

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

---

---

Рік заснування – 2015

Назустріч VIII Національному  
з'їзду фармацевтів України

# СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



# СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



# SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE

2016 – Том 2, № 3

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. Київ), Д. В. Карамішев (м. Харків), В. І. Клименко (м. Запоріжжя), К. Л. Косяченко (м. Київ), І. В. Кубарева (м. Харків, *відповідальний секретар*), В. М. Лехан (м. Дніпропетровськ), В. М. Лісовий (м. Харків), В. В. Малий (м. Харків), Б. К. Махатов (м. Шимкент, Казахстан), С. М. Мусоєв (м. Душанбе, Таджикистан), А. С. Немченко (м. Харків), О. М. Очередько (м. Вінниця), М. Ф. Пасічник (м. Київ), Єва Полежак (м. Люблін, Польща), С. Б. Попов (м. Харків), О. В. Посилкіна (м. Харків), В. В. Рудень (м. Львів), О. І. Сердюк (м. Харків), О. О. Суріков (м. Харків), Едуардас Тарасявічус (м. Вільнюс, Литва), О. І. Тихонов (м. Харків), В. М. Толочко (м. Харків), В. В. Трохимчук (м. Київ), Віліам Фолтан (м. Братислава, Словаччина), В. В. Чайковська (м. Київ), Л. В. Яковлева (м. Харків)

***У поточному номері журналу висвітлено актуальні питання розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я. Розглянуто проблемні аспекти надання медичної та фармацевтичної допомоги соціально уразливим категоріям населення, післядипломної освіти фармацевтичних працівників, формування соціально-відповідального бізнесу. Обґрунтовано соціально-ефективні напрями удосконалення ціноутворення на лікарські засоби, висвітлено питання інтеграції світових стандартів у діяльність фармацевтичних підприємств. Наведено результати маркетингових і фармакоекономічних досліджень.***

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

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

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

Рекомендовано ученою радою Національного фармацевтичного університету (протокол № 11 від 30.08.2016 р.)

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

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

Підписано до друку 02.09.2016 р. Формат 60x84 1/8

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

Редактори: Н. І. Голубєва, О. Ю. Гурко. Комп'ютерне верстання О. М. Білинської «Соціальна фармація в охороні здоров'я». Том 2, № 3, 2016

ISSN 2413-6085

© Національний фармацевтичний університет, 2016



*Назустріч VIII Національному з'їзду фармацевтів України*

***Шановні колеги!***

**13-16 вересня 2016 р.**, за посвідченням УкрІНТЕІ № 113 від 21.04.2015 р., у м. Харкові на базі Національного фармацевтичного університету відбудеться **VIII Національний з'їзд фармацевтів України**.

Широкомасштабний фаховий захід у вітчизняній галузі охорони здоров'я збирає близько **800 учасників із 24 регіонів України та 22 держав світу**.

На з'їзді будуть презентовані досягнення національної фармацевтичної індустрії, досвід інтеграції в європейський простір, розглянуті нагальні потреби галузі. Делегати підведуть підсумки, обговорять і затвердять концепцію розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2016-2021 рр. Упродовж трьох днів роботи з'їзду делегати та учасники матимуть можливість спілкуватися з колегами, обмінюватися практичним досвідом, обговорювати сучасні аспекти розробки та промислового виробництва фармацевтичних препаратів, зокрема біотехнології та нанотехнології у фармації, а також сучасні підходи до створення нових лікарських засобів, пакування та маркування лікарських препаратів, питання клінічної фармації, стан соціальної фармації, перспективи фармацевтичної освіти в Україні, також і участі роботодавців у підготовці кадрів для фармації, тощо.

У рамках науково-практичної конференції «Фармація XXI століття: тенденції та перспективи», що відбудеться 15-16 вересня 2016 року, будуть проведені 10 наукових симпозіумів, 6 лекцій майстер-класу, 3 дискусії за круглим столом, 9 воркшопів, 3 сателітних симпозіуми, 1 семінар-тренінг.

На з'їзді відбудеться презентація низки ексклюзивних видань, серед яких 3-є видання Фармацевтичної енциклопедії, Rx-index – Довідник еквівалентності лікарських засобів, 3-є видання Державної фармакопеї.

Під час проведення VIII Національного з'їзду фармацевтів України відбудеться святкування професійного свята – Дня фармацевтичного працівника України та нагородження кращих представників фармації.

**Оргкомітет VIII Національного з'їзду фармацевтів України**

тел.: +38 (057) 706-22-69

тел./факс: +38 (057) 706-30-98

E-mail: pharm\_congress@nuph.edu.ua

**Організатори VIII Національного з'їзду фармацевтів України**

- Міністерство охорони здоров'я України
- Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками
- Міністерство освіти і науки України
- Національна академія наук України
- Національна академія медичних наук України
- Харківська обласна державна адміністрація
- Харківська обласна рада
- Харківська міська рада
- Громадська організація «Харківська обласна асоціація фармацевтичних працівників»
- ТОВ «Українська рейтингова агенція»
- Національний фармацевтичний університет

**Спонсори VIII Національного з'їзду фармацевтів України**

- |   |   |
|---|---|
| • ПАТ «Фармак» – генеральний спонсор              | • ТОВ «Санофі АVENTIS Україна»          |
| • ПАТ «Хімфармзавод «Червона зірка»               | • ПАТ «Лекхім»                          |
| • ТОВ «Фіто-Лек»                                  | • ТОВ «Такеда Україна»                  |
| • ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я»          | • ТОВ «Біонорика»                       |
| • ТОВ «Фарма Старт»                               | • ОКП «Фармація»                        |
| • ТОВ «ВАЛАРТИН ФАРМА»                            | • ТОВ «Ранбаксі Фармасьютикалз Україна» |
| • Корпорація «Артеріум»                           | • Ananta Medicare Ltd                   |
| • ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»                     | • ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика»      |
| • ТДВ «ІнтерХім»                                  | • ТОВ «Кусум Фарм»                      |
| • ТОВ «Реккітт Бенкізер Україна»                  | • ТДВ «Рівнефармація»                   |
| • ТОВ «Юрія-Фарм»                                 | • ТОВ «НВП «ГЕМО-ПРОЕКТ»                |
| • ПАТ «Стома»                                     | • ТОВ «НВФК «Ейм»                       |
| • ТОВ «Прана-Фарм»                                | • STADA Україна                         |
| • ТОВ «ТОМАШ»                                     | • ТОВ «Бізнес-кредит»                   |
| • Компанія «Dr. Reddy's Laboratories Ltd»         | • Фармацевтична асоціація «Lege Artis»  |
| • Представництво – «Dr. Reddy's Laboratories Ltd» |   |

**Інформаційні спонсори VIII Національного з'їзду фармацевтів України**

- |  |  |
|--|--|
| • Щотижневик «Аптека» – головний інформаційний спонсор                 | • Журнал «Вісник фармації»   |
| • ТОВ «Моріон»   | • Журнал «Клінічна фармація»                                       |
| • Компанія «Проксіма Ресерч»   | • Журнал «Соціальна фармація в охороні здоров'я»                   |
| • Журнал «Современная фармація»  | • Український біофармацевтичний журнал                             |
| • Журнал «Фармацевт Практик»   | • Журнал «Управління, економіка та забезпечення якості в фармації» |
| • Журнал «Pharma Magazine»   | • Журнал «ScienceRise»   |
| • Видавничий дім «Заславський»<br>газета «Новости медицины и фармации» | • Журнал «Фармаком»  |
| • Журнал «Фармацевтическая отрасль»                                    | • Журнал «Фармацевтичний часопис»                                  |
| • Журнал «Les Nouvelles Esthetiques Украина»                           | • Фармацевтичний портал Derpharm – офіційний інтернет-партнер      |
| • Журнал «Фармакологія та лікарська токсикологія»                      | • ТРК «Оріон» – спеціальний медіа-партнер                          |
| • Журнал органічної та фармацевтичної хімії                            |  |

**Технічні партнери VIII Національного з'їзду фармацевтів України**

- РА «Пропаганда»
- ПрАТ «ІДС АКВА СЕРВІС»
- Gorbenko catering
- Premier Palace Hotel Kharkiv

# СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

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

УДК 65 : 334 : 316.354 : 316.42 (614.2 + 615.1)

## АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ В УПРАВЛІННІ СОЦІАЛЬНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

О. В. Посилкіна, Ю. С. Братішко

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

*У статті висвітлено актуальні питання управління соціальною відповідальністю на макро-, мезо- та мікроекономічному рівнях. Проведено аналіз існуючих рейтингів соціальної відповідальності, репутації та сталого розвитку країн світу. Досліджено індекси сталого розвитку країн Східної Європи. Вивчено рейтинги соціально відповідальних компаній світу, які мають високий рівень ділової репутації та розвитку. Досліджено розподіл фармацевтичних підприємств за участю у соціальних програмах. Проаналізовано форми соціальних програм, які реалізують вітчизняні фармацевтичні підприємства. Розроблено методичку оцінки соціальної відповідальності фармацевтичних підприємств. Доведено необхідність створення науково-практичних засад розвитку соціальної відповідальності у фармації.*

**Ключові слова:** соціальна відповідальність; рейтинг; соціальна програма; фармацевтичне підприємство.

**Постанова проблеми.** Як показує досвід провідних фармацевтичних компаній світу, сьогодні фармацевтичні підприємства (ФП) мають усвідомити власну роль у житті країни, прагнути до перетворення на високотехнологічні, екологічно небайдужі, соціально відповідальні організації, які здатні забезпечувати населення якісними, безпечними та доступними за ціною лікарськими засобами (ЛЗ), необхідними для підвищення

якості життя населення. Тільки за цих умов у ФП є можливість йти шляхом сталого розвитку, враховуючи власні та суспільні потреби.

Проведені дослідження довели, що провідні зарубіжні фармацевтичні компанії значно випереджають вітчизняні у реалізації концепції соціальної відповідальності та сталого розвитку, соціальної політики та екологізації виробництва, визначивши ці аспекти як першочергові у порівнянні з економічною ефективністю діяльності. Здійснюючи інвестування в соціальний капітал та екологічну сферу, зарубіжні компанії поширюють свою діяльність на глобальному рівні.

**О. В. Посