

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



SOCIAL PHARMACY
IN HEALTH CARE

2015 – Том 1, № 2

Харків
НФаУ

В. П. Черних – головний науковий консультант

А. А. Котвіцька – головний редактор

В. А. Огнєв – заступник головного редактора

Редакційна колегія:

І. І. Баранова (м. Харків), Н. В. Бездітко (м. Харків), О. М. Біловол (м. Харків), Л. А. Болотна (м. Харків), А. В. Волкова (м. Харків), Ю. В. Вороненко (м. Київ), Н. Б. Гавриш (м. Харків), Л. В. Галій (м. Харків), І. А. Голованова (м. Полтава), Б. П. Громовик (м. Львів), О. П. Гудзенко (м. Рубіжне), У. М. Датхаєв (м. Алмати, Казахстан), О. З. Децик (м. Івано-Франківськ), Г. В. Зайченко (м. 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, Польща), С. Б. Попов (м. Харків), О. В. Посилкіна (м. Харків), В. В. Рудень (м. Львів), О. І. Сердюк (м. Харків), О. О. Суріков (м. Харків), Едуардас Тарасявічус (м. Вільнюс, Литва), О. І. Тихонов (м. Харків), В. М. Толочко (м. Харків), В. В. Трохимчук (м. Київ), Віліам Фолтан (м. Братислава, Словаччина), Л. В. Яковлєва (м. Харків)

У другому номері журналу розглянуто проблеми обґрунтування стратегії поліпшення задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування, впливу ресурсного забезпечення на ефективність попередження соціально значущих хвороб. Висвітлено питання методології вивчення якості життя пацієнтів і методичні підходи до оцінки медичних технологій охорони здоров'я з урахуванням європейського досвіду. Наведено результати досліджень із соціального маркетингу і фармакоекономіки.

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

Рекомендовано вченою радою Національного фармацевтичного університету

(протокол № 2 від 23.10.2015 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://sphhcsj.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 02.12.2015 р. Формат 60x84 1/8.

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

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

«Соціальна фармація в охороні здоров'я». Том 1, № 2, 2015

ISSN 2413-6085

© Національний фармацевтичний університет, 2015

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Рекомендовано д. мед. н., професором В. А. Огнєвим

УДК 616-058+614.254+616-089

СТРАТЕГІЇ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. З. Децик, І. В. Стовбан, А. М. Яворський, М. І. Яворський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
E-mail: oryna_detsyk@ukr.net

З метою обґрунтування і розробки ефективних стратегій поліпшення задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги провели медико-соціальне дослідження у два етапи. На першому етапі опитали 530 хворих, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. На другому етапі оцінювали ефективність запропонованих стратегій у ході організаційного експерименту на базі 3-х районних (міських) та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Було встановлено, що основні причини невдоволеності хворих медичним обслуговуванням лежать у площині недоліків: інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги). Запропоновано пацієнт-орієнтовані стратегії удосконалення якості медичної допомоги, упровадження яких під час організаційного експерименту довело їх ефективність і доцільність застосування в закладах охорони здоров'я.

Ключові слова: задоволеність пацієнтів, управління якістю медичної допомоги.

Постанова проблеми. Питання забезпечення якості медичної допомоги – одне із ключових завдань систем охорони здоров'я [3-5]. Міжнародні експерти ВООЗ визначають якість медичної допомоги як «рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відпо-

О. З. Децик – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету

відності справедливим очікуванням населення», а головними її критеріями – ефективну і своєчасну медичну допомогу, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування [13].

На сьогодні якісним вважається медичне обслуговування, «при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольнити медико-санітарні потреби тих, хто най-

більше потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008) [3, 4, 7].

Слід зазначити, що за останні десятиліття відбулась еволюція поглядів на зміст поняття якості медичної допомоги та підходів до її оцінки. Біля своїх витоків концепція якості медичної допомоги була орієнтована переважно на пріоритети надавачів медичних послуг, а необхідність її регулювання на державному рівні спонукала до законодавчого запровадження механізмів ліцензування, акредитації, сертифікації, стандартизації медичної допомоги. Однак зміна соціально-психологічних настанов і перехід від патерналістської моделі відносин між лікарем і хворим до партнерської, а також міжнародний мейнстрим формування пацієнт-орієнтованих систем охорони здоров'я стали предикторами залучення самих пацієнтів у систему оцінки якості медичної допомоги як нагальної вимоги часу. Тобто відбулось переосмислення цінностей – пріоритетом для служб охорони здоров'я визнано не тільки поліпшення показників популяційного здоров'я, а й задоволення потреб та очікувань людей [2, 5, 7].

Тим більше, що дані наукових досліджень та передового досвіду доводять: думка споживачів медичних послуг має бути обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості діяльності медичної служби або лікувального закладу. Це дозволяє звернути увагу на оцінку тих аспектів медичної допомоги, що становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, а отже, відповідає самій філософії поняття якості [6, 14, 16, 18].

В Україні у 2011 році прийнято Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я на період до 2020 року, метою якої також визнано «створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості» [12].

Крім цього, нещодавно обов'язковою умовою для отримання вищої акредитаційної

категорії для закладів, що надають вторинну і третинну медичну допомогу, стало запровадження сертифікації системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю. Вимоги» [8, 9]. Як відомо, згадані стандарти базуються на моделі постійного вдосконалення якості (Continuous Quality Improvement), також орієнтованої на пріоритет задоволення потреб споживачів [15].

Все це стало наступним етапом удосконалення управління якістю в охороні здоров'я України й означає необхідність формування орієнтованої на пацієнта медичної допомоги [2, 5].

Формулювання цілей статті. На підставі вивчення пріоритетних чинників, які впливають на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, обґрунтувати оптимальні стратегії її поліпшення та оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи. У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось у два етапи. На першому етапі на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області впродовж 2011-2012 рр. за власною програмою опитано репрезентативну вибірку 530 пацієнтів, які завершували лікування. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи: не задоволених наданими послугами (158 осіб) і задоволених (372 особи). За головними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ і задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

На другому етапі дослідження оцінювали ефективність запропонованих стратегій у ході організаційного експерименту впродовж 2012-2013 рр. на базі трьох районних (міських) та Обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. За створеною на підставі результатів першого етапу дослідження програмою опитали 445 пацієнтів.

Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника співвідношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [1]. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 -квадрат (χ^2) [17].

Використали методи: ретроспективний епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний.

Викладення основного матеріалу дослідження. Порівняльний аналіз отриманих на першому етапі дослідження даних дозволив визначити понад 50 різних чинників ризику незадоволеності медичною допомогою. Для їх систематизації та узагальнення використали кластерний аналіз, за результатами якого виділили чотири основні групи цих чинників: інформаційно-деонтологічні, медико-організаційні, доступності медичної допомоги та соціально-психологічної адаптації.

Як видно на рисунку, незважаючи на стереотипну громадську думку, що основними причинами невдоволення системою охорони здоров'я є недостатня доступність послуг для населення у фінансовому, територіальному, функціональному та інших аспектах, наше дослідження показало, що вплив цих чинників дещо перебільшений.

Найважливішими причинами невдоволеності медичним обслуговуванням виявились інформаційно-деонтологічні (сумарно OR = 4,42; 95 % CI: 3,05–11,29; $p < 0,05$), викликані головно неналежним ставленням з боку медичного персоналу, усуненням пацієнтів від процесу прийняття рішення щодо призначених їм методів медичних втручань, недостатнім обговоренням можливих наслідків захворювання, неналежним інформуванням пацієнтів про їх права і обов'язки.

Не менш важливими причинами формування невдоволеності пацієнтів медичним стаціонарним обслуговуванням є медико-організаційні чинники (сумарно OR = 3,72; 95 % CI: 1,86–9,69; $p < 0,05$). На сьогоднішній день хворих обурює відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, недостатньо швидке реагування на їх запити, дезорганізованість і нескоорди-

нованість у роботі лікарняних та догоспітальних підрозділів, недотримання права пацієнта на вільний вибір лікуючого лікаря, невиконання стандартів стаціонарної допомоги та незадовільні результати лікування.

Доступність якісної медичної допомоги в усіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) серед причин невдоволеності медичним обслуговуванням знаходиться на третьому місці (сумарно OR = 2,53; 95 % CI: 1,57–4,12; $p < 0,05$). Головними складовими цієї групи факторів є: неналежні умови перебування в стаціонарі і харчування, необхідність плати за різні медичні послуги та догляд, погане матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я на фоні низького рівня добробуту пацієнтів, відсталість медичних технологій, територіальна віддаленість закладів охорони здоров'я.

Найменш вагомими, проте суттєвими для поглиблення невдоволеності стаціонарним обслуговуванням є чинники, що відображають соціально-психологічну дезадаптацію пацієнтів (сумарно OR = 1,91; 95 % CI: 1,10–3,54; $p < 0,05$). Значно частіше невдоволення отриманою допомогою висловлювали пацієнти, що зловживають алкоголем, з недоброзичливими стосунками у сім'ях, без достатньої підтримки з боку родини, знайомих, з низьким індексом соціальної активності, з низькою самооцінкою власного здоров'я, зі скаргами на часті стреси.

Головна мета сучасної концепції загального управління якістю, тобто задоволення очікувань споживачів [3, 7], і результати факторного аналізу стали підставою для узагальнення та вибору можливих шляхів корекції встановлених груп чинників, які достовірно генерують невдоволення пацієнтів (табл.).

Як бачимо, всі ці чинники легко, без суттєвих додаткових витрат піддаються корекції через дотримання етико-деонтологічних принципів у повсякденній діяльності медичного персоналу, належну організацію інформаційного забезпечення пацієнтів та моніторинг рівня їх задоволеності, чітке дотримання медичним персоналом стандартів, уніфікованих і локальних протоколів медичної

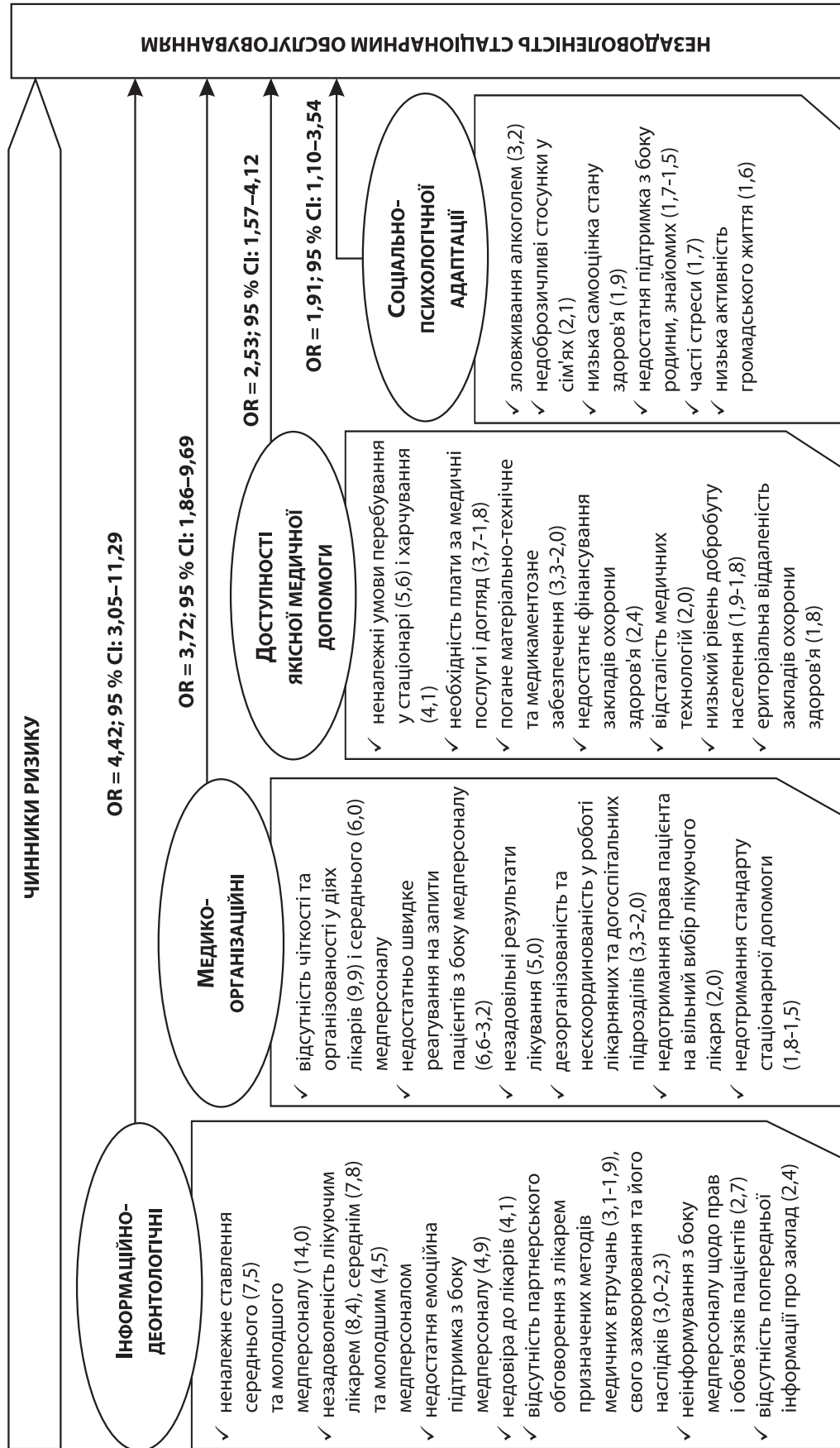


Рис. Чинники формування незадоволеності пацієнтів стаціонарним медичним обслуговуванням

Таблиця

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ КОРЕКЦІЇ ЧИННИКІВ, ЩО ФОРМУЮТЬ НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ, НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Група чинників ризику	Методи корекції
Інформаційно-деонтологічні	Інформування пацієнтів щодо їх прав та обов'язків Поінформована згода на медичні втручання Навчання медперсоналу методам комунікації Постійний аудит задоволеності пацієнтів
Медико-організаційні	Дотримання стандартів медичної допомоги Розробка локальних протоколів, клінічних маршрутів пацієнтів
Доступності медичної допомоги	Лобювання належного ресурсного забезпечення в органах державної влади та місцевого самоврядування Залучення позабюджетних коштів
Соціально-психологічної адаптації	Виявлення пацієнтів із чинниками соціально-психологічної дезадаптації Залучення до їх лікування фахівців – психологів

допомоги. Зрозуміло, що корекція доступності якісної медичної допомоги в усіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) вже вимагає системних державних програм і стратегій. На рівні закладу охорони здоров'я для оптимізації ресурсного забезпечення можна використовувати додаткові позабюджетні джерела фінансування. На наш погляд, для корекції чинників соціально-психологічної адаптації необхідно залучення до лікування таких пацієнтів фахівців-психологів.

Отже, після розгляду та оцінки всіх можливих альтернатив для апробації розробленої удосконаленої моделі вирішено пріоритетні зусилля сконцентрувати на стратегіях оптимізації найменш затратних для виконання і водночас найвагоміших за своїм впливом інформаційно-деонтологічних та медико-організаційних чинників.

З метою корекції інформаційно-деонтологічних чинників запропоновано навчальну програму тренінгу «Ефективне спілкування з пацієнтами», яка поділена на три модулі: навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів та управління конфліктними ситуаціями.

Для апробації цієї навчальної програми як модельні обрані дві центральні районні (Галицька і Рожнятівська), центральна міська (м. Яремче) лікарні та Івано-Франківська обласна клінічна лікарня. За розробленою програмою було проведено організаційний експеримент – упродовж 2012-2013 рр. організовано навчання керівників,

лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою. До викладання та проведення тренінгів залучались юрисконсульти лікарень, психологи та спеціально підготовані тренери із заступників керівників закладів охорони здоров'я.

Паралельно із цим у всіх закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області у відповідь на затвердження МОЗ України нових стандартів акредитації закладів охорони здоров'я (2011 р.) [11] і медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (2012 р.) [10] активно розроблялися локальні протоколи з клінічними маршрутами пацієнтів, що дозволило вплинути на медико-організаційні чинники, які посідали друге рангове місце у формуванні незадоволеності медичною допомогою (рис.).

Для забезпечення зворотного зв'язку та оцінки ефективності впроваджуваних змін у 2013 році проведено повторне опитування пацієнтів у модельних закладах охорони здоров'я за спеціально розробленою короткою анкетною, яка містила питання лише щодо найбільш проблем, встановлених під час попереднього опитування. Оскільки ці анкети розроблялись не тільки для оцінки ефективності уже реалізованих заходів, а й для постійного моніторингу змін і вивчення задоволеності споживачів наданими медичними послугами, на їх звороті містилася надрукована інформація про права та обов'язки пацієнтів, важлива для них, з метою дисциплінувати медичний персонал стосовно зменшення можливостей формального підписання поінформованої згоди

без партнерського обговорення із лікарем призначених методів медичних втручань певного захворювання та його наслідків.

Анкети роздавались пацієнтам при надходженні до стаціонару (зверненні за допомогою) з роз'ясненням щодо часу їх заповнення (при завершенні лікування), місця для вкидання опитувальників у спеціально обладнані для цього скриньки (на виході із закладу, в «куточках споживача» тощо) і гарантій їх анонімності.

Результати упровадження запропонованих нововведень довели їх досить високу ефективність. У цілому задоволеність медичним обслуговуванням зростає (на 8,2 %; 95 % CI: 2,7-13,6 %, $p < 0,01$), головню за рахунок значного поліпшення задоволеності результатами лікування (на 58,2 %; 95 % CI: 53,0-63,0 %), ставленням з боку лікарів (на 33,4 %; 95 % CI: 27,4-39,4 %), середнього (на 50,5 %; 95 % CI: 45,3-55,7 %) та молодшого (на 55,3 %; 95 % CI: 50,0-60,5 %) медичного персоналу. Поліпшилась поінформованість пацієнтів щодо їх прав і обов'язків (на 12,7%; 95% CI: 7,2-18,3%).

Не вдалося суттєво вплинути на рівень залучення пацієнтів до обговорення з лікарем наслідків захворювання, методів втручання тощо.

Значно поліпшилась задоволеність пацієнтів організованістю і координованістю діяльності лікарів (на 52,5 %; 95 % CI: 47,2-57,8 %), середнього (на 54,4 %; 95 % CI: 49,0-59,7 %) і молодшого (на 22,1 %; 95 % CI: 16,0-28,1 %) медичного персоналу, а також різних підрозділів закладів охорони здоров'я (на 53,1-61,6 %) що, на наш погляд, яскраво підтверджує необхідність та ефективність застосування локальних протоколів.

Майже не змінилась думка пацієнтів про потребу оплати ними медичних послуг. Зрозуміло, що впроваджені заходи через навчання персоналу методам комунікації з пацієнтами та дотримання локальних протоколів не можуть вирішити системної проблеми недостатнього ресурсного забезпечення галузі та її негативного наслідку – значної частки коштів домогосподарств у структурі витрат на охорону здоров'я.

Висновки

1. Встановлено, що головні причини недоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням лежать у площині недоліків: інфор-

маційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги), корекція яких не вимагає значних фінансових затрат і може бути реалізована на рівні закладу охорони здоров'я.

2. Запропоновано пацієнт-орієнтовані стратегії удосконалення якості медичної допомоги, головними з яких є: моніторинг задоволеності хворих наданими послугами, упровадження навчальних тренінгів для медичного персоналу навичкам комунікації з пацієнтами, інформаційна технологія для пацієнтів щодо їх прав і обов'язків з опитувальником задоволеності якістю медичного обслуговування.

3. Результати упровадження під час організаційного експерименту довели ефективність запропонованих стратегій, а саме: позитивний вплив на задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням (ріст на 8,2 %), результатами лікування (на 58,2 %), ставленням з боку медичного персоналу (на 33,4-55,3 %), організованістю і координованістю медичної допомоги (на 22,1-61,6 %), поінформованістю щодо прав та обов'язків (на 12,7 %), що дозволяє їх рекомендувати для застосування в закладах охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у наступному запровадженні запропонованих стратегій та їх корекції відповідно до результатів моніторингу задоволеності пацієнтів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
2. Гревцова Р. Ю. Актуальні правові питання інформаційного обміну між лікарем і пацієнтом / Р. Ю. Гревцова // Управління

- закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 16–20.
3. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2012. – 212 с.
 4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, №1. – С. 6-9.
 5. Москаленко В. Ф. Системи здравоохранения: современный контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320 с.
 6. Муляр М. М. Як американські клініки звітують про задоволеність своїх пацієнтів перед майбутніми пацієнтами та Урядом [Електронний ресурс] / М. М. Муляр // Healthcare management блог про управління в охороні здоров'я. – 2009. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/2009/07/17/yak-amerykanski-kliniky-zvituyutsya-pro-zadovolenist-svojih-patsijentiv-pered-majbutnimy-patsijentamy-ta-uryadom>
 7. Нові технології навчання менеджменту в медицині : [навчальний посібник] / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. – 416 с.
 8. Парій В. Впровадження та сертифікація системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 у закладах охорони здоров'я / В. Парій, З. Себелева // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 12. – С. 29-37.
 9. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2013. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 20.12.2013 р. № 1116). – Режим доступу: https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131220_1116.html – Назва з титул. екрана.
 10. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2012. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 28.09.2012 р. № 751). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html – Назва з титул. екрана.
 11. Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2011. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 14.03.2011 р. № 142). – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110314_142.html – Назва з титул. екрана.
 12. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К. : МОЗ України, 2011. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 01.08.2011 р. № 454). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html – Назва з екрана.
 13. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
 14. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Electronic resource] / H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte [et al.]. – World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. – 215 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.
 15. Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice [Electronic resource] / The National Learning Consortium. – April 30, 2013. – Version 1.0 – 17 p. – Access mode: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_continuousqualityimprovementprimer.pdf.
 16. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Electronic resource] / World Health Organization

Regional Office for Europe. – 2013. – 175 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf.

17. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
18. How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach / D. Friesner, D. Neufelder, J. Raisor, C. S. Bozman // Hospital Topics. – 2009. – Vol. 87 (1). – P. 24-40.

REFERENCES

1. Babych PN, Chubenko AV, Lapach SN. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 2005;2(46): 113-19.
2. Hrevtsova RYu. Upravlinnia zakladom okhorony zdorovia. 2007;6:16-20.
3. Horachuk VV. Upravlinnia yakistiu medychnoi dopomohy v zakladi okhorony zdorovia: monohrafiia. Vinnytsia: PP Baliuk I.B.; 2012. 212 p.
4. Dziak HV, Lekhan VM, Kriachkova LV. Medychni perspektyvy. 2010;15(1):6-9.
5. Moskalenko VF. Sistemy zdravookhraneniia: sovremennyi kontekst: monohrafiia. Kiev: Knyha-plius; 2012. p. 155-60.
6. Muliar MM. Healthcare management bloh pro upravlinnia v okhoroni zdorovia. 2009. Available from: <http://healthcare.management.com.ua/2009/07/17/yak-amerykanski-kliniky-zvituyutsya-pro-zadovolenist-svojih-patsijentiv-pered-majbutnimy-patsijentamy-ta-uryadom>
7. Voronenko YuV, Hoida NH, Mintser OP, Mitchel M. Novi tekhnologii navchannia menedzhmentu v medytsyni. Kyiv: Knyha plius; 2009. 416 p.
8. Parii V, Ciebielieva Z. Upravlinnia zakladom okhorony zdorovia. 2014;12:29-37.
9. Pro vnesennia zmin do nakazu MOZ Ukrainy vid 14 bereznia 2011 roku № 142 «Pro vdoskonalennia derzhavnoi akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia» [Internet]. Available from: https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131220_1116.html
10. Pro stvorennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy v syste-

mi Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 roku № 751 [Internet]. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html

11. Pro udoskonalennia derzhavnoi akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia: Nakaz MOZ Ukrainy vid 14.03.2011 roku № 142 [Internet]. Available from: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110314_142.html
12. Pro zatverdzhennia Kontseptsii upravlinnia yakistiu medychnoi dopomohy u haluzi okhorony zdorovia v Ukraini na period do 2020 roku: Nakaz MOZ Ukrainy vid 01.08.2011 roku № 454 [Internet]. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
13. Rukovodstvo po razrobotke strategii obepecheniia kachestva i bezopasnosti s pozitsiyi system zdravookhraneniia. Evropeiskoe rehionalnoe biuro Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniia. 2008. 86 p.
14. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E [et al.]. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Internet]. World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies). 2008. 215 p. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397
15. The National Learning Consortium. Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice [Internet]. April 30, 2013. Version 1.0. 17 p. Available from: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_continuousqualityimprovement-primer.pdf
16. World Health Organization Regional Office for Europe. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. 2013. 175 p. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf
17. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2007. 502 p.
18. Friesner D, Neufelder D, Raisor J, Bozman CS. How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach. Hospital Topics. 2009;87(1):24-40.

УДК 616-058+614.254+616-089

СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О. З. Децик, И. В. Стовбан, А. М. Яворский, М. И. Яворский

С целью обоснования и разработки эффективных стратегий улучшения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи провели медико-социальное исследование в два этапа. На первом этапе опросили 530 больных, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области всех уровней. На втором этапе оценивали эффективность предложенных стратегий в ходе организационного эксперимента на базе 3-х районных (городских) и Областной клинической больницы Ивано-Франковской области. Было установлено, что основные причины неудовлетворенности больных медицинским обслуживанием лежат в плоскости недоработок: информационно-деонтологических (ненадлежащее отношение медицинского персонала, устранение пациентов от процесса принятия решения, ненадлежащее информирование о правах пациентов) и медико-организационных (отсутствие четкости и организованности в действиях медицинского персонала, больничных и догоспитальных подразделений, невыполнение стандартов стационарной помощи). Предложены пациент-ориентированные стратегии управления качеством медицинской помощи, внедрение которых в ходе организационного эксперимента доказало их эффективность и целесообразность применения в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, управление качеством медицинской помощи.

УДК 616-058+614.254+616-089

STRATEGIES OF THE PATIENT'S SATISFACTION IMPROVEMENT AT THE LEVEL OF HEALTHCARE INSTITUTIONS

O. Z. Detsyk, I. V. Stovban, A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy

For the purpose of substantiation and development of the effective strategies of the patient's satisfaction improvement the medical and social research has been conducted in two stages. At the first stage 530 patients were interviewed after discharging from surgery departments of Ivano-Frankivsk region hospitals. At the second stage of our research the efficacy of the strategies proposed was assessed at the premises of 3 district (city) and regional hospitals. It has been found that the main factors influencing on the patient's dissatisfaction are caused by the following shortcomings: informational and deontological (improper attitude of the medical staff, the patients' removal from the decision-making process, inadequate information on the patients' rights) and medical-organizational (the lack of coordination between the medical staff, hospital and pre-hospital units, failure to comply with the standards of inpatient care). The patient-oriented strategies such as monitoring of the patient's satisfaction, introduction of communication skills training sessions for the medical staff, the information technology for patients about their rights and obligations, including the questionnaire on satisfaction of the medical care quality have been proposed. The introduction of the strategies proposed has proven their effectiveness and advisability of using in healthcare institutions.

Key words: patient satisfaction, quality of medical care management.

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

УДК 614.2:364.692:616.1-084

ВПЛИВ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

В. І. Клименко, О. С. Пушина

Запорізький державний медичний університет МОЗ України. E-mail: olga.pushina@mail.ru

У статті наведено результати аналізу світового досвіду оцінки впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактичних заходів попередження хвороб системи кровообігу. Проаналізовано існуючий стан матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинного рівня медико-санітарної допомоги в Україні, зокрема в Запорізькій області, а також вітчизняний досвід підвищення якості надання медичної допомоги за рахунок поліпшення ресурсного забезпечення.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, профілактика, хвороби системи кровообігу, ресурсне забезпечення.

Постанова проблеми. Наявність ресурсного забезпечення (як кадрового, так і матеріально-технічного) первинного рівня медико-санітарної допомоги в повному обсязі має важливе значення для надання якісних медичних послуг. Особливо це стосується попередження хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), більшу частину яких складають хвороби системи кровообігу (ХСК). Для поліпшення показників здоров'я населення актуальним є питання оцінки впливу ресурсного забезпечення на доступність та якість медичної допомоги та ефективність профілактичних заходів ХСК.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вітчизняних науковців щодо ресурсного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги та його вплив на ефективність попередження хвороб системи кровообігу (ХСК) свідчить про велику кількість про-

BLEMНИХ моментів, що потребують нагального розв'язання.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Водночас результати досліджень закордонних учених та аналіз засобів впливу ресурсного забезпечення на соціальну, медичну та економічну ефективність профілактики ХСК дають можливість розробити рекомендації щодо підвищення якості охорони здоров'я в Україні.

Формулювання цілей статті. Метою роботи стало вивчення світового досвіду щодо впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактичних заходів попередження ХСК на первинному рівні.

Для досягнення поставленої мети нами за допомогою бібліосемантичного методу дослідження проведено аналіз вивчення даних наукових досліджень, а також аналіз кадрового забезпечення лікарям первинної ланки населення Запорізької області у порівнянні з даними по Україні. Статистичні дані отримано з довідників Обласного центру медичної статистики Запорізької обласної ради.

В. І. Клименко – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету МОЗ України

Викладення основного матеріалу дослідження. Згідно з даними численних досліджень ХНІЗ є головними причинами смертності населення у світі, що викликають більше смертей, ніж усі інші причини разом і вражають найдужче країни з низьким і середнім рівнем доходів населення. У загальній кількості з 57 млн смертей у світі у 2008 р. 36 млн (63 %) були пов'язані з ХНІЗ – це ХСК, цукровий діабет, рак і хронічні респіраторні захворювання [14]. Майже 80 % з цих смертей відбулося в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, до яких належить й Україна. Ці захворювання досягли масштабів епідемії – Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прогнозує, що в поточному десятиріччі смертність від ХНІЗ збільшиться ще істотніше – на 15 % у глобальному масштабі протягом 2010-2020 рр., але їх рівень можна істотно і достовірно знизити шляхом зменшення факторів ризику (ФР), що їх спричиняють, і поліпшення контролю за рахунок підвищення рівня раннього виявлення та своєчасного лікування [9].

Передчасна смерть є одним з основних факторів, що враховується при оцінці впливу ХНІЗ на демографічні показники популяції: так, смертність у віці до 70 років, що пов'язана з ними дорівнює приблизно 44 %, відповідно 48 % та 26 % у країнах з низьким і середнім і з високим рівнем доходу [9].

Тоді як смертність від ХНІЗ, за прогнозами ВООЗ, скоротиться орієнтовано на 7 млн протягом найближчих 20 років, річна смертність від них збільшиться на 6 млн [12]. До 2030 р. смертність від ХНІЗ у світі сягне 52 млн осіб.

Населення України, за прийнятою у міжнародній статистичній практиці шкалою, має високий рівень старіння. Зростання чисельності населення і подовження тривалості життя призводять до зростання кількості і частки літнього населення, тому старіння населення є досить актуальною демографічною тенденцією в багатьох частинах світу. Так, якщо у 1991 р. частка населення у віці 60 років і старше в Україні становила майже 19 % від його загальної чисельності, то на початок 2014 р. – понад 22 %. Найвищий рівень постаріння зафіксовано у сільській місцевості (понад 24,2 %) [7].

ХСК є основною причиною смертності населення і в Росії. За даними офіційної ста-

тистики, в 2010 р. ХСК, як причина смерті, в Росії були зареєстровані в 52,0 % випадків серед померлих чоловіків і 61,5% серед жінок [1].

В Україні до 86% усіх смертних випадків припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті та новоутворення. У 2013 р. на першому місці за кількістю смертних випадків стоять ХСК (66,5 %). У структурі поширеності ХСК посідають перше місце (питома вага – 30,99 %), а у структурі первинної захворюваності – друге місце (6,99 %) [7].

За даними ВООЗ, 20 % усіх ХСК у світі зумовлені артеріальною гіпертензією (АГ). В економічно розвинутих країнах вона спричиняє майже половину всіх випадків серцевої недостатності, а її внесок у розвиток ішемічної хвороби серця сягає 35% [13].

ХСК формують показник DALYs у 27,2 % чоловічого населення країни та у 33 % жіночого.

За останні 15 років в Україні збільшився рівень виявлення хворих з АГ, цереброваскулярною патологією (також і асоційованою з АГ); спостерігається тенденція до зниження показників поширеності інсультів серед дорослих і працездатних, також і асоційованих з АГ [4].

Багатьма дослідженнями доведено, що в Україні знають про наявність АГ 81 % міського і 68 % сільського населення з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ), приймають будь-які антигіпертензивні препарати 48 % міських і 38 % сільських жителів, а ефективність лікування становить 19 і 8 % відповідно [3].

На основі існуючого досвіду та науково доведених даних ВООЗ визначила низку високоефективних стратегій і заходів для профілактики ХНІЗ. Зупинити наступ епідемії можна за умови виконання трьох компонентів національних програм: епіднадзора, профілактики і надання медичної допомоги, що, зі свого боку, включає національну спроможність запобігати ХНІЗ у межах політики і планування, розвитку інфраструктури, людських ресурсів і доступної медичної допомоги, зокрема і ліків. Треба підсилити організацію епіднадзора як пріоритетний напрям на національному та глобальному рівнях. Існує нагальна потреба поліпшити моніторинг за показниками здоров'я та спромож-

ністю системи охорони здоров'я, попереджувати та контролювати ХНІЗ, проводити регулярні дослідження ФР на національному рівні.

Концепція ФР, що виникла у 60-х роках ХХ ст. і почала стрімко розвиватися в багатьох країнах, наразі є фундаментальним обґрунтуванням сучасних підходів профілактики АГ і ХСК загалом. Результати досліджень щодо ФР дозволили розвиненим країнам спланувати і здійснити програми здорового способу життя, що привело до зниження рівня поширеності ХСК. Використання концепції ФР дозволяє прогнозувати ймовірність смерті як у популяції (популяційний ризик), так і для окремих осіб (індивідуальний ризик). На сьогодні виявлено велику кількість ФР ХСК, з яких виділяють дві великі групи: модифіковані та немодифіковані. До перших належать надлишкова маса тіла, нераціональне харчування, гіподинамія, куріння, алкоголізм, низький рівень освіти, стреси, АГ, гіперхолестеринемія, цукровий діабет та ін. До другої групи належать такі ФР, як стать, вік, спадковість. Окрім того, виділяють фактори, що знижують ризик розвитку ХСК, це регулярна фізична активність, вживання достатньої кількості овочів і фруктів тощо [1].

Другим важливим механізмом зупинення епідемії ХНІЗ є профілактика. Загальновідомо, що профілактика ХНІЗ у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих. При цьому, здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в основному спрямована на лікування пацієнтів, а не на профілактику захворювань та їх раннє виявлення, що призводить до виникнення хронічної форми хвороби, зростання первинної інвалідизації та смертності, яким можна запобігти. Саме тому треба проводити профілактичні заходи для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я [6].

Оцінка ефективності профілактичних заходів проводиться за 3 напрямками: медична, соціальна та економічна ефективності.

До медичної ефективності профілактики АГ належать: зниження частоти ускладнень, частоти гіпертонічних кризів, частоти звернень за медичною допомогою з приводу погіршення стану та кількості випадків тимчасової втрати працездатності. До соціальної ефективності профілактики АГ належать: зниження первинної інвалідності, збільшення середньої тривалості життя хворих, зниження рівня смертності та зростання якості життя хворих. Критеріями економічної ефективності є економія коштів унаслідок зниження госпіталізованої захворюваності, інвалідності, смертності та зростання внутрішнього валового продукту (ВВП), пов'язане з цим. Досліджено, що основні ХНІЗ завдають мільярди доларів збитків ВВП у найбільш населених країнах: кожен 10 % зростання ХНІЗ призводять до зменшення щорічного економічного росту на 0,5 % [16].

Існує багато прикладів профілактики ХНІЗ на національному рівні. Найбільш вдалим є досвід Фінляндії, де з 1970 р. імплементується програма з профілактики серцево-судинного ризику. Найголовнішим напрямом цієї програми є зниження високого рівня АГ і загального холестерину (ЗХ). Головна увага приділяється модифікації стереотипів харчування. За 30 років існування проекту смертність від серцево-судинних ускладнень зменшилась на 72%. Ця програма стала базовою для багатьох профілактичних програм [11].

Третім, безумовно, важливим компонентом боротьби з епідемією ХНІЗ є надання медичної допомоги. Ще у 1974 р. було доведено, що на здоров'я населення впливають 4 групи факторів [12]. Вважається, що вони знаходяться у пропорційному співвідношенні: спосіб життя (49-53 %), біологія людини (18-22 %), середовище її існування (17-20 %), система охорони здоров'я (8-10 %). Отже, найбільше значення для здоров'я людини має дотримання здорового способу життя, а головну відповідальність за своє здоров'я несе індивід. Але останнім часом у літературі з'являються дані про інші чинники впливу на здоров'я населення. У 1995 р. Міністерством охорони здоров'я Канади було ідентифіковано 12, а потім 28 детермінант здоров'я. Поряд із цим було викрито основні недоліки звіту Лалонда, в якому недостатня

увага приділяється фактору соціально-економічного середовища та системі охорони здоров'я, а надмірне значення надається способу життя та самовідповідальності людини за своє здоров'я [14]. Тобто вплив фактора медичної допомоги на здоров'я населення більш істотний, ніж 10 %.

Отже, зважаючи на те, що модифіковані ФР ХНІЗ добре відомі та вивчені, основні показники здоров'я – смертність, захворюваність та інвалідність – від них не тільки не зменшились, але мають тенденцію до росту в усьому світі, актуально буде оцінити вплив ресурсного – матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинного рівня надання медичної допомоги – на показники здоров'я.

У 2012 р. ВООЗ було проведено міжнародне дослідження, що викрило недоліки в організації допомоги хворим з ХНІЗ на первинному рівні і було організовано у 8 країнах із середнім та низьким рівнем доходу в 90 випадково обраних установах первинної ланки. Основні питання стосувалися забезпеченості медичних закладів кадровими ресурсами, обладнанням, інфраструктурою, ліками, фінансуванням. Це дослідження довело необхідність оптимізації управління та ресурсного й інформаційного забезпечення первинної ланки медичної допомоги для поліпшення показників здоров'я населення [9]. Були вивчені такі показники: забезпечення діагностичними тестами та обладнанням, доступність необхідних ліків, кадрове забезпечення первинної ланки, інформаційно-аналітичні можливості. Аналіз отриманих даних свідчить, що первинна ланка медичної допомоги країн-учасників дослідження не повністю забезпечена діагностичними тестами (аналізи сечі на протеїни, глюкозу, кетони), в деяких закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) взагалі відсутні есенційні тести крові та сечі. Усі заклади мають хоча б 1 сфігмоманометр, але автоматичні апарати наявні лише в 10 % випадків, анероїдні ж застарілі та некалібровані. Усі заклади ПМСД забезпечені вагами (99 %) і лише 63 % вимірвальними стрічками, що є необхідним для розрахунку індексу маси тіла і стратифікації ризику ХСК.

Кисневі маски, небулайзери, електрокардіографи, пікфлоуметри та пульсоксиметри

були доступні в 44, 37, 28, 29 і 2 % закладів відповідно. Доступність ліків, що використовуються для керування основними ХНІЗ, теж була неоднорідною. Так, на 100 % майже усі заклади ПМСД забезпечені лише аспірином і парацетамолом. Лише в одній країні доступні нітрати, інсулін та беклометазон в інгаляторі в усіх закладах ПМСД. Крім того, лише у деяких країнах консультації, аналізи та ліки надаються безкоштовно, в інших затрати відшкодовуються за рахунок приватної страховки чи державних фондів.

Щодо кадрового забезпечення первинної ланки, то лише в 2 країнах в усіх закладах первинна медична допомога надається лікарями. В деяких країнах зовсім немає лікарів у центрах ЦПМСД, а медична допомога надається медичними сестрами та асистентами лікарів. Крім того, в штаті є такі працівники, як асистент-фармацевт і працівник соціальних служб. Рівень підготовки та кваліфікації лікарів не вивчався.

У жодному з досліджених закладів не було комп'ютерного обладнання й Інтернету для зберігання, аналізу медичної інформації та дистантних консультацій. Лише у 85 % закладах ПМСД медичні записи зберігаються в паперовому вигляді, з них 58 % – у журналі щоденних відвідувань. Головним здобутком цього дослідження стали викриті недоліки системи надання первинної допомоги за 4 головними напрямками: фінансування, забезпечення ліками і технологіями, кадрові ресурси та інформаційне забезпечення. По-перше, пацієнт-орієнтована система охорони здоров'я потребує реімбурсації хоча б базових послуг ПМСД. По-друге, усі заклади ПМСД мають бути забезпечені технологіями та ліками, що використовуються в контролі усього спектра ХНІЗ, включно з невідкладною допомогою. По-третє, результати дослідження висвітлили дефіцит лікарів ПМСД і необхідність підготовки та мотивації медичних працівників надавати есенційну допомогу пацієнтам із ХНІЗ, наприклад, розрахунок серцево-судинного ризику, консультації з припинення паління, дієтичні рекомендації. Потрібно впроваджувати медичні освітні програми, доказову медицину, мотиваційні програми для кар'єрного зростання [9].

Аналогічне дослідження було проведено в Індії в 100 районах із 640 (15,6 %).

Головні недоліки були ідентифіковані в таких напрямках: система фінансування, доступ до медичних технологій і ліків, людські ресурси, збір і зберігання медичної інформації.

Оскільки ХНІЗ пролонговані у часі і пацієнт потребує медичного спостереження протягом багатьох років, вважається за необхідне, щоб лікар надавав допомогу під час первинного звертання та періодичних оглядів, а середній медичний персонал може проводити скринінгові методи дослідження, після проходження спеціальних тренінгів, надавати рекомендації щодо дієти та фізичної активності, дотримання здорового способу життя [8]. Тобто для ефективної профілактики ХНІЗ пропонується залучати середній медичний персонал.

Перехід до організації надання ПМСД в Україні за принципом загальна практика – сімейна медицина призвів до зростання закладів загальної практики – сімейної медицини до 2073 у 2014 р., з них 32 – по Запорізькій області. При цьому показник забезпеченості амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини (АЗП/СМ) у сільській місцевості на 10 тис. населення дорівнював у середньому 3,06 при нормі 3,3. Проте в деяких регіонах цей показник був істотно менше за норму (Львівська, Івано-Франківська, Рівненська, Хмельницька та ін.). У містах середній показник забезпеченості АЗП/СМ становив 0,98, що також не відповідає нормативам (1,6-2,5 залежно від місцевості). Лише 76,9 % населення України забезпечено медичною допомогою в АЗП/СМ. Треба зауважити, що міське населення охоплено медичною допомогою у 70,5 %, а сільське – у 91,2 %. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП/СМ) фізичними особами у 2014 р. становила 64,84 %. Цей показник істотно зменшився у порівнянні з попередніми роками (2010 р. – 78,35 %, 2013 р. – 71,40 %).

При аналізі забезпеченості дорослого населення Запорізької області лікарями терапевтичного профілю в розрізі по спеціальностям в динаміці встановлено, що протягом всього періоду 2005-2013 рр. рівень терапевтів, дільничних лікарів, кардіологів, невропатологів перевищує рівень забезпе-

ченості дорослого населення по Україні. Поряд з цим сімейними лікарями Запорізька область забезпечена значно гірше, ніж по Україні. Якщо з 2005 по 2010 р. забезпеченість дорослого населення Запорізької області сімейними лікарями незначно (від 0,15 до 0,9) перевищувала аналогічний показник по Україні, то починаючи з 2011 р. відмічається спад забезпеченості ними до 2,76 на 10 тис. дорослого населення, що на 0,47 менше рівня по Україні. Провівши аналіз забезпеченості дорослого населення Запорізької області по районах і містах лікарями ПМСД (лікар-терапевт дільничний і сімейний лікар), ми встановили, що за період 2005-2013 рр. спостерігається позитивна тенденція до забезпеченості сімейними лікарями і суттєве зниження лікарів-терапевтів дільничних. Можливо, це пов'язано зі змінами в системі охорони здоров'я, але ще в 2005 р. забезпеченість лікарями-терапевтами дільничними по районах області була в 2 рази меншою, ніж у містах області, тоді як сімейними лікарями – більшою у 8 разів і відповідала 1,56 на 10 тис. дорослого населення, що в 2,4 рази перевищувало аналогічний показник по Україні.

Одним із головних критеріїв якості та ефективності медичної допомоги є навантаження на одного лікаря. У 2014 р. фактичне навантаження на фізичну особу ЛЗП/СМ у сільській місцевості становило 2539,04, а у міській – 1786,69, істотно перевищує нормативи навантаження (1200 осіб у сільській місцевості та 1500 у міській) та негативно впливає на якість медичної допомоги [7].

Щодо якості підготовки та перепідготовки ЛЗП/СМ, то 5,40% з тих осіб, що підлягали атестації, не були атестовані, 14,38 % керівників центрів ПМСД не мають спеціалізації з організації охорони здоров'я, а майже половина заступників лікарів з лікувальної роботи (49,93 %) не мають підготовки з ЛЗП/СМ. Крім того, протягом 10 років в Україні були створені стандарти лікування найбільш поширених захворювань у формі уніфікованих клінічних протоколів, але певна частина лікарів зовсім не ознайомлена з чинними медичними стандартами, а більшість тих спеціалістів, що знає, не використовує їх у своїй практиці [5]. А ті, що

знають і використовують, не можуть дотримуватися їх в повному обсязі, у зв'язку з недостатніми матеріально-технічними ресурсами, що впливає на ефективність та якість надання медичної допомоги.

Стан близько половини будівель і споруд (45,2 %) вважається незадовільним і потребує капітального ремонту. Стан оснащення амбулаторій, що входять до складу центрів ПМСД, теж незадовільний: лише 14,8 % закладів у 2014 р. були оснащені медичним обладнанням, інструментарієм та інвентарем згідно з табелем оснащення, менше половини закладів мають санітарний транспорт (43,9 %) [7]. Дослідження В. А. Гандзюка у Баштанському районі Миколаївської області показало, що впровадження оптимізованої моделі ресурсного забезпечення медичної допомоги (додаткові надходження у сумі 3 % від валового продукту району) сприяє зниженню смертності від ХСК на 7 %, цереброваскулярної патології – у 2 рази, інсультів – у 2,6 рази, захворюваності від ХСК – на 23,6 %. Поліпшились показники охоплення диспансеризацією пацієнтів із ХСК на 46 % [2].

Отже, недостатнє та непропорційне забезпечення населення АЗП/СМ свідчить про відсутність рівного та справедливого доступу громадян до медичної допомоги. Наявні медичні заклади потребують ремонту, дуже часто капітального. Крім того, вони неуккомплектовані на 100 % ЛЗП/СМ, що не може не впливати на якість та ефективність медичних послуг. Неуккомплектованість штатів ЛЗП/СЛ призводить до підвищення навантаження на лікаря. Тобто лікарі мають змогу займатися лише лікувально-діагностичною роботою, а на профілактичне та санітарно-гігієнічне виховання зовсім не мають часу, хоча 80 % обсягу роботи лікаря первинної ланки має займати профілактика, оскільки відомо, що попередити хворобу, набагато ліпше, ніж лікувати її наслідки та ускладнення. Дефіцит часу призводить до того, що лікарі не мають змоги розповісти чи нагадати пацієнтам про ФР виникнення та подальшого прогресування ХНІЗ чи роблять це дуже формалізовано.

Отже, всі складові ресурсного забезпечення закладів ПМСД залишається істотно недостатнім. Усі ці проблеми характерні не

тільки для нашої країни, а і для багатьох держав з низьким і середнім рівнем доходів. Саме на ці країни припадає найбільший тягар ХНІЗ, що призводить до економічних і демографічних втрат і, як наслідок, до формування порочного кола – втрати в економіці призводять до зниження витрат на охорону здоров'я та зменшення фінансування, як наслідок, зниження якості та ефективності ПМСД. Недостатність фінансування та невідповідність існуючого рівня забезпечення ПМСД зумовлюють потребу в науковому комплексному дослідженні оцінки впливу ресурсного забезпечення на профілактику ХНІЗ, насамперед ХСК, з метою розробки моделі її вдосконалення.

Висновки

1. Доведено, що, незважаючи на те, що фактори ризику хвороб системи кровообігу достеменно відомі, показники стану здоров'я населення через них поступово погіршуються унаслідок негативного впливу ресурсного (кадрового і матеріально-технічного) забезпечення первинної ланки, яка відповідає за профілактичну спрямованість.

2. Показано, що перехід організації надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини триває, але залишаються не вирішеними питання щодо укомплектованості як лікарями, так і медичними працівниками з середньою освітою, а питання щодо поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу на первинному рівні, взагалі залишається відкритим та не вивченим.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у більш детальному аналізі вивчення відповідності центрів первинної медико-санітарної допомоги табеля оснащення та впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактики хвороб системи кровообігу.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Алексеева Т. С. Эффективность мероприятий по модификации образа жизни в профилактике артериальной гипертонии в организованной популяции : дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.01.05 / Алексеева Татьяна Сергеевна ;

- Новокузнецьк. гос. ин-т усовершенств. врачей М-ва здравоохранения РФ. – Новокузнецьк, 2014. – 143 с.
2. Гандзюк В. А. Удосконалення ресурсного забезпечення виконання державних програм на регіональному рівні / В. А. Гандзюк // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 2. – С. 183-187.
 3. Горбась І. М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 1 (додаток). – С. 16-21.
 4. Лашкул З. В. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень на регіональному рівні з 1999 по 2013 роки / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2014. – №2 (22). – С. 134-140.
 5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
 6. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1164-р від 31 жовтня 2011 р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір”» [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> – Назва з екрану.
 7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.
 8. Assessment of primary care facilities for cardiovascular disease preparedness in Madhya Pradesh, India / Abhijit Pakhare, Sanjeev Kumar, Swati Goyal, Rajnish Joshi // BMC Health Services Research. – 2015. – № 15. – P. 408.
 9. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non communicable disease interventions / S. Mendis, I. Al Basir, L. Dissanaayake, C. Varghese et al. // International Journal of Hypertension. – 2012 (2012). – 7 p.
 10. Global status report on non communicable diseases 2010 / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – 162 p.
 11. High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region / World Health Organization, Regional Office for Europe. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – 23 p.
 12. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians / M. Lalonde minister of Supply and Services. – Ottawa, 1981. – 76 p.
 13. The global burden of disease: 2004 update / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2008. – 146 p.
 14. Towards a New Perspective on Health and Health Policy. A Synthesis Document of the Health Network, Canadian Policy Research Networks [Електронний ресурс]. – Toronto: Sholom Glouberman, Ph.D., 2001. – 94 p. – Режим доступу : <http://www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-NewPerspective.pdf>.
 15. World Health Statistics 2011 [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – Режим доступу : <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en>.
 16. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2009. – 42 p. – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf.

REFERENCES

1. Abhijit Pakhare, Sanjeev Kumar, Swati Goyal, Rajnish Joshi. Assessment of primary care facilities for cardiovascular disease preparedness in Madhya Pradesh, India. BMC Health Services Research. 2015; 15: 408.
2. Alekseeva TS. Effektivnost meropriyatyi po modyfykatsyy obraza zhyzny v profylaktyke arterialnoi hypertonyy v orhanyzovanoi populiatsyy. [PhD dissertation (Medical Sciences)]. Novokuznetsk: Novokuznetsk State Institute of Postgraduate medicine; 2014. 143 p.
3. Gandzyuk VA. Improving public resources of implementation of the state programs at regional level. Ukrainian medical journal. 2014; 2(100): 183-187.
4. Glouberman Sh. Towards a New Perspective on Health and Health Policy. A Synthesis Document of the Health Network, Canadian Policy Research Networks. [online] [http://](http://www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-NewPerspective.pdf)

- www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-New-Perspective.pdf. Accessed 21 October 2015.
5. Horbas IM. Epidemiolohichni ta medyko-sotsialni aspekty arterialnoi hipertenzii. Ukrainian Journal of Cardiology. 2010; 1: 16-21.
 6. Kvitashvili O. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. MOH Ukraine. 2014 :460 p.
 7. Lashkul ZV. Features epidemiology of hypertension and its complications at the regional level in 1999–2013. Suchasni medychni tekhnolohii. 2014; 2(22): 134-140.
 8. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.
 9. Lekhan VM., Slabkyi GO., Shevchenko MV. Health care system strategy development: Ukrainian measuring. 2009. 50 p.
 10. Mendis S, Al Bashir I, Dissanayake L, Varghese C, et al. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non communicable disease interventions. Int J Hypertens. 2012 ; 2012:584041.
 11. Prescription of the Ministry of Health from 31.10.2014 № 1164. [online] <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>. Accessed 21 October 2015).
 12. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. World Health Organization (WHO): Geneva; 2011.
 13. World Health Organization. High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe. – Copenhagen; 2013.
 14. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization (WHO): Geneva; 2008.
 15. World Health Organization. World Health Statistics 2011. [online] <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>. Accessed 21 October 2015.
 16. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases. [online] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf. Accessed 20 October 2015.

УДК 614.2:364.692:616.1-084

ВЛИЯНИЕ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В. И. Клименко, О. С. Пушина

В статье приведены результаты анализа мирового опыта оценки влияния ресурсного обеспечения на эффективность профилактических мер предупреждения болезней системы кровообращения. Проанализированы существующее состояние материально-технического и кадрового обеспечения первичного уровня медико-санитарной помощи в Украине, в частности в Запорожской области, и отечественный опыт повышения качества оказания медицинской помощи за счет улучшения ресурсного обеспечения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика, болезни системы кровообращения, ресурсное обеспечение.

UDC 614.2:364.692:616.1-084

THE IMPACT OF THE PRIMARY MEDICAL CARE RESOURCE PROVISION ON PREVENTION OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES

V. I. Klimentko, O. S. Pushina

The results of the world experience analysis in assessing the impact of the resource provision on the effectiveness of prevention of circulatory system diseases are presented. The current state of material provision and staffing of the primary medical care level, as well as the domestic experience improving the medical care quality by intensification of the resource provision have been analyzed.

Key words: primary medical care, prevention, circulatory system diseases, resource provision.

Рекомендовано д. мед. н., професором Г. В. Зайченко

УДК (616.33+616.342) – 002-036.82

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА ТРИВАЛІСТЮ ПЕРІОДУ ДО НАСТУПНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

О. М. Очередько, Н. М. Кізлова

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
E-mail: g.mkl1@yandex.ru

Когортним дизайном обстежено 400 пацієнтів з виразкою чи ерозією шлунка або дванадцятипалої кишки на протязі 4 років з моменту встановлення діагнозу (1600 пацієнто-років). Програма реабілітації призначена 220 пацієнтам, які утворили основну когорту, 180 пацієнтів (без призначення програми) включені до контрольної когорти. Головною результативною ознакою була тривалість періоду до наступного випадку госпіталізації в денний гастроентерологічний стаціонар м. Вінниці. Скорочення тривалості періоду до наступного випадку госпіталізації розцінювалось як показник ефективності програми реабілітації. Дані проаналізовані за допомогою фрейлті-моделі виживання. Проведене нами експериментальне дослідження підтверджує достовірне зниження ризику наступної госпіталізації в результаті призначення ПР у середньому на 23 %. Додаткова кількість днів ТПМГ до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення ПР, склала 39 днів.

Ключові слова: ерозивно-виразкові ушкодження, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, програма реабілітації, денний стаціонар.

Постанова проблеми. Виразкова хвороба є актуальною для суспільства медичною проблемою з важливим економічним змістом [3, 6]. Від 8 до 10% зайнятого населення страждає на це захворювання. В осіб молодого віку дуоденальні виразки зустрічаються у 4 рази частіше, ніж медіогастральні. Чоловіки хворіють у 2–5 разів частіше, ніж жінки з вирівнюванням після 40 років [3]. Висока захворюваність, часті рецидиви, тривала непрацездатність хворих, значні економічні витрати – все це дозволяє віднести проблему до найбільш актуальних у сучасній

медицині. На сьогодні в Україні кількість зареєстрованих хворих на виразкову хворобу становить 5 мільйонів осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі, кожен третій втрачає працездатність на протязі року. У зв'язку з реформою системи охорони здоров'я у м. Вінниці створено гастроентерологічний денний стаціонар замість цілодобового. Виразки та ерозії шлунка і дванадцятипалої кишки становлять понад 60 % випадків госпіталізації. Разом з тим рівень медико-соціальної реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою залишається на досить низькому рівні. Ефективність реабілітаційних методів наявна не більш ніж у 8 % пацієнтів. Це змушує шукати шляхи поліпшення результатів лікування цієї категорії хворих.

О. М. Очередько – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Більшість публікацій присвячено ефективності клінічних методів діагностики та лікування цих захворювань. Але лише деякі праці стосуються організації ведення таких пацієнтів, зокрема сполучення стаціонарного і позастаціонарного етапів контролю з метою досягнення належного комплайенсу й ефективності в термінах, менеджменту пацієнта, а не лише ефективності окремих епізодів лікування [1, 2].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. По-перше, це пізніше призначення програми реабілітації (ПР) на післягоспітальному етапі є причиною рецидивів, повторних госпіталізацій, інвалідизації, ускладнень виразкової хвороби. По-друге, низький рівень комплайенсу до ПР пацієнтів з ерозивно-виразковими ушкодженнями шлунка і дванадцятипалої кишки. По-третє, це проблема «вживлення» ПР у прийнятий в Україні процес диспансеризації пацієнтів з ерозивно-виразковими ушкодженнями шлунка і дванадцятипалої кишки [3, 4, 5].

Формулювання цілей статті. Мета наших досліджень полягала у вивченні ефективності програми реабілітації вказаних захворювань за тривалістю періоду до наступної госпіталізації з моменту виявлення (першої госпіталізації) впродовж перших чотирьох років.

Викладення основного матеріалу дослідження. Дані організовані у вигляді панельного масиву, який містить усі випадки госпіталізації з приводу ерозивно-виразкових уражень шлунка і дванадцятипалої кишки в єдиний у м. Вінниці гастроентерологічний денний стаціонар (ДС). Вибрані випадки з першим у житті епізодом госпіталізації (і встановлення діагнозу) протягом 2009-2012 років і простежені наступні госпіталізації в перші чотири роки після встановлення діагнозу. Разом 400 пацієнтів і, відповідно, 1600 пацієнто-років спостереження. *Програма реабілітації* призначена 220 пацієнтам, які утворили основну когорту, 180 пацієнтів (без призначення програми) включені до контрольної когорти. Програма реабілітації містить 10 шкал (рис. 1). Зміст шкал продиктований комплексним підходом реабілітації. Шкали споріднені за

патогенетичним спрямуванням. Динамічність проведення реабілітації обумовлює необхідність моніторингу на двох етапах: госпітальному та позагоспітальному.

Отже, програма містить: медикаментозне лікування, модифікацію дієти, курацію пацієнтів з надмірною вагою, НПЗП-гастропатії, шкідливі звички (тютюнопаління та вживання алкоголю), наявність у пацієнтів артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, корекцію симптомів депресії і тривоги. Кожна шкала програми складається зі змісту, мети, наявних рекомендацій, контрольних точок та оцінки результатів за допомогою щоденника, опитувальників. Динамічний контроль здійснюється на основі контрольних точок, які організовані так, щоб оптимізувати кількість і періодичність звернень до сімейного лікаря. Разом з тим ця програма дає можливість узагальнено оцінити стан хворого, на скільки точно пацієнт виконує та дотримується рекомендацій лікаря, та динаміку захворювання. Лікар, що лікує у стаціонарі, також навчає вести пацієнта щоденник самоконтролю. На позагоспітальному етапі спостереження за хворим здійснює сімейний лікар. Важливим моментом програми реабілітації є самоконтроль шляхом ведення щоденника пацієнтом.

Мета задуму ведення щоденника полягає в тому, щоб навчити хворого бути уважним до виконання фармакотерапії та контролювати ступінь виконання рекомендацій лікаря (щоденно). На госпітальному етапі – під спостереженням лікаря стаціонару, позагоспітальний період передбачає самоконтроль і динамічне спостереження лікарем загальної практики та сімейної медицини кожні 14 днів. Щоденно відображається дотримання дієтичних модифікацій індивідуального плану дієти. Щоденник дає змогу оцінити на госпітальному та післягоспітальному етапах дієтичний вміст харчових речовин, розглянути проблеми харчової поведінки. Вага контролюється і фіксується щотижня, ІМТ фіксується щомісяця. Показники оцінюються сімейним лікарем. У програмі забезпечується модифікація способу життя, що включає щоденну фізичну активність, відмову від вживання алкоголю та тютюнопаління. Ведення щоденника передбачає щоденний контроль за основними

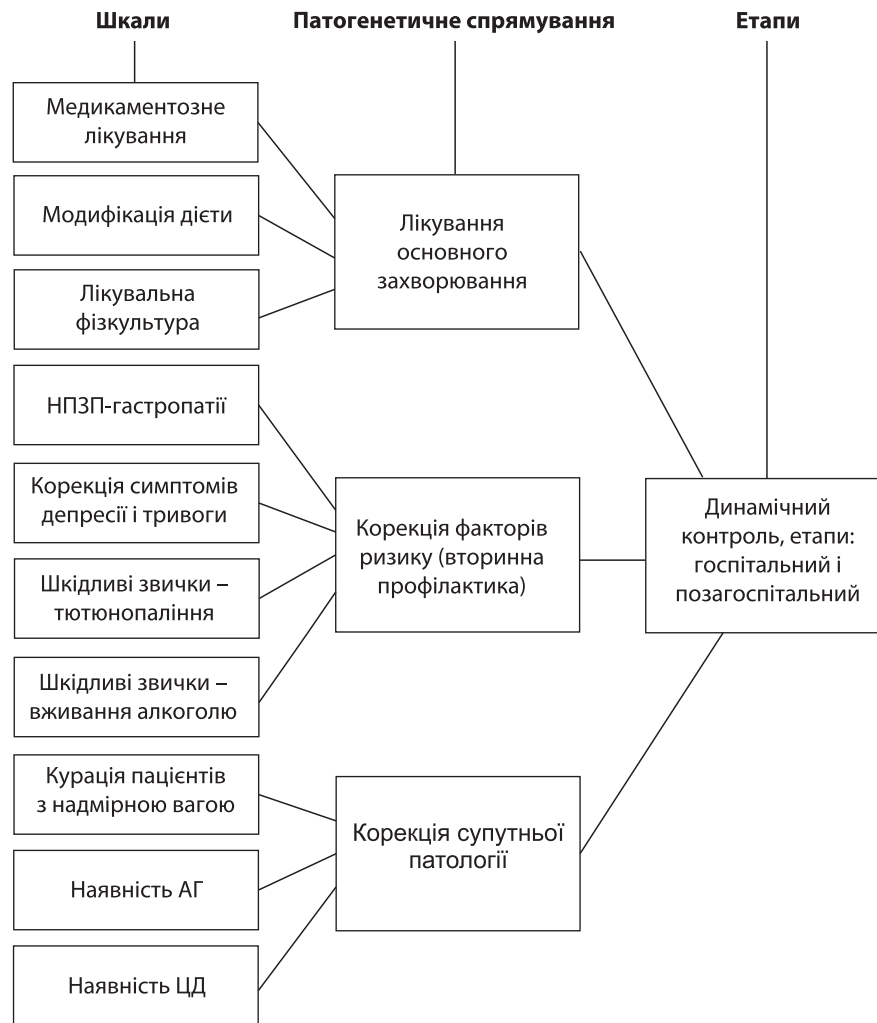


Рис. 1. Структурне дерево програми реабілітації

життєвими показниками пацієнтів, що знаходяться в групі ризику через вірогідність ускладнень. На етапі госпіталізації лікуючий лікар навчає пацієнта з виявленим цукровим діабетом і гіпертонічною хворобою бути уважним до таких показників: рівень глюкози крові, холестерину, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень. У позагоспітальному періоді хворий самостійно фіксує показники й уміє їх оцінювати. Оцінка та корекція лікування (в разі потреби) здійснюється сімейним лікарем під час візитів.

Модель тестування ефективності ПР. Чутливим показником ефективності ПР є терміни періодів між госпіталізаціями (ТПМГ). Саме ТПМГ використаний як критерій ефективності – зі збільшенням ТПМГ ризик повторної госпіталізації зменшується, що є свідченням ефективності програми. Очевидно, що розподіл значень ТПМГ членів об'єд-

наної когорти унімодальний з вираженим правим ексцесом і масивними хвостами, які свідчать про можливу гетерогенність когорти пацієнтів. Очевидно, що базовий ризик нестаціонарний і у нас немає припущень щодо його параметричного розподілу. У таких ситуаціях застосовують семипараметричні визначення базової функції ризику. Ми використали кускові експоненційні праярси [7] для специфікації базового ризику λ_j для кожного часового інтервалу j . Кількість часових інтервалів визначалась за 2,5% квантилями. Квантильний підхід важливий для забезпечення збалансованого наповнення подіями проміжків часу. В кожний визначений у такий спосіб проміжок припадає $0,025 \cdot 446 = \min 11$ випадків повторних госпіталізацій. Крім того, вибір саме 2,5 % квантильного інкременту забезпечує 40 ($100/2,5$) часових проміжків, на які

розбиті значення ТПМГ. Зважаючи, що максимальне спостережене значення ТПМГ складо 1200 днів, у середньому тривалість проміжку збігалась із місячним періодом (1200 днів/40 = 30 днів), що дає змістовнішу інтерпретацію базовому ризику як місячному. Для більш валідної ідентифікації базового ризику λ_j ми використали не лише події цього проміжку (11-12), але й сусідніх через апіорні значення випадкового переміщення першого порядку (RW1), які у тексті програми задані як:

$$\text{lam}[j] \sim \text{dgamma}(a_0, b_0[j])$$

$$b_0[j] <- a_0/\text{lam}[j-1]$$

$$\text{lam}[1] \sim \text{dgamma}(0.1, 0.1)$$

$$a_0 \sim \text{dgamma}(0.1, 0.1)$$

Тобто кожний λ_j ($\text{lam}[j]$) отримується як модифіковане значення ризику попереднього часового інтервалу λ_{j-1} . Модифікація адитивна зі стрибком, який визначається випадковою реалізацією гамма-розподілу з нульовим очікуваним значенням та дисперсією $(\lambda_{j-1})^2/a_0$. Апіорне значення базового ризику на першому часовому проміжку λ_1 отримувалось як випадкова реалізація гамма-розподілу з параметрами $a = b = 0,1$. З виразу для дисперсії очевидно, що більші значення параметра a_0 обумовлюють більш згладжену послідовність λ_j .

Ризик та ідентифікація ефективності програми. Ризик визначався за класичним пропорційним принципом Кокса, а саме: він пропорційний базовому і модифікований експонентою суми зважених коваріат (векторний добуток $\beta_j \cdot x_i$):

$$h(t_i \in (q_{j-1}, q_j] \mid x_i) = \lambda_j \exp(\beta_j \cdot x_i)$$

У моделі $\beta_j \cdot x_i$ представлений як: $\text{beta} \cdot \text{Treatment} + \text{beta2} \cdot \text{Treatment} \cdot b_j + b_j$

Головним параметром тестування ефективності програми є коефіцієнт «beta», ідентифікація якого від зміщень унаслідок порушення рандомізації призначення програми забезпечується включенням компоненти $\text{beta2} \cdot \text{Treatment} \cdot b_j$. b_j виражає індивідуальний ефект пацієнта, який децентровано приписанням функції генерації його апіорних значень нормальному закону з нульовим середнім [9, 10, 12]. Фактично індивідуальний ефект пацієнта вбирає в себе усі можливі фіксовані ефекти, тобто як спо-

стережені коваріати, так і неспостережені ознаки (НГ), а отже, є потужною проксиміною для незміщеного тестування ефекту призначення програми. Несуттєвість коефіцієнта «beta2» свідчить про відсутність зміщень оцінки ефективності програми внаслідок порушення рандомізації призначення.

Оцінка кумулятивного ризику та виживаності. Кумулятивний ризик (позначений у тексті програмного модуля як H0) розраховувався як накопичення (моментного) ризику $h(t_i \in (q_{j-1}, q_j] \mid x_i)$ протягом квантильного часового інтервалу $q_j - q_{j-1}$, тобто:

$$H_0(t_i \in (q_{j-1}, q_j] \mid x) \cdot (q_j - q_{j-1}) = \lambda_j \exp(\beta_j \cdot x_i) \cdot (q_j - q_{j-1})$$

Відповідно виживаність представників експериментальної та контрольної когорти (у тексті програмного модуля позначена S[1] і S[2]) вираховувалась як:

$$S[1] = \left[\exp\left(-\sum_{j=1}^{40} H_0_j\right) \right]^{\exp(\text{beta})}$$

$$S[2] = \exp\left(-\sum_{j=1}^{40} H_0_j\right)$$

Оцінка ефектів та аналіз даних здійснювалися на основі МСМС семплера Гіббса за семипараметричною моделлю пропорційних ризиків Кокса [11]. Розрахунок параметрів моделей здійснювався в середовищі пакета МСМС семплерів WinBUGS. Як початкові значення для МСМС оцінника семипараметричної фрейлті-моделі на першому кроці семплера ми використали оцінки класичного PL оцінника семипараметричної моделі Кокса [8, 9, 12].

Із центилів апостеріорних розподілів оцінок параметра «beta» вплив достовірний ефект програми реабілітації, оскільки 0 знаходився поза межами 95% інтервалу [-0,517; -0,002] з медіанним значенням параметра -0,256. Відносний ризик призначення програми становив $\exp(-0,256) = 0,774$. Тобто ризик наступної госпіталізації внаслідок призначення ПР у середньому зменшувався на 23%.

Значення 5% (0,05) і 95% (0,95) центилів апостеріорного розподілу оцінок зміщення (параметр «beta2») засвідчили відсутність достовірного ефекту, оскільки 0 знахо-

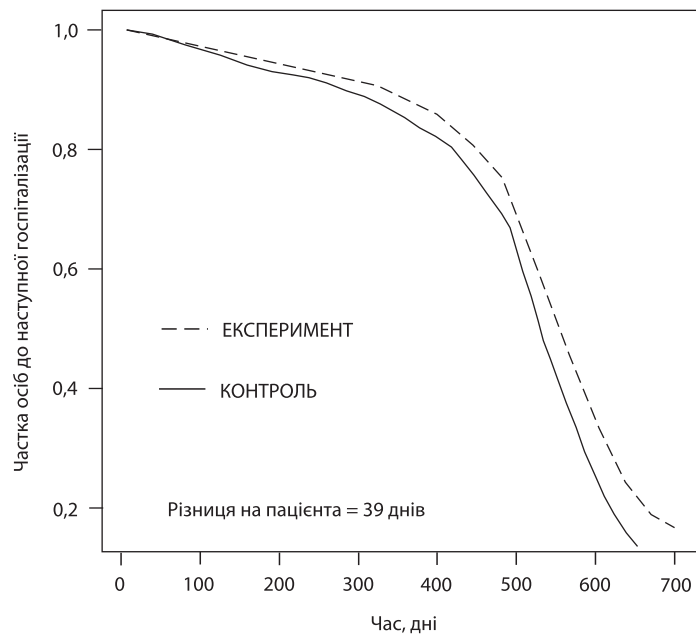


Рис. 2. Динаміка частки осіб до наступної госпіталізації в розрізі когорт, модель гетерогенної дисперсії

диться в межах 95% інтервалу $[-9,397; 8,525]$ і близько до його центру. Широкий і досить симетричний відносно 0 діапазон довірчого 95% інтервалу став безсумнівним доказом надлишковості ефекту і його малої інформативності. Отже, оцінка ефекту програми була незміщеною і за відсутності правильного ефекту.

Із внесених у модель індивідуальних характеристик пацієнтів гранично достовірний ефект на ТПМГ мали лише кількість звернень до гастроентеролога після виписки зі стаціонару (медіана ефекту складала 0,010 з 95% інтервалом довіри від -0,291 до 0,303) та діагноз з медіанним значенням ефекту 0,431 з 95% інтервалом від -0,033 до 0,865. Тобто регулярні звернення до спеціаліста обумовлювали більш вчасну й обґрунтовану госпіталізацію пацієнта. Також регулярність контакту є прокси до комплайенсу, а отже, уваги пацієнта до свого здоров'я і можливостей (наприклад, часу) до його збереження. Найбільш тяжкий діагноз «виразка шлунка» порівняно з менш тяжкими збільшував ризик повторної госпіталізації.

За моделлю побудовано дві криві доживання, які показують динаміку частки осіб до наступної госпіталізації в експериментальній і контрольній когортах. Із рис. 2 видно чітко розмежування двох кривих зі збіль-

шеною виживаністю експериментальної когорти. Інтегральна різниця на одного пацієнта зменшилась на 10 днів порівняно з такою за базовою моделлю і склала 39 днів. Це та додаткова кількість днів ТПМГ до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення ПР. Тобто ефект програми реабілітації очевидний.

Висновки

1. Медична реабілітація внаслідок виразкової хвороби має проводитися комплексно з урахуванням головних патогенетичних чинників і з використанням сучасних підходів до надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

2. Низька ефективність реабілітації при ерозивно-виразкових ушкодженнях обумовлена, на наш погляд, низьким охопленням програми реабілітації (не більше 20%) та низьким комплайенсом пацієнтів. Саме тому програми реабілітації доцільно розпочинати ще на госпітальному етапі.

3. Проведене нами експериментальне дослідження підтверджує достовірне зниження ризику наступної госпіталізації внаслідок призначення програми реабілітації у середньому на 23%.

4. Додаткова кількість днів терміну періодів між госпіталізаціями до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення програми реабілітації, склала 39 днів.

**ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ
ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Алебастру А. П. Возможности альтернативной немедикаментозной терапии язвенной болезни желудка / А. П. Алебастру, М. А. Бутов // *Клінічна медицина*. – 2005. – № 1. – С. 32-36.
2. Передерий В. Г. Как вылечить ХГ, ЯБ и предупредить рак желудка / В. Г. Передерий, В. В. Чернявский. – Луганск: ОАО «ЛОТ», 2005. – 308 с.
3. Петров В. П. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В. П. Петров, В. В. Осипов // *Российский журнал гастроэнтер, гепатолог. и колопрокт.* – 2003. – № 5. – С. 14-18.
4. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271 Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю: «Гастроентерологія» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
5. Ткач С. М. Современные подходы к лечению язвенной болезни / С. М. Ткач, А. П. Николаева // *Острые и неотложные состояния в практике врача*. – 2008. – № 2/1. – С. 5-7.
6. Ткач С. М. Современные подходы к лечению язвенной болезни / С. М. Ткач // *Терапія*. – 2006. – № 4. – С. 56-59.
7. Aitkin M. The fitting of exponential, Weibull and extreme value distributions to complex censored survival data using GLIM / M. Aitkin, D. Clayton // *Applied Statistics* – 1980. – № 29. – P. 156-63.
8. Duchateau L. The Frailty Model / L. Duchateau, P. Janssen. – New York: Springer, 2008. – 543 p.
9. Orbe J. Alternative approaches to study lifetime data under different scenarios: From the PH to the modified semiparametric AFT model / J. Orbe, V. Nunez-Anton // *Computational Statistics & Data Analysis*. – 2006. – № 50. – P. 1565–82.
10. Rosenbaum P. R. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects / P. R. Rosenbaum, D. B. Rubin // *Biometrika* – 1983. – № 70. – P. 41-55.
11. Therneau T. M. Penalized survival models and frailty / T. M. Therneau, P. M. Grambsch, V. S. Pankratz // *Journal of Computational and Graphical Statistics*. – 2003. – № 12. – P. 156–175.
12. Wooldridge J. M. Estimating average partial effects under conditional moment independence assumptions / J. M. Wooldridge / *The Institute for fiscal studies, Department of economics, ucl cemmap working paper cwp03/04*. – London, 2004. – 38 p.

REFERENCES

1. Alebastru AP, Butov MA. Possibilities of alternative non-medicine therapy of gastric ulcer. *Clinical Medicine*. 2005; (1): 32 – 36.
2. Perederiy VG, Chernyavsky VV. How to treat gastric ulcer and prevent gastric cancer. Monograph. Lugansk, ОАО LOT. 2005. 308 p.
3. Petrov VP, Osipov VV. The efficacy of conservative and surgical treatment of patients with duodenum ulcer. *Russian Journal of gastroenterology*. 2003; (5): 14–18.
4. Protocols to administer treatment by specialty: «gastroenterology». Directive of PH Ministry of Ukraine № 271 dated 13.06.2005. 154 p.
5. Tkach SM, Nicolayeva AP. Modern approaches to ulcer disease treatment. First aid and urgent conditions in physician's practice. 2008; (2/1): 5–7.
6. Tkach SM, Nicolayeva AP. Modern approaches to ulcer disease treatment. *Therapy*. 2006; (4): 56-59.
7. Aitkin M, Clayton D. The fitting of exponential, Weibull and extreme value distributions to complex censored survival data using GLIM. *Applied Statistics*. 1980; (29): 156–63.
8. Duchateau L, Janssen P. The Frailty Model. Monograph. Springer, New York. 2008. 543 p.
9. Orbe J, Nunez-Anton V. Alternative approaches to study lifetime data under different scenarios: From the PH to the modified semiparametric AFT model. *Computational Statistics & Data Analysis*. 2006; (50): 1565–82.
10. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*. 1983; (70); 41-55.
11. Therneau TM, Grambsch PM, Pankratz VS. Penalized survival models and frailty. *Journal*

of Computational and Graphical Statistics. 2003; (12); 156–175.

12. Wooldridge JM. Estimating average partial effects under conditional moment indepen-

dence assumptions. The Institute for fiscal studies, Department of economics, ucl cemap working paper cwp03/04. London, 2004; 38 p.

УДК (616.33+616.342) – 002 -036.82

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПЕРИОДА ДО СЛЕДУЮЩЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

А. Н. Очередько, Н. Н. Кизлова

Когортным дизайном обследовано 400 пациентов с язвенно-эрозивными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. Рандомизировано осуществлялось назначение программы реабилитации 220 больным с первым эпизодом госпитализации в жизни и последующим четырехлетним мониторингом. 180 пациентов (без назначения программы) включены в контрольную когорту. Основным результативным признаком была длительность периода до следующей госпитализации в дневной гастроэнтерологический стационар г. Винницы. Сокращение длительности периода до следующей госпитализации расценивалось как показатель эффективности программы реабилитации. Данные проанализированы с помощью фрейлти-модели выживания. Проведенное нами экспериментальное исследование подтверждает достоверное снижение риска следующей госпитализации в результате назначения программы реабилитации в среднем на 23 %. Программа реабилитации обеспечила 39 дополнительных дней периода до следующей госпитализации.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, программа реабилитации, дневной стационар.

UDC (616.33+616.342) – 002 -036.82

EFFICACY ASSESSMENT OF REHABILITATION PROGRAM TO PATIENTS WITH DUODENUM AND GASTRIC ULCERS BY PERIOD TO RECURRENT HOSPITALISATION

O. M. Ocheredko, N. M. Kizlova

400 patients with duodenum and gastric ulcers were traced by cohort design. Experimental rehabilitation program was administered to 220 patients with incident episode of hospitalization followed by 4 years monitoring. 180 patients without program administration constituted control cohort. Response has been measured by period to recurrent hospitalization. Reduction in length of the period bore witness to efficacy of the program. Data were analyzed by frailty semiparametric survival model. Study supports the significant 23 % in average reduction to risk of recurrent hospitalization due to program administration. Rehabilitation program safeguarded 39 additional days to length of recurrent hospitalization.

Key words: gastric and duodenal ulcer, rehabilitation program, gastroenterological day care department.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовано д. мед. н., професором Г. В. Зайченко

УДК 614.1:616-036.86-037:001.4(091)

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В. А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет. E-mail: soc.med.ognev@mail.ru

В работе дано понятие о качестве жизни, подробно описаны методология изучения и терминологические особенности качества жизни, представлены отличительные особенности качества жизни от социального функционирования. Важное место в статье занимает история формирования данного направления в медицине и структурные составляющие качества жизни. Приведены основные, общие и специфические методики его изучения и определено значение для практического здравоохранения. Это дало возможность рассмотреть проблему и оценку качества жизни у населения с медико-социальной точки зрения.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье, инвалидность, терминология, история, методика изучения.

Постановка проблемы. Политика Украины в области здравоохранения ориентирована на общеевропейскую политику «Здоровье для всех», которая уделяет значительное внимание исследованию качества жизни. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) принимает за постулат, что «качество жизни неразрывно связано со здоровьем». Главной идеей является обеспечение возможностей развития и использования населением личного потенциала здоровья для жизни, полноценной в социальном, экономическом и психологическом плане. В связи с этим изучение качества жизни – это приоритетная проблема, которая должна находиться в центре внимания национальных систем здравоохранения [6, 7].

В. А. Огнев – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета

По мнению экспертов ВОЗ, на современном этапе эффективность здравоохранения может и должна исследоваться с использованием критериев, обусловленных качеством жизни, и именно качество жизни должно учитываться при определении приоритетов и решении вопросов о распределении финансовых и других ресурсов в здравоохранении. Изучение качества жизни населения, в том числе и у лиц с ограниченными возможностями, должно использоваться для оценки эффективности здравоохранения в целом и различных медицинских и социальных программ, оценки состояния здоровья населения в различных странах, для сравнения качества жизни при различной патологии, а в развитых странах оценка качества жизни – обязательное условие при испытании новых лекарственных средств и методов лечения. Исследование качества жизни проводится как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях.

Такой анализ имеет важное значение для прогноза заболевания, для планирования индивидуальной стратегии лечения и вместе с традиционным медицинским заключением позволяет составить целостную, объективную картину состояния больного [2].

Анализ последних исследований и публикаций. История развития понятия «качество жизни», как предмета научного исследования, началась с 1947 года, когда доктор D. A. Karnofsky впервые предложил нефизиологическое обследование для оценки параметров рака. Сам термин «качество жизни» впервые появился в 1969 году, когда был описан 90-летний пациент, наслаждавшийся празднованием своего дня рождения. Первые данные по качеству жизни у больных были опубликованы в 1975 году. В 1977 году понятие «качество жизни» было официально занесено в Index Medicus. После этого было опубликовано большое количество статей, посвященных этой проблеме, разработаны методики, даны определения. С 1992 года начал издаваться специальный журнал «Quality of Life Research» («Исследования качества жизни»). В 1995 году во Франции была создана первая и единственная организация, изучающая качество жизни и получившая название Института MAPI (MAPI Research Institute). MAPI является главным координатором всех исследований в области качества жизни. Главная задача института – поддержка и продвижение сотрудничества в области исследовательских инициатив по изучению качества жизни, включая учебные заведения, фармацевтические компании, отдельных авторитетных ученых, международные организации и т. д. [1, 16].

В литературе приводятся различные определения качества жизни. ВОЗ определяет качество жизни (Quality of life) как степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются. В Большой медицинской энциклопедии США сказано: «Качество жизни – степень удовлетворения человеческих потребностей». В национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики» качество жизни трактуется как степень комфорт-

ности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Другие авторы указывают, что: «качество жизни – показатель, интегрирующий большое число физических и психологических характеристик больного, отражающий способность больного адаптироваться к проявлениям болезни»; «качество жизни – это индивидуальная способность к функционированию в обществе (трудовая, общественная деятельность, семейная жизнь), а также комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека»; «качество жизни – субъективный показатель удовлетворения личных потребностей в жизни пациентов»; «качество жизни – это степень восприятия человеком своей жизни»; «качество жизни – это способность каждого индивидуума полноценно функционировать в обществе в соответствии со своим социальным положением и получение удовлетворения от жизни». R. M. A. Thwaites, M. S. Prise отмечают, что качество жизни – это многогранное понятие, с помощью которого исследователи пытаются измерить оценку людьми своего благополучия. Часто наравне с качеством жизни используется такой термин, как «социальное функционирование» (СФ). Отличается от качества жизни тем, что качество жизни является показателем субъективным и оценивается непосредственно пациентом, а социальное функционирование оценивается медицинскими работниками объективно по ряду показателей. В англоязычной литературе наряду с термином «качество жизни» (quality of life – QOL) широко также распространен близкий термин «субъективное благополучие» (subjective well-being – SWB) [13-15].

Выделение не решенных ранее частей общей проблемы. На сегодня существующие в Украине методики изучения качества жизни пациентов при отдельных заболеваниях требуют дальнейшей доработки и усовершенствования на основании международного опыта.

Формулировка целей статьи. Исходя из вышеизложенного, единого определения качества жизни не существует, это подчеркивает сложность данного понятия и требует дальнейшего комплексного системного изучения.

Во время проведения исследований использован метод научного обобщения.

Изложение основного материала исследования. Качество жизни представляет собой многокомпонентную систему и включает экономические, психологические, социальные, медицинские, технологические, экологические и другие компоненты. ВОЗ рекомендует использовать следующие критерии для оценки качества жизни:

- *физические*: сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;
 - *психологические*: положительные эмоции, мышление, запоминание, изречение, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания;
 - *уровень самостоятельности*: будничная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения;
 - *общественная жизнь*: личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта;
 - *окружающая среда*: благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (поллютанты, шум, населенность, климат);
 - *духовность*: религия, личные убеждения.
- John E., Ware Cathy, Donald Sherbourne при изучении качества жизни предлагают оценивать 8 основных характеристик здоровья, а именно:

1. Ограничение физической активности, обусловленное проблемами со здоровьем.
2. Ограничение объема работы, вызванное физическими и эмоциональными проблемами.
3. Ограничение обычных видов деятельности, связанных с физическими проблемами со здоровьем.
4. Ограничение обычных видов деятельности, связанных с эмоциональными проблемами.
5. Понятие физической боли.
6. Общее психическое здоровье.
7. Понятие жизнеспособности (внутренняя энергия, усталость и т.д.).
8. Общее восприятие здоровья респондентом.

R. M. A. Thwites, M. S. Prise считают, что качество жизни охватывает физическое, психологическое и социальное благополучие пациента так, как его воспринимает сам пациент и позволяет качественно оценить влияние на перечисленные составляющие таких факторов, как болезни, травмы и методы лечения. Другие авторы отмечают, что качество жизни включает в себя физическое здоровье человека, его психический статус, уровень независимости, характерные черты окружающей среды или качество жизни – это социально-экономическая, политическая, культурная, экологическая обстановка, в которой проживает исследуемая группа населения [2, 12].

Таким образом, единых критериев изучения и оценки качества жизни нет. Не существует также стандартных норм качества жизни. Можно определить уровень качества жизни отдельно для различных групп населения (здоровые, больные, инвалиды) регионов, стран и в дальнейшем использовать его для сравнения [3].

При описании качества жизни необходимо учитывать его специфические особенности:

- *многомерность* – так как оно содержит важную информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической активности, психологической, социальной, экономической и духовной;
- *изменяемость во времени* – качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния пациента, что обусловлено рядом эндогенных и экзогенных причин. Данные о качестве жизни позволяют проводить постоянный мониторинг состояния больного и при необходимости проводить корректировку терапии;
- *особенно важная составляющая* – это участие больного в оценке своего состояния. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его состояния здоровья и вместе с традиционным медицинским заключением позволяет составить полную и объективную картину болезни у конкретного пациента.

Сложность оценки качества жизни привела к созданию большого количества шкал

и опросников, в определенной степени отличающихся друг от друга. Но во всех случаях оценивается ряд аспектов: жизненная ситуация, удовлетворенность жизнью в целом, семейные и социальные взаимоотношения, дневная активность и работоспособность, свободное время, финансы, безопасность, юридические проблемы, здоровье [4, 5].

Поскольку в определении уровня качества жизни присутствует субъективная компонента, то основным методом изучения его являются анамнестические технологии. Для этого разрабатываются анкеты. Составление анкет (опросников) – сложный и деликатный процесс, в связи с чем они должны соответствовать определенным требованиям. Свои требования Институт МАРІ сформулировал следующим образом. Опросники должны быть универсальными, надежными, чувствительными, воспроизводимыми, простыми в использовании, стандартизированными и достоверными. Все предложенные опросники подразделяются на общие или неспецифические и специфические. Общие опросники оценивают качество жизни человека независимо от заболевания или состояния. Специфические – разработаны для пациентов с конкретными заболеваниями, с инвалидностью. В настоящее время в научной литературе опубликовано большое количество опросников, при этом большинство из них разработаны в странах дальнего зарубежья.

Среди общих опросников наиболее известны следующие:

Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) – Краткая форма оценки медицинских последствий;

Sickness Impact Profile (SIP) – Профиль влияния заболевания;

Nottingham Health Profile (NHP) – Ноттингемский профиль здоровья;

Quality of Well-Being Scale (QWB) – Оценка качества благополучия;

Dartmouth primary Care Cooperative Information Project Charts (COOP) – Дартмурский совместный информационный проект первой помощи;

Health Utilities Index (HUI) – Утилитарный индекс здоровья;

EuroQol Instrument (EQ-5D) – Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни;

World Health Organization's Quality of Life (WHOQL-100) – Опросник качества жизни ВОЗ;

Quality of Life Index – Индекс качества жизни;

Overall Quality of Life Scale – Обобщенная шкала оценки качества жизни;

Clinical Global Impression of Change (CGIC) – Шкала клинической оценки изменений;

Global Deterioration Scale (GDS) – Шкала общего ухудшения состояния;

Child Health Questionnaire – Опросник здоровья ребенка.

Специальные (специфические) опросники изучения качества жизни объединяют такие опросники, как: контрольный перечень симптомов – для оценки психической симптоматики; опросник Европейской организации исследования и терапии рака; дерматологический индекс качества; шкала качества жизни в дерматологии; специальный дерматологический определитель качества жизни; качество жизни у хронических психиатрических больных; качество жизни у хронических психиатрических больных; опросник удовлетворенностью жизнью; Минесотский опросник «Жизнь с сердечной недостаточностью»; психологический опросник для кардиологических больных; опросник качества жизни с аритмией; шкала качества жизни при диабете; псориазический индекс (PDI); индекс влияния угрей; детский индекс качества жизни в дерматологии; специальная анкета оценки качества жизни для пациентов с офтальмопатологией; когнитивная субшкала оценки больных Альцгеймера [16].

Следует отметить, что неспецифические опросники недостаточно чувствительны для выявления небольших изменений в качестве жизни с течением времени или для оценки различий между методами и способами лечения с примерно одинаковой эффективностью.

В большинстве случаев данные для оценки качества жизни собираются путем заполнения опросников самим обследуемым.

Важно помнить, что опросники по качеству жизни не оценивают тяжесть болезни. Они отражают то, как больной переносит свое заболевание. При правильном, адекватном лечении, своевременном проведении мероприятий вторичной профилактики

у больных с тяжелым течением заболевания качество жизни может быть выше, чем при неэффективном лечении у пациентов с его легким течением. Важным для пациента является возможность самооценки и самоуправления. Кроме этого, создается уникальная ситуация вовлечения в оценочный процесс всех членов семьи. Все это способствует укреплению здоровья.

Выводы

Таким образом, в Украине качество жизни недостаточно изучается в сравнении с иностранным опытом. Отечественные методики, позволяющие оценивать качество жизни здорового и больного человека, практически отсутствуют, только в отдельных работах фрагментарно освещаются некоторые вопросы при отдельных заболеваниях.

В то же время изучение качества жизни с медико-социальной точки зрения имеет важное значение для системы охраны здоровья населения и требует дальнейшего развития в нашей стране [8-11].

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Галичева Н. О. ISAAC-технологии в контексте оценки качества жизни и распространенности астмы и аллергии у детей. Аллергия, иммунология и глобальная сеть: взгляд в новое тысячелетие / Н. О. Галичева, В. А. Огнев, Ю. В. Одинец и др. // Материалы VII Междунар. конгр. по иммунореабилитации, Нью-Йорк, 14-17 апр. 2001 // International Journal on Immunorehabilitation. – 2001. – April; 3; 1: 58.
2. Огнев В. А. Качество жизни: современный подход к разработке медицинских программ по обеспечению здоровья детей / В. А. Огнев, А. Н. Мищенко, Л. И. Чумак и др. // III Всемирный конгресс по клинической патологии и реабилитации в медицине «Аллергология и иммунология», Паттайя, Таиланд, 4-11 февр., 2005 г. – Паттайя, 2005. – Т. 6, № 2. – С. 312.
3. Огнев В. А. Актуальність та значимість дослідження якості життя у сучасній медицині / В.А. Огнев, Л. І. Чумак // Науково-практична конференція з міжнародною участю: Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків, 16-17 листоп. 2011 р., Харків. – Х., 2011. – С. 116-118.
4. Огнев В. А. Визначення якості життя – інформативний та економічний метод оцінки стану хворої дитини / В. А. Огнев, О. М. Міщенко, Н. О. Ткаченко // XI конгрес світової федерації Українських лікарських товариств, 28-30 серп. 2006 р., Полтава. – Полтава – Київ – Чикаго, 2006. – С. 259.
5. Огнев В. А. Нові технології в медицині: якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму / В. А. Огнев // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 20-24.
6. Огнев В. А. Стан якості життя хворого на рак легенів як складова оцінки надання медичної допомоги / В. А. Огнев, А. М. Зінчук, О. Г. Зінчук // Медичні перспективи. – 2013. – № 2, Т. XVIII. – С. 139.
7. Огнев В. А. Якість життя: обмеження у повсякденному житті, хворих на цукровий діабет. Роль сучасних методів діагностики в лікуванні та реабілітації хворих / В. А. Огнев, Л. І. Чумак // Матеріали III конференції Харківської обласної клінічної лікарні, 10 листоп. 2004 р. – МОЗ України, ХДМУ, Харків, Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. – Х., 2004. – С. 83-85.
8. Пат. 34835А, UA, А61В10/00 Спосіб визначення якості життя дітей хворих на астму / Огнев В. А., Шкляр С. П., Харк. держ. мед. ун-т. – Заявл.: 30.11.2000. Опубл.: 15.01.02. – Бюл. № 1.
9. Пат. 34862А, UA, А61В10/00 Спосіб визначення важкості та частоти астми у дітей / Огнев В. А., Хару. держ. мед. ун-т. – Заявл.: 13.07.1999. Опубл.: 15.03.2001. – Бюл. № 2.
10. Пат. 43982А, UA, А61В10/00 Спосіб визначення рівня якості життя дітей з екземою / Огнев В. А., Чеверда В. М., Чумак Л. І. та ін., Харк. держ. мед. ун-т. Заявл.: 30.11.2000. Опубл.: 15.0102; Бюл. № 1.
11. Пат. 43983А, UA, А61В10/00 Спосіб визначення рівня якості життя дітей з алергічним ринокон'юнктивітом / Огнев В. А., Шкляр С. П., Чеверда В. М. та ін., Харк. держ. мед. ун-т. – Заявл.: 30.11.2000. Опубл.: 15.01.2002. – Бюл. № 1.

12. Смикогуб О. І. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення / О. І. Смикогуб // Онкологія. – 2001. – Т. 3, № 2/3. – С. 220-226.
13. Mallol J. On behalf of the Latin American ISAAC Collaborators Group. The Authors reply to comment by Renz-Polster H. and Wall M. / J. Mallol, D. Solé, M. I. Asher et al. // *Pediatr Pulmonol.* – 2001. – Vol. 32, № 3. – P. 264.
14. Priftanji A., Strachan D., Burr M. et al. Asthma and allergy in Albania and the UK / A. Priftanji // *Lancet.* – 2001. – Vol. 358, № 1. – P. 1426-1427.
15. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Text / T. Troosters [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2005. – Vol. 172. – P. 19-38.
16. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 41, № 1403. – P. 9.
6. Ognev VA, Zinchuk AM, Zinchuk OH. *Medychni perspektyvy.* 2013; 2 (Т XVIII): 139.
7. Ognev VA, Chumak LI. Proceedings of the III conference of Kharkiv regional clinical hospital, 2004, Nov 10; Kharkiv, Kharkiv Regional State Administration:p.83-85.
8. Ognev VA, Shkliar SP, inventors; Kharkiv National Medical University, assignee. Sposib vyznachennia yakosti zhyttia ditei khvorykh na astmu. Ukrainian patent 34835A, UA, A 61 B 10/00. 2000 Nov 30. Ukrainian.
9. Ognev VA, inventor; Kharkiv National Medical University, assignee. Sposib vyznachennia vazhkosti ta chastoty astmy u ditei. Ukrainian patent 34862A, UA, A 61 B 10/00. 1999 Jul 13. Ukrainian.
10. Ognev VA, Cheverda VM, Chumak LI, inventors; Kharkiv National Medical University, assignee. Sposib vyznachennia rivnia yakosti zhyttia ditei z ekzemoiu. Ukrainian patent 43982A, UA, A 61 B 10/00. 2000 Nov 30. Ukrainian.
11. Ognev VA, Shkliar SP, Cheverda VM, inventors; Kharkiv National Medical University, assignee. Sposib vyznachennia rivnia yakosti zhyttia ditei z alerhichnym rinokonnyktyvitom. Ukrainian patent 43983A, UA, A61B10/00. 2000 Nov 30. Ukrainian.

REFERENCES

1. Galicheva NO, Ognev VA, Galicheva NO, Odynets YuV. Proceedings of the VII International Congress on Immunorehabilitation; International Journal on Immunorehabilitation; 2001 Apr 14-17; New York, USA: p. 58
2. Ognev VA, Mishchenko AN, Chumak LI. III World congress on clinical pathology and rehabilitation in medicine «Allergology and immunology»; 2005 Feb 4-11; Pattaya, Thailand: p. 312.
3. Ognev VA, Chumak LI. Yakist zhyttia yak kryterii otsinky zdorovia ditei i pidlitkiv. Scientific and practical conference with international participation; 2011; Kharkiv: p. 116-118. Ukrainian
4. Ognev VA, Mishchenko OM, Tkachenko NO. XI Congress of World Federation of Ukrainian Medical Associations; 2006; Poltava, Kyiv, Chikaho. p. 259.
5. Ognev VA. Vistnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2001; 4: 20-24.
12. Smykohub OI. *Onkolohiia.* 2001; 2/3 (Т. 3): p. 220-226.
13. Mallol J, Solé D, Asher MI, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M, on behalf of the Latin American ISAAC Collaborators Group. The Authors reply to comment by Renz-Polster H and Wall M. *Pediatr Pulmonol.* 2001. 3 (32): 264.
14. Priftanji A, Strachan D, Burr M, Sinamati J, Shkurti A, Grabocka E, Kaur B, Fitzpatrick S. Asthma and allergy in Albania and the UK. *Lancet.* 2001; 1 (358): 1426-1427.
15. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease Text / Troosters T. [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005; 172: 19-38.
16. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. // *Soc. Sci Med.* 1995; 41: 1403.

УДК 614.1:616-036.86-037:001.4(091)**МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ****В. А. Огнев**

У роботі надано поняття про якість життя, докладно описані методологічні основи і термінологічні особливості якості життя, представлені особливості якості життя, що відрізняють її від соціального функціонування. Важливе місце в статті посідає історія формування цього напрямку в медицині і структурні складові якості життя. Наведені основні і загальні та специфічні методики її вивчення та визначено значення для практичної охорони здоров'я. Це дало можливість розглянути проблему й оцінку якості життя у населення з медико-соціального погляду.

Ключові слова: якість життя, здоров'я, інвалідність, термінологія, історія, методика вивчення.

UDC 614.1:616-036.86-037:001.4(091)**THE METHODOLOGICAL BASIS OF STUDING THE LIFE QUALITY****V. A. Ognev**

The concept of the life quality is given, the special terminology of the life quality is described in detail, and features of the life quality from social functioning are presented in this paper. The history of this direction formation in medicine and the structural components of the life quality take an important place in the article. The general and specific methods of its study are listed, and its importance for practical healthcare has been determined. It has been given the opportunity to consider the problem and assess the quality of life of the population with the medical and social position.

Key words: life quality, health, disability, terminology, history, method of study.

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

УДК 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

РОЗРОБКА МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗНИКА «ПОРІГ ГОТОВНОСТІ ПЛАТИТИ» ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Г. Л. Панфілова

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

У статті наведено результати аналізу існуючих методик визначення показника «порога готовності платити» за використання різних медичних технологій з метою збереження життя, а також здоров'я на відповідному якісному рівні. Автором окреслені основні обмеження у використанні різних методик та визначені напрямки їх перспективного застосування у вітчизняній охороні здоров'я та фармацевтичному забезпеченні населення. Обґрунтована необхідність розробки національно адаптованих методик визначення показника «поріг готовності платити» у різних країнах світу, які мають враховувати особливості у формуванні найвищих суспільних цінностей і рівень розвитку систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення. Визначено, що «поріг готовності платити» є комплексним за змістом, універсальним у використанні і таким, що динамічно розвивається, показником. За результатами проведених досліджень визначені заходи та окреслені умови щодо їх ефективного використання на шляху реформування національної системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення у напрямку запровадження гуманістичних принципів розвитку суспільства.

Ключові слова: поріг готовності платити, поріг фармакоекономічної доцільності, фармакоекономічний аналіз.

Постанова проблеми. Ефективне виконання євроінтеграційних намірів України щодо впровадження гуманістичних принципів в організацію медичного і фармацевтичного забезпечення населення потребує залучення колосальних фінансових ресурсів. За умов різкого падіння внутрішнього валового продукту (ВВП) та фінансової кризи в країні все більшого значення набувають праці, в яких розглядаються питання раціонального використання обмежених ресурсів, зокрема у соціально орієнтованих галузях економіки, якими є медицина і фармація.

Один із сучасних підходів до оцінювання межі ефективності витрат держави та суспільства в системі охорони здоров'я (ОЗ) і фармацевтичного забезпечення (ФЗ) населення передбачає використання методу фармакоекономічної доцільності («cost-effectiveness threshold») та аналізу показника «порога готовності платити» (ПГП) за один збережений рік якісного життя (ЯЖ) хворого [5, 13, 21].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню показника готовності платити за використання тієї чи іншої медичної технології (МТ) та його порогових значень значна увага приділялась у зарубіжних виданнях, що висвітлюють питання організації соціально орієнтованих моделей надання медичної і фармацевтичної допомоги (ФД)

Г. Л. Панфілова – доктор фарм. наук, професор кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

різним групам хворих. На початку 2000-х рр. групою російських учених (О. В. Деркач, П. А. Воробйовим, М. В. Авксентьевою) уперше на теренах колишнього СРСР були проведені дослідження показника ПГП на прикладі групи хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок [4]. У дослідженнях використовувалися дані експертного опитування фахівців ОЗ і хворих, що проходили лікування в Інституті хірургії ім. О. В. Вишневського РАМН та Головному військовому госпіталі ім. акад. М. Н. Бурденка. Наукові дослідження у зазначеному напрямку успішно продовжувалися й далі й уперше показник ПГП у системі ОЗ і ФЗ населення на макроекономічному рівні були визначені групою вчених під керівництвом Р. І. Ягудіної [15]. На прикладі федеральної програми «7 нозологій» науковцями було доведено, що лише 3 найменування лікарських препаратів (ЛП) із 18-ти, що були представлені у переліку ЛП, які використовуються при лікуванні рідкісних захворювань, відповідають розрахованим значенням ПГП. Протягом 2010-2013 рр. співробітниками ЦНДІ організації та інформатизації ОЗ Російської Федерації (РФ) за участю співробітників Московського науково-дослідного онкологічного інституту ім. П. О. Герцена проводилося дослідження, метою якого стала оцінка ПГП онкологічних хворих залежно від соціально-економічних і демографічних показників. Систематизація отриманих результатів опитування представлена у працях О. В. Зеленової та ін. [5, 13].

У 2011 р. у вітчизняній літературі були представлені результати досліджень (А. І. Данилов, М. Павлова, І. М. Грига, В. Гроот, 2009 р.) з оцінки готовності сплачувати за послуги лікарів за рахунок власних коштів при первинному контакті у разі амбулаторного відвідування закладів ОЗ [3]. Уперше в Україні показник ПГП на макроекономічному рівні був визначений та проаналізований у динаміці років Г. Л. Панфіловою [10, 12]. У подальшому групою науковців були оприлюднені дані аналізу порогових значень можливих витрат за використання інноваційної медичної технології (ІМТ) у лікуванні хворих на лейкоз [11].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. При цьому слід

зазначити, що, за оцінкою фахівців, в Україні відсутні сучасні методологічні підходи у визначенні показника ПГП, які б враховували особливості розвитку вітчизняної ОЗ і ФЗ населення та напрямки їх реформування з урахуванням реалій сьогодення [7, 12, 16]. Це й зумовило основний напрямок досліджень.

Формулювання цілей статті. Розробити національно адаптовані методологічні підходи до визначення показника ПГП та обґрунтувати напрямки використання результатів його аналізу в організації надання ефективної медичної допомоги (МД) та ФД населенню. Для цього необхідно було вирішити такі завдання: провести історичний аналіз процесу становлення й використання даних аналізу показника ПГП в організації лікувального процесу та надання хворим ФД; проаналізувати існуючі підходи до визначення ПГП у світовій практиці; відповідно до основних напрямків реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ населення із урахуванням прогнозів розвитку країни у найближчій перспективі розробити методологічні підходи до визначення ПГП та окреслити напрямки використання даних ПГП у практичній ОЗ і ФЗ населення.

Викладення основного матеріалу дослідження. Уперше в економічній теорії поняття «готовності платити» (англ. *willingness to pay* – WTP) за будь-який товар або послугу було запроваджено у 1962 р. Жаком Дрезом – бельгійським економістом, який зробив значний внесок у розвиток економічної теорії, економетрики, економічної політики і теорії лідерства [1, 8, 19]. Науковцем був запроваджений інноваційний методологічний підхід до оцінки ефективності витрат у різних галузях економіки та суспільного життя. У працях Дреза зазначалось, що показник WTP визначає максимальне значення у вартісному вираженні згоди покупця віддати гроші в обмін за певний товар або послугу. Як зазначають фахівці, Дрезом уперше була встановлена залежність значень ПГП від умов середовища, що нас оточує, насамперед від рівня життя у конкретній країні [18, 19]. Унаслідок активного розвитку економічної думки у цьому напрямку вже у середині 70-х рр. минулого століття у спеціальній літературі

АНАЛІЗ РІЗНИХ МЕТОДИК РОЗРАХУНКІВ ПГП У СИСТЕМІ ОЗ І ФЗ НАСЕЛЕННЯ

Методика, назва показника	Ким запроваджено та рекомендовано	Порядок визначення
Макроекономічне значення ПГП	Комісією з макроекономіки ВООЗ	Показник ВВП, що припадає на душу населення країни, помножений на три
Методика, що передбачає використання значень інкрементальних показників «витрати – ефективність» («incremental cost – effectiveness ratio» – ICER) або «витрати – корисність (утилітарність)» («incremental cost – utility – ICUR)	Національним інститутом охорони здоров'я та клінічної досконалості (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE), Великобританія	Порогові значення ICER/ICUR, що коливаються у діапазоні від £20,000 до £30,000 на один додатково збережений рік якісного життя хворого, дають змогу стверджувати про можливість включення ІМТ до програм державного фінансування або обов'язкового медичного страхування (ОМС)
Ретроспективний метод	Експертне опитування рекомендовано для країн з низьким та середнім рівнями розвитку ОЗ і ФЗ. Для країн з високорозвинутою системою ОЗ і ФЗ рекомендовано опитування окремих груп хворих або категорій населення	Організація та проведення різних видів опитування груп споживачів медичних та фармацевтичних послуг або експертів, наприклад, методом випадкової оцінки з відкритими та закритими запитаннями, спільного аналізу, умовної оцінки тощо

стали з'являтися публікації, що висвітлювали питання оцінки у вартісних показниках можливостей бути готовими до витрат за використання ІМТ окремими категоріями населення або групами хворих [4, 13, 14, 19].

За умов активного розвитку медицини та суміжних з нею галузей знань, а також істотних змін, що відбулись на світовому ФР, виникла негайна потреба у визначенні вартісної межі ефективності витрат держави та суспільства в цілому за використання ІМТ з метою збереження одного року ЯЖ [18, 21, 22]. Враховуючи високий інноваційний рівень розвитку американської системи ОЗ й ФЗ населення, логічним виглядає той факт, що саме у США вперше був розрахований показник ПГП. Так, у 1982 р. Капланом було визначено порогове значення (50 000-100 000 дол. США) витрат, що пов'язані зі збереженням одного року додаткового ЯЖ пацієнта з хронічною нирковою недостатністю, який знаходиться на гемодіалізі [4, 13, 19, 22]. У багатьох країнах світу показник ПГП вже використовується з метою оцінки раціональності витратної політики у системі ОЗ і ФЗ населення, але єдиного підходу до його визначення досі, на жаль, не існує. Так, наприклад, у таких високорозвинутих із соціально-економічної

точки зору країнах, як Японія, Південна Корея, Тайвань сьогодні відсутні загальноприйняті методики визначення порогових значень раціональності витрат при впровадженні ІМТ у практичну ОЗ [5, 13, 15, 17]. Це свідчить не лише про складність у визначенні ПГП, а й про суперечливе ставлення і бачення сутності зазначеного показника у загальній системі суспільних цінностей різних країн світу.

У сучасному визначенні показник ПГП – це порогове значення фармакоеконімічної доцільності (cost-effectiveness threshold) витрат, яких можуть зазнати держава і суспільство з метою досягнення терапевтичного ефекту або будь-яких сурогатних точок для певної групи хворих або категорії населення [15]. У табл. 1 наведена характеристика трьох основних методів визначення показників ПГП, що використовуються у фармакоеконімічних дослідженнях [5, 15, 17, 21]. Зупинимося на стислій характеристиці зазначених методів, їх недоліках та особливостях використання в практичній ОЗ і ФЗ.

Перший метод визначення ПГП передбачає використання макроекономічних показників ВВП (англ. Gross Domestic Product – GDP) та кількості населення, що мешкає в країні. Якщо показник витрат на один рік

збереженого ЯЖ пацієнта нижчий, ніж значення WTP, MT вважається рентабельною. Якщо значення витрат, що пов'язані із застосуванням MT, не більше, ніж показник двох WTP, зазначена технологія визначається як прийнятна, від двох до трьох WTP – гранично прийнятна, а більше трьох значень WTP – неприйнятна [6, 17, 19].

Залежно від мети досліджень та бази порівняння можуть бути використані дані номінального та реального ВВП. Так, номінальний ВВП визначається як обсяг виробництва товарів і послуг, що розрахований у поточних цінах, які діяли на момент їх виробництва або надання відповідно. У розрахунках реального ВВП використовуються дані обсягів виробництва або надання послуг, що вимірюються у базових (незмінних) цінах. Реальний ВВП може бути розрахований шляхом коригування значень номінального ВВП на індекс цін за відповідний період часу [8].

Метод розрахунків ПГП за показником ВВП країни є досить простим і потребує незначного матеріального забезпечення, але має певні обмеження у використанні його результатів. Так, на думку фахівців з Експертної ради міністерської конференції ВООЗ із систем ОЗ (2008 р.), показник ВВП країни, розрахований на душу населення і помножений на три, може використовуватися у визначенні ПГП з певними обмеженнями [14]. Насамперед це пов'язано з наявністю гносеологічної проблеми, сутність якої полягає у неможливості адекватної оцінки потреб суспільства та окремої людини у збереженні здоров'я та життя у вартісному показнику. Визначення показника ВВП на душу населення в єдиному вартісному вираженні, наприклад, у дол. США або євро, на перший погляд, дозволяє, проводити аналіз і порівняння показників ПГП у різних країнах світу. При цьому вважаємо, що на практиці зазначений підхід потребує коректування за групами країн, що мають спільні риси у розвитку національних систем ОЗ і ФЗ, економіки та державотворення в цілому та менталітеті населення. Це обумовлено різним ставленням держави, суспільства, окремої людини до визначення та наповнення змістом таких важливих показників, що характеризують рівень розвитку гуманістичних тенденцій у країні, як «цінність здо-

ров'я», «цінність життя» та ЯЖ. Різний зміст цих понять, що історично сформувався у країнах світу, безпосередньо впливає на можливість окремої людини або держави у вартісному вираженні реалізувати та підтримувати цінність здоров'я та життя на відповідному якісному рівні. Це обумовлює особливості побудови всієї інфраструктури системи ОЗ і ФЗ та напрямки її розвитку.

Важливе значення також має формування системного погляду на саме поняття «готовності платити» за ту чи іншу ІМТ у системі суспільних цінностей. Так, «готовність платити» за використання сучасної МТ з метою збереження життя та здоров'я на відповідному рівні не є лише бажанням держави, суспільства або окремої людини. Це вартісне вираження вільного вибору по-жертвувати чимось заради досягнення найвищої суспільної цінності – здоров'я і життя людини. Тому вважаємо, що зміст таких понять, як «цінність життя», «цінність здоров'я», ЯЖ в існуючій шкалі суспільних та особистих цінностей громадян різних країн світу створює об'єктивні обмеження для використання методу розрахунку ПГП за даними ВВП. Це обумовлює необхідність розробки національно адаптованих методик розрахунків показників ПГП.

На початковому етапі порівняння даних ПГП, що розраховуються за даними ВВП, може бути проведено за групами країн з урахуванням спільних рис їх історичного розвитку, особливостей формування національного менталітету, типу або рівня розвитку систем ОЗ і ФЗ, наприклад, за класифікацією ВООЗ. Так, ВООЗ визначає у світі три групи країн (низькорозвинуті, середньорозвинуті та високорозвинуті) [14]. В основу класифікації ВООЗ покладено три показники:

- витрати на медичне і фармацевтичне забезпечення, що припадають на душу населення (дол. США);
- питома вага державних витрат на медицину і фармацію від ВВП країни;
- питома вага державних витрат на медичне і фармацевтичне обслуговування населення у загальному бюджеті системи ОЗ і ФЗ населення (табл. 2).

Наступне важливе обмеження у використанні зазначеного методу полягає в тому, що у розрахунках ВВП не враховуються

КЛАСИФІКАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОЗ І ФЗ ЗА РІВНЕМ РОЗВИТКУ (ВООЗ)

Групи країн за показниками аналізу		
Слаборозвинуті	Середньорозвинуті	Високорозвинуті
<i>Витрати на медичне та фармацевтичне забезпечення, що припадають на душу населення (дол. США)</i>		
Не більше 27 дол. США	Від 28 до 170 дол. США	Від 171 до 2000 і вище дол. США
<i>Питома вага (%) державних витрат на медицину і фармацію від ВВП країни</i>		
Від 2,1 до 3,4 %	Від 3,5 до 5,5 %	Від 5,6 % і вище
<i>Питома вага (%) державних витрат на медичне і фармацевтичне обслуговування населення у загальному бюджеті системи ОЗ і ФЗ населення</i>		
Від 49 до 58 %	Від 59 до 70 %	Від 70 % і вище

економічний і суспільний внески людей, що офіційно не працюють, але беруть активну участь у формуванні соціально-економічних цінностей. Наприклад, це домогосподарки, помічники з догляду за інвалідами, жінки, що займаються винятково вихованням дітей, та ін. [14, 20].

Труднощі у монетаризації таких понять, як «цінність життя», «цінність здоров'я» та ЯЖ також потребують більш поглиблених досліджень, насамперед для визначення напрямків їх ефективного застосування (прогнозування економічного розвитку країни, розробки раціональних моделей розподілу фондів медичного страхування, маркетингової привабливості впровадження різних МТ тощо).

Другий метод визначення ПГП передбачає використання результатів аналізу інкрементальних показників «витрати – ефективність» («incremental cost – effectiveness ratio» – ICER) або «витрати – корисність (утилітарність)» («incremental cost – utility» – ICUR) [4, 13, 15]. Як відомо, результати цих методів визначають додаткову суму, яку необхідно витратити на збереження одного додаткового року збереженого життя (LYG) – метод «витрати – ефективність» або ЯЖ (QALY) – «витрати – корисність (утилітарність)». Використання результатів зазначених методів фармакоеконічних досліджень у визначенні показників ПГП був запроваджений у Великобританії співробітниками Національного інституту ОЗ та удосконалення медичного обслуговування (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE), що був створений у 1999 р. з метою розробки та впровадження раціональних механізмів надання доступної МД

і ФД населенню на рівних правах. Це незалежна громадська організація, на яку покладені функції національної агенції з оцінки медичних технологій (ОМТ) [7, 9].

Важливою умовою для ефективного використання даних аналізу інкрементальних показників ICER і ICUR у визначенні порогових значень раціональності витрат в організації лікувального процесу є наявність результатів клінічних досліджень з необхідним рівнем доказовості отриманих результатів. Для вітчизняної системи ОЗ і ФЗ використання методу розрахунків ПГП за даними аналізу інкрементальних показників виглядає проблематичним насамперед з двох позицій.

По-перше, в Україні, на превеликий жаль, добре не розроблені та не затверджені стандарти проведення фармакоеконічних досліджень, які прийняті вже у Польщі («Настанова з проведення фармакоеконічних оцінок»), Угорщині, («Угорські пропозиції до методології стандартів в ОЗ»), Словаччині («Настанови з економічних оцінок інновацій в охороні здоров'я») та РФ [7, 9]. Цікавим є той факт, що у РФ «Галузевий стандарт клініко-економічного дослідження – ОСТ 91500.14.0001-2002» був затверджений ще у 2002 р. (наказ МОЗ Росії від 27.05.2002 р. № 163), а з 01.06.2015 р. набув чинності Національний стандарт «Оцінка медичних технологій – ДОСТ Р 56044 2014» (наказ Федеральної агенції з технічного регулювання і метрології РФ від 14.06.2014 р. № 568-ст) [2].

По-друге, важливою перешкодою у розрахунках ПГП за даними аналізу інкрементальних показників є висока вартість процесу організації, проведення та інтерпре-

тації результатів фармакоекономічних досліджень за методом «витрати – користність (утилітарність)» та об'єктивні труднощі з оцінкою вартісних показників у фармакоекономічних дослідженнях. Для вирішення цієї проблеми вітчизняними ученими запропоновано у перехідний період використовувати так звану «фармакоекономічну оцінку» ефективності використання МТ. Такий підхід є загальною складовою ОМТ і передбачає поряд з показниками клінічної ефективності використовувати у розрахунках лише прямі медичні витрати [7].

Третій метод визначення показників ПГП базується на результатах опитування експертних груп (лікарів, провізорів/фармацевтів, страховиків з медичного страхування та ін.), а також окремих груп хворих і категорій населення. Наразі цей метод визначення ПГП знаходиться на початковій стадії запровадження в практичну ОЗ і ФЗ. У спеціальній літературі зазначається, що у країнах з низьким і середнім рівнями розвитку системи ОЗ і ФЗ для визначення порогових значень ефективності витрат у застосуванні тих чи інших МТ більш поширено опитування експертних груп. У національних системах ОЗ і ФЗ з високим рівнем розвитку для вирішення аналогічних завдань рекомендовано проводити анкетування окремих груп хворих або категорій населення [5, 13, 15].

За результатами систематизації даних спеціальної літератури та власних досліджень нами розроблені методологічні підходи щодо визначення показника ПГП та окреслені напрямки його ефективного використання у процесі реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ. Обґрунтування використання того чи іншого методу розрахунків показника ПГП має базуватися на:

- чітко сформульованій меті та окреслених напрямках використання результатів досліджень;
- аналізі змісту проблеми та сукупності факторів, що впливають на процес, який розглядається;
- результатах даних клінічної ефективності використання МТ з необхідним рівнем доказовості отриманих результатів;
- використанні стандартизованого комплексу інструментаріїв, що закріплені у відповідних нормативно-правових актах;

- можливості залучення сучасних інформаційних продуктів з метою оперативної обробки результатів досліджень;
- формуванні об'єктивних умов для прозорості та доступності для різних користувачів інтерпретації результатів досліджень.

Важливою умовою для ефективного використання даних розрахунків і аналізу показників ПГП є визнання того, що цей показник є **комплексним** за змістом, **універсальним** у використанні і таким, що **динамічно розвивається** у навколишньому середовищі. Необхідно також чітко окреслити коло користувачів результатів розрахунків і аналізу показника ПГП: зовнішні або внутрішні по відношенню до системи ОЗ і ФЗ. Крім цього, за участю фахівців різних спеціальностей (лікарів, провізорів, економістів, маркетологів, страховиків, математиків та ін.) необхідно розробити універсальну методику розрахунків ПГП, яка б дозволила оцінювати реальну соціально-економічну межу раціональності витрат та проводити аналіз зазначених показників з урахування національних особливостей у формуванні базових цінностей у суспільстві і перспективних напрямків розвитку систем ОЗ і ФЗ.

Наступним кроком має стати нормативно-правове закріплення пріоритетності та порядку використання методики визначення ПГП, що здійснюється на макроекономічному рівні. Саме у порівнянні з показником ПГП, який визначений за такою методикою, може бути оцінена соціально-економічна доцільність використання тієї чи іншої МТ у практичній ОЗ і ФЗ населення. Цей показник повинен виконувати функцію вартісної межі можливостей держави та окремої людини на певному етапі розвитку суспільства бути готовим до витрат з метою збереження одного року життя, здоров'я людини на відповідному якісному рівні. Всі інші методики визначення ПГП можуть мати додатковий характер, а їх використання передбачає вирішення широкого спектра проблем на різних рівнях їх формування. При розвитку вітчизняної системи ОЗ і ФЗ в інноваційному напрямку результати розрахунків ПГП за додатковими методиками може коліватися у широкому

діапазоні значень. Як свідчить закордонний досвід (Австралія, Канада), якщо і в організації лікувального процесу та ФЗ хворих постійно залучаються нові МТ, наявність дельти між максимальним та мінімальним значеннями показника ПГП є об'єктивною та необхідною умовою у побудові раціональної витратної політики [5, 13].

На сьогодні жоден із фахівців не має сумніву відносно того, що управління процесом оцінки раціональності витратної політики у системі ОЗ і ФЗ, також і з використанням показників ПГП, має бути покладено на Національну агенцію з ОТЗ як незалежну громадську організацію. Тому в найближчий час створення такої організації має бути першочерговим завданням у напрямку розбудови національної системи ОЗ і ФЗ населення.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Встановлено, що ПГП є соціально-економічним поняттям, яке має глибинні історичні корені розвитку і тісно пов'язане з рівнем розвитку економіки, суспільства та особливостями формування національного розуміння понять «цінність життя», «цінність здоров'я», ЯЖ.

2. Порівняння даних порогових значень спроможності платити за використання різних МТ у різних країнах має здійснюватися з урахуванням зовнішніх і внутрішніх факторів, що впливають на формування змісту і рівня базових суспільних цінностей. На початковому етапі дослідження можливе проведення аналізу ПГП за даними групи країн (класифікація ВООЗ) за рівнем розвитку систем ОЗ і ФЗ.

3. Доведено, що у різних країнах мають бути розроблені адаптовані до національних особливостей розвитку систем ОЗ і ФЗ методики визначення ПГП, результати яких можуть бути використані у вирішенні широкого спектра проблем.

4. За результатами аналізу існуючих методик визначення ПГП та з урахуванням реалій розвитку й напрямків реформування вітчизняної системи ОЗ і ФЗ визначені заходи, що сприятимуть формуванню наукової бази розрахунків ПГП, та окреслені умови ефективного використання їх результатів.

5. За сучасним визначенням, ПГП є комплексним за змістом, універсальним у використанні і таким, що динамічно розвивається, показником.

6. Доведена необхідність нормативно-правового закріплення пріоритетності та порядку використання методики розрахунку ПГП за макроекономічними показниками. Всі інші методики мають автоматично отримувати додатковий статус і використовуватися для вирішення комплексу проблем в організації раціональних моделей медичного і ФЗ населення.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Алехина Г. А. Классификация основных концепций оценки человеческой жизни / Г. А. Алехина // Известия Томского политехнического университета. Экономика. – 2007. – Т. 311, № 6. – С. 119–123.
2. Банк документов. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents>
3. Готовність сплачувати за послуги лікарів при первинному контакті в Україні: Результати суб'єктивного оцінювання / А. І. Данилов, М. Павлова, І. М. Грига, В. Гроот // Контроль над табаком и общественное здравоохранение в Восточной Европе. – 2011. – Т. 1, № 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-platit-za-uslugi-vrachey-pri-pervichnom-kontakte-v-ukraine-rezultaty-subektivnogo-otsenivaniya>.
4. Деркач Е. В. Анализ «готовности платить» за лечение больных с критической ишемией нижних конечностей / Е. В. Деркач, П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rspor.ru/mods/kea/Ready_to_pay_example.doc
5. Зеленова О. В. Определение порога готовности общества платить за сохраненный год качественной жизни: методология и предел эффективности затрат в различных странах мира / О. В. Зеленова, В. И. Чиссов, В. И. Стародубов // Российский онкологический журнал. – 2010. – № 6. – С. 46–48.

6. Калашникова М. Ф. Клинико-экономический анализ современной тактики лечения больных с метаболическим синдромом / М. Ф. Калашникова, В. А. Учамприна, Т. И. Романцова, А. Н. Герасимов // Фармакоэкономика. – 2014. – № 2. – С. 116–125.
7. Немченко А. С. Методологічні принципи оцінки технологій в охороні здоров'я й фармації за кордоном та в Україні : метод. рек. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Немченко. – К., 2011. – 20 с.
8. Небава М. І. Теорія макроекономіки / М. І. Небава [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://posibnyku.vntu.edu.ua/makro_ek/25.htm
9. Мендрик О. Перспективи використання оцінки медичних технологій в Україні. Досвід провідних країн світу / О. Мендрик // Український медичний часопис – 2010. – № 6 (80) XI – XII 2010 г. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/7570/perspektivi-vikoristannya-ocinki-medichnix-tekhnologij-v-ukraini-dosvid-krain-centralnoi-ta-zahidnoi-yevropi>
10. Панфилова А. Л. Анализ динамики показателя порога готовности платить в системе здравоохранения и фармацевтического обеспечения в Украине / А. Л. Панфилова // Фармакоэкономика. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 87.
11. Панфилова А. Л. Исследование показателя «Порога готовности платить» за использование инновационной медицинской технологии в лечении больных лейкозами / А. Л. Панфилова, О. В. Цурикова, Ю. Е. Николаева // Фармация Казахстана. – 2015. – № 5. – С. 21–27.
12. Панфилова Г. Л. Результати досліджень показника «порога готовності сплатити» в системі охорони здоров'я та фармацевтичному забезпеченні населення України / Г. Л. Панфілова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 4 (36). – С. 53–58.
13. Результаты первого в России исследования определения порога готовности платить (ПГП) за сохраненный год качественной жизни в онкологии методом условной оценки / О. В. Зеленова, И. М. Сон, И. Г. Русаков, Л. В. Болотина // Российский онкологический журнал. – 2011. – № 5. – С. 36–39.
14. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Дж. Фигерас, М. МакКи, С. Лессоф и др. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf
15. Ягудина Р. И. Определение «порога общества платить в России, в Европейских странах и в странах СНГ» / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Т. Нгуен // Фармакоэкономика. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 7–12.
16. Яковлева Л. В. Оценка рентабельности комплексной кардиоваскулярной терапии с применением оротата магния у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / Л. В. Яковлева, О. Н. Кириченко, О. Я. Мищенко // Рациональная фармакотерапия. – 2011. – № 3. – С. 38–42.
17. Chapman R. H. When does quality-adjusting life-years matter in cost-effectiveness analysis? / R. H. Chapman, M. Berger, M. C. Weinstein et al. // Health Economics. – 2004. – Vol. 13. – P. 429–436.
18. Gyrd-Hansen D. Willingness to pay for a QALY / D. Gyrd-Hansen // Health Economics. – 2003. – Vol. 12. – P. 1049–1060.
19. Kaplan R. M. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis / R. M. Kaplan, J. W. Bush // Health Psychology. – 1982. – Vol. (1). – P. 61–80.
20. Scott D. G. Assessing cost-effectiveness in healthcare: history of the \$50,000 per QALY threshold? / D. G. Scott // Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. – 2008. – Vol. 8 (2). – P. 165–178.
21. Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? / K. Claxton, A. Briggs, M. J. Buxton et al. // British Medical Journal. – 2000. – Vol. 8. – P. 251–254.
22. What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? / P. A. Ubel, R. A. Hirth, M. E. Chernew, A. M. Fendrick // Archives of Internal Medicine. – 2003. – Vol. 163. – P. 1637–1640.

REFERENCES

1. Alekhine GA. Iznestiya Tomskogo politekhnicheskogo universiteta. Ekonomika. 2007; 311(6): 119-123.

2. Bank documentov. Ministerstva zdorovoohraneniya Rosiyaskoy Federatsii. [serial online] 2015 : Available from URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents>.
3. Danilov AI, Pavlova M, Grieg IM., Groot B. Kontrol nad tabakom i obshestvennoe zdoravooohranenie. [serial online] 2011; Jan 1 (1): Available from URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-platit-za-uslugi-vrachey-pri-pervichnom-kontakte-v-ukraine-rezultaty-subektivnogo-otsenivaniya>.
4. Derkach EV, Vorobyev PA, Avksentyev MV. [serial online]: Available from URL: www.rspor.ru/mods/kea/Ready_to_pay_example.docwww.rspor.ru/mods/kea/Ready_to_pay_example.doc.
5. Zelenova OV, Chissov VI, Starodubov VI. Rosiyaskiy onkologicheskij zhurnal. 2010; (6): 46-48.
6. Kalashnikov MF, Uchamprina VA, Romanova TI, Gerasimov AN. Farmakoeconomika. 2014; (2): 116-125.
7. Nemchenko AS, Kosyachenko KL, Nemchenko OA. [Methodological principles of technology assessment in health care and pharmacy abroad and in Ukraine]. Methodical recommendations: Izdatelstvo: Kiev; 2010. 20 p. Ukraine.
8. Nebava MI. [Theory of Macroeconomics]. [serial online]: Available from URL: http://posibnyky.vntu.edu.ua/makro_ek/25.htm.
9. Mendrik O. Ukrainskiy meditsinskiy chasopis. 2010; 11-12(6): 116-125. [serial online]: Available from URL: [http://www.umj.com.ua/article/7570/perspektivi-vikoristannya-ocinki-medichnix-texnologij-v-ukraini-](http://www.umj.com.ua/article/7570/perspektivi-vikoristannya-ocinki-medichnix-texnologij-v-ukraini-dosvid-krain-centralnoi-ta-zaxidnoi-yevropi)
10. Panfilova AL. Farmakoeconomika. 2015; 3(1): 87.
11. Panfilova AL, Tsurikova OV, Nikolaeva YE. Farmatsiya Kazachstana 2015; (5): 21-27.
12. Panfilova AL. Upravlinnya, ekonomika ta zabezpechennya katchestva v farmatsii. 2014; 36(4): 53-58.
13. Zelenova OV, Son IM, Rusakov IG, Bolotina LV. Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal. 2011; (5): 36-39.
14. Figueras Dzh., McKee M., Lessof S. Durand A, Menabde A. [Health systems, health and wealth: Assessing case for investing into health systems]. [serial online]: Available from URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf
15. Yagudina RI, Kulikov AY, Nguyen T. Farmakoeconomika. 2011; 4(1):7-12.
16. Yakovleva LV, Kirichenko ON, Mishchenko OA. Ratsionalnaya farmakoterapiya. 2011; (3): 38-42.
17. Chapman RH, Berger M, Weinstein MC et. al. Health Economics. 2004; 13: 429-436.
18. Gyrd-Hansen D. Health Economics. 2003; 12: 1049-1060.
19. Kaplan RM, Bush JW. Health Psychology. 1982; 11(1): 61-80.
20. Scott DG. Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2008; 8(2):165-178.
21. Claxton K, Briggs A, Buxton MJ, Culyer AJ, McCabe C., Walker S., Sculpher MJ. British Medical Journal. 2000; 8:251-254.
22. Ubel PA, Hirth RA, Chernew ME, Fendrick AM. Archives of Internal Medicine. 2003; 163:1637-1640.

УДК 615.1:167/168:351.84:615.12:338.5

РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ «Порог готовности платить» в условиях реформирования системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в Украине

А. Л. Панфилова

В статье представлены результаты анализа существующих методик определения показателя «порог готовности платить» за использование различных медицинских технологий с целью сохранения жизни, а также здоровья на соответствующем качественном уровне. Автором обозначены основные ограничения в использовании различных методик и определены перспективы их использования в отечественном здравоохранении и фармацевтическом обеспечении населения. Обоснована необходимость разработки национально адаптированных методик определения показателя «порог готовности платить» в различных странах мира, которые должны учитывать особенности формирования наивысших общественных ценностей и уровень развития систем здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения. Отмечено, что «порог готовности платить» является комплексным по содержанию, универсальным в использовании и динамически развивающимся показателем. В результате проведенных исследований определены мероприятия и обозначены условия их эффективного использования на пути реформирования национальной системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в направлении внедрения гуманистических принципов развития общества.

Ключевые слова: порог готовности платить, порог фармакоэкономической целесообразности, фармакоэкономический анализ.

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

DEVELOPMENT OF METHODOLOGICAL APPROACHES IN DETERMINING THE “THRESHOLD WILLINGNESS TO PAY” INDICATOR UNDER REFORM OF THE HEALTHCARE SYSTEM AND PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE POPULATION OF UKRAINE

G. L. Panfilova

The article presents the results of analysis of existing methods for determining the “threshold willingness to pay” indicator for the use of various medical technologies in order to save lives and health at the appropriate level of quality. The author has identified the main limitations in using different methods, and prospects of their promising application in the domestic healthcare and pharmaceutical provision of the population. The necessity of the methodology development for determining the “threshold willingness to pay” indicator that must be adapted for different countries has been substantiated. These methods should be taken into account especially when forming the social values and the highest level of health and pharmaceutical provision of the population. The author notes that “the threshold of willingness to pay” is complex in content, universal in use and a dynamically developing indicator. As a result, research activities have been developed, and conditions for efficient use these activities have been identified to reform the national healthcare system and the pharmaceutical provision of the population in the direction of introduction of humanistic principles of the social development.

Key words: threshold of willingness to pay, threshold of pharmacoeconomic expediency, pharmacoeconomic analysis.

Рекомендовано д. фарм. н., професором А. С. Немченко

УДК 614.2(477):614.2(4)].001.36

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ МОДЕЛІ

О. Б. Піняжко, О. М. Заліська

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.

E-mail: orestapb@gmail.com

Метою дослідження було проаналізувати та представити методологічні сучасні основи проведення оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) за даними європейських рекомендацій та досвіду діяльності агентств НТА, можливості та перспективи адаптації міжнародних даних, обґрунтувати та опрацювати методи оцінки на прикладі лікування ендометріозу в Україні. Нами було проведено системний аналіз вітчизняних та іноземних публікацій, статей, законодавчо затверджених методичних рекомендацій з ОТОЗ в Європі, використовуючи пошукові бази PubMed, EMBASE, інтернет-ресурси. Обґрунтовано й апробовано методики ОТОЗ із використанням методології Базової моделі (НТА Core Model®) на прикладі лікування ендометріозу та запропоновано напрями застосування основних методичних підходів до ОТОЗ з урахуванням особливостей вітчизняної системи медичної і фармацевтичної допомоги. За результатами системного аналізу використання Базової моделі (БМ) в агентствах ОТОЗ в Європі обґрунтовано алгоритм БМ ОТОЗ в Україні на національному і регіональному рівнях відповідно до європейських вимог з урахуванням пріоритетних напрямів забезпечення медичної і фармацевтичної допомоги. На прикладі лікування ендометріозу адаптовано методичку БМ ОТОЗ, проведено оцінку альтернативних схем терапії та запропоновано етапи адаптації використання методів оцінки й апробації даних.

Ключові слова: оцінка технологій охорони здоров'я (ОТОЗ), Базова модель (БМ), фармацевтичне забезпечення, фармакоекономічна оцінка, ендометріоз.

Постанова проблеми. Національна політика у сфері охорони здоров'я та фармацевтичній галузі, визначення державних пріоритетів, прийняття рішень про державні закупівлі, дерегуляція ринку мають відповідати діючій європейській практиці оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ).

Аналіз фармацевтичного ринку України у 2014 році показав, що частка витрат (тендери МОЗ, регіональні тендери, стаціонари), відшкодованих державою, становить 11 % у вартісних показниках від усього ринку

лікарських засобів (ЛЗ) [20]. Згідно з офіційними показниками Світового банку за 2013 р. як державні, так і приватні витрати становили по 4% від ВВП відповідно. Персональні витрати населення становили 43% від загальних витрат на охорону здоров'я. Порівняльний аналіз з аналогічними показниками країн-учасниць Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР, 2014) показав, що середні витрати на ОЗ становлять 9,3% від ВВП при вищому рівні ВВП [27]. Отримані дані підтверджують потребу у реформуванні методичних підходів і механізмів фінансування у системі медичного і фармацевтичного забезпечення в цілому.

О. Б. Піняжко – асистент кафедри організації та економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

В умовах обмеженого державного бюджету з метою провадження прозорості і максимальної об'єктивної політики в охороні здоров'я у міжнародній та європейській практиці провідних країн світу використовується такий інструмент, як оцінка технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) (англ. *HTA – Health Technology Assessment*). За визначенням провідної європейської організації EUnetHTA, ОТОЗ – це мультидисциплінарний процес, який інтегрує інформацію про медичні, економічні, соціальні, етичні та правові аспекти використання технологій охорони здоров'я (ТОЗ) для системного, послідовного і прозорого процесу прийняття управлінських рішень [11].

На основі ОТОЗ у країнах ЄС отримують відповіді на найважливіші запитання: на підставі чого обрані та внесені до номенклатури ТОЗ для державної закупівлі та виконання державних цільових програм, як витрачено кошти державного бюджету на регіональному та національному рівнях? Отже, ОТОЗ надає науково обґрунтовану, доказову інформацію про цінності – переваги, ризики, вартість нових та вже існуючих ТОЗ [14].

Окрім методологічних підходів та напрямів застосування, аналіз міжнародного досвіду впровадження ОТОЗ за останні роки вивчалися науковцями в Україні (А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, О. А. Мендрік, К. П. Воробйов) [1, 2, 4-6, 16].

Формулювання цілей статті. Проаналізувати методологічні засади проведення ОТОЗ на основі європейського досвіду, можливості та перспективи адаптації міжнародних даних та опрацювати методи оцінки на прикладі лікування ендометріозу в Україні.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано вітчизняні та іноземні публікації, статті, систематичні огляди, практичні методичні рекомендації стосовно ОТОЗ з використанням пошукових баз PubMed, EMBASE, інтернет-ресурсів. Апробацію методики ОТОЗ проведено з використанням методології Базової моделі (HTA Core Model®) на прикладі лікування ендометріозу та обґрунтовано використання основних методичних підходів до ОТОЗ з урахуванням особливостей вітчизняної системи медичної і фармацевтичної допомоги.

Викладення основного матеріалу дослідження. Міжнародна співпраця проведення проектів з ОТОЗ, яка полягає в обміні досвідом та практичними підходами для найбільш ефективної діяльності, уникненні дублювання звітності та оптимізації кількості вчасно виконаних національних проектів, є актуальною [11, 12, 15, 23, 26].

Європейська мережа з ОТОЗ (*European network for Health Technology Assessment, EUnetHTA*) створена у 2005 р. з метою оптимізації використання ресурсів медичних систем і забезпечення співпраці у сфері системи ОТОЗ в Європі шляхом розробки, впровадження та використання загального набору інструментів, методів, документів, онлайн-ресурсів, своєчасної й ефективної реалізації загальної стратегії та бізнес-моделей для економії фінансових ресурсів на регіональних, національних та європейському рівнях [11, 12, 23].

Європейська мережа з ОТОЗ створила такі проекти: HTA Core Model® (укр. **Базова модель** оцінки технологій охорони здоров'я) і база даних, яка містить заплановані та діючі проекти (*Planned and Ongoing Projects*), керуючись директивою Європарламенту 2011/24/EU щодо співпраці у сфері ОТОЗ та обміну науково-практичною інформацією між країнами ЄС [11, 12].

Базова модель (БМ) – це система стандартизованої оцінки технологій, що являє собою новий підхід до процесу ОТОЗ. Модель є методологічною основою створення і розробки звітів, що складаються із стандартизованих елементів. Вона містить найбільш важливу і значущу для використання інформацію з позиції ОТОЗ і представлена у вигляді структурованих даних – відповідей на понад сто загальних запитань із 9 основних тем, які слід враховувати в процесі оцінки. Таким чином створюється єдина для будь-яких ТОЗ методологія оцінки, яка робить максимально можливим об'єктивне порівняння альтернативних (конкуруючих) технологій за обраними ключовими параметрами. Дослідження, проведені з використанням БМ, є уніфікованими. Нами встановлено, що на сьогодні в правовому полі діє версія 2.1., опублікована 29.10.2014 р. та зареєстрована торговою маркою, а версія 3.0. знаходиться в стадії розробки [11, 23].

ПРИКЛАД СТРУКТУРИ ОКРЕМОЇ ТЕМИ БМ

Тема	Підтема	Розділ
Клінічна ефективність	Смертність	Загальна смертність
		Смертність, пов'язана з досліджуваним захворюванням
	Захворюваність	Симптоми
		Прогресування захворювання
		Госпіталізація
	Ефект	Поліпшення загального стану
		Якість життя
		Відновлення працездатності

Будь-який звіт з ОТОЗ містить великий обсяг інформації. Зміст, структура, якість і метод подання даних можуть відрізнятися значною мірою. Це робить пошук і використання інформації як на національному, так і на локальному чи мікрорівні утрудненим. БМ створена для вирішення цієї проблеми, оскільки визначає, які саме критерії мають бути використаними при оцінці ТОЗ і як мають бути подані та збережені результати. Збільшення сумісності звітів між собою таким чином, щоб створити єдину базу звітності, якою могли б користуватися різні зацікавлені сторони у різних країнах, є основним завданням БМ.

БМ складається із 3-х основних частин: 1) онтологія; 2) методологічні керівні вказівки; 3) загальна структура звітності. БМ розроблена в онлайн-версії, що забезпечує зменшення повторень у звітності. Доступною є також скорочена версія моделі, яка використовується для швидкої оцінки відносної ефективності ЛЗ (*relative effectiveness assessment*), наприклад, у короткий термін після виведення ЛЗ на ринок. Використання бази даних POP гарантує співробітництво між агентствами, виявляючи однакові чи подібні проекти [11, 23].

Використовуючи БМ, повний звіт формують із 9 тематичних напрямків. Кожна тема розділена на підтеми, які, зі свого боку, складаються з декількох розділів. Ці розділи базуються на загальних запитаннях, які мають бути враховані в процесі оцінки. Комбінація цих складових частин утворює елемент оцінки (*assessment element*) (табл. 1). Елементи оцінки визначають стандартизовані частини інформації, які технічно виразно представлені у форматі карти (*element cards*). Карта елемента дозволяє знайти від-

повіді на поставлені досліджувані запитання, оскільки містить рекомендації щодо пошуку необхідної інформації [11, 23].

Дві ключові взаємно незалежні характеристики елемента, а саме його важливість і можливість до перенесення й адаптації (обидва встановлені в карті елемента), визначають, є цей елемент базовим (*core element*) чи ні для такої моделі. Дані результати отримані для певної країни і не можуть бути адаптованими і перенесеними в умови іншої, проте вони можуть бути важливими для інших користувачів системи з позиції оцінки, але вже не будуть вважатися базовими [11, 23].

Нами наведено основні складові пріоритизації вибору теми для ОТОЗ у табл. 1.

За результатами нашого аналізу в табл. 2 наведено алгоритм проведення ОТОЗ за БМ, відповідно, з урахуванням вимог, що діють у європейських країнах.

Наступним етапом нашого дослідження було проведення оцінки альтернативних схем терапії відповідно до методології БМ та апробація на прикладі лікування ендометріозу в Україні. Ендометріоз є одним з найбільш поширених захворювань серед гінекологічних патологій. Нами обгрунтовано етапи адаптації використання методів оцінки та апробації даних, що подано у вигляді блок-схеми на рис.

Відповідно до наведеного алгоритму було оцінено нові можливості консервативної терапії гінекологічних захворювань порівняно з радикальним хірургічним лікуванням, що є актуальним питанням медичного, соціального та економічного значення. Нами розглянуто проблему про обгрунтований вибір більш ефективного методу лікування ендометріозу в Україні: оперативне

Таблиця 2

СТРУКТУРА БАЗОВОЇ МОДЕЛІ ОТОЗ (HTA CORE MODEL®)

Визначення проблеми (теми) та використання ТОЗ на час дослідження (групи пацієнтів, епідеміологія, доступність, рекомендації (протоколи) лікування певного захворювання)
Детальний опис і технологічна характеристика ТОЗ
Безпека (побічні реакції, токсичність, толерантність, дані фармаконагляду)
Клінічна ефективність
Витрати й економічна оцінка (фармакоекономічна оцінка)
Аналіз етичних аспектів
Організаційні аспекти
Соціальні аспекти
Правові аспекти

лапароскопічне лікування чи гормональна терапія для зняття симптоматичного болю і поліпшення якості життя пацієток з ендометріозом?

На першому етапі проведення ОТОЗ визначають тему (проблему) дослідження, а саме: встановлюються мета і завдання, споживачі результатів дослідження, перспективи платника (держава, страхова компанія, пацієнт), часові обмеження; аналіз сучасного рівня використання ТОЗ, популяції пацієнтів, менеджменту та епідеміології ендометріозу, медичного і фармацевтичного забезпечення пацієток в Україні, внесення ЛЗ до формулярів, тягара захворювання

на пацієнта і суспільство. На наступному етапі проводять опис досліджуваної та альтернативної ТОЗ (ЛЗ для гормональної терапії і лапароскопічне оперативне втручання), його відповідності міжнародним стандартам надання медичної допомоги, порівняння зі світовою практикою та діючими протоколами лікування. Попередньо опрацьовану нами методику аналізу перших ключових параметрів Базової моделі на прикладі ендометріозу було представлено у публікаціях [8, 28].

Аналіз перших двох параметрів є передумовою й основою для подальшого вивчення показників безпеки, клінічної та еконо-

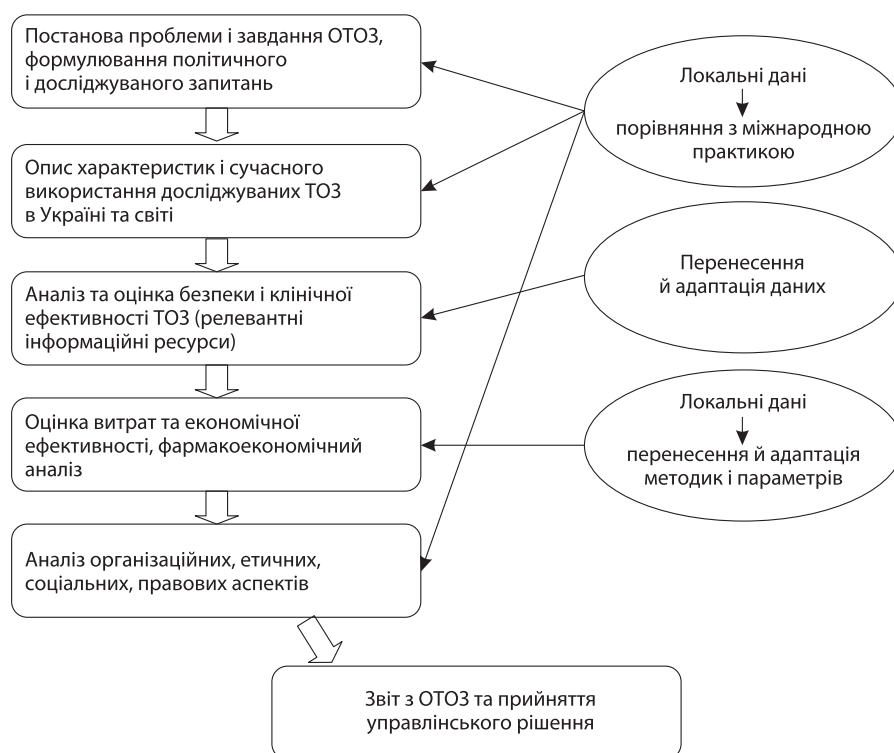


Рис. Блок-схема алгоритму Базової моделі ОТОЗ в Україні (власна розробка)

мічної ефективності. Ці показники визначають методом систематичного літературного пошуку з використанням наукових електронних баз даних MEDLINE, EMBASE, Cochrane, NHS EED, CEA Registry, INAHNTA, національних і регіональних баз даних. Рекомендації відносно побудови стратегії пошуку подані в керівництвах Cochrane (The Cochrane Handbook, Chapter 10, Version 5.1.0), де описана концепція схеми «PICO», що відображає ключові елементи пошуку, на яких слід сфокусуватися: P – population – досліджувана популяція населення; I – intervention – технологія, що вивчається; C – comparator – альтернативна технологія; O – outcomes – результати лікування [22]. На практиці рекомендовано використовувати 2-3 найбільш важливі елементи схеми з метою уникнення пропуску даних під час пошуку. Важливими під час проведення пошуку є чітка документальна фіксація баз даних, часу і періоду проведення, використовуваних стратегій та джерел, загальне число результатів, отриманих після кожного пошуку в кожній базі даних, і число результатів після дедуплікації, експорт, завантаження відповідних даних та їх збереження.

З метою вивчення досліджуваного питання з позиції клінічної ефективності було проведено систематичний пошук літератури в науковій базі MEDLINE. Ключовими словами пошуку були така їх комбінація з використанням операторів «Boolean» (AND, OR, NOT): («endometriosis» OR «endometri*») AND «laparoscopic surgery» AND «hormonal treatment».

У нашій методиці такі фактори були враховані для включення релевантної статті до систематичного огляду:

(i) Статтю опубліковано у період між 2010 та серпнем 2015 р.

(ii) Статтю опубліковано англійською мовою.

(iii) Резюме статті є у безкоштовному доступі.

(iv) Метою цього пошуку було знайти проведені дослідження, в яких одночасно порівняні гормональна терапія та хірургічне лікування.

Якщо публікація не відповідала критеріям включення, вона була виключена з аналізу, а першу причину виключення зареєст-

ровано. Проведений нами систематичний пошук за вищенаведеною стратегією виявив 60 статей, з яких за назвою було відібрано 10 резюме та імпортовано з електронної бази даних для подальшого аналізу.

На наш погляд, важливими для врахування і практичного використання є результати проведеного рандомізованого клінічного дослідження у 2014 р. німецькими науковцями, які свідчать, що найбільшу ефективність лікування встановлено при комбінованій терапії ендометріозу з використанням препаратів з групи агоністів гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ, лейпрореліну) протягом 3-х місяців після діагностичної лапароскопії та лапароскопічної операції з видаленням ендометрію, оскільки така 3-ступенева схема лікування має найнижчі показники загальної кількості рецидивів та рецидивів у симптоматиці [19].

Під час проведення оцінки клінічної ефективності важливим є розуміння відмінностей між доказовою ефективністю в клінічних умовах та у реальній практиці (*real-world effectiveness*). Тому аналіз окремих клінічних випадків, консультації та збір даних про експертну оцінку практикуючих лікарів є важливими методами систематизації інформації.

Для узагальнення і синтезу даних первинних джерел інформації в результаті систематичного пошуку застосовують кількісні методики мета-аналізу чи мережевого мета-аналізу, в якому можна провести порівняння кількох технологій одночасно (більше двох) [11].

У процесі адаптації міжнародних даних проведення систематичного огляду не є обов'язковим для кожної з тем БМ, якщо потрібна інформація може бути отримана і знайдена у вже проведеному систематичному огляді, клінічних керівництвах чи опублікованих звітах з ОТОЗ.

За умов лімітованого державного бюджету та економії особистих коштів пацієнтів невід'ємним елементом ОТОЗ є економічний аналіз, який встановлює, вимірює, оцінює та порівнює витрати і результати лікування між досліджуваною і альтернативною медичними технологіями. Для проведення економічної оцінки використовують основні методи фармакоекономічного

аналізу (ФЕА) відповідно до міжнародної практики [3, 10, 17, 18, 24].

Відповідно до БМ застосовують 3 основні підходи у вивченні економічної ефективності: 1) огляд опублікованих досліджень; 2) критична оцінка існуючого економічного аналізу; 3) проведення нового економічного аналізу. Пошук проводиться також із використанням наукових електронних баз даних MEDLINE, EMBASE, Cochrane, NHS EED, CEA Registry, INАНТА, національних та регіональних баз даних, сайтів агентств з НТА. Передбачено використання окремих економічних пошукових фільтрів. Наприклад, для пошуку вже проведеного аналізу витрат ми використали спеціалізовану економічну базу даних NHS EED, в якій серед 32 знайдених об'єктів релевантними для нас щодо аналізу витрат на лікування ендометріозу були 5 досліджень, в базі даних звітів з ОТОЗ було знайдено 1 звіт щодо оцінки використання дієногесту в лікуванні ендометріозу серед 23 об'єктів під час пошуку, а в CEA Registry та базі INАНТА не було знайдено жодного документа за нашим запитом.

Аналіз та систематизація релевантних публікацій дозволяє вибрати і адаптувати такі параметри для проведення ФЕА в Україні: використовувані методи ФЕА для досліджуваного захворювання, типи витрат, показники ефективності – кінцеві результати впливу на здоров'я. Як зазначають науковці, перенесення даних щодо витрат у фінансових показниках є дуже обмеженим і виникає потреба насамперед в локальних даних: ціни, тарифи, вартісні показники на препарати та медичні послуги.

Міжнародне дослідження WERF EndoCost показало, що витрати на лікування ендометріозу у спеціалізованих центрах є такими істотними, що економічно прирівнюються до витрат на лікування інших хронічних захворювань, таких, як діабет, ревматоїдний артрит, хвороба Крона. Втрата працездатності становить 11 год на тиждень у жінок з ендометріозом, а непрямі витрати на лікування вдвічі перевищують прямі [8, 21].

Нами проведено ФЕА методом «вартість захворювання» та було встановлено показники річних витрат на гормональну терапію ендометріозу в Україні у 2013 році [28].

Актуальним є проведення аналізу непрямих витрат в Україні у подальших дослідженнях.

Для інтерпретації результатів ФЕА використовують методи моделювання: «дерево рішень», модель Маркова, симуляційні моделі. У контексті економічної оцінки моделі з аналізу прийняття рішень визначені як моделі, що використовують математичні взаємозв'язки для встановлення набору можливих наслідків, які впливатимуть із серії альтернативних можливостей оцінки [9, 17, 18].

Нами виявлено, що з метою стандартизованої оцінки економічних досліджень у практиці використовують контрольний список Драммонда (Drummond's check-list) із 10 питань, а також нещодавно впроваджений Міжнародним товариством фармако-економічних досліджень (ISPOR) – стандарт консолідованої звітності економічної оцінки у сфері ОЗ (*The consolidated Health Economics evaluation Reporting Standards (CHEERS)*), що складається із доступного та зручного у застосуванні списку з 24 рекомендованих запитань [10, 18].

Оцінка впливу етичних, організаційних, соціальних та правових аспектів використання ТОЗ на прийняття рішень об'єднано в один системний підхід у БМ. Етичні питання адресуються як до самої технології, так і до наслідків її впровадження та враховуються домінуючі моральні і соціальні норми, суспільні цінності. Наприклад, підхід соціального формування технології (*social shaping of technology, SST*) розглядає її як результат певних соціальних процесів, а не незалежний артефакт [11]. При лікуванні ендометріозу етичним аспектом буде розгляд застосування комбінованих оральних контрацептивів, оскільки це може спричинити конфлікт через релігійні переконання.

Організаційні аспекти фокусуються на аналізі впливу різноманітних процесів, ресурсів, менеджменту на впровадження досліджуваної ТОЗ із зацікавленими сторонами всередині та поза межами системи ОЗ. За даними літератури, узагальнення і синтез даних стосовно цих тем проводяться у вигляді якісного опису відповідної інформації, що відрізняється від кількісних методів [11].

Соціальні аспекти спрямовані на оцінку перспективи використання ТОЗ з позиції пацієнта, існуючих моральних цінностей, взаємовідносин між пацієнтом і лікарем, конфліктами через релігійні і культурні погляди. Прикладом дослідження соціальної теми є аналіз безпосереднього впливу ТОЗ на якість життя пацієнта, пов'язану зі здоров'ям (*англ. health-related quality of life, HRQL*), який тісно пов'язаний з фармакоекономічним аналізом. Ці методи охоплюють інструменти для збору даних з досвіду лікування самими пацієнтами – повідомлення пацієнта про результати лікування (*англ. PRO, patient-reported outcomes*) [11, 25]. У вказаному дослідженні з використанням профілю оцінки здоров'я пацієнок з ендометріозом (*endometriosis health profile, EHP-30/5*) можна оцінити вплив захворювання на якість життя [13].

Правові аспекти вивчаються з метою виявлення правил і норм, які мають бути враховані при оцінці використання ТОЗ, а саме: права пацієнтів, інформовані згоди, приватність і конфіденційність, умови реєстрації, реалізації ЛЗ на ринку, регуляторні механізми. У нашому дослідженні елементом аналізу правових аспектів є вивчення законодавчої та нормативно-правової бази в Україні, можливості гармонізації стандартів з міжнародними, практика використання гормональних ЛЗ «*off-label*», тобто не відповідно до інструкції до застосування [8, 11].

Висновки

1. У результаті проведеного системного аналізу використання БМ в ЄС нами обґрунтовано алгоритм Базової моделі ОТОЗ в Україні на національному і регіональному рівнях відповідно до європейських вимог з урахуванням пріоритетних напрямів забезпечення медичної і фармацевтичної допомоги.

2. На прикладі лікування ендометріозу нами обґрунтовано методику БМ ОТОЗ, проведено оцінку альтернативних схем терапії та запропоновано етапи адаптації використання методів оцінки й апробації даних.

3. Обґрунтовано, що мультикритеріальний підхід до встановлення пріоритетних напрямків дослідження забезпечує об'єктивність прийняття рішень на всіх рівнях у системі охорони здоров'я з використанням стан-

дартизованої оцінки на основі контрольного списку Драммонда (*Drummond's checklist*) із 10 питань.

4. Упровадження Базової моделі ОТОЗ на основі досвіду європейських країн, перенесення та адаптація міжнародних інформаційних даних в Україні сприятиме забезпеченню послідовної й ефективної національної політики у фармацевтичній галузі.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Вороб'єв К. П. Европейская политика оценки технологий здравоохранения / К. П. Вороб'єв // Український медичний часопис. – 2014. – № 2. – С. 142-150.
2. Вороб'єв К. П. Национальные агентства оценки технологий здравоохранения в экономически развитых странах / К. П. Вороб'єв // Український медичний часопис. – 2013. – № 2. – С. 162-172.
3. Заліська О. М. Історія, стан і перспективи фармакоєкономіки в Україні / О. М. Заліська // Єженедельник Аптека. – 2014. – № 15 (936). – Режим доступу до журн.: <http://www.apteka.ua/article/286843>.
4. Косяченко К. Л. Методологія оцінки технологій в охороні здоров'я та фармацевтичній: актуальність впровадження у вітчизняну систему управління галуззю / К. Л. Косяченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармацевтичній. – 2011. – № 5 (19). – С. 24-28.
5. Мендрік О. А. Перспективи розширення застосування оцінки технологій охорони здоров'я (*Health technology assessment*) / О. А. Мендрік, О. Заглада // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 128-131.
6. Немченко А. С. Дослідження міжнародного досвіду впровадження оцінки технологій в охороні здоров'я / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко // Фармацевтичний журнал. – 2011. – № 5. – С. 50-54.
7. Піняжко О. Б. Теоретичні основи і напрями використання мультикритеріального аналізу рішень у фармацевтичній галузі України відповідно до європейського вектора реформування / О. Б. Піняжко, О. М. Заліська // Фармацевтичний часопис. – 2015. – № 2 (34). – С. 119-124.

8. Піняжко О. Б. Аналіз фармацевтичного забезпечення при гінекологічних захворюваннях в Україні та світі / О. Б. Піняжко, О. М. Заліська, Н. Р. Готь, Л. І. Гнатишак // *Фармацевтичний часопис*. – 2013. – № 4 (29). – С. 109-115.
9. Briggs A. Decision modelling for health economic evaluation / A. Briggs, K. Claxton, M. Schulpher. – Oxford: Oxford University Press, 2006.
10. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)-explanation and elaboration: a report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force / D. Husereau, M. Drummond, S. Petrou et al. // *CHEERS Task Force. Value Health*. – 2013. – № 16 (2). – P. 231-250.
11. EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model ® version 2.1 (Pdf); 2015. Available from <http://www.corehta.info/BrowseModel.aspx>.
12. Guegan E. EUnetHTA: further steps towards European cooperation on health technology assessment / E. Guegan, M. Huić, C. Teljeur // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. – 2014. – № 30. – P. 475-477.
13. Jones G. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-5 // G. Jones, C. Jenkinson, S. Kennedy // *Qual Life Res*. – 2004. – № 13 (3). – P. 695-704.
14. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions / M. Drummond, J. Schwartz, B. Jonsson et al. // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. – 2008. – № 24. – P. 244-258.
15. Kolasa K. Role of health technology assessment in the process of implementation of the EU Transparency Directive: relevant experience from Central Eastern European countries / K. Kolasa, Z. Kalo, V. Zah, T. Dolezal // *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res*. – 2012. – Vol. 12. – P. 283-287.
16. Kosyachenko K. L. Methodological approaches to development of the national guidelines on the health technology assessment / K. L. Kosyachenko, A. S. Nemchenko // *Вісник фармації*. – 2014. – № 1. – С. 54-57.
17. Methods for systematic reviews of health economic evaluations: a systematic review, comparison, and synthesis of method literature / T. Mathes, M. Walgenbach, S. L. Antoine et al. // *Med Decis Making*. – 2014. – № 34 (7). – P. 826-840.
18. Methods for the economic evaluation of health care programme / M. F. Drummond, M. J. Sculpher, G. W. Torrance et al. – Third edition. – Oxford: Oxford University Press, 2005.
19. Mettler L. Impact of medical and surgical treatment of endometriosis on the cure of endometriosis and pain / L. Mettler, R. Ruprai, I. Alkatout // *Biomed Res Int*. – 2014. – Vol. 2014.
20. Support in Market Development, SMD – P. [Electronic resource] Access mode: <http://www.smd.net.ua/>.
21. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres / S. Simoons, G. Dunselman, C. Dirksen et al. // *Hum. Reprod*. – 2012. – Vol. 27 (5). – P. 1292-1301.
22. The Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. – P. [Electronic resource] Access mode: <http://handbook.cochrane.org/>
23. The HTA Core Model: A novel method for producing and reporting health technology assessments / K. Lampe, M. Makela, M. Velasco Garrido et al. // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. – 2009. – Vol. 25. – P. 9-20.
24. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force report / M. Drummond, M. Barbieri, J. Cook et al. // *Value Health*. – 2009. – Vol. 12. – P. 409-418.
25. Use of existing patient-reported outcome (PRO) instruments and their modification: the ISPOR Good Research Practices for Evaluating and Documenting Content Validity for the use of existing instruments and their modification PRO Task Force Report / M. Rothman, L. Burke, P. Erickson et al. // *Value in Health*. – 2009. – Vol. 12. – P. 1075-83.
26. Velasco Garrido M. Developing Health Technology Assessment to Address Health Care System Needs / M. Velasco Garrido, A. Gerhardus, J. A. Rottingen, R. Busse // *Health Policy*. – 2010. – Vol. 94. – P. 196-202.
27. World bank. – P. [Electronic resource] Access mode: <http://data.worldbank.org/country/ukraine>

28. Zalis'ka O. The prevalence and cost of illness in women with endometriosis in Ukraine / O. Zalis'ka, O. Piniashko, I. Vernikovskyy, L. Gnatyshak // Value in Health. – 2014. – Abstracts 17th ISPOR Annual European Congress 8-12 November, Amsterdam, The Netherlands. – Vol. 17, № 7. – P. 158.

REFERENCES

1. Vorobyov KP. The European policy of Health Technology Assessment. Ukrainian medical journal. 2013; 2: 162-172.
2. Vorobyov KP. National agencies for health technology assessment in economically developed countries. Ukrainian medical journal. 2013; 2(94): 162-172.
3. Zalis'ka O. The history, state and perspectives of pharmacoeconomics in Ukraine. The weekly Pharmacy. 2014; 15(936). [online] <http://www.apteka.ua/article/286843>.
4. Kosyachenko KL. Methodology for evaluation of technology in healthcare and pharmacy: actuality of introduction in domestic industry management. Management, economy and providing of quality in pharmacy. 2011; 5(19): 24-28.
5. Mandrik OA, Zaglada O. Perspectives of the broaden use of Health technology assessment. Ukraine. Health of the nation. 2010; 2: 128-131.
6. Nemchenko AS, Kosyachenko KL. The analysis of the international experience of implementation of HTA. Pharmaceutical journal. 2011; 5: 50-54.
7. Piniashko OB, Zalis'ka OM. Theoretical foundations and use of multi-criteria decision analysis in the pharmaceutical sector of Ukraine according to the European reforming vector. 2015; 2(34): 119-124.
8. Piniashko OB, Zalis'ka OM, Hot NR, Hnatyshak LI. Analysis of pharmaceutical providing for gynecological diseases in Ukraine and in the world. Pharmaceutical review. 2013; 4(29): 109-115.
9. Briggs A, Claxton K, Schulpher M. Decision modelling for health economic evaluation. Oxford: Oxford University Press; 2006.
10. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C. et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)-explanation and elaboration: a report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. CHEERS Task Force. Value in Health. 2013; 16(2): 231-250.
11. EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model @ version 2.1 (Pdf); 2015. Available from <http://www.corehta.info/BrowseModel.aspx>.
12. Guegan E, Huić M, Teljeur C. EUnetHTA: further steps towards European cooperation on health technology assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2014; 30: 475-477.
13. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-5. Qual Life Res. 2004;13(3): 695-704.
14. Drummond M, Schwartz J, Jonsson B, Luce B et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2008; 24: 244-258.
15. Kolasa K, Kalo Z, Zah V, Dolezal T. Role of health technology assessment in the process of implementation of the EU Transparency Directive: relevant experience from Central Eastern European countries. Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res. 2012; 12: 283-287.
16. Kosyachenko KL, Nemchenko AS. Methodological approaches to development of the national guidelines on the health technology assessment. Visnyk of pharmacy. 2014; 1: 54-57.
17. Mathes T, Walgenbach M, Antoine SL, Pieper D et al. Methods for systematic reviews of health economic evaluations: a systematic review, comparison, and synthesis of method literature. Med Decis Making. 2014; 34(7): 826-840.
18. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW et al. Methods for the economic evaluation of health care programme. Third edition. Oxford: Oxford University Press. 2005.
19. Mettler L, Ruprai R, Alkatout I. Impact of medical and surgical treatment of endometriosis on the cure of endometriosis and pain. Biomed Res Int. 2014; 2014.
20. Support in Market Development, SMD – P. [online]: <http://www.smd.net.ua/>.
21. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj et al. The burden of endometriosis:

- costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum. Reprod.* 2012; 27(5): 1292-1301.
22. The Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. – P. [online]: <http://handbook.cochrane.org/>
 23. Lampe K, Makela M, Velasco Garrido M et al. The HTA Core Model: A novel method for producing and reporting health technology assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care.* 2009; 25: 9–20.
 24. Drummond M, Barbieri M, Cook J, Glick HA, Lis J et al. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force report. *Value Health.* 2009; 12: 409–418.
 25. Rothman M, Burke L, Erickson P, Leidy NK et al. Use of existing patient-reported outcome (PRO) instruments and their modification: the ISPOR Good Research Practices for Evaluating and Documenting Content Validity for the use of existing instruments and their modification PRO Task Force Report. *Value in Health.* 2009; 12: 1075-83.
 26. Velasco Garrido M, Gerhardus A, Røttin-gen JA, Busse R. Developing Health Technology Assessment to Address Health Care System Needs. *Health Policy.* 2010; 94: 196–202.
 27. World bank. – P. [online]: <http://data.worldbank.org/country/ukraine>
 28. Piniashko O, Zalis'ka O, Vernikovskyy I. The prevalence and cost of illness in women with endometriosis in Ukraine. *Value in Health.* 2014; 17(7): 507.

УДК 614.2(477):614.2(4).001.36

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ОЦЕНКИ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ НА ОСНОВЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ МОДЕЛИ**О. Б. Пиняжко, О. М. Залиская**

Целью исследования было проанализировать и представить современные методологические основы проведения оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) по данным европейских рекомендаций и опыта деятельности агентств HTA, возможности и перспективы адаптации международных данных, обосновать и разработать методы оценки на примере лечения эндометриоза в Украине. Нами проведен системный анализ отечественных и иностранных публикаций, статей, законодательно утвержденных методических рекомендаций по ОТЗ в Европе с использованием поисковых баз PubMed, EMBASE, интернет-ресурсов. Обоснованы и апробированы методики ОТЗ по использованию методологии базовой модели (HTA Core Model®) на примере лечения эндометриоза и предложены направления применения основных методических подходов к ОТЗ с учетом особенностей отечественной системы медицинской и фармацевтической помощи. По результатам системного анализа использования Базовой модели (БМ) агентствами ОТЗ в Европе обоснован алгоритм БМ ОТЗ в Украине на национальном и региональном уровнях в соответствии с европейскими требованиями с учетом приоритетных направлений обеспечения медицинской и фармацевтической помощи. На примере лечения эндометриоза нами адаптирована методика БМ ОТЗ, проведена оценка альтернативных схем терапии и предложены этапы адаптации использования методов оценки и апробации данных.

Ключевые слова: оценка технологий здравоохранения (ОТЗ), Базовая модель (БМ), фармацевтическое обеспечение, фармакоэкономическая оценка, эндометриоз.

UDC 614.2(477):614.2(4).001.36

THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN UKRAINE ACCORDING TO THE EUROPEAN MODEL**O. Piniashko, O. Zalis'ka**

The aim of the study was to analyze and present the methodical approaches of health technology assessment (HTA) in Ukraine based on the European experience of HTA Agencies and the opportunities and prospects of adaptation of international data. The methods of HTA have been analyzed and substantiated on the example of treatment of endometriosis in Ukraine. The analysis of the national and international scientific publications, articles, systematic reviews, guidelines on HTA using PubMed, EMBASE and internet resources has been conducted. The HTA methods with the HTA Core Model® have been substantiated and tested; directions for the use of the main methodical approaches to HTA taking into account the peculiarities of the national pharmaceutical and medical care have been suggested. As a result of our systematic analysis of the use of the HTA Core Model® by European HTA Agencies the algorithm of the HTA Core model in Ukraine on the national and regional levels according to the European requirements taking into account all the priorities and key trends has been determined. On the example of endometriosis management the method of the HTA Core Model® has been adapted, the alternative treatment regimens have been assessed and the adaptation stages for the assessment of methods and data have been proposed.

Key words: Health Technology Assessment (HTA), HTA Core Model®, pharmaceutical providing, pharmaco-economic analysis, endometriosis.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

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

УДК 616.248:615.015

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДОСВІДУ ФУНКЦІОНУВАННЯ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ У КРАЇНАХ З ЛІБЕРАЛЬНИМ ПІДХОДОМ ДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

О. А. Немченко

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

У статті наведено результати систематизації даних з організації фармацевтичного забезпечення населення у країнах з домінуванням ліберальних підходів до державного регулювання фармацевтичної діяльності, а також у країнах, що знаходяться на стадії реформування охорони здоров'я і системи фармацевтичного забезпечення населення. Визначено, що для більшості країн характерно різноманіття форм і підходів в організації надання фармацевтичної допомоги населенню, що обумовлено історичними та соціально-економічними особливостями розвитку суспільства. Посилення впливу комерційних факторів в організації надання фармацевтичної допомоги, що спостерігається у країнах з домінуванням ліберальних підходів у регулюванні фармацевтичної діяльності, потребує активного запровадження заходів, що спрямовані на підтримку соціально не захищених верств населення, які відповідають нормам Належної аптечної практики. Розширення спектра аптечних послуг та впровадження дистанційних форм реалізації лікарських засобів є об'єктивним процесом розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення.

Ключові слова: аптечні заклади, аптечні мережі, інтернет-аптека, система фармацевтичного забезпечення, фармацевтична допомога.

Постанова проблеми. Фармацевтичний ринок (ФР) в економіці будь-якої країни виконує функції мірила її інвестиційного потенціалу, з одного боку, та рівня соціальної захищеності та добробуту населення, з іншого. За останнє десятиліття на світовому та

національних ФР сформувалися стійкі тенденції до комерціалізації та посилення впливу фінансових факторів на організацію фармацевтичної діяльності. Не є винятком і вітчизняний ФР, на якому за умов посилення соціально-економічної кризи в країні ще більше загострився конфлікт капіталу та суспільства. За цих умов особливої актуальності набувають дослідження досвіду функціонування аптечних мереж у країнах з ліберальними підходами до організації фармацевтичного забезпечення населення.

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

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню проблем і переваг в організації надання ефективної фармацевтичної допомоги (ФД) та функціонування аптечних закладів різних форм власності й господарювання приділялось багато уваги у працях закордонних і вітчизняних учених. Більш детально питання впливу комерційних факторів на систему фармацевтичного забезпечення населення у цілому та стан організації надання ФД розглядалось у працях А. А. Котвицької, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, В. М. Толочка, Г. Л. Панфілової та ін. [1, 3, 6, 8, 9, 11].

Не вирішені раніше частини загальної проблеми. Аналіз останніх публікацій із зазначеного кола проблем дозволяє зробити висновок про відсутність праць, у яких висвітлювалися проблеми та переваги в організації ФД та функціонування аптечних мереж у систематизованому вигляді.

Формулювання цілей статті. Метою дослідження є аналіз досвіду організації надання ФД та функціонування аптечних мереж у країнах з історично сформованими ліберальними підходами до державного регулювання фармацевтичної діяльності на макрота мікроекономічному рівнях.

Викладення основного матеріалу дослідження. За комплексним критерієм, який був нами впроваджений у системному аналізі, всі країни були класифіковані за чотирма групами [7]. Зміст зазначеного критерію та аналіз організації надання ФД й аптечних мереж у країнах з традиційними, соціально орієнтованими підходами до організації фармацевтичного забезпечення населення (I та II групи аналізу) були нами представлені у статті «Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з традиційною організацією аптечних мереж» (Соціальна фармація в охороні здоров'я, 2015, № 1, с. 38-42). Детальніше зупинимось на характеристиці функціонування аптечних закладів у системі фармацевтичного забезпечення населення у країнах з домінуванням ліберальних підходів та паралельним упровадженням ринкових механізмів у практичну охорону здоров'я (ОЗ) (III та IV групи). Так, у країнах III групи аналізу **аптекою можуть володіти нефармацевти самостійно або спільно з**

фармацевтами при наявності ефективних механізмів державного регулювання якості надання ФД та моніторингу вартості її споживання й компенсації (Австрія, Бельгія, Іспанія, Швеція, Кіпр, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Мальта, Швейцарія, Великобританія, США, Канада). До IV групи були віднесені країни, що знаходяться у стадії впровадження ринкових механізмів у практичну ОЗ і фармацевтичне забезпечення населення (**аптекою можуть володіти нефармацевти**) та побудовою соціально орієнтованої моделі державного регулювання фармацевтичною діяльністю на прикладі країн Західної Європи. Це насамперед Болгарія, Хорватія, Чехія, Естонія, Польща, Румунія, Словаччина, Україна, Російська Федерація (РФ).

В організації фармацевтичного забезпечення країн III групи, на відміну від інших груп держав світу, можна виділити широкий спектр спільних ознак і характеристик (табл. 1).

Так, наприклад, для **Великобританії, Нідерландів, Норвегії, Швейцарії, Ірландії, Кіпру** (скасовані з 2002 р.) відсутні демографічні та географічні критерії щодо розвитку аптечної мережі, а аптекою можуть володіти нефармацевти одноосібно або у спільній власності з фармацевтами (питома вага власності фармацевтів має становити не менш ніж 51 % – Австрія, Кіпр).

Найяскравішим представником країн III групи є **Великобританія**. На сьогодні у країні налічується понад 12300 аптек, серед яких приблизно 25% входять до складу аптечних мереж (наприклад, «Unichem», «Vantage» «Boots», «Superdrugs» та ін.). У структурі аптечних закладів за формою власності істотно превалюють приватні аптеки (від 55 до 70 %).

Останнім часом окреслилися тенденції до істотного зростання кількості аптечних мереж. У країні відсутні обмеження щодо відкриття нових аптек, у середньому 500 мешканців припадає на один аптечний заклад. Фармацевтичним обслуговуванням населення у роздрібному секторі ФР займаються приблизно 25000 дипломованих фармацевтів, серед яких 35% є власниками аптек, а решта – наймані працівники. Національною особливістю в організації фармацевтичного

Таблиця 1

АНАЛІЗ ВИМОГ ЩОДО ВІДКРИТТЯ АПТЕК У ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ІІІ ГРУПИ

Можливість володіння аптекою	
Австрія: фармацевти одноосібно або групи фармацевтів у разі володіння мінімум 51 % статутного капіталу фірми	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Кожна аптека повинна обслуговувати щонайменше 5500 мешканців	Необхідно дотримання відстані 500 м до іншої вже функціонуючої аптеки, а також наявності в сусідстві закладів ОЗ
Бельгія: фармацевти, нефармацевти, групи осіб, компанії, дистриб'ютори	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Залежно від кількості жителів у спільноті (менше ніж 7500 мешканців; від 7500 до 30 000 жителів; більше ніж 30 000 мешканців) кількість аптек не може бути більшою за значення, яке можна отримати, поділивши кількість населення на 2000, 2500 3000 відповідно (встановлені нормативи)	Із 1994 р. уведено мораторій на відкриття нових аптек
Португалія: володіти аптекою можуть нефармацевти	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Для перехідного періоду (із серпня 2007 р.) упроваджені норми, що зменшують навантаження на одну аптеку з 4000 до 3500 мешканців	Для перехідного періоду (із серпня 2007 р.) упроваджені норми, що зменшують відстань між аптеками з 500 до 350 м, а правило 100 м відстані від лікарні або центру ОЗ залишилося чинним
Іспанія: фармацевти або групи фармацевтів у разі володіння мінімум 75 % статутного капіталу фірми	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Встановлюються на місцевому рівні з урахуванням особливостей розвитку регіонів	

забезпечення населення у Великобританії є відсутність монополії фармацевтів на реалізацію лікарських засобів (ЛЗ) та наявність ліберальних підходів до державного регулювання рецептурного відпуску ліків. Окрім аптек, ЛЗ можна придбати також у терапевтів. Так, за статистичними даними, приблизно 4 тис. терапевтів мають офіційний дозвіл на реалізацію ЛЗ. Це значно ускладнює процес контролю за ефективністю та раціональністю споживання препаратів та сприяє посиленню комерційного впливу на організацію фармацевтичного забезпечення населення в цілому.

Іншим яскравим представником країн ІІІ групи є також **США**. Для американської системи фармацевтичного забезпечення населення притаманно багато спільних з Великобританією ознак щодо державних підходів регулювання фармацевтичної діяльності, організації роботи аптекних закладів, реалізації ЛЗ та ін. Значна частка американських фармацевтів працює в аптеках роздрібного сегмента ринку ЛЗ як наймені працівники. Чверть фармацевтів займається організацією забезпечення хворих ЛЗ у гос-

пітальях, а решта працює в оптових компаніях, традиційних, інтернет-аптеках, оптових компаніях та ін. Американські аптеки можна класифікувати на роздрібні, госпітальні (лікарняні), виробничі, в яких здійснюється виготовлення ЛЗ за рецептами лікарів, а також інтернет-аптеки. За статистичними даними Національної асоціації аптекних мереж (National Association of Chain Drug Stores), у 2010 р. у США функціонувало 56 тис. аптек, з яких 39 тис. закладів (69,6 %) входять до складу аптекних мереж, а решта належить приватним особам. Аналогічно британській системі фармацевтичного забезпечення населення у США в структурі роздрібного сегмента ФР досить широко представлені аптекні мережі. До найбільш потужних належать «CVS/Pharmacy», «Rite Aid», «Walgreens». Наприклад, останній з названих мереж належить понад 7730 аптек, які функціонують у 50 штатах країни. Американські аптеки повною мірою відповідають дослівному перекладу слова «drugstores» – аптекний магазин. Окрім препаратів рецептурної та безрецептурної групи, в аптеках широко представлені косметичні засоби,

парфумерія, парафармацевтика, предмети особистої гігієни та інші товари. Переважна більшість ЛЗ (до 90% продажів препаратів) реалізується у США за рецептами лікарів (Rx-препарати). Іншою національною особливістю в організації фармацевтичного забезпечення населення в США є наявність розвиненого інформаційного супроводу рецептурного відпуску ЛЗ та системи електронної рецептури. Крім цього, в американських аптеках можуть надавати широкий спектр послуг, що значно розширює їх комерційний потенціал за умов посилення конкуренції на ФР та відсутності жорстких механізмів регулювання фармацевтичної діяльності з боку держави.

Протилежні за характером ознаки, у порівнянні з Великобританією та США, притаманні іншій країні III групи – **Австрії**. В Австрії ліцензію на право надання ФД населення може отримати лише кваліфікований фахівець, що має стаж практичної діяльності у фармації не менше 5 років, громадянство ЄС та добре володіє німецькою мовою. Право власності на оборотні та необоротні активи аптеки може належати також групі осіб, у яких фармацевтичним працівникам має належати не менше 51 %. Фармацевт, на ім'я якого отримана ліцензія, має виняткове право на управління та здійснення фармацевтичної діяльності в аптечному закладі. Слід зазначити, що серед країн III групи Австрія відрізняється найбільшим державним впливом на діяльність фармацевтичного сектора економіки. За останніми офіційними даними, в Австрії функціонувало 1176 (53,9 %) громадських аптек, 19 (0,9 %) комерційних, 942 (43,2 %) аптеки, які функціонують у закладах ОЗ приватної форми власності, та 44 (2,0 %) госпітальних аптек. Аналогічне з австрійським правило щодо володіння активами аптеки діє й на **Кіпрі**. Видача концесій (дозволів) знаходиться в компетенції Аптечних рад, при цьому зберігається принцип «один фармацевт – одна аптека», тобто формування аптечних мереж заборонено державою. З метою формування раціональної мережі аптек на **Мальті** з 2003 р. Актом про ЛЗ були запроваджені демографічні та географічні параметри для оцінки можливості відкриття нових аптек.

Ліберальні тенденції, що набули найбільшого розвитку на початку ХХІ ст., значною мірою вплинули на діяльність аптечних закладів у **Швейцарії, Ірландії та Норвегії**. Швейцарія (1750 аптек) належить до країн, в яких традиційно діють вже протягом декількох століть соціально орієнтовані принципи організації надання ФД, а їх якість розглядається як важливе державне завдання у розвитку країни. При цьому розвиток аптечної мережі не регламентується демографічними та географічними параметрами. У Швейцарії, як і в інших країнах III групи, аптеками можуть володіти нефармацевти, дозволено також формування аптечних мереж одним власником. Відкриття нової аптеки в **Ірландії** є предметом законодавчого контролю з боку держави, при цьому жоден з державних органів не регулює розміщення та демографічне навантаження на один заклад. У класичному визначенні в Ірландії відсутня система ліцензування фармацевтичної діяльності, але про відкриття нового закладу необхідно вчасно повідомляти Фармацевтичну спільноту.

Важливою національною особливістю розвитку фармацевтичного сектора у **Норвегії** є наявність розгалуженої аптечної мережі. Одна з найбільших аптечних мереж «Apo-kjeden Group» налічує понад 200 аптечних закладів, а питома вага її продажів у загальному обсязі ФР Норвегії дорівнює 30 %. У порівнянні з іншими країнами Європи в Норвегії налічується найнижча кількість аптечних закладів (600 закладів) та спостерігається значний дефіцит фармацевтичних кадрів. Останнім часом окреслилася тенденція до зниження кількості населення, що обслуговується одним аптечним закладом. Так, наприклад, у 2001 р. на одну аптеку припадало 11280 мешканців, а в 2013 р. – вже 7050 жителів. Серед країн III групи аналізу фармацевтичний сектор у Норвегії характеризується найбільшим впливом з боку держави. Цікавим є той факт, що в країні зареєстровані найменування лише тих ЛЗ, що вважаються життєво необхідними (200 найменувань за INN).

Серед країн III групи **Швеція** посідає окреме місце. До 01.07.2009 р. у Швеції існувала жорстка модель державної монополії

на аптеки, тобто у країні не функціонувало жодної аптеки приватної форми власності. Приблизно 50 % аптек належало органам місцевої або центральної влади, а решта знаходилась під юрисдикцією страхових компаній, у яких державі належало 50 % і більше статутного капіталу. Наприкінці 2009 р. у країні був започаткований процес продажу частки державної мережі аптек «Aroteket» приватним особам. Із загальної кількості закладів (916 аптек) було продано 466 аптек таким шведським компаніям, як «Altor» (208 аптек), «Segulah», консорціум «Priveq Investment» та «Investor», а також фінській фармацевтичній мережі «Oriola-KD Oyj2» (171 аптека). При наявності розвинутого державного сектора у структурі ФР у Швеції дозволяється володіння одному фармацевту мережею аптек, а також реалізація препаратів через інтернет-аптеки, що входять до складу державної мережі аптек «Aroteket».

Серед країн Європи **Іспанія** має глибокі історичні традиції в організації фармацевтичного забезпечення населення. За даними офіційних джерел, одна з перших європейських аптек була відкрита в XI столітті саме в Іспанії (Кордова, Толедо). Відкриття нової аптеки залежить від встановлених демографічних і географічних критеріїв, які діють на рівні автономних спільнот громадян. На сьогодні в Іспанії налічується понад 21165 аптечних закладів, з яких приблизно 15 % знаходяться у комунальній власності. В Іспанії спрацьовує вже вищезазначений принцип «один фармацевт – одна аптека». Досить багато спільних ознак з іспанською моделлю функціонування аптечного бізнесу притаманно **Португалії**. Аптеки в Португалії можуть відкривати нефармацевти, а з 2007 р. запроваджено вільний порядок розміщення закладів комунальної форми власності.

У наступній країні III групи (**Бельгії**) держава регулює кількість аптек, що можуть функціонувати на певній території та встановлені демографічні критерії оцінки можливості відкриття нових аптечних закладів. Право власності на господарчі засоби в аптеках Бельгії може належати будь-кому (фармацевтам, нефармацевтам, групам осіб, компаніям та ін.). За останніми даними,

в Бельгії функціонує понад 5 тис. аптек, переважно приватної форми власності. У країні дозволено володіти одному фармацевту більш ніж однією аптекою.

На відміну від інших груп аналізу для країн IV групи притаманно багато спільних ознак, що обумовлені особливостями перехідного етапу розвитку національної економіки (від планової до ринкової), єдиною спрямованістю у процесі реформування галузі ОЗ та особливостями розвитку ФР, проблемами у фармацевтичному забезпеченні населення і т. ін. У всіх без винятку країнах цієї групи (**Болгарії, Чехії, Естонії, Хорватії, Словаччині, Румунії, Польщі, Російській Федерації, Україні**) аптекою можуть володіти нефармацевти і законодавчо закріплена можливість створення аптечних мереж одним власником. У більшості країнах IV групи держава практично не втручається у процеси розвитку роздрібного сегмента ФР. Як правило, механізми її впливу на фармацевтичне забезпечення населення неефективні. Так, у Болгарії, Польщі, Румунії, Чехії, Україні відсутні демографічні та географічні критерії щодо оцінки можливостей відкриття нових аптек.

Серед країн IV групи **Польща** характеризується найбільш ліберальними підходами в організації надання ФД. У країні відсутні обмеження на право власності аптекою нефармацевтами, кількістю закладів, що належать одній особі, географічні та демографічні критерії раціонального розміщення аптечної мережі. Для відкриття аптеки необхідно отримати ліцензію, що видається місцевими відділеннями фармацевтичного інспекторату. Обов'язковою умовою при цьому є наявність у штаті аптеки ліцензованого фармацевта. На відміну від інших європейських країн, в яких на потужні аптечні мережі припадає значний обсяг продажів ЛЗ та виробів медичного призначення (ВМП), у загальному обсязі роздрібного сегмента ФР Польщі продаж товарів через мережі складає всього 1 % (2010 р.). За останніми даними, у Польщі функціонує понад 11300 аптек. Для Польщі характерний один з найвищих, у порівнянні з іншими країнами ЄС, показників співплатежів вартості пацієнтами у межах обов'язкового медичного страхування (ОМС).

**РОЗПОДІЛ КРАЇН ЗА МОЖЛИВІСТЮ ФУНКЦІОНУВАННЯ ІНТЕРНЕТ-АПТЕК
ТА ONLINE-ПРОДАЖІВ ЛЗ І ВМП**

Можливість функціонування інтернет-аптек та продажів ЛЗ і ВМП в on-line режимі за групами країн		
Так	Ні	Статус не визначений
I група країн		
Данія*, Німеччина*	Фінляндія, Франція, Греція, Італія	–
II група країн		
Словенія	Угорщина, Латвія, Литва, Туреччина	–
III група країн		
Мальта, Нідерланди*, Португалія, США, Іспанія (для ОТС-препаратів), Швеція (лише через мережу «Apoeket»), Швейцарія*, Великобританія*	Австрія, Бельгія, Кіпр, Ірландія, Норвегія	–
IV група країн		
Чехія (для ОТС-препаратів у мережі зареєстрованих аптек), Польща	Болгарія, Естонія, РФ, Україна, Республіка Білорусь	Румунія, Словаччина

Примітка: * – online-продажі ЛЗ і ВМП лише із сайтів зареєстрованих аптек.

У РФ, за останніми офіційними даними, налічувалося понад 53 тис. аптек. У країні нормами чинного законодавства дозволено формування аптечних мереж одним власником. При цьому на 100 тис. населення припадає у середньому 44 аптечних заклади. Значною проблемою в організації фармацевтичного забезпечення населення РФ є нерівномірний характер демографічного навантаження на один аптечний заклад у різних регіонах країни. Так, найвищий показник спостерігається у Брянській, Володимирській, Амурській областях та Хабаровському краї. Соціально напружена ситуація з розміщенням аптечних закладів спостерігається у Чеченській Республіці, Республіках Дагестані й Хакасії та у Магаданській області. В роздрібному сегменті ФР РФ функціонує понад 40 аптечних мереж, які можна класифікувати за сферою впливу та географічним показником (національні – всі регіони та не менш ніж у 15 областях, міжрегіональні – не менш ніж 5 областей у 2-х регіонах, регіональні – один регіон). Досить ефективно на російському ФР функціонують національні аптечні мережі (мережа «Аптеки 36,6», «Ригла»), міжрегіональні («Имплозия», «Алфегга аптека», «Доктор Столетов», «Фармакор», «Вита» та ін.), регіональні («А 5 Group», «Губернские аптеки», «Курган фармация», «Брянские аптеки», «Старый доктор»). Приблизно 80 % аптечних за-

кладів належать до складу невеликих аптечних мереж (до 10-ти торгових точок). У зв'язку з непослідовною державною політикою на федеральному та місцевому рівнях у 28 регіонах країни спостерігається значний дефіцит аптечних закладів.

Негативними тенденціями розвитку аптечних мереж у РФ є зниження кількості виробничих аптек, посилення ролі комерційних факторів у роботі аптек та збитковість закладів комунальної форми через посилення страхового навантаження у системі соціального ОМС.

На завершальному етапі наших досліджень усі країни за групами аналізу були проаналізовані за можливістю відкриття та функціонування інтернет-аптек та інших видів дистанційної реалізації ЛЗ і ВМП у чотирьох групах аналізу [2, 5, 10, 11]. Результати досліджень наведено у табл. 2. Як бачимо за даними таблиці, кількість країн, у яких заборонено функціонування інтернет-аптек та інших видів дистанційної реалізації препаратів більше, ніж тих, де така норма діє. Крім цього, у деяких країнах існують обмеження щодо інтернет-продажів рецептурних препаратів (Іспанія, Чехія), а також діє норма про залучення до роботи лише сайтів офіційно зареєстрованих аптек (Данія, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія). Жорсткі обмеження з різних видів дистанційної реалізації ЛЗ, зокрема і безрецептурної

групи, існують у Туреччині. При цьому у разі відсутності аптек у районі ЛЗ можуть реалізувати лікарі, але при відкритті аптечного закладу зазначена практика має бути скасована.

Найбільш ліберальні підходи до організації діяльності інтернет-аптек діють у США. Робота таких аптек на федеральному рівні регулюється законодавчим актом «The Ryan Haight Online Pharmacy Consumer Protection Act of 2008». На американському ФР офіційно зареєстровано понад 400 інтернет-аптек, які переважно мають розгалужену локальну мережу закладів і розташовані в США, Канаді та інших країнах. У Великобританії, відповідно до основних положень стратегічного плану уряду «Pharmacy in the Future» (2000 р.), дозволена реалізація ЛЗ через мережу інтернет-аптек при дотриманні відповідних стандартів якості. За даними компанії «MarkMonitor», наприкінці 2010 р. діяло понад 3 тис. сайтів, з яких лише 18 % були безпосередньо зареєстровані в країні.

Різномасштабний досвід реалізації ліків дистанційно сформувався у Німеччині. Діяльність поштових аптек підлягає контролю з боку відповідних державних органів у загальному зі звичайними аптеками порядку. Реалізація поштою рецептурних ЛЗ здійснюється лише після отримання аптекою рецепта від замовника, а все більшої популярності у Німеччині набувають інтернет-аптеки. До січня 2004 р. будь-яка форма дистанційного продажу ЛЗ у країні була заборонена. У березні 2005 р. значно розширились торговельні можливості аптечного сектора економіки. Так, офіційно було представлено Керівництво з правил реалізації ЛЗ за допомогою мережі Інтернет. За останні два роки кожен третій мешканець Німеччини замовляв одне або більше найменування ЛЗ в online-аптеках, а питома вага продажу товарів через такі аптеки щорічно збільшується і становить 6-8 % від загального обсягу роздрібного сегмента ФР. Понад 80 % найменувань ЛЗ, що реалізуються через мережу інтернет-аптек, належать до ОТС-групи препаратів.

У Данії з 2001 р. дозволена реалізація ЛЗ через інтернет-аптеки. Роздрібна реалізація ЛЗ з використанням інтернет-ресурсів здійснюються через сайт Датської фармацевтичної асоціації. Крім цього, відповідним

наказом Управління по ЛЗ Данії (Danish Medicines Agency) мешканцям країни дозволено звертатися до послуг інтернет-аптеки в інших країнах ЄС, а також країн-учасниць Угоди про економічний простір («Agreement on the European Economic Area»).

Перша інтернет-аптека у Швейцарії була відкрита у 1997 р., при цьому офіційно її діяльність була дозволена лише у 1999 р. Хворим у разі неможливості отримання ЛЗ в аптеці дозволяється відправляти препарати поштою. Особливістю в організації дистанційної реалізації ЛЗ у Швейцарії є заборона на доставку ЛЗ безрецептурної групи без рецепта лікаря. У деяких кантонах видається дозвіл на відпуск безрецептурних препаратів лише у разі наявності рецепта, організації консультативної допомоги для пацієнта та можливості моніторингу за його станом протягом лікування. Із 2006 р. нові принципи реалізації ЛЗ, також і рецептурної групи через інтернет-аптеки, були запроваджені в Швеції.

Посилення тенденцій до розширення торговельних можливостей аптечних закладів, що спостерігались на початку ХХІ ст., мало свої наслідки й в організації надання ФД населенню країн ІV групи, насамперед у Чехії та Польщі. Так, у Польщі із середини 2007 р. рішенням Вищої палати парламенту був легалізований відпуск ЛЗ через інтернет-аптеки. Постановою уряду РФ від 27.09.2007 р. № 612 «Про затвердження правил продажу товарів дистанційним способом» була заборонена пряма дистанційна реалізація ЛЗ. Для таких країн ІV групи, як Румунія та Словачія характерна невизначеність у нормативно-правовій площині будь-якої форми дистанційних продажів ЛЗ.

В Україні наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ» заборонені дистанційна (через мережу Інтернет) торгівля препаратами, а також продаж ЛЗ поштою та через будь-які заклади, крім аптечних, і поза ними, крім випадків, передбачених у відповідному підпункті зазначеного нормативного акта. Так, у сільській місцевості у разі відсутності аптеки або її структурного підрозділу роздрібна реалізація ЛЗ здійснюється

у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторіях, зокрема й загальної практики (сімейної медицини), працівниками цих закладів, які мають медичну освіту, на підставі договорів, укладених із ліцензіатом [4]. При цьому у відкритому інформаційному просторі представлено чимало пропозицій з дистанційного продажу ЛЗ від вітчизняних інтернет-аптек.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Встановлено, що для країн III групи з історично сформованим домінуванням ліберальних підходів до державного регулювання фармацевтичної діяльності притаманна різноманітність форм і підходів до організації надання ФД населенню.

2. Для більшості країн IV групи аналізу державою на шляху реформування ОЗ задекларовано впровадження ефективних механізмів державного регулювання доступності надання ФД, що функціонують у соціально орієнтованих країнах ЄС.

3. Посилення впливу комерційних факторів в організації надання ФД, що спостерігається у країнах III та IV груп аналізу, потребує активного запровадження комплексу заходів, що спрямовані на підтримку соціально не захищених верств населення, що відповідають нормам «Належної аптечної практики».

4. Розширення спектра аптечних послуг та упровадження дистанційних форм реалізації ЛЗ є об'єктивним процесом розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення.

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. Лукьянчук Е. Место интернет-аптек во всемирной паутине / Е. Лукьянчук // Ежедневник Аптека #811 (40) 17.10.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/100525>

3. Мнушко З. М. Теория и практика маркетинговых исследований в фармации : монография / З. Н. Мнушко, И В. Пестун. – Х. :Изд-во НФаУ, 2008. – 308 с.
4. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Прозатвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/115194>
5. Немченко О. А. Досвід функціонування аптечних мереж в різних країнах світу / О. А. Немченко, А. В. Беліченко, В. М. Назаркіна // II міжнародна науково-практична Internet-конференція «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики», 26–27 квіт. 2015 р., м. Харків. – Х., 2015. – С. 17–19.
6. Немченко А. С. Наукове узагальнення світового досвіду впровадження новітніх технологій з електронної рецептури / А. С. Немченко, Л. В. Терещенко, Н. В. Тетерич // Клінічна фармація. – 2012. – Т. 16, № 4. – С. 25–30.
7. Немченко О. А. Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з традиційною організацією аптечних мереж / О. А. Немченко // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 38–42.
8. 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. – Т. 13, № 1. – С. 31–36.
9. Панфілова Г. Л. Організація фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування / Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, О. А. Немченко : монографія. – Х. : НФаУ, 2009. – 290 с.
10. Соколенко А. Как увеличить оборот аптечной сети / А. Соколенко // Журнал «Фармацевтический курьер», № 11, 2012 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>

11. Толочко В. М. Статус інтернет-аптек у чинному законодавстві України / В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1. – С. 30–33.

REFERENCES

1. Kotvitskaya AA. Farmatsevtichesky zhurnal. 2008; (2): 8-12.
2. Lukyanchuk E. Ezhenedelnyk Apteka [serial online] 2011; Oct 811 (40): Available from URL: <http://www.apteka.ua/article/100525>.
3. Mnushko ZN, Pestun IV. [Theory and practice of marketing research in pharmacy]. Monograph: Izdatelstvo NWAU; 2008. 308 p. Ukraine.
4. Order of the Ministry of Health of Ukraine from 31.10.2011 № 723 “On Approval of License conditions of the business of drug manufacturing, wholesale and retail sale of medicines” [serial online] 2011; Available from URL: <http://www.apteka.ua/article/115194>.
5. Nemchenko OA, Belichenko AV, Nazarkina VM. [The experience of pharmacy chains around the world]. In: [Proceedings of the 2nd International Conference Management and marketing as a part of the modern economy, science, education, practice; 2015 Apr 26-27; Kharkiv, Ukraine]; Kharkiv; 2015. 17-19 p. Ukraine.
6. Nemchenko A, Tereshchenko L, Teterych N. Klinichna farmatsiia. 2012; 16 (4): 25-30.
7. Nemchenko OA. Sotsialnaya farmacaya v zdavoohranenija. 2015; 1 (1): 38-42.
8. Nemchenko A, Panfilova G, Propisnova V. Klinichna farmatsiia. 2009; 13 (1): 31-36.
9. Panfilova GL, Nemchenko AS, Nemchenko OA [Organization of pharmaceutical care in conditions of health insurance] Monograph: Izdatelstvo NWAU; 2009. 290 p. Ukraine.
10. Sokolenko A. Farmatsevtichesky kurer. [serial online] 2012; Nov (11): Available from URL: <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>
11. Tolochko VM, Medvedeva YP. Upravlinnya, ekonomika ta zabezpechennya katchestva v farmatsii. 2009; (1): 30-33.

УДК 616.248:615.015

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ В СТРАНАХ С ЛИБЕРАЛЬНЫМ ПОДХОДОМ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**Л. А. Немченко**

В статье представлены результаты систематизации данных в организации фармацевтического обеспечения населения в странах с доминированием либеральных подходов к государственному регулированию фармацевтической деятельности, а также в странах, которые находятся на стадии реформирования здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения населения. Определено, что для большинства стран характерно разнообразие форм и методов в организации оказания фармацевтической помощи населению, которые обусловлены историческими и социально-экономическими особенностями развития общества. Усиление влияния коммерческих факторов в организации оказания фармацевтической помощи, которое наблюдается в странах с доминированием либеральных подходов к регулированию фармацевтической деятельности, требует внедрения мероприятий, направленных на поддержку социально не защищенных слоев населения, отвечающих, в свою очередь, нормам Надлежащей аптечной практики. Расширение спектра аптечных услуг и введение дистанционных форм реализации лекарственных средств является объективным процессом развития системы фармацевтического обеспечения населения.

Ключевые слова: аптечные учреждения, аптечные сети, интернет-аптека, система фармацевтического обеспечения, фармацевтическая помощь.

UDC 616.248:615.015

SYSTEMATIZATION OF THE EXPERIENCE OF THE PHARMACY CHAINS FUNCTIONING IN COUNTRIES WITH LIBERAL APPROACHES TO STATE REGULATION OF THE PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE POPULATION**O. A. Nemchenko**

The article presents the results of the data systematization in organization of the pharmaceutical providing of the population in countries with predominance of liberal approaches in the state regulation of pharmaceutical activities, as well as in countries that are in the process of reforming their healthcare system and the pharmaceutical provision of the population. It has been determined that the majority of countries are characterized by a variety of forms and methods of the organization of the pharmaceutical care provision to the population. This diversity is due to the historical and socioeconomic features of the society development. The increased influence of commercial factors in the organization of the pharmaceutical care provision observed in countries with predominance of liberal approaches in regulation of pharmaceutical activities requires introduction of certain measures. These measures should be aimed at supporting socially vulnerable groups of the population and meet the standards of «Good Pharmacy Practice». Extension of the range of pharmacy services and introduction of distance distribution of medicinal products is an objective process of development of the pharmaceutical provision of the population.

Key words: pharmacies, pharmacy chains, online pharmacy, system of pharmaceutical provision, pharmaceutical care.

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

УДК 615.15:349.3

СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПРАЦІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

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

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

У статті наведено результати дослідження основних вимог до системи охорони праці, яких мають дотримуватися роботодавці і працівники аптечних закладів України. Встановлено, що нормативні документи, які регламентують питання охорони праці, важливі для працівників аптечних закладів усіх форм власності. У межах публікації розглянуто основні складові системи охорони праці, обов'язкові для виконання залежно від кількості працюючих в аптечних закладах з урахуванням специфіки їх діяльності. З'ясовані гарантії з боку держави щодо охорони праці в аптечних закладах, щодо надання безпечних умов праці, що необхідні для виконання роботи, відпочинку, харчування, надання соціальних пільг.

Ключові слова: охорона праці, аптечні заклади, безпечні умови праці, працівники аптечних закладів, роботодавці, служба охорони праці.

Постанова проблеми. На сьогодні характерною ознакою діяльності усіх підприємств і організацій України, зокрема й аптечних закладів, є модернізація технічного, технологічного оснащення, що, зі свого боку, вимагає від працівників підвищеної уваги до користування оснащенням та обладнанням і знань з питань охорони праці, які визначають не тільки їх права, а й обов'язки. Актуальність цих питань підкреслюється ще й тим, що працівники аптечних закладів, як правило, застосовують у своїй роботі різноманітні хімічні реагенти, що можуть бути небезпечними для здоров'я людини, тобто дотримання правил охорони праці має безпосередній вплив на стан здоров'я, а питання соціального захисту щодо норм тривалості робочого часу, надання перерв і відпусток та ін. відповідно до чинного законодавства є гарантом збереження здоров'я.

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

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчення питань охорони праці у системі охорони здоров'я, зокрема в аптечних закладах, завжди є актуальним і затребуваним для практичних працівників, представників громадських організацій, які представляють інтереси трудових колективів. Проблеми охорони праці в аптечних закладах завжди прямим чи непрямым чином освітлюються і досліджуються науковцями, але не втрачають своєї актуальності через надзвичайний обсяг їх застосування. Тому вивчення питань охорони праці аптечних працівників на сьогодні є актуальним. Проведені нами дослідження підтверджують необхідність удосконалення законодавчої бази, яка регулює ці питання та можливість їх імплементації в практичну діяльність, що сприятиме безпечним умовам праці, наданню соціальних гарантій тощо.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Аптечні працівники в сучасних умовах працюють у закладах, де питання охорони праці є важливими насамперед через те, що в основному там працюють жінки, які, згідно з чинним

законодавством, мають деякі пільги щодо охорони праці. Враховуючи цей фактор, вважаємо за необхідне висвітлити головні питання з охорони праці, що дасть можливість більш ефективно їх застосувати, як керівництвом аптекних закладів, так і окремими працівниками.

Метою цієї публікації став огляд основних законодавчо-нормативних питань з охорони праці зі встановленням особливостей застосування їх саме для працівників аптекних закладів, а саме з'ясування гарантій з боку держави щодо питань охорони праці, складових системи охорони праці, права і обов'язки роботодавців і працівників з цих питань, умови їх дотримання і виконання.

Викладення основного матеріалу дослідження. Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів і засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці. Цей комплекс заходів регламентується насамперед Конституцією України, Законом про охорону праці та іншими законодавчими актами з цих питань [2].

Дія цих законодавчих актів розповсюджується на всі підприємства, установи й організації незалежно від форми власності і видів їх діяльності, на всіх громадян, які працюють на цих підприємствах.

Держава надає гарантії прав громадян на охорону праці, відповідно, умови праці на робочому місці, безпека технологічних процесів, машин, обладнання та інших засобів виробництва, стан засобів колективного й індивідуального захисту, які використовуються працівником, а також санітарно-побутові умови мають відповідати вимогам нормативних актів про охорону праці. Усі працівники підлягають обов'язковому соціальному страхуванню від нещасних випадків і професійних захворювань.

Працівники, які зайняті на роботах з важкими і шкідливими умовами праці, безплатно забезпечуються лікувально-профілактичним харчуванням, спеціальним одягом. Мають право на оплачувані перерви санітарно-оздоровчого призначення, скорочення тривалості робочого часу, додаткові оплачувані

відпустки, пільгові пенсії, оплату праці в підвищеному розмірі та інші пільги і компенсації, надані в передбаченому законодавством порядку [1, 2].

Відносно аптекних закладів необхідно зазначити, що після проведення атестації робочих місць вони можуть розраховувати на скорочення тривалості робочого часу, на безоплатне забезпечення лікувально-профілактичним харчуванням. Згідно з чинним законодавством працівники аптекних закладів отримують додаткові відпустки і спеціальний одяг.

Що стосується прав і обов'язків роботодавців і працівників з питань охорони праці, вони єдині для усіх, визначені законодавством, обов'язкові для дотримання і виконання.

Згідно з чинним законодавством *державне управління охороною праці* в Україні здійснюють: Кабінет Міністрів України, Державний комітет України з нагляду за охороною праці, міністерства та інші центральні органи державної виконавчої влади, місцева державна адміністрація, місцеві ради народних депутатів, адміністрація підприємств і організацій. Повноваження в галузі охорони праці асоціацій, корпорацій, концернів та інших об'єднань визначаються їх статутами чи угодами між підприємствами, які створили об'єднання.

А *державний нагляд за охороною праці* покладається на: Державний комітет України з нагляду за охороною праці, Державний комітет України з ядерної і радіаційної безпеки, органи державного пожежного нагляду, управління пожежної охорони, органи і установи санітарно-епідеміологічної служби Міністерства охорони здоров'я України. Генеральним прокурором України і підпорядкованими йому прокурорами здійснюється вищий нагляд за дотриманням і правильним застосуванням законів про охорону праці. *Громадський контроль* за дотриманням законодавства про охорону праці здійснюють трудові колективи через обраних ними уповноважених осіб [6].

За *порушення* законодавчих та інших нормативних актів про охорону праці, створення перешкод для діяльності посадових осіб органів державного нагляду за охороною праці і представників професійних спілок

винні працівники притягуються згідно з чинним законодавством до дисциплінарної, адміністративної, матеріальної та кримінальної відповідальності.

В аптечних закладах обов'язково мають проводитись організаційні заходи з охорони праці. Роботодавець зобов'язаний створити в кожному аптечному закладі, його структурному підрозділі і на робочому місці умови праці відповідно до вимог нормативних актів, а також забезпечити дотримання прав працівників, гарантованих законодавством про охорону праці. Роботодавець забезпечує функціонування системи управління охороною праці, для чого: створює відповідні служби і призначає посадових осіб, які забезпечують вирішення конкретних питань з охорони праці; затверджує інструкції з їх обов'язками, правами і відповідальністю за виконання покладених на них функцій; розробляє за участю профспілок або інших громадських організацій і регулює комплексні заходи для досягнення встановлених нормативів з охорони праці, забезпечує усунення причин, які викликають нещасні випадки, професійні захворювання та виконання профілактичних заходів, визначених комісіями за підсумками розслідування цих причин; проводить атестацію робочих місць на відповідність нормативним актам про охорону праці в порядку і терміни, встановлені законодавством, вживає за їх підсумками заходи з усунення небезпечних і шкідливих для здоров'я людини виробничих факторів тощо.

В аптечних закладах має систематично проходити навчання з питань охорони праці, обсяг та періодичність такого навчання залежить від наявності обладнання та устаткування. Усі працівники аптечних закладів при прийомі на роботу і в процесі роботи проходять на підприємстві інструктаж (навчання) з питань охорони праці, надання першої медичної допомоги потерпілим від нещасних випадків, правил поведінки при виникненні аварій відповідно до типового положення, затвердженого Державним комітетом України з нагляду за охороною праці.

Працівники, зайняті на роботах з підвищеною небезпекою або там, де необхідний професійний відбір, мусять проходити

попереднє спеціальне навчання і один раз на рік перевірку знань, які відповідають нормативним актам з охорони праці. Перелік таких робіт затверджується Державним комітетом України з нагляду за охороною праці. Посадові особи згідно з переліком, затвердженим Державним комітетом України з нагляду за охороною праці, до початку виконання своїх обов'язків і періодично один раз на три роки проходять в установленому порядку навчання, а також перевірку знань з охорони праці в органах галузевого чи регіонального управління охорони праці за участю представників органу державного нагляду та профспілок [7].

Допуск до роботи осіб, які не пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань з охорони праці, заборонено. У разі незадовільних знань з питань охорони праці працівники мусять пройти повторне навчання. На прохання працівника проводиться додатковий інструктаж з питань охорони праці. Як правило, в аптечних закладах адміністративний штат проходить навчання за темою відповідальних з питань охорони праці, а за наявності обладнання чи устаткування, допуск до роботи з якими потребує спеціального навчання і один раз на рік перевірку знань (автоклави, вантажопідйомники тощо), проходять відповідні курси [1, 2, 6].

Згідно зі ст. 161 Кодексу Законів України про працю і ст. 22 Закону України «Про охорону праці» передбачають необхідність розробки комплексних заходів щодо охорони праці, які включають забезпечення працівникам соціальних гарантій у сфері охорони праці на рівні, не нижчому за передбачений законодавством, щодо досягнення встановлених нормативів безпеки, гігієни праці, виробничого середовища, підвищення існуючого рівня охорони праці, запобігання випадкам виробничого травматизму, професійним захворюванням і аваріям [1, 2].

Конкретні заходи, які слід вносити до плану заходів з охорони праці, який є додатком до колективного договору, зазначені у спільних рекомендаціях державних і профспілкових органів.

Типове положення про службу охорони праці затверджується Державним комітетом України з нагляду за охороною праці.

На підприємстві виробничої сфери з кількістю працюючих менше 50 осіб, функції такої служби можуть виконувати за сумісництвом особи, які мають відповідну підготовку. Служба охорони праці підпорядковується безпосередньо керівникам підприємства і прирівнюється до основних виробничо-технічних служб. Спеціалісти з охорони праці мають право видавати керівникам структурних підрозділів аптечних закладів від імені трудового колективу обов'язкові для виконання приписи з усунення наявних недоліків з охорони праці і техніки безпеки, вимагати проходження навчання з питань охорони праці, медичного огляду, недопущення до роботи без проходження інструктажу тощо. Подання спеціаліста з охорони праці може відмінити лише керівник підприємства. Ліквідація служби з охорони праці допускається тільки у разі ліквідації підприємства.

В аптечних закладах з кількістю працюючих понад 50 осіб рішенням трудового колективу може створюватись комісія з питань охорони праці. Комісія складається з представників роботодавця, профспілок або інших громадських організацій, уповноважених від трудового колективу, спеціалістів з безпеки, гігієни праці і представників інших служб підприємства. Типове положення про комісію з питань охорони праці підприємства затверджується Державним комітетом України з нагляду за охороною праці за погодженням з профспілками або іншими громадськими організаціями. Рішення комісії носить рекомендаційний характер.

Комісія є постійним консультативно-дорадчим органом трудового колективу і власника або уповноваженого ним органу. Вона створюється з метою залучення представників власника і трудового колективу до співробітництва у сфері управління охороною праці на підприємстві, погодженості вирішення питань, які виникають у цій галузі. Рішення про доцільність створення комісії приймається на загальних зборах трудового колективу. Загальні збори затверджують Положення про комісію з питань охорони праці підприємства [1, 2, 6].

Головним документом, який регулює права і обов'язки роботодавця і працівника, є *Колективний договір*. Згідно з чинним

законодавством усі суб'єкти господарської діяльності незалежно від форми власності, за наявності у колективі трьох і більше працівників, повинні мати колективний договір між адміністрацією і трудовим колективом. У колективному договорі передбачають забезпечення працівникам соціальних гарантій у галузі охорони праці на рівні, не нижче передбаченого законодавством, їх обов'язки, а також комплексні заходи з досягнення встановлених нормативів безпеки, гігієни праці і виробничого підвищення діючого рівня охорони праці, запобіганню випадків виробничого травматизму, професійних захворювань і аварій серйозного характеру [5, 6].

Крім колективного договору, який регулює права і обов'язки роботодавця і працівника, на підприємствах і організаціях має бути документ, який організує режим діяльності підприємства. Це *Правила внутрішнього трудового розпорядку (ПВТР)*.

ПВТР – це внутрішній локальний нормативний документ, який передбачає організацію роботи, внутрішньооб'єктний режим робочого дня, взаємні обов'язки роботодавця і працівника. Необхідність цього документа передбачена ст. 21, 29, 52, 66 Кодексу Законів України про працю.

Тобто колективний договір і Правила внутрішнього трудового розпорядку є основними документами в межах конкретного суб'єкта господарської діяльності для врегулювання трудових відносин, охорони праці і техніки безпеки. У сучасних умовах, умовах модернізації, технічного і технологічного удосконалення кількість нещасних випадків, на жаль, велика в діяльності суб'єктів господарської діяльності, зокрема й аптечних закладів. Тому необхідно звернути увагу на те, що власник повинен проводити розслідування, облік нещасних випадків, професійних захворювань і аварій відповідно до положень, які розробляються Державним комітетом України з нагляду за охороною праці за погодженням з профспілками і затверджуються Кабінетом Міністрів України [3, 5, 6].

Розслідування проводиться за участю представника профспілкової організації або іншої громадської організації, членом якої є потерпілий, а у випадках, передбачених

законодавством, також за участю представників органів державного нагляду, управління охорони праці і профспілок.

За підсумками розслідування нещасного випадку або професійного захворювання власник складає акт за установленою формою, один екземпляр якого він зобов'язаний надати потерпілому або іншій зацікавленій особі не пізніше трьох днів з моменту закінчення розслідування.

Травми на виробництві. Матеріальну відповідальність за збиток, заподіяний працівнику, який передумовлює каліцтво або інше ушкодження здоров'я, пов'язаний із виконанням ним трудових обов'язків, який стався з вини організації як на території цієї організації, так і за її межами, несе адміністрація цього суб'єкта господарської діяльності.

Доказом вини організації можуть служити: акт про нещасний випадок на виробництві; вирок, рішення суду, постанова прокурора, органу дізнання або попереднього слідства; висновок технічного інспектора праці або інших посадових осіб.

Відшкодування збитків полягає у виплаті потерпілому грошових сум у розмірі заробітку (або його складової), якого він позбувся внаслідок втрати працездатності або її зниження, за вирахуванням пенсії за інвалідністю у зв'язку з трудовим каліцтвом, а також у компенсації додаткових витрат, які виникли через ушкодження здоров'я.

Потерпілому, тимчасово переведеному за його згодою внаслідок трудового каліцтва на більш легку нижче оплачувану роботу, сплачується різниця між попереднім і новим заробітком до відновлення працездатності або встановлення тривалої і постійної втрати працездатності.

Висновок про необхідність переведення потерпілого на іншу роботу, його тривалості (в межах до одного року) і характеру рекомендованої роботи видається медичною комісією.

У разі смерті потерпілого право на відшкодування збитку мають непрацездатні особи, які знаходяться на утриманні померлого або мають на день смерті право на отримання від нього утримання.

Види виробничих травм. Виробнича травма – заподіяння шкоди здоров'ю робітника чи службовцю внаслідок нещасного ви-

падку на виробництві, що спричинило за собою: необхідність переведення працівника на іншу роботу, тимчасову чи стійку втрату працівником працездатності, смерть працівника. Виробничою травмою вважається ушкодження здоров'я, яке співробітник отримав у робочий час на території підприємства або виконував доручення керівництва за його межами. Крім того, виробничою травмою вважається пошкодження, отримане під час встановленої трудовим договором перерви, роботи понад норми робочого часу, підготовки до початку роботи, а також робочих відряджень [3, 5, 6].

Травма по дорозі на роботу. Травма визнається виробничою, якщо працівник добрався на роботу (з роботи) на транспорті роботодавця і отримав травму; якщо на особистому автомобілі – тільки коли працівник використовував особистий автомобіль за розпорядженням роботодавця або використання автомобіля працівника зі службовою метою було закріплено в трудовому договорі.

Нещасний випадок не може бути визаним пов'язаним з виробництвом, якщо працівник їхав на громадському транспорті, на своєму автомобілі (без домовленості із роботодавцем) або йшов пішки.

Якщо працівник в кінці робочого дня їздив з дорученнями, наприклад, здавав звітність, а потім, не заїжджав до офісу і по дорозі додому отримав травму, то в цьому разі працівник виконав доручення роботодавця зі здачі звітності і з цього моменту перестав виконувати свої трудові обов'язки. Отже, отримана працівником по дорозі додому травма (якщо тільки він не слідував додому на транспорті роботодавця) не визнається виробничою.

Роботодавець зобов'язаний створити комісію з розслідування виробничої травми не менш ніж з трьох осіб. До складу комісії входять представники керівництва підприємства, державної інспекції праці, організації з охорони праці, правоохоронних органів і лікарі. Якщо нещасний випадок спричинив смерть працівника на робочому місці, до розслідування обов'язково залучається співробітник прокуратури.

Комісія визначає ступінь вини потерпілого на основі показань свідків, вивчення

характеру травми, результатів експертиз і деталей події. Від таких обставин залежить розмір виплат потерпілому і можливість сплати його лікування за рахунок фонду соціального страхування. Якщо, наприклад, працівник порушив правила техніки безпеки, шанси на отримання від роботодавця компенсації лікування різко знижуються.

Строк розслідування залежить від ступеня тяжкості травми. При легкому пошкодженні комісія дає висновок на протязі трьох днів, а при тяжкому робота комісії може тривати 15 днів з моменту інциденту. Якщо травма була визнана легкою, але згодом виявилась тяжкою, роботодавець повинен повідомити про це усіх членів комісії протягом трьох днів.

Згідно з чинним законодавством України професія працівників аптечних закладів належить до категорії професій, які обов'язково мусять проходити медичні огляди з метою профілактики професійних захворювань і дотримання санітарно-гігієнічних норм.

За порушення санітарного законодавства передбачена відповідальність: дисциплінарна, адміністративна, цивільно-правова та кримінальна.

Нормативно-правова база регламентує перелік професій, виробництв і організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок, до яких належить і професія працівників аптечних закладів [4, 5].

Відповідно до порядку, визначеному постановою КМУ від 23.05.2001 р. № 559, наказу МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246, проводяться обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) та періодичні профілактичні медичні огляди (далі – обов'язкові медичні огляди) працівників окремих професій, зокрема і працівників аптечних закладів.

Обов'язкові медичні огляди проводяться за рахунок роботодавців (підприємство, установа, організація або фізична особа – суб'єкт підприємницької діяльності, що використовують працю найманих працівників) [4].

Для проходження таких оглядів видається особиста медична книжка працівни-

ків для проходження медичного огляду, після чого вона підлягає поверненню роботодавцеві, який забезпечує зберігання цієї книжки. Іноді, коли зберігання особистої медичної книжки у роботодавця є недоцільним або неможливим, допускається її зберігання у працівника.

У разі звільнення працівника особиста медична книжка видається йому під розпис разом з трудовою книжкою.

Зразок бланка особистої медичної книжки та порядок її ведення затверджується МОЗ України.

Для проведення обов'язкового періодичного медичного огляду роботодавець складає за погодженням з головним державним санітарним лікарем список працівників, які повинні пройти цей огляд. Копія списку передається до закладу або установи охорони здоров'я, де проводитиметься цей огляд. У разі проведення попереднього (до прийняття на роботу) обов'язкового медичного огляду роботодавець направляє закладу чи установі охорони здоров'я відповідного листа.

Роботодавець здійснює контроль за проходженням працівниками в установлені терміни обов'язкових медичних оглядів.

Попередній медичний огляд проводиться під час прийняття на роботу з метою визначення стану здоров'я працівника і реєстрації вихідних об'єктивних показників здоров'я та можливості виконання без погіршення стану здоров'я професійних обов'язків тощо.

Періодичні медичні огляди проводяться з метою своєчасного виявлення ранніх ознак гострих і хронічних професійних захворювань (отруєнь), загальних і зумовлених виробництвом захворювань у працівників тощо.

Відповідно до постанови КМУ від 06.11.1997 р. № 1238 (1238-97-п) «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення» (із змінами) для аптечних працівників, незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності, які за своїми функціональними обов'язками повинні використовувати речовини, що належать до фармакологічних засобів, а також речовини, що використовуються для виготовлення морфіну та його похідних, анестетиків (зокрема і фторотану), сульфамілідних засобів, похідних

піразолону, протипухлинних засобів, гормональних засобів, нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів, протисудомних засобів (також і барбітуратів), снодійних засобів, антикоагулянтів, вітамінів, етилового спирту, *обов'язковим є первинний і періодичний профілактичні наркологічні огляди*. Такі працівники повинні мати Сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду. Термін дії сертифіката – один рік [4, 7].

Згідно з чинним Порядком проведення обов'язкового профілактичного наркологічного огляду громадян його метою є виявлення хворих на алкоголізм, наркоманію і токсикоманію, а також визначення наявності чи відсутності наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків і провадження видів діяльності, зазначених у Переліку професій, та видів діяльності, для яких є обов'язковим первинний і періодичний профілактичний наркологічний огляди. До такого переліку професій внесені фармацевтичні працівники.

Висновки

Аптечні заклади є тими підприємствами, де поєднано багато факторів, що впливають на безпечні умови праці, тому виділення у цій публікації основних положень з питань охорони праці є доцільним через те, що, крім основних положень, освітлено права і обов'язки працівників аптечних закладів і роботодавців.

У межах розглянутих документів визначено умови створення служби охорони праці, укладання колективного договору, Правил внутрішнього трудового розпорядку, інструкцій з техніки безпеки і т. ін., що стане корисним для практичного застосування.

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 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>.
5. Про колективні договори і угоди. Із змінами і доповненнями [Електронний ресурс] : закон України від 01.07.1993 р. № 3356-XII. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3356-12>.
6. 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>.
7. 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 dated 10.12.71, № 322-VIII. iz zminamy i dopovneniamy. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.
2. Konstytutsiia Ukrainy of 28.06.1996. – V-ВР // Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy. – 1996. – № 30. – Article 141.
3. Pro zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne strakhuvannia vid neshchasnoho vypadku na vyrobnytstvi ta profesiinoho zakhvoriuvannia, yaki sprychynly vtratu pratsezdattnosti: zakon Ukrainy dated 23.09.1999, № 1105-XI. Iz zminamy i dopovneniamy // Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy. – 1999. – № 46-47. – St.403.
4. 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 dated 23.05.2001, № 559. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/559-2001-%D0%BF>.
5. Pro kolektyvni dohovory i uhody : zakon Ukrainy dated 01.07.1993, № 3356-XII. Iz zminyamy i dopovneniamy. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3356-12>.
 6. Pro okhoronu pratsi : zakon Ukrainy dated 14.10.1992, № 2694-XII. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>.
 7. Pro Poriadok provedennia atestatsii robochykh mists za umovamy pratsi : postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy dated 01.08.1992, № 442. Available from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/442-92-%D0%BF>.

УДК 615. 15:349.3

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ТРУДА В АПТЕЧНИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УКРАИНЫ**В. М. Толочко, Т. Ф. Музыка, М. В. Заричковская, Т. А. Артюх**

В статье приведены результаты исследования основных требований к системе охраны труда, которые должны выполняться работодателями и работниками аптечных учреждений Украины. Установлено, что нормативные документы, которые регламентируют вопросы охраны труда являются важными для работников аптечных учреждений всех форм собственности. В рамках данной публикации рассмотрены основные составляющие службы охраны труда, обязательные для выполнения в зависимости от количества работающих в аптечных учреждениях с учетом специфики их деятельности. Выявлены гарантии со стороны государства по охране труда аптечных учреждениях, относительно создания безопасных условий труда, которые необходимы для выполнения работы и отдыха, предоставления социальных льгот.

Ключевые слова: охрана труда, аптечные учреждения, безопасные условия труда, работники аптечных учреждений, работодатели, служба охраны труда.

