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

14.3. 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. It repeats the list of sources with the Latin alphabet, Cyrillic sources should be provided in a transliterated form.

14.4. 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).

14.5. The list of information sources in the block REFERENCES must be done in accordance with the NLM international standard (National Library of Medicine).

The examples of information sources in style NLM Article in the journal

The surnames of the authors and the title of the journal should be given in Latin transliteration. The title of the article is given in the author’s English translation, or omitted, but it is not translated by the authors themselves. The volume number and the issue number of the journal should be indicated, except journals that have only numbered editions.

Dang Z. Structure and antioxidant activity study of sulfated acetamido-polysaccharide from *Radix Hedysari*. *Fitoterapia*. 2013; 89(6): 31-32.

Omelchuk S, Velikaya N, Zalessky V. Abdominal obesity and low-grade inflammation: Role of bioactive food factors in controlling inflammatory response. *Problemy Harchuvannya*. 2014; 12(1): 123-26.

Ustinov O. *Fitoterapia*. 2012; (2): 12-13.

A book, part of the book

The name of the author and name of the publishing house are transliterated. The initial data – the place of publication (city), volume, part, pages, etc., are translated into English. The title of the book is transliterated, translated or transliterated with English translation in square brackets.

A book

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2002. 768 p.

Zagaiko AL, Krasilnikova OK, Kravchenko AB. *Biologicheski aktivnye veshchestva vinograda i zdorove* [Biologically active substances of grapes and Health]. 3rd ed. Kharkov: Fort; 2012. 452 p.

Part of the book

Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

Abstracts of Papers, Proceedings of the Conferences

Abstracts of Papers

Proceedings of the Conference Name (Proceedings of the 3rd International Conference / Symposium / Congress...)

Leonard KJ, Winkelmann W. Developing electronic patient records: employing interactive methods to ensure patient involvement. In: Accessibility and quality of health services. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS); 2002 Jul 28-Aug 2; Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany): Peter Lang; c2004. p. 241-55.

Thesis research, abstract of a thesis

The title of the thesis is omitted, in this case, in the round brackets a specialty should be indicated, or translated (both variants only for works in the Cyrillic alphabet). The mandatory information elements are *PhD thesis, Extended abstract of PhD thesis, Master’s thesis*.

Zhao C. Development of nanoelectrospray and application to protein research and drug discovery [thesis]. Buffalo: State University of New York at Buffalo; 2005. 276 p.

Fedorytenko OL. [PhD thesis (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 120 p.

Fedorytenko OL. [Extended abstract of PhD thesis (Pharmaceutical Science)]. Kharkov: National University of Pharmacy; 2012. 20 p.

More detailed information about the NLM style **Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?amp=&depth=2>

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; 093-062-01-92

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

4, Blucher street, Kharkiv, 61168.

Department of Social Pharmacy, NUPh.

ЗМІСТ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ВСТУПНЕ СЛОВО ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА ЖУРНАЛУ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»	3
OPENING REMARKS OF THE EDITOR-IN-CHIEF OF “SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE” JOURNAL	3
СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	
AGEING OF THE POPULATION: TRENDS IN THE EASTERN EUROPE AND INTERNATIONAL PRIORITIES A. S. Nemchenko, M. V. Podgaina	6
Старение населения: тенденции в Восточной Европе и международные приоритеты / А. С. Немченко, М. В. Подгайна	
Старіння населення: тенденції у Східній Європі та міжнародні пріоритети / А. С. Немченко, М. В. Подгайна	
АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧО-НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ В. М. Толочко, Т. Ф. Музыка, М. В. Зарічкова, О. М. Должнікова	12
Анализ законодательно-нормативного регулирования системы социальной защиты работников аптечных учреждений Украины / В. М. Толочко, Т. Ф. Музыка, М. В. Заричковская, О. Н. Должникова	
Analysis of legislative and normative regulation of the social protection system of pharmacy employees in Ukraine / V. M. Tolochko, T. F. Muzika, M. V. Zarichkova, O. M. Dolgnikova	
БЛОКАТОРИ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ: ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ, СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ТА ОБСЯГІВ СПОЖИВАННЯ В УКРАЇНІ Л. В. Яковлева, О. Я. Міщенко, В. Ю. Адонкіна	18
Блокаторы кальциевых каналов: исследование ассортимента, социально- экономической доступности и объемов потребления в Украине / Л. В. Яковлева, О. Я. Мищенко, В. Ю. Адонкина	
Calcium channel blockers: the study of the assortment, socio-economic affordability and volumes of consumption in Ukraine / L. V. Iakovlieva, O. Ya. Mishchenko, V. Yu. Adonkina	
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ТА ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРАЇНАХ СВІТУ А. А. Котвіцька, А. В. Волкова	25
Исследование составляющих и индикаторов оценки фармацевтической помощи в странах мира / А. А. Котвицкая, А. В. Волкова	
The study of components and indicators for assessing the pharmaceutical care in the countries of the world / Alla A. Kotvitska, Alina V. Volkova	

THE CHANGE OF DEMOGRAPHIC INDICATORS, THE LEGAL FORM OF THE OWNERSHIP, THE OWNER SHARE OF A PHARMACIST IN THE CAPITAL AND ECONOMIC SITUATION IN THE COMMUNITY PHARMACIES RESULTING FROM GLOBALIZATION Ivona Malovecká, Daniela Mináriková, Viliam Foltán	32
---	----

Изменения демографических показателей, организационно-правовой формы собственности, доли собственности фармацевта в уставном капитале и экономической ситуации в коммунальных аптеках в результате глобализации / И. Маловецка, Д. Минарикова, В. Фольтан

Зміни демографічних показників, організаційно-правової форми власності, частки власності фармацевта у статутному капіталі та економічної ситуації у комунальних аптеках у результаті глобалізації / І. Маловецька, Д. Мінарікова, В. Фольтан

НАУКОВЕ УЗАГАЛЬНЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ З ТРАДИЦІЙНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ О. А. Немченко	38
--	----

Научное обобщение современных подходов в оказании фармацевтической помощи населению в различных странах мира с традиционной организацией аптечных сетей / О. А. Немченко

Scientific generalization of modern approaches of pharmaceutical care to the population in different countries with the traditional organization of pharmacy chains / O. A. Nemchenko

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ У ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ А. А. Котвицька, І. О. Сурикова, Н. Б. Гавриш	45
--	----

Исследование внедрения Этического кодекса фармацевтических работников Украины в практическую деятельность / А. А. Котвицкая, И. А. Сурикова, Н. Б. Гавриш

The study of introduction of the Ethics code of pharmacists of Ukraine into the practical activity / A. A. Kotvitska, I. O. Surikova, N. B. Gavrysh

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ В АПТЕКАХ ОТКРЫТОГО ТИПА В. Н. Сафта, С. Б. Адаужи, А. С. Дурбайлова, Т. А. Шкиопу	53
--	----

Конфликтні ситуації в аптеках відкритого типу / В. Н. Сафта, С. Б. Адаужи, А. С. Дурбайлова, Т. А. Шкиопу

Conflict cases in community pharmacies / V. N. Safta, S. B. Adauji, A. S. Durbailova, T. A. Shcyopu

АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОБРЕНДИНГУ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ В. М. Толочко, М. В. Зарічкова, Т. Ф. Музика	58
--	----

Анализ возможности применения кобрендинга в сфере социальной защиты специалистов фармации / В. М. Толочко, М. В. Заричковская, Т. Ф. Музыка

The analysis of applicability co-branding in the field of social protection specialists in pharmacy / V. M. Tolochko, M. V. Zarichkova, T. F. Muzika

ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО І ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАРМАЦЕТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В. О. Борищук, О. С. Соловйов, Т. М. Краснянська, І. В. Клименко, С. В. Аугунас, О. В. Кирпач, Ю. М. Григорук.....	65
--	----

Исследование синдрома эмоционального и профессионального выгорания
у фармацевтических работников / В. А. Борищук, А. С. Соловьев, Т. Н. Краснянская,
И. В. Клименко, С. В. Аугунас, А. В. Кирпач, Ю. Н. Григорук

The study of the emotional and professional burnout syndrome in pharmaceutical workers /
V. A. Boryshchuk, S. S. Solovev, T. N. Krasnianska, I. V. Klymenko, S. V. Augunas, O. V. Kyrpach,
Yu. N. Grygoruk

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК О. С. Яковлева, О. В. Гетало.....	73
--	----

Фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические исследования
применения средств для перитонеального диализа в лечении больных
с хронической болезнью почек / О. С. Яковлева, О. В. Гетало

Pharmacoepidemiological and pharmacoeconomic studies of using drugs
for peritoneal dialysis in the treatment of patients with chronic kidney disease /
O. S. Yakovleva, O. V. Getalo

АНАЛІЗ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ СЕРЕДОВИЩА А. М. Кричковська, Ж. Д. Паращин, Н. Л. Заярнюк, І. П. Лобур, Н. В. Кушнір, В. П. Новіков.....	80
--	----

Анализ ценообразования на лекарственные средства в условиях неопределенности
среды / А. М. Кричковская, Ж. Д. Паращин, Н. Л. Заярнюк, И. П. Лобур, Н. В. Кушнир,
В. П. Новиков

Analysis of drug pricing under conditions of uncertainty of the environment /
A. M. Krychkovska, Zh. D. Parashchyn, N. L. Zayarnyuk, I. P. Lobur, N. V. Kushnir, V. P. Novikov

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДО ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»	86
--	-----------

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»	88
---	-----------

AUTHOR GUIDELINES FOR PUBLICATIONS IN "SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE" JOURNAL	90
---	-----------