UDC 615. 15:349.3

MODERN REQUIREMENTS TO LABOR PROTECTION IN PHARMACEUTICAL INSTITUTIONS OF UKRAINE**V. M. Tolochko, T. F. Muzika, M. V. Zarichkova, T. O. Artukh**

The basic requirements on labor protection, which must be performed by employers and employees of pharmacies in Ukraine have been studied in the article. It has been determined that regulations dealing with the health and safety issues are important to workers of pharmacies of all forms of ownership. Within this publication the main components of the labor protection service, which are compulsory, depending on the number of employees in pharmacies and taking into account the specificity of their activities have been considered. The guarantees of the state on labor protection in pharmacies, conditions of safe work that are necessary for performance, rest, social benefits provision have been determined.

Key words: labor protection, pharmacies, safe working conditions, employees of pharmaceutical institutions, employers, labor protection service.

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Recommended by Doctor of Pharmacy, professor I. V. Pestun

UDC 615.225.2:616.831-005.1:339.371.2(477)

THE STUDY OF DEVELOPMENT TRENDS OF THE PHARMACEUTICAL MARKET OF NEUROPROTECTIVE DRUGS IN UKRAINE

A. A. Kotvitska, I. O. Lobova

National University of Pharmacy, Kharkiv. E-mail: socpharm@ukr.net

The main trends in development of the pharmaceutical market of drugs with the neuroprotective action in Ukraine over the past five years have been studied in the article. The analysis of indicators in sales volume of drugs with the neuroprotective action in natural units and monetary value has been also conducted. An important aspect of the work is to determine the ratio of consumption of neuroprotective drugs of domestic and foreign production within each pharmacotherapeutic group of medicines.

Key words: pharmaceutical market of Ukraine, neuroprotective drugs, ischemic stroke, sales volume.

Statement of the problem. A rapid development of the pharmaceutical market and appearance of new methods and regimens of pharmacotherapy on the one hand, and the growth of cerebrovascular pathology on the other hand, determine the necessity of the rational choice of drugs. Estimation of the sales leaders of drugs in each of the segments at pharmaceutical market, comparison with the structure of disease prevalence in Ukraine, the standards of treatment and the information concerning their proven efficiency provide the possibility to estimate the rationality of prescribing a drug under conditions of a certain nosology. Under the conditions of limited funding of the healthcare system of many countries in the world besides the

rationality estimation it is important to take into consideration the economical aspects of medical technologies [2, 3].

Analysis of recent research and publications. The importance of the problem of acute cerebral vascular disease, including ischemic stroke (IS), leads to a considerable interest of domestic and foreign scientists to search for ways of the rational pharmacotherapy of this disease, and improve pharmaceutical provision of patients with IS. It should be mentioned that an important role in treatment of IS belongs to neuroprotective drugs (ND), which diminish brain damage, as well as prevent the brain necrosis after an acute ischemia [4, 6].

Despite the current publications the studies of the dynamics of the ND market development have not been carried out, therefore, there is the relevance and need for further development in this direction.

A. A. Kotvitska – Doctor of Pharmacy, professor,
First Vice-rector for academic work of National University
of Pharmacy (Kharkiv)

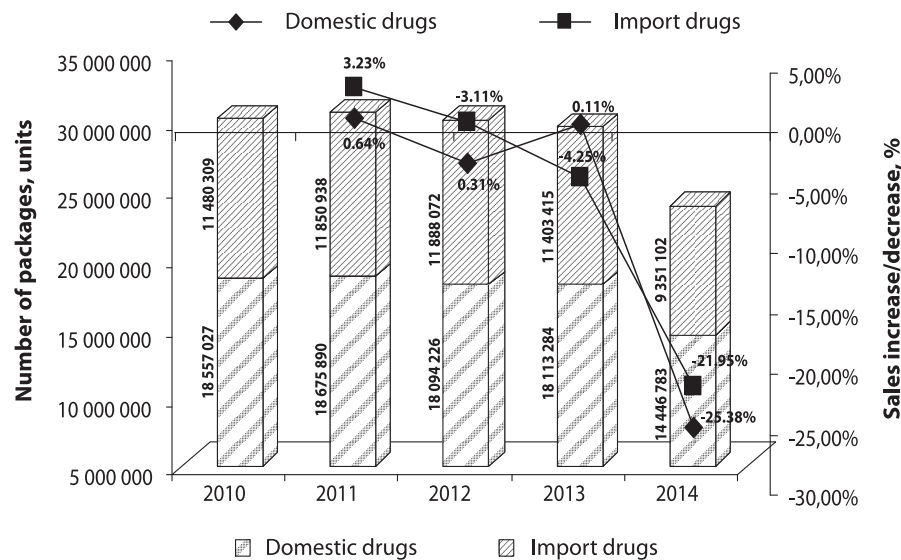


Fig. 1. The sales dynamics of the ND pharmaceutical market in natural units in 2010–2014 (taking into account increase and decrease of their sales rates)

Identification of aspects of the problem unsolved previously. Increasing the availability and improving the quality of pharmaceutical provision relate to the priorities of the healthcare sector. In this regard, the recent emphasis on scientific ground, development and implementation of measures aimed at optimizing the pharmaceutical care of patients with the most common pathologies, including IS, are of interest. Among the main issues that require urgent solutions the problem of prediction of the drug use occupies a leading position. Today determination of market trends of ND is of great importance because it allows to use the objective data while taking reasonable administrative and legislative solutions for improving the regulation of the pharmaceutical market of Ukraine, and also provides the efficient use of the limited resources of health and decision-making on investments in production.

Objective statement of the article. With the purpose of determination of features and tendencies of the Ukrainian population consumption of ND used for treating ICS the analysis of indicators in sales volume of the drugs mentioned in natural units and monetary value has been conducted.

Presentation of the main material of the research. Among factors forming the pharmaceutical market of Ukraine there are its structural changes and general dynamics (a budgetary funding dynamics of the healthcare devel-

opment is especially important); the presence and implementation of the government and international programs of health protection; development trends in the demographic situation in Ukraine; tendencies in changing the average cost of packing drugs of domestic and foreign production; the purchasing power of the population and the inflation impact on the drug sales volumes; tendencies of drug sales changes in groups [1, 5].

Based on the research results the Ukrainian pharmaceutical market of ND is almost 40% dependent on foreign producers and does not provide the needs of the population as an independent state in drugs in accordance with recommendations of the Ministry of Public Health (Fig. 1). An insignificant part of domestic products also draws attention in its cost measuring at the market of ND, which is about 35% (Fig. 2). Such a tendency, in our opinion, is caused by the fact that domestic industry is concentrated on the production of drugs in the lower price assortment.

The ND market of Ukraine mostly includes 4 pharmacological groups: A – “Alimentary tract and metabolism”, B – “Blood and blood forming organs”, C – “Cardiovascular system”, N – “Nervous system”. The research conducted showed that the Ukrainian ND market sales volume in 2014 was 1.89 billion Ukrainian Hryvnias (UAH) for 23 797 886 packages, it increased by 22.22% in monetary value compared to 2010 and significantly decreased (by 26.22%) in natural units.

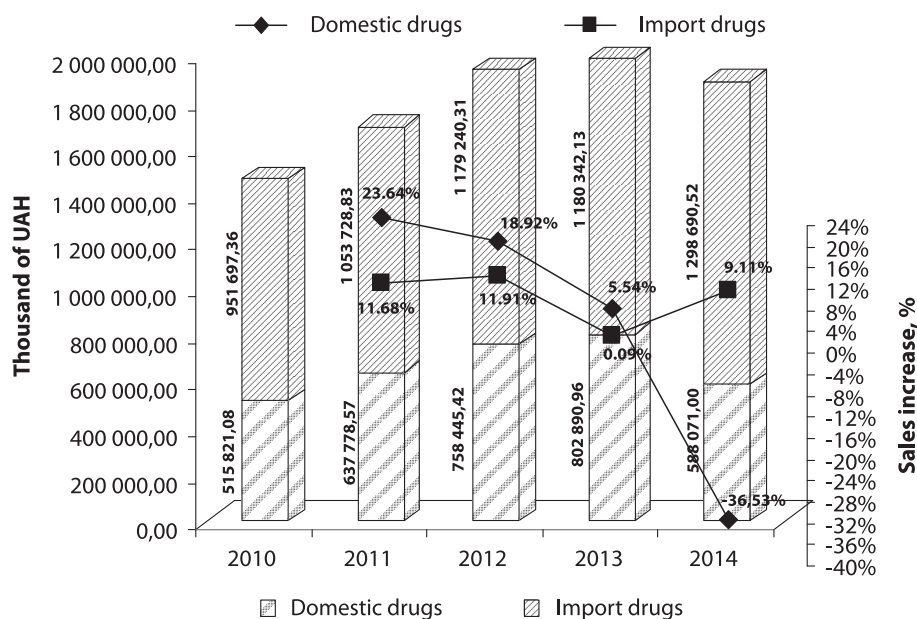


Fig. 2. The sales dynamics of the ND pharmaceutical market in monetary value in 2010–2014 (taking into account the growth of their sales rates)

It should be noted that in 2014 a part of domestic drugs in the total ND sales in natural units decreased by 28.45% compared to 2010. The specific gravity of sales rates of import drugs for the period studied demonstrates the similar tendency. So, the rates mentioned decreased by 22.77%.

A different trend is observed in monetary indicators. In 2010–2014 the ND market in monetary value demonstrated the increase of sales rates of domestic drugs by 12.29%, foreign drugs – by 26.72%.

However, in spite of the gradual increase of sales rates of domestic ND, unfortunately, the pharmaceutical market remains dependent on the import.

During analysis of the pharmacotherapeutic structure of the ND consumption it has been found that the most extensive cluster is “Nervous system”, which in 2014 was 35.93% of the sales rates of the group studied in natural units, and 30.12% – in monetary value (Table 1).

The next stage of our research was the ND sales analysis within the groups of ATC-classification.

Based on the results of the ND consumption analysis of the pharmacotherapeutic group A it has been found that every year the sales volume of drugs increases. According to the results of 2014 this index was 708.42 million UAH for 4 995 891 packages with the growth rates

of 24.43% in monetary value and insignificant decrease (by 4.29%) in natural units compared to 2010.

The similar positive tendency of the ND sales increase of the segment mentioned is observed both for drugs of domestic and foreign production. Thus, the number of packages of domestic drugs sold considerably increased in 2014 in comparison with the previous periods – from 414 452 in 2010 to 1 548 500 in 2014 (by 73.24%), import drugs decreased from 4 794 567 in 2010 to 3 447 391 in 2014 (by 39.08%).

According to the results of sales in 2014 in this segment there is increase of consumption in monetary units by 70.63% for domestic drugs and by 14.41% for import ones.

The values of the ND sales of the pharmacotherapeutic group A are illustrated in Fig. 3 and Fig. 4.

Generally, dynamics of the ND sales in the pharmacotherapeutic group A “Alimentary tract and metabolism” in natural units for all subgroups of the segment is positive. Most drugs used were *vitamin B₁ in combination with vitamin B₆ and/or vitamin B₁₂*. Their assortment is greater in comparison with other ND subgroups. Thus, the number of the packages sold in this subgroup of drugs increased by 6.85% within the period studied.

According to the sales rates in monetary value *actovegin* is the leader of the given ND

Table 1

**DYNAMICS OF THE ND SALES IN PHARMACOTHERAPEUTIC GROUPS
IN NATURAL UNITS AND MONETARY VALUE IN 2010-2014**

Year	Sales amount, mln. packages	Part in general sales of the group, %	Sales increase, %	Sales, mln. UAH	Part in general sales of the group, %	Sales increase, %
A – "Alimentary tract and metabolism"						
2010	5.21	17.34	19.92	465.11	36.48	15.10
2011	5.67	18.59	8.93	535.36	36.16	14.24
2012	6.05	20.18	6.61	611.60	36.00	14.06
2013	6.56	22.28	8.71	697.57	37.35	6.18
2014	5.00	20.99	-31.63	708.42	37.55	-4.55
B – "Blood and blood forming organs"						
2010	2.66	8.86	-13.23	1.84	1.00	-10.64
2011	3.05	9.99	14.59	2.16	1.02	17.33
2012	3.74	12.46	22.44	2.83	1.17	30.91
2013	2.22	7.52	-40.60	15.79	0.80	-30.12
2014	2.14	9.00	-3.60	19.20	1.02	17.77
C – "Cardiovascular system"						
2010	10.94	36.43	-7.13	56.22	30.62	16.01
2011	10.96	35.89	0.12	64.32	30.39	14.41
2012	9.57	31.93	-12.61	73.14	30.17	13.72
2013	10.02	33.93	4.60	62.05	31.29	6.13
2014	8.11	34.08	-23.49	46.95	24.88	-32.17
N – "Nervous system"						
2010	11.22	37.36	-3.52	58.56	31.90	16.38
2011	10.85	35.53	-3.37	68.63	32.43	17.19
2012	10.62	35.43	-2.05	79.18	32.66	15.37
2013	10.71	36.27	0.79	60.63	30.57	-4.20
2014	8.55	35.93	-25.22	68.97	36.55	12.09

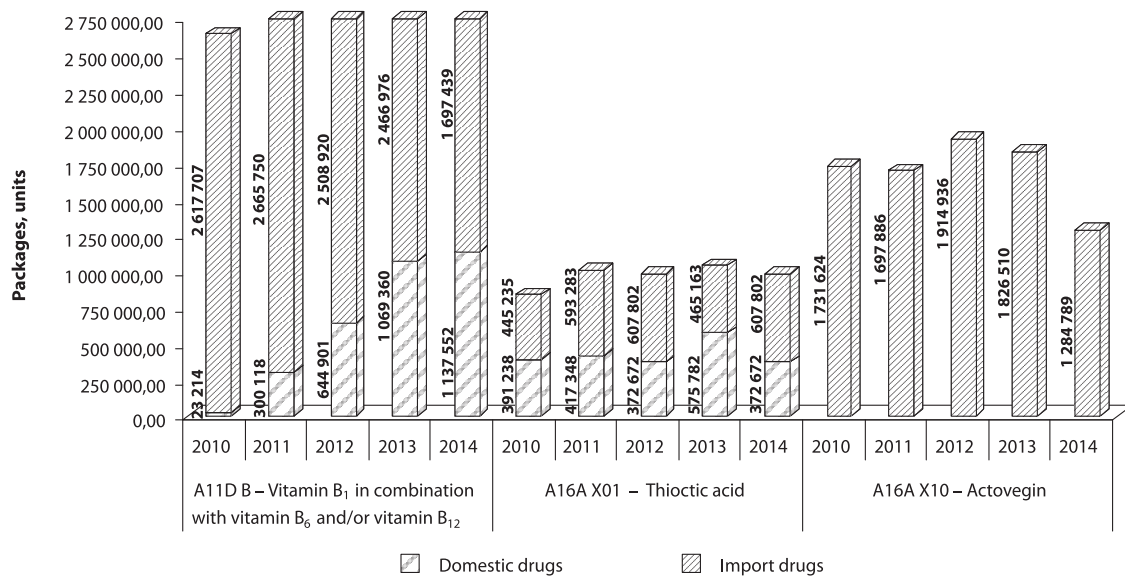


Fig. 3. Dynamics of the ND sales of the pharmacotherapeutic group A in monetary value in 2010-2014

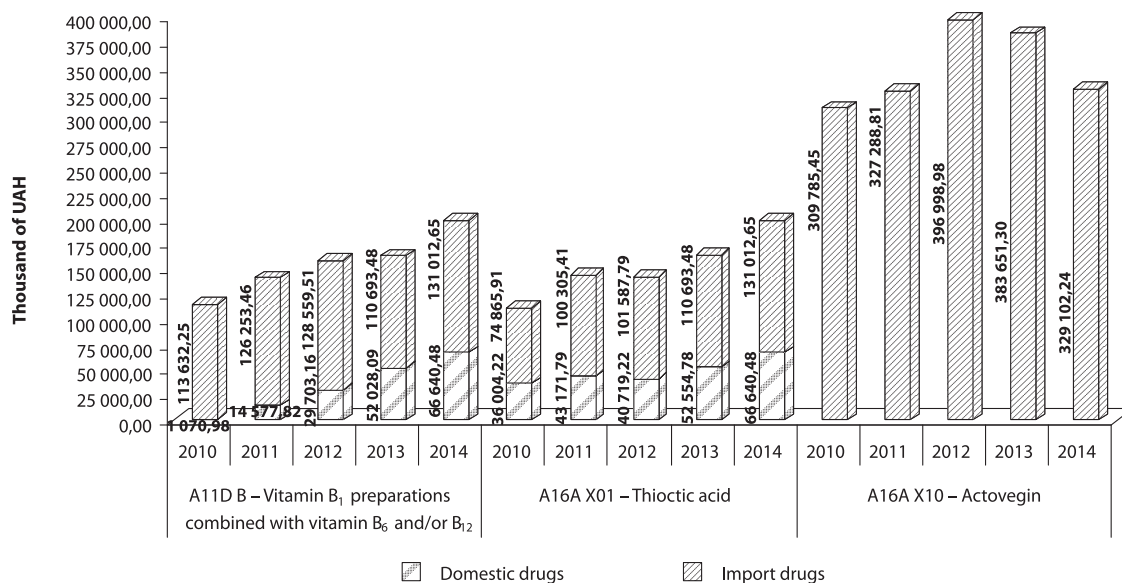


Fig. 4. Dynamics of the ND sales of the pharmacotherapeutic group A in natural units in 2010-2014

segment. Its consumption increased by 5.87% in 2014 compared to 2010.

It should be noted that in 2010-2014 at the pharmaceutical market of Ukraine the drug range for *actovegin* and *vitamin B₁ in combination with vitamin B₆ and / or vitamin B₁₂* formed due to import drugs.

Analysis of the ND consumption in the pharmacotherapeutic group B “Blood and blood forming organs” has shown that import drugs are not presented in the ND nomenclature at the Ukrainian pharmaceutical market (Fig. 5, Fig. 6).

It has been found that this segment is characterized by small sales amounts both in monetary value and natural units compared to other ND groups.

Generally, for this group in 2014 the decrease in consumption in natural units and monetary

value was observed. For example, the sales of *magnesium sulphate* in 2014 totaled 19.20 million UAH in monetary value and 2 141 775 packages in natural units, decreased by 24.31% and 23.38%, respectively, compared to 2010.

The next stage of the analysis carried out was to investigate the sales of ND in the pharmacotherapeutic group C “Cardiovascular system”. It has been found that domestic drugs provide prevailing sales in natural units in this segment – almost 60%. In addition, there is the increase in sales of domestic drugs in monetary value by 39.89% in 2014 compared to 2010. It should be noted that the increase in sales of import drugs in monetary value for 2010-2014 was 60.49% (Table 2).

The analysis showed that in monetary value the growth rates over the period under study

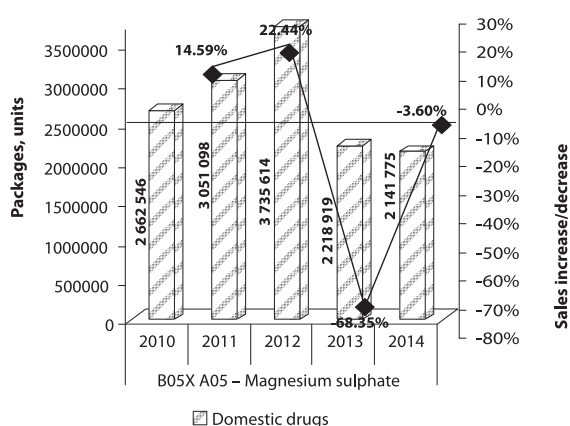


Fig. 5. Dynamics of the ND sales in the pharmacotherapeutic group B in natural units in 2010-2014

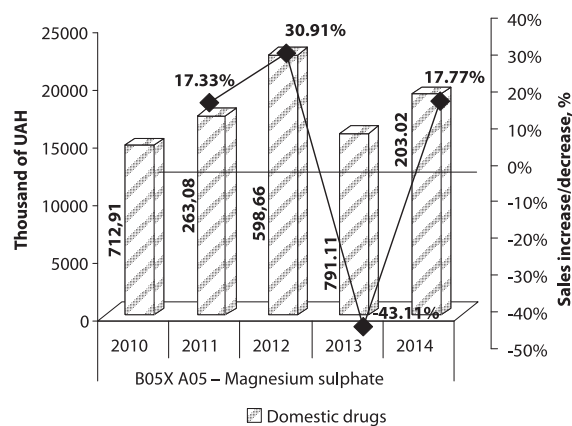


Fig. 6. Dynamics of the ND sales in the pharmacotherapeutic group B in monetary value in 2010-2014

Table 2

**DYNAMICS OF THE ND SALES IN PHARMACOTHERAPEUTIC SUBGROUPS
IN NATURAL UNITS AND MONETARY VALUE IN 2010-2014**

Pharmacotherapeutic subgroup	Sales in packages, units		Sales growth, %	Sales in thousands of UAH		Sales growth, %	
	2010	2014		2010	2014		
<i>Inosine</i> (C01E B14)	DD*	3 007 600	2 013 528	-49.37	16 719.02	16 824.84	0.63
	ID**	30 956	8 262	-274.68	156.73	49.59	-216.05
	Total	3 038 556	2 021 791	-50.29	16 875.75	16 874.43	-0.008
<i>Mildronate</i> (C01E B20)	DD*	1 745 641	935 391	-86.62	230 798.57	49 108.37	-369.98
	ID**	42 579	888 587	95.21	1 986.12	120 974.80	98.36
	Total	1 788 220	1 823 978	1.96	232 784.68	170 083.17	-36.87
<i>Thiotriazolin</i> (C01E B23)	DD*	3 275 819	1 694 756	-93.29	101 777.00	149 293.95	31.83
	ID**	-	-	-	-	-	-
	Total	3 275 819	1 694 756	-93.29	101 777.00	149 293.95	31.83
<i>Pentoxifylline</i> (C04A D03)	DD*	1 599 375	1 789 227	10.61	17 928.49	41 876.78	57.19
	ID**	674 210	259 867	-159.44	30 107.21	22 398.56	-34.42
	Total	2 273 584	2 049 094	-10.96	48 035.70	64 275.34	25.27
<i>Nicergoline</i> (C04A E02)	DD*	64 586	124 980	48.32	1 483.97	8 335.28	82.20
	ID**	375 636	301 287	-24.68	39 215.95	50 748.85	22.72
	Total	440 222	426 267	-3.27	40 699.93	59 084.12	31.12
<i>Naftidrofuryl</i> (C04A X21)	DD*	-	-	-	-	-	-
	ID**	97 125	72 190	-34.54	4 541.17	5 537.95	17.20
	Total	97 125	72 190	-34.54	4 541.17	5 537.95	17.20
<i>Nimodipine</i> (C08C A06)	DD*	1 243	1 015	-22.46	62.64	67.47	7.16
	ID**	27 553	20 256	-36.02	4 572.22	4 244.52	-7.72
	Total	28 796	21 271	-35.38	4 634.87	4 311.99	-7.49

Notes: * DD – domestic drugs; ** ID – Import drugs.

increased, however, there was a significant negative shift of the ND sales of this group in natural units. Thus, for domestic products there was decrease in sales by 47.80% in 2014 compared to 2010, for foreign drugs there was increase by 19.50% (Table 2).

The analysis has shown that the demand for ND of the pharmacotherapeutic group C, which includes seven subgroups, for the period of 2010-2014 in natural units is higher in subgroups of *inosine* and *pentoxifylline* (Table 2). However, there is a negative trend of decreasing sales of *inosine* and *pentoxifylline* over this period by 50.29% and 10.96%, respectively.

Annually NDs of *mildronate* subgroups are characterized by the positive sales dynamics in natural units, its sales indicators in 2010-2014 increased by 1.96%.

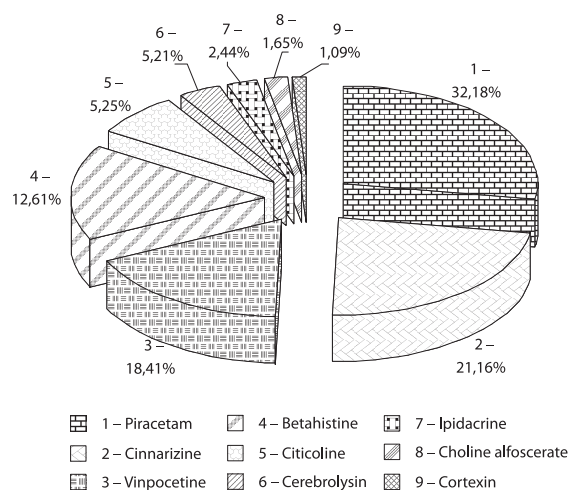
The subgroups of *nicergoline*, *naftidrofuryl* and *nimodipine* are characterized by small sales amounts compared to other ND subgroups in this segment.

The leading ND of the pharmacotherapeutic group C in terms of sales in monetary value each year of the period analyzed is *mildronate*. Its consumption decreased by 36.87% in 2014 compared to 2010 (Table 2).

The range of the pharmacotherapeutic group N “Nervous system” is presented by 9 INN: *piracetam*, *citicoline*, *vinpocetine*, *cortexin*, *cerebrolysin*, *ipidacrine*, *choline alfoscerate*, *beta-histine* and *cinnarizine*. The ratio of sales of these drugs assessed in monetary and natural indicators are presented in Fig. 7 and Fig. 8, respectively.

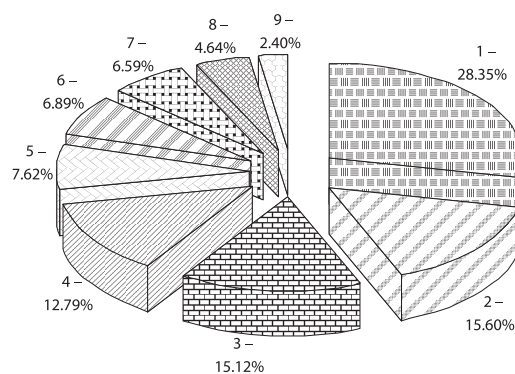
As it is seen from these figures, the leaders in sales in monetary value are *citicoline*, *beta-histine* and *cerebrolysin*, their proportion of marketing is 28.35%, 15.60% and 15.12% of the total market size for ND of the pharmacotherapeutic group N, respectively.

Demand for ND of the pharmacotherapeutic group N in natural units is higher in subgroups of *piracetam* (27.53%) and *cinnarizine* (22.93%),



1 – Piracetam 4 – Betahistine 7 – Ipidacrine
 2 – Cinnarizine 5 – Citicoline 8 – Choline alfoscerate
 3 – Vinpocetine 6 – Cerebrolysin 9 – Cortexin

Fig. 7. The ND sales volume in the pharmacotherapeutic group N in natural units in 2014



1 – Citicoline 4 – Vinpocetine 7 – Choline alfoscerate
 2 – Betahistine 5 – Ipidacrine 8 – Cortexin
 3 – Cerebrolysin 6 – Piracetam 9 – Cinnarizine

Fig. 8. The ND sales volume in the pharmacotherapeutic group N in monetary value in 2014

and it may be explained by the widest range of these drugs in Ukraine.

The next stage of the analysis was to study the dynamics of sales of the most promising ND in the pharmacotherapeutic group under research. The sales indicators of these drugs in this segment are presented in Fig. 9 and Fig. 10.

According to the results of the analysis it has been determined that ND under research had rather stable sales indicators in 2010-2014 in both natural units and monetary value (Fig. 9, Fig. 10). The leader of the ND segment by sales indicators both in monetary value and in natural units was *citicoline*, its consumption increased by 41.98% and 31.88%, respectively, in 2014 compared to 2010. It should be noted that the increase in sales rates of domestic drugs of the *citicoline* subgroup for the period

studied in natural units was 78.11%, import drugs – 2.67%. However, in monetary value the consumption of domestic drugs increased by 79.99%, while import drugs – by 25.45%.

For drugs of the *cerebrolysin* subgroup a positive trend in sales in monetary value was observed – 6.63%. At the same time the consumption of *cerebrolysin* in natural units decreased by 50.63% in 2014 compared to 2010. It should be noted that in 2010 and 2014 the drug range of the *cerebrolysin* subgroup at the Ukrainian pharmaceutical market was formed mainly due to import drugs. It has been also found that the consumption of import drugs in this segment in monetary value for the period of 2010-2014 is characterized by a slight increase by 6.84%. But in natural units the consumption of import drugs decreased by 36.87%. This happened primarily due to the expansion of the range of do-

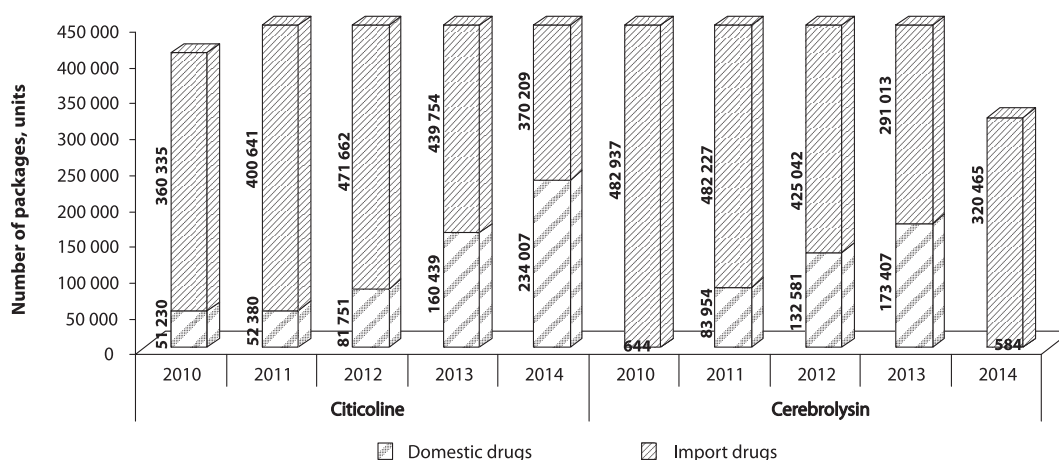


Fig. 9. Dynamics of the ND sales for the pharmacotherapeutic group N in natural units in 2010-2014

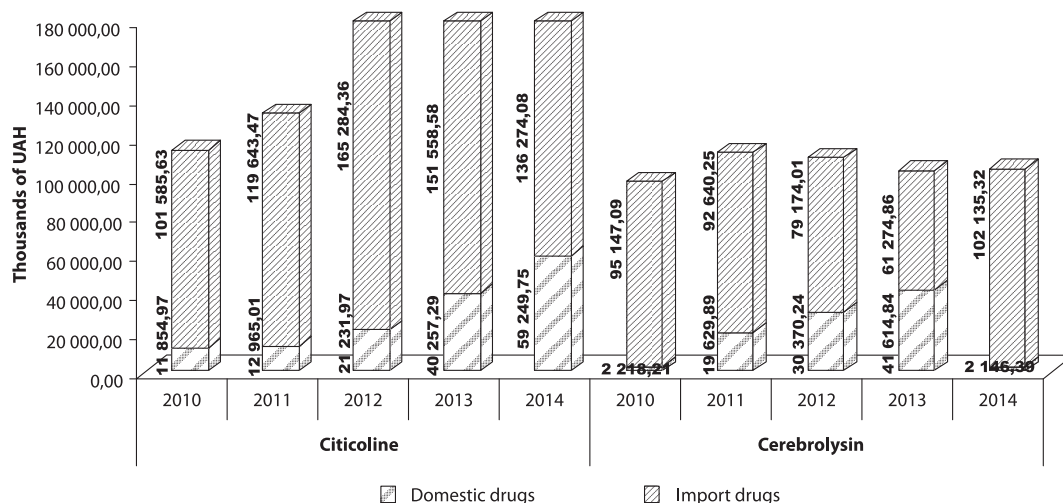


Fig. 10. Dynamics of the ND sales for the pharmacotherapeutic group N in monetary value in 2010-2014

mestic generic drugs by means of foreign medicines at the pharmaceutical market of Ukraine. Thus, these data indicate that the demand for ND of the *cerebrolysin* subgroup within the period studied has shown a stable dynamics, however, there is an increase in the drug consumption of the *citicoline* subgroup.

Conclusions

The research has shown that the volume of the Ukrainian ND market in 2014 was 1.89 billion UAH for 23 797 886 packages, it increased compared to 2010 by 22.22% in monetary value and decreased by 62.22% in natural units.

The analysis of the ND consumption of the pharmacotherapeutic group A has revealed that drug sales increase every year. According to the results of 2014 this figure was 708.42 million UAH for 4 995 891 packages with the growth rates by 24.43% in monetary value and an insignificant decrease (by 4.29%) in natural units compared to 2010.

It has been found that the ND sales for the pharmacotherapeutic group B within 2014 totaled 19.20 million UAH in monetary value and 2 141 775 packages in natural units, and decreased by 24.31% and 23.38%, respectively, compared to 2010.

According to our data it has been determined that domestic products provide the prevailing sales in natural units – nearly 60% in the pharmacotherapeutic group C segment. In addition, there is the increase in sales of domestic drugs in monetary value by 39.89% in 2014 compared to 2010. It should be noted that the increase in sales of import drugs in mon-

etary value for 2010-2014 was 60.49%. However, significant negative changes of the ND sales dynamics of this group are observed. Thus, for domestic drugs there is the decrease in sales in natural units by 47.80% in 2014 compared to 2010, for foreign drugs – by 19.50%.

Ranking of ND of the pharmacotherapeutic group N presented at the pharmaceutical market of Ukraine indicates that the leaders by the sales volumes in monetary value are *citicoline*, *betahistine* and *cerebrolysin* subgroups, their the proportion of marketing in the total market size of this segment is 28.35%, 15.60% and 15.12%, respectively. However, the ND demand for this group in natural units is higher in subgroups of *piracetam* (27.53%) and *cin-narizine* (22.93%), and it can be explained by the widest range of these drugs in Ukraine.

REFERENCES

1. Живодерников Є. Фармацевтичний ринок України – 2013: аналітичний прогноз / Є. Живодерников // Фармацевтичний кур'єр. – 2013. – № 1. – С. 48–55.
2. Котвіцька А. А. Оцінка епідеміологічного стану судинно-мозкових захворювань серед населення України та шляхи його покращення / А. А. Котвіцька, І. О. Лобова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – № 2 (28). – С. 74–80.
3. Мнушко З. М. Сегментування споживачів лікарських засобів ноотропної дії / З. М. Мнушко, Є. О. Кондакова // Клінічна фармація. – 2006. – Т. 10, № 3. – С. 35–40.

4. Островая Т. В. Церебропротекция в аспекте доказательной медицины / Т. В. Островая, В. И. Черный // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 2 (9). – С. 48–52.
5. Черкасова Н. Ю. Анализ рынка лекарственных средств для лечения дисменореи / Н. Ю. Черкасова, А. В. Фомина, О. В. Филиппова // Фармакоэкономика. – 2013. – Т. 6, № 3. – С. 36–40.
6. Kotvitska A. A. Marketing researches of market of medications of neuroprotective action in Ukraine / A. A. Kotvitska, I. O. Lobova // Acta facultatis universitatis comenianaе. – 2013. – LX (1). – P. 15-20.
2. Kotvitska AA, Lobova IO. Assessment of the epidemiological situation of cerebral vascular diseases among the population of Ukraine and ways of its improvement. *Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii*. 2013; 2 (28): 74-80.
3. Mnushko ZM, Kondakova IeO. *Klinichna farmatsiia*. 2006; 10 (3): 35–40.
4. Ostrovaya TV, Cherniy VI. *Medicina neotlozhnyh sostoyaniy*. 2007; 2(9): 48-52.
5. Cherkasova NYu, Fomina AV, Filippova OV. *Analiz ryinka lekarstvennyih sredstv dlya lecheniya dismenorei*. *Farmakoekonomika*. 2013; 6. (3): 36–40.
6. Kotvitska AA, Lobova IO. Marketing researches of the market of medications with the neuroprotective action in Ukraine. *Acta facultatis universitatis comenianaе*. 2013; LX (1): 15-20.

REFERENCES

1. Zhyvodernykov Ie. *Farmatsevychnyi Kurier*. 2013; 1: 48-55.

УДК 615.225.2:616.831-005.1:339.371.2(477)

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В УКРАИНЕ

А. А. Котвицкая, И. А. Лобова

В статье исследованы основные тенденции развития фармацевтического рынка лекарственных средств нейропротекторного действия в Украине за последние пять лет. Также проведен анализ показателей объемов продаж лекарственных средств нейропротекторного действия в натуральном и денежном выражении. Важным аспектом работы является определение соотношения объемов потребления нейропротекторных лекарственных средств отечественного и иностранного производства в пределах каждой фармакотерапевтической группы препаратов нейропротекторного действия.

Ключевые слова: фармацевтический рынок Украины, нейропротекторные лекарственные средства, ишемический инсульт, объем продаж.

УДК 615.225.2:616.831-005.1:339.371.2(477)

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НЕЙРОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ

А. А. Котвіцька, І. О. Лобова

У статті досліджено основні тенденції розвитку фармацевтичного ринку лікарських засобів нейропротекторної дії в Україні за останні п'ять років. Також проведено аналіз показників обсягів продажу лікарських засобів нейропротекторної дії в натуральному і грошовому вираженні. Важливим аспектом роботи є визначення співвідношення обсягів споживання НЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва в межах кожної фармакотерапевтичної групи препаратів нейропротекторної дії.

Ключові слова: фармацевтичний ринок України, нейропротекторні лікарські засоби, ішемічний інсульт, обсяг продажів.

Рекомендовано д. фарм. н., професором О. Я. Міщенко

УДК 615.1 : 338.583 : 616.61-008.64-036.1 : 616.381-089.819]-047.36

МОНІТОРИНГ ВАРТОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

О. В. Гетало, О. С. Яковлева

Запорізький державний медичний університет. E-mail: olgagetalo@i.ua

У статті наведені результати моніторингу вартості застосування засобів для перитонеального діалізу в лікуванні хворих на хронічну хворобу нирок. Станом на вересень 2015 р. за даними реєстру оптово-відпускних цін на лікарські засоби розраховані показники вартості проведення постійного та автоматизованого (інтермітуючого, циклерасоційованого і приливного) перитонеального діалізу. Встановлено, що найбільші витрати при наданні діалітичної допомоги припадають на приливний перитонеальний діаліз. Враховуючи значні витрати на надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим нефрологічного профілю, проблема забезпечення її доступності у вітчизняній охороні здоров'я має вирішуватись за комплексом напрямків. Одним із зазначених напрямків є розробка та упровадження механізмів відшкодування витрат центрам гемодіалізу за надані послуги з лікування хворих за рахунок державного і місцевих бюджетів.

Ключові слова: моніторинг, вартість діалітичної допомоги, перитонеальний діаліз, відшкодування вартості ліків.

Постанова проблеми. Поширеність хронічної хвороби нирок (ХХН) V ст. в Україні тільки за останні 5 років збільшилася в 1,5 рази (з 9,7 до 14,8 на 100 тис. населення). Щорічна кількість хворих, що виявляються вперше з термінальною хронічною нирковою недостатністю, перевищує 1200 осіб. Однак усі види нирковозамісної терапії є дорогими способами лікування, їх використання пов'язано зі значними фінансовими витратами системи охорони здоров'я й залежить від економічних можливостей країни [2, 3, 5, 7].

Наразі в Україні на листку очікування знаходиться значна кількість хворих на ХХН, які потребують діалітичної терапії. У зв'язку з цим передбачається збільшення запланованих обсягів кількості пацієнтів (до 2 тис. осіб щороку), лікування яких здійснюється методом перитонеального діалізу (ПД).

О. В. Гетало – кандидат фарм. наук, доцент кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ ФПО Запорізького державного медичного університету

За цих обставин забезпечення доступності життєзберігального якісного діалітичного лікування таких хворих набуває особливої актуальності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

За даними Національного реєстру хворих на ХХН, у 2013-2014 рр. лікування методами замісної ниркової терапії отримали відповідно 81,6 і 84 % пацієнтів, які його потребували.

За цей час використання коштів державного бюджету здійснювалось в умовах недосконалого нормативно-правового забезпечення і супроводжувалося організаційними недоліками, що призвело до неефективного управління коштами та невиконання результативних показників бюджетної програми за цим напрямом.

Відповідно до результатів аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2013–2014 рр. і I півріччі 2015 р. для надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю із засто-

суванням замісної ниркової терапії, в Україні не забезпечено належних умов для доступного медичного обслуговування зазначеної категорії хворих. Незважаючи на цільове спрямування бюджетних коштів на закупівлю лікарських засобів (ЛЗ) і витратних матеріалів для проведення гемодіалізу, рівень смертності серед осіб, які отримували діалізну терапію у 2014 р., підвищився і становив 9,3 % проти 8,2 % у 2013 р. [2, 8].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. На сьогодні в Україні практично не розроблено механізму відшкодування витрат за надані послуги хворим на ХХН приватним центрам гемодіалізу за рахунок державного та місцевих бюджетів. Також практично відсутні змістовні дані щодо розрахунків і планування видатків на надання медичної та фармацевтичної допомоги цій категорії хворих.

Результати проведених досліджень дозволять спрогнозувати показники відшкодування витрат на надання діалізної допомоги, розробити фінансово-економічні механізми диверсифікації джерел фінансування, планувати та контролювати витрати на надання медичної та фармацевтичної допомоги, виявити шляхи економії ресурсів лікування хворих на ХХН.

Формулювання цілей статті. Головна мета досліджень полягала у визначенні показників вартості застосування засобів для ПД у хворих на ХХН відповідно до режимів його проведення.

Викладення основного матеріалу дослідження. Надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ХХН є невід'ємною складовою медичних програм як у розвинутих, так і в країнах, що розвиваються, та потребує значних фінансових витрат, пов'язаних із загальним менеджментом.

В Україні ПД упроваджений в нефрологічну практику протягом останнього десятиліття. В умовах обмеженого фінансування вітчизняних закладів охорони здоров'я ПД має важливу економічну перевагу, пов'язану з тим, що його організація не потребує капітальних вкладень, необхідних для організації додаткових діалізних місць. Особливо актуальною ця перевага ПД є для

жителів невеликих міст, селищ і сіл і у цілому для територій з низькою щільністю населення, які переважають в Україні, де організація центрів гемодіалізу проблематична. ПД поряд з трансплантацією нирки є оптимальним методом замісної ниркової терапії для цих категорій населення. Сучасний рівень забезпеченості ПД в Україні становить 1,5 на 100 тис. населення і ще залишається істотно нижчим від реальної потреби в ньому [7].

У вітчизняній нефрологічній практиці найбільш часто призначається постійний амбулаторний ПД (ПАПД). Із 2012 року використовується автоматизований ПД. Відповідно до типу перебігу хвороби та стану хворого застосовують основні варіанти автоматизованого ПД, а саме: інтермітуючий (ІПД), циклерасоційований (ЦПД) і приливний (ППД).

Для аналізу показників вартості застосування засобів для ПД у хворих на ХХН використовувалися протоколи надання допомоги, затверджені МОЗ України, а саме наказ МОЗ України від 11.05.2011 р. № 280/44 «Про затвердження стандарту та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «нефрологія». Оскільки основні варіанти проведення ПД відрізняються кількістю діалізату, циклів його обміну на добу, їх тривалістю, також були враховані кількісні показники, які регламентує «Адаптована клінічна настанова з кращої практики ведення гемодіалізу» (2011). Вартісні показники застосування засобів для ПД розраховані для проведення сеансів діалізу одному хворому, зважаючи на особливості їх постачання, а саме: на 14 днів, на один місяць, на один рік. У розрахунках були використані дані реєстру оптово-відпускних цін на ЛЗ станом на 15.09.2015 р. і врахована торговельна (роздрібна) націнка 10%. За результатами розрахунків були виділені засоби для ПД з найбільшими та найменшими показниками вартості. Результати досліджень наведені у табл. 1-4.

За результатами розрахунків встановлено, що серед препаратів для ПД для довічного застосування у хворих на ХХН найбільш високовартісним є «Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл»

Таблиця 1

ВАРТІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПАПД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХХН

Торговельна назва засобу для ПД	Вартість засобів для ПД, тис. грн		
	на 14 днів	на місяць	на рік
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл	34,5	73,9	898,9
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 2,27% м/об/22,7 мг/мл	21,3	45,6	555,1
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 3,86 % м/об/38,6 мг/мл	21,3	45,6	555,1
КАПД 2	12,0	25,8	313,8
КАПД 3	12,0	25,8	313,8
КАПД 4	12,0	25,8	313,8
Нутриніл ПД4 із 1,1 % вмістом амінокислот	9,9	21,1	256,9
Екстраніл	8,3	17,7	215,3
Діавітек ПД 1,5 %	5,7	12,1	147,6
Діавітек ПД 2,5 %	5,7	12,1	147,6
Діавітек ПД 4,25 %	5,7	12,1	147,6

Таблиця 2

ВАРТІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЦПД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХХН

Торговельна назва засобу для ПД	Вартість засобів для ПД, тис. грн		
	на 14 днів	на місяць	на рік
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл	43,1	92,4	1123,7
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 2,27% м/об/22,7 мг/мл	26,6	57,0	693,9
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 3,86 % м/об/38,6 мг/мл	26,6	57,0	693,9
КАПД 2	15,0	32,2	392,2
КАПД 3	15,0	32,2	392,2
КАПД 4	15,0	32,2	392,2
Нутриніл ПД4 із 1,1 % вмістом амінокислот	12,3	26,4	321,1
Екстраніл	10,3	22,1	269,1
Діавітек ПД 1,5 %	7,1	15,2	184,5
Діавітек ПД 2,5 %	7,1	15,2	184,5
Діавітек ПД 4,25 %	7,1	15,2	184,5

Таблиця 3

ВАРТІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІПД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХХН

Торговельна назва засобу для ПД	Вартість засобів для ПД, тис. грн		
	на 14 днів	на місяць	на рік
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл	60,3	129,3	1573,1
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 2,27% м/об/22,7 мг/мл	37,3	79,8	971,4
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 3,86 % м/об/38,6 мг/мл	37,3	79,8	971,4
КАПД 2	21,1	45,1	549,1
КАПД 3	21,1	45,1	549,1
КАПД 4	21,1	45,1	549,1
Нутриніл ПД4 із 1,1 % вмістом амінокислот	17,2	37,0	449,6
Екстраніл	14,5	31,0	376,8
Діавітек ПД 1,5 %	9,9	21,2	258,3
Діавітек ПД 2,5 %	9,9	21,2	258,3
Діавітек ПД 4,25 %	9,9	21,2	258,3

Таблиця 4

ВАРТІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ППД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХХН

Торговельна назва засобу для ПД	Вартість засобів для ПД		
	на 14 днів	на місяць	на рік
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл	120,7	258,6	3146,2
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 2,27% м/об/22,7 мг/мл	74,5	159,7	1942,9
Діаніл ПД 4 із вмістом глюкози 3,86 % м/об/38,6 мг/мл	74,5	159,7	1942,9
КАПД 2	42,1	90,3	1098,2
КАПД 3	42,1	90,3	1098,2
КАПД 4	42,1	90,3	1098,2
Нутриніл ПД4 із 1,1 % вмістом амінокислот	34,5	73,9	899,2
Екстраніл	28,9	61,9	753,6
Діавітек ПД 1,5 %	19,8	42,5	516,6
Діавітек ПД 2,5 %	19,8	42,5	516,6
Діавітек ПД 4,25 %	19,8	42,5	516,6

(120,7 тис. грн, 258,6 тис. грн, 3146,2 тис. грн на 14 днів, на місяць, на один рік відповідно) для проведення ППД; найменш вартісним – «Діавітек ПД 1,5, 2,5 або 4,25 %» (5,7 тис. грн, 12,1 тис. грн, 147,6 тис. грн на 14 днів, на місяць, на один рік відповідно) для проведення ПАПД.

Для проведення сеансів ПД, залежно від його варіанта, на одного хворого на ХХН у середньому необхідно витратити 13,5 тис. грн, 28,9 тис. грн, 351,41 тис. грн на 14 днів, на місяць, на один рік відповідно методом ПАПД; 16,8 тис. грн, 36,1 тис. грн, 439,3 тис. грн – методом ЦПД; 23,6 тис. грн, 50,5 тис. грн, 615,0 тис. грн – методом ІПД; 47,2 тис. грн, 101,1 тис. грн, 1230,0 тис. грн – методом ППД.

Результати дослідження можуть використовуватися у розрахунках витрат на державні закупівлі засобів для ПД, а також у розробці механізмів відшкодування витрат за надані діалізні послуги приватним закладам охорони здоров'я за рахунок державного та місцевих бюджетів.

Висновки і перспективи подальших розробок

1. За результатами проведеного моніторингу показників вартості застосування засобів для ПД встановлено, що серед препаратів для ПД для довічного застосування у хворих на ХХН найбільш високовартісним є «Діаніл ПД 4 з вмістом глюкози 1,36 % м/об/13,6 мг/мл» (120,7 тис. грн, 258,6 тис. грн, 3146,2 тис. грн на 14 днів, на місяць, на один рік відповідно) для про-

ведення ППД; найменш вартісним – «Діавітек ПД 1,5, 2,5 або 4,25 %» (5,7 тис. грн, 12,1 тис. грн, 147,6 тис. грн на 14 днів, на місяць, на один рік відповідно) для проведення ПАПД.

2. Для проведення сеансів ПД, залежно від варіанта ПД і типу перебігу захворювання, на одного хворого на ХХН необхідно витратити приблизно від 13,5 до 47,2 тис. грн на 14 днів; від 28,9 до 101,1 тис. грн на один місяць і від 351,41 тис. грн до 1230,0 тис. грн на один рік (за даними 2015 року).

3. У подальшому актуальними є дослідження з визначення витрат на проведення діалізного лікування хворих на ХХН з урахуванням вартості витратних матеріалів і ЛЗ супутньої терапії, результати яких є підґрунтям для розробки механізмів доступності медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ХХН.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Адаптована клінічна настанова з кращої практики ведення гемодіалізу. [Електронний ресурс]. – Київ, 2010. – Режим доступу: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view>.
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. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок : 2012 рік / уклад.

- Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко, М. В. Кузьмич; Державна установа «Інститут нефрології НАМН України»; гол. ред. М. О. Колесник. – К., 2013. – 158 с.
4. Немченко А. С. Прогнозування реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги хворі на грип / А. С. Немченко, Л. С. Сімонян // Клінічна фармація, фармакотерапія та стандартизація. – 2013. – № 1. – С. 70-74.
 5. 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.
 6. Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_prices_drugs.
 7. Толстанов О. К. Сучасний підхід до розвитку нирковозамісної терапії методом перитонеального діалізу / О. К. Толстанов // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 4. – С. 5-8.
 8. Діалізна терапія «хворіє» на брак державної уваги. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.acrada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16746163>.
- REFERENCES**
1. Adaptovana klinichna nastanova z krashchoi praktyky vedennia hemodializu (2010). Available from: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view>.
 2. Kolesnyk MO, Saidakova NO, Kozliuk NI, Nikolaienko SS. Naukovyi zhurnal MOZ Ukrainy. 2013; 2(3): 78-87.
 3. Kozliuk NI, Nikolaienko SS, Kulyzkyi MV. Natsionalnyi reiestr khvorykh na khronichnu khvorobu nyrok : 2012 rik. Kyiv: Derzhavna ustanova "Instytut nefrolohii NAMN Ukrainy"; 2013. 158 p.
 4. Nemchenko AS, Simonian LS. Klinichna farmatsiia, farmakoterapiia ta standartyzatsiia. 2013; 1: 70-74.
 5. Saidakova NO, Kozliuk NI, Nikolaienko SS, Stepanova NM. Ukrainskyi zhurnal nefrolohii ta dializu. 2014; 3 (39): 3-14.
 6. Reiestr optovo-vidpusknykh tsin na likarski zasoby. Available from: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view>.
 7. Tolstanov OK. Suchasni medychni tekhnolohii. 2013; 4:5-8.
 8. Dializna terapiya «khvoriye» na brak derzhavnoyi uvahy (2015). Available from <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16746163>.

УДК 615.1 : 338.583 : 616.61-008.64-036.1 : 616.381-089.819]-047.36

МОНИТОРИНГ СТОИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

О. В. Гетало, О. С. Яковлева

В статье приведены результаты мониторинга стоимости применения средств для перитонеального диализа в лечении больных хронической болезнью почек. По состоянию на сентябрь 2015 года по данным реестра оптово-отпускных цен на лекарственные средства рассчитаны показатели стоимости проведения постоянного и автоматизированного (интермиттирующего, циклерассоциированного и приливного) перитонеального диализа. Установлено, что наибольшие затраты при оказании диализной помощи приходятся на приливной перитонеальный диализ. Учитывая значительные расходы на оказание медицинской и фармацевтической помощи больным нефрологического профиля, проблема обеспечения ее доступности в отечественном здравоохранении должна решаться по комплексу направлений. Одним из указанных направлений является разработка и внедрение механизмов возмещения расходов на предоставление диализной помощи за счет государственного и местных бюджетов.

Ключевые слова: мониторинг, стоимость диализной помощи, перитонеальный диализ, компенсация стоимости лекарств.

UDC 615.1 : 338.583 : 616.61-008.64-036.1 : 616.381-089.819]-047.36

MONITORING OF THE COST OF MEDICINES USED FOR PERITONEAL DIALYSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

O. V. Getalo, O. S. Yakovleva

The results of monitoring of the cost of medicines used for peritoneal dialysis in patients with chronic kidney disease are given in this article. As of September 2015, according to the register of wholesale prices for medicines, the indexes of the cost of the permanent and automatic (intermittent, the cycler-associated and tidal) peritoneal dialysis have been calculated. It has been found that the largest share in the cost of dialysis care is for a tidal peritoneal dialysis. Taking into account the significant costs of providing medical and pharmaceutical care to patients with the renal profile the problem of its availability in the national healthcare should be settled by the complex of directions. One of these directions is development and implementation of the mechanisms of drug reimbursement to provide dialysis care for patients at the expense of state and local budgets.

Key words: monitoring, cost, peritoneal dialysis, reimbursement of drug cost.

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

УДК 615.473.3

ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ СУЧАСНИХ ШПРИЦІВ ІН'ЕКЦІЙНИХ ОДНОРАЗОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

І. І. Баранова, Ю. О. Безпала

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

Проаналізовано асортимент одноразових шприців ін'єкційних, представлених на фармацевтичному ринку України, і встановлено, що вітчизняний ринок одноразових шприців сформований переважно іноземними виробниками. Виявлено, що лідером серед країн імпортерів є Китай, номенклатура якого складає 26,83 %, друге місце за обсягами постачання посідає США (14,63 %), третє – Німеччина (9,76 %). При вивченні шприців третього покоління встановлено, що тільки одна іноземна компанія постачає саморуйнівні шприци на територію України – Becton Dickinson S. A. (Іспанія). Дані дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення цього сегмента ринку та споживчих характеристик шприців третього покоління.

Ключові слова: одноразовий шприц, класифікація, конструктивні особливості.

Постанова проблеми. Тема одноразових шприців останнім часом стає однією з найбільш розповсюджених та обговорюваних проблем у сучасній медицині і фармації. Одноразовий шприц стандартного типу припускає одноразове застосування відразу після заповнення лікарським препаратом, а потім підлягає обов'язковій утилізації.

За даними ВООЗ, щорічно внаслідок повторного використання одноразових шприців (що категорично заборонено нормами санітарної безпеки) 8-16 млн осіб хворіють на гепатит В; 2,3-4,7 млн осіб – на гепатит С; від 80 до 160 тис. осіб заражаються ВІЛ [1-3].

Одноразовий шприц – це один з головних медичних інструментів, який виявився вельми небезпечним. У США та Європі проблему вирішили на законодавчому рівні – заборонили використовувати в меди-

цині одноразові шприци старого типу після того, як страхові компанії представили шокуючі результати про вторинні зараження через них пацієнтів і медперсоналу гепатитом та СНІДом, про ризики поранень медперсоналу [2].

В Україні близько 80 % офіційно зареєстрованих випадків інфікування пов'язані з уживанням ін'єкційних наркотиків за допомогою нестерильної зараженої голки. Крім того, використані шприци часто недбало зберігаються, небезпечно утилізуються, внаслідок чого людина може випадково через необережність вколоти інфікованою голкою [3, 4].

Тому на сучасному етапі розвитку медицини та охорони здоров'я України слід звернути увагу на вирішення питань безпеки ін'єкційних заходів у медичних установах. На сьогоднішній день єдиним вирішенням питання безпеки ін'єкцій є використання нових типів шприців, які зможуть мінімізувати інфікування людини та медичного персоналу [5].

І. І. Баранова – доктор фарм. наук, професор, завідувач кафедри товарознавства Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

За аналізом вітчизняних літературних джерел було встановлено, що асортимент шприців одноразових на вітчизняному ринку вивчався раніше у працях Б. П. Громова, Н. Б. Ярко, Н. А. Герасимюк, А. Л. Панфілової. У цих працях досліджувалась класифікація, асортимент одноразових шприців, проводилось їх маркетингове дослідження [6]. Також вивчалися компанії-виробники, як вітчизняні, так і іноземні. Але дослідження, присвячені вивченню шприців третього покоління, практично не проводились.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Відомо, що на сьогодні фармацевтичний ринок пропонує досить широкий асортимент ін'єкційних шприців одноразового застосування як вітчизняного, так і іноземного виробництва. Проте на сьогодні, на жаль, відсутня інформація про використання шприців третього покоління в Україні. Ця стаття присвячена аналізу вітчизняного ринку одноразових шприців, споживчих характеристик і технологічних аспектів із застосування такого типу шприців.

Формулювання цілей статті. Головною метою нашого дослідження стало вивчення споживчих і технологічних характеристик шприців третього покоління та існуючого асортименту шприців одноразового застосування на ринку України.

Викладення основного матеріалу дослідження. Як відомо, шприц – це ручний поршневий насос, що складається з циліндра з нанесеною на нього шкалою для визначення дози використовуваних лікарських засобів, поршня та наконечника (приєднувального конуса), призначений для ін'єкцій, діагностичних пункцій, відсмоктування патологічного вмісту з порожнин [7, 8]. У сучасній медицині одноразові шприци використовуються переважно для внутрішньом'язових або внутрішньовенних уведень ліків і відсмоктування різних рідин з організму.

Медичні шприци класифікують за деякими характеристиками. Насамперед вони розрізняються за обсягом циліндра: малого об'єму (0,3, 0,5 і 1 мл); середнього об'єму (від 2 до 22 мл) і великого об'єму (30, 50, 60 і 100 мл). Також вони розділяються за положенням наконечника-конуса: концентричне (коаксіальне) положення, якщо наконеч-

ник знаходиться по центру циліндра шприца; ексцентричне положення, якщо він розташований збоку циліндра шприца. Розрізняють шприци за типом кріплення голки: рознім типу «Луер/Luer» – голка прикріплюється до циліндра шприца, вона надівається на виступаючу частину циліндра; рознім типу «Луер-Лок» – голка вкручується в шприц; та інтегрована (незнімна) голка. Також шприци бувають двокомпонентні (складаються з двох частин: циліндра і поршня) і трикомпонентні (мають циліндр, поршень і гумовий ущільнювач на поршні) [6].

На сьогоднішній день відомо три покоління одноразових шприців. Перше покоління – це скляні шприці зі скляним циліндром, металевим поршнем і голкою. Головним недоліком таких шприців є те, що вони крихкі та важкі, трудомісткі за виготовленням, для них необхідна тривала стерилізація після кожної ін'єкції. Шприци другого покоління – пластмасові, легкі, дешеві і надійні, не б'ються, стерильні, мають індивідуальне герметичне пакування. А найголовніше, що такі шприци одноразового застосування. Проте на сьогодні існує багато недобросовісних споживачів, які застосовують їх повторно. У результаті шприц одноразового застосування став багаторазовим. Тому ВООЗ ініціювала створення шприців, які саморуйнуються після першої ін'єкції – саморуйнівні шприци третього покоління (Safety syringes).

Основною відмінністю саморуйнівних одноразових шприців від стандартних є те, що вони оснащені спеціальним пристроєм усередині циліндра, який після введення лікарського засобу скріплює поршень з голкотримачем, який зі зворотним ходом поршня разом з, можливо, інфікованою голкою втягується всередину циліндра. Потім поршень відламується від голкотримача, залишаючи голку всередині. Голкою, втягнутою в циліндр, вже не можна скористатися або випадково поранити іншу людину, що виключає можливість зараження. Частини використаного шприца підлягають знищенню у спеціальних збірних контейнерах для утилізації (рис. 1).

Такий тип саморуйнівного шприца максимально безпечний для утилізації. Інший тип саморуйнівного шприца заснований на деформації самого поршня, що не дозволяє



Рис. 1. Схема роботи саморуйнівного одноразового шприца

повторно відкрити шприц. Нижня частина поршня відділяється від шприца, тому повторно його використання стає неможливим. На сьогодні саморуйнівні шприци третього покоління набувають величезної популярності у медичних закладах.

На наш погляд, шприци третього покоління на сьогодні відповідають сучасним вимогам споживачів. До цих вимог відносять: надійність шприца на етапі проведення ін'єкції, а саме ефективність механізму, який запобігає його повторному використанню; безпеку застосування шприца як для споживача, так і для медичного персоналу. Додатковими, але не менш важливими вимогами для такого типу шприців є мінімальні зусилля їх заповнення і нагнітання і чітке маркування, в якому зазначають: номінальну місткість шприца і тип наконечника, слова «Стерильно» або відповідний символ «Sterile», «Для одноразового застосування», код партії зі словом «Партія» або відповідний символ «LOT», попередження про необхідність перевірки цілості споживчого пакування перед вживанням або відповідний символ, торгову марку, торгову назву або логотип виготовлювача чи постачальника, слова «придатний до ...» (місяць і дві останні цифри року) або відповідний символ; зручне пакування, що буде гарантувати стериль-

ність виробу протягом всього терміну зберігання.

Наступним етапом дослідження стало вивчення номенклатури шприців одноразових, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку. Встановлено, що станом на вересень 2015 р. асортимент зареєстрованих в Україні шприців ін'єкційних для одноразового застосування представлений 41 торговою назвою. Проведені дослідження показали, що серед номенклатури цього сегмента ринку виробів медичного призначення (ВМП) шприци вітчизняного виробництва займають лише 4,88 %. Разом з тим іноземні виробники забезпечують 95,12 % від загального асортименту цієї групи ВМП. Необхідно зазначити, що на сьогодні український ринок шприців одноразових характеризується значною залежністю від продукції іноземного виробництва.

За результатами аналізу постачальників шприців на вітчизняний фармацевтичний ринок встановлено, що асортимент досліджуваного сегмента ВПМ іноземного виробництва забезпечують 28 фірм-виробників, з яких значний обсяг продукції належить Китаю (26,83 % асортименту одноразових шприців), США (14,63 %) та Німеччині (9,76 %). Найменшу кількість асортиментних позицій на вітчизняному фармацевтич-

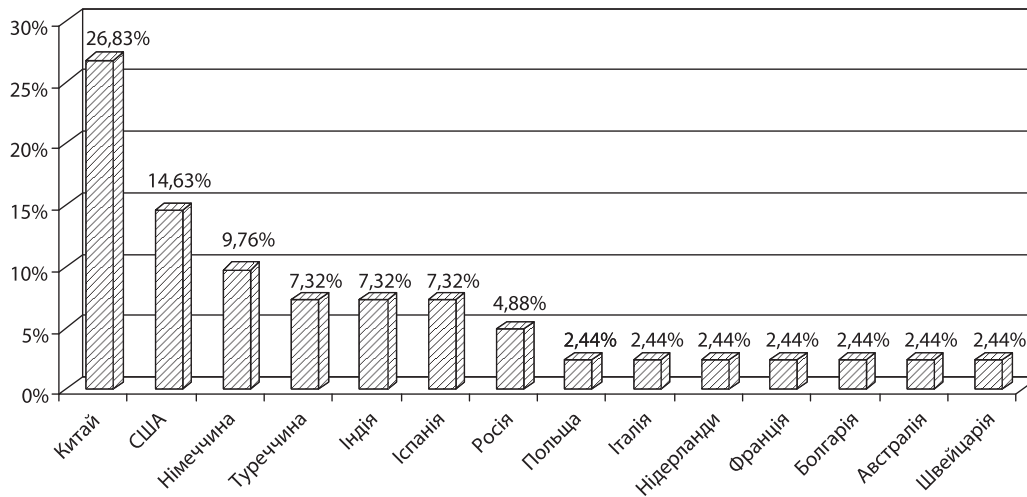


Рис. 2. Країни фірм-виробників одноразових ін'єкційних шприців

ному ринку представляють Польща, Італія, Нідерланди, Франція, Болгарія, Австралія, Швейцарія, які постачають по 2,44 % шприців одноразових (рис. 2).

Також слід звернути увагу на те, що за даними Державного реєстру медичної техніки і виробів медичного призначення, станом на вересень 2015 р., на жаль, зареєстрована тільки одна іноземна компанія, яка постачає саморуйнівні шприци в Україну – Vecton Dickinson S. A. (Іспанія): BD Soloshot Mini IX (1 ml) та BD Soloshot IX (0,5 ml). Обсяги імпорту виробів вкрай малі, що потребує досконалого вивчення попиту та ознайомлення споживачів ринку з продукцією цього типу.

Висновки

Проведено дослідження асортименту шприців, представленого на фармацевтичному ринку України. За результатами аналізу можна стверджувати, що вітчизняний ринок одноразових шприців сформований переважно іноземними виробниками. Встановлено, що лідером серед країн імпортерів є Китай, номенклатура якого складає 26,83 %, друге місце за обсягами постачання посідає США (14,63 %), третє – Німеччина (9,76 %). Вітчизняні виробники постачають на внутрішній фармацевтичний ринок лише близько 5 % шприців.

Отже, все вищевикладене свідчить про необхідність розширення асортименту досліджуваної групи ВПМ, а саме шприців одноразових третього покоління на вітчизняному ринку України.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Данилова Е. О. Рекомендации к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев инъекционных однократного применения / Е. О. Данилова, Л. А. Лесничая // Медицина и здравоохранение: материалы III междунар. науч. конф., г. Казань, май 2015 г. – Казань: Бук, 2015. – С. 22–25.
2. ГОСТ 25725–89. Инструменты медицинские. Термины и определения.
3. ГОСТ 24861–91. Шприцы инъекционные однократного применения.
4. Fateh M. Syringe-type and needle gauge have no role in adverse events following DTwP immunization: a randomized multicenter trial / M Fateh, M. H. Emamian, S. M. Zahraei et al // The Pediatric infections disease journal. – 2014. – № 33 (9). – P. 239–246.
5. Wu Z. Evaluation of immunization injection safety in China, 2010: achievements, future sustainability / Z. Wu, Y. Chen, F. Cui et al. // Journal Vaccine. – 2013. – № 9. – P. 43–48.
6. Gyawali S. Study of status of safe injection practice and knowledge regarding injection safety among primary health care workers in Baglung district, western Nepal // S. Gyawali, D. S. Rathore, P. R. Shankar // Journal BMC Int Health Hum Rights. – 2013. – № 3. – P. 13–19.
7. Pavia-Ruz N. Evaluation of a new syringe presentation of reduced-antigen content

diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine in healthy adolescents – A single blind randomized trial / N. Pavia-Ruz, K. Abarca, A. Lepetic // *Jornal Human vaccines & immunotherapeutics*. – 2015. – № 11 (7). – P. 1770–1774.

8. Громовик Б. П. Маркетинговое изучение шприцев инъекционных одноразового применения / Б. П. Громовик, Н. Б. Ярко, Н. А. Герасимюк и др. // *Провизор*. – 2013. – № 14. – С. 25–30.

REFERENCES

1. Danilova E. E. Rekomendacii k obezzaragavanii, yничтоgeniy I utilizacii shpricev inekcionnuch odnokratnogo primineniya / E. O. Danilova, L. A. Lesnichaya // *Medicina I zdravoochraneniya: materialu III mezdynar. Naych. Konf. (g. Kazan, may 2015 g.)*. – Kazan: Byk, 2015. – S. 22-25.
2. GOST 25725-89. Instrymentu medicunskie. Terminu I opredeleniya.
3. GOST 24861-91. Shpricu inekcionnue odnocratnogo primineniya.
4. Fateh M. Syringe-type and needle gauge have no role in adverse events following DTwP immunization: a randomized multicenter trial / M Fateh, M. H. Emamian, S. M. Zahraei et al // *The Pediatric infections disease journal*. – 2014. – № 33 (9). – P. 239-246.
5. Wu Z. Evaluation of immunization injection safety in China, 2010: achievements, future sustainability / Z. Wu, Y. Chen, F. Cui et al. // *Jornal Vaccine*. – 2013. – № 9. – P. 43-48.
6. Gyawali S. Study of status of safe injection practice and knowledge regarding injection safety among primary health care workers in Baglung district, western Nepal // S. Gyawali, D. S. Rathore, P. R. Shankar // *Jornal BMC Int Health Hum Rights*. – 2013. – № 3. – P. 13–19.
7. Pavia-Ruz N. Evaluation of a new syringe presentation of reduced-antigen content diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine in healthy adolescents – A single blind randomized trial / N. Pavia-Ruz, K. Abarca, A. Lepetic // *Jornal Human vaccines & immunotherapeutics*. – 2015. – № 11 (7). – P. 1770–1774.
8. Gromovik B. P. Marketingovoe izychenie shpricev inekcionnuch odnorazovogo primineniya / B. P. Gromovik, N. B. Yarko, N. A. Gerasimyuk I dr. // *Провизор*. – 2013. – № 14. – С. 25-30.

УДК 615.473.3

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА СОВРЕМЕННЫХ ШПРИЦЕВ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОДНОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ**И. И. Баранова, Ю. А. Беспалая**

Проанализирован ассортимент одноразовых шприцев инъекционных, которые представлены на фармацевтическом рынке Украины, и установлено, что отечественный рынок одноразовых шприцев сформирован преимущественно иностранными производителями. Выявлено, что лидером среди стран импортеров является Китай, номенклатура которого составляет 26,83 %, второе место по объему поставок занимает США (14,63 %), третье – Германия (9,76 %). При изучении шприцев третьего поколения установлено, что только одна иностранная компания поставляет саморазрушающиеся шприцы в Украину – Becton Dickinson S. A. (Испания). Данные исследования свидетельствуют о необходимости изучения этого сегмента рынка и потребительских характеристик шприцев третьего поколения.

Ключевые слова: одноразовый шприц, классификация, конструктивные особенности.

UDC 615.473.3

THE STUDY OF THE MODERN DISPOSABLE INJECTION SYRINGES ASSORTMENT PRESENTED AT THE PHARMACEUTICAL MARKET OF UKRAINE**Inna Baranova, Yulya Bepalaya**

The assortment of disposable injection syringes presented at the pharmaceutical market of Ukraine has been analyzed; it has been shown that the domestic market of disposable injection syringes has been formed by mainly foreign producers. It has been found that the leader among the importers is China, which nomenclature is 26.83 %, the USA occupies the second place by the volume of supply (14.63 %), and the third is Germany (9.76 %). When studying the third-generation syringes it has been found that only one foreign company supplies auto-disable syringes to Ukraine and it is Becton Dickinson SA (Spain). These studies demonstrate the need for the study of this market segment and consumer characteristics of the third-generation syringes.

Key words: disposable syringe, classification, design features.

ЗМІСТ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

СТРАТЕГІЇ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я О. З. Децик, І. В. Стовбан, А. М. Яворський, М. І. Яворський.....	3
Стратегии улучшения удовлетворенности пациентов качеством медицинского обслуживания на уровне учреждения здравоохранения / О. З. Децик, И. В. Стовбан, А. М. Яворский, М. И. Яворский	
Strategies of the patient's satisfaction improvement at the level of healthcare institutions / O. Z. Detsyk, I. V. Stovban, A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy	
ВПЛИВ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В. І. Клименко, О. С. Пушина.....	12
Влияние ресурсного обеспечения на эффективность профилактических мер предупреждения болезней системы кровообращения на первичном уровне медико-санитарной помощи / В. И. Клименко, О. С. Пушина	
The impact of the primary medical care resource provision on prevention of circulatory system diseases / V.I.Klimenko, O. S. Pushina	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕРОЗИВНО- ВИРАЗКОВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА ТРИВАЛІСТЮ ПЕРІОДУ ДО НАСТУПНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ О. М. Очередько, Н. М. Кізлова	20
Оценка эффективности программы реабилитации пациентов с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки по длительности периода до следующей госпитализации / А. Н. Очередько, Н. Н. Кизлова	
Efficacy assessment of rehabilitation program to patients with duodenum and gastric ulcers by period to recurrent hospitalisation / O. M. Ocheredko, N. M. Kizlova	
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В. А. Огнев	27
Методологічні основи вивчення якості життя / В. А. Огнев	
The methodological basis of studying the life quality / V. A. Ogniev	

РОЗРОБКА МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗНИКА «ПОРІГ ГОТОВНОСТІ ПЛАТИТИ» ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ Г. Л. Панфілова.....	34
--	----

Разработка методологических подходов в определении показателя «порог готовности платить» в условиях реформирования системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения в Украине / А. Л. Панфилова

Development of methodological approaches in determining the “threshold willingness to pay” indicator under reform of the healthcare system and pharmaceutical provision of the population of Ukraine / G. L. Panfilova

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ МОДЕЛІ О. Б. Піняжко, О. М. Заліська.....	44
---	----

Методические подходы к проведению оценки технологий здравоохранения в Украине на основе европейской модели / О. Б. Пиняжко, О. М. Залиская

The methodical approaches to health technology assessment in Ukraine according to the european model / O. Piniashko, O. Zalis'ka

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДОСВІДУ ФУНКЦІОНУВАННЯ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ У КРАЇНАХ З ЛІБЕРАЛЬНИМ ПІДХОДОМ ДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ О. А. Немченко.....	55
---	----

Систематизация опыта функционирования аптечных сетей в странах с либеральным подходом к государственному регулированию фармацевтического обеспечения населения / Л. А. Немченко

Systematization of the experience of the pharmacy chains functioning in countries with liberal approaches to state regulation of the pharmaceutical provision of the population / O. A. Nemchenko

СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПРАЦІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ В. М. Толочко, Т. Ф. Музика, М. В. Зарічкова, Т. О. Артюх.....	65
---	----

Современные требования к системе охраны труда в аптечных учреждениях Украины / В. М. Толочко, Т. Ф. Музыка, М. В. Заричковская, Т. А. Артюх

Modern requirements to labor protection in pharmaceutical institutions of Ukraine / V. M. Tolochko, T. F. Muzika, M. V. Zarichkova, T. O. Artukh

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

THE STUDY OF DEVELOPMENT TRENDS OF THE PHARMACEUTICAL MARKET OF NEUROPROTECTIVE DRUGS IN UKRAINE А. А. Котвицка, І. О. Лобова.....	73
--	----

Исследование тенденций развития фармацевтического рынка нейропротекторных препаратов в Украине / А. А. Котвицкая, И. А. Лобова

Дослідження тенденцій розвитку фармацевтичного ринку нейропротекторних препаратів в Україні / А. А. Котвицька, І. О. Лобова

МОНІТОРИНГ ВАРТОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК О. В. Гетало, О. С. Яковлева.....	82
Мониторинг стоимости применения средств для перитонеального диализа у больных хронической болезнью почек / О. В. Гетало, О. С. Яковлева Monitoring of the cost of medicines used for peritoneal dialysis in patients with chronic kidney disease / O. V. Getalo, O. S. Yakovleva	
ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ СУЧАСНИХ ШПРИЦІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ ОДНОРАЗОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ І. І. Баранова, Ю. О. Беспала.....	88
Исследование ассортимента современных шприцев инъекционных однократного применения, представленных на фармацевтическом рынке Украины / И. И. Баранова, Ю. А. Беспала The study of the modern disposable injection syringes assortment presented at the pharmaceutical market of Ukraine / Inna Baranova, Yulya Bepalaya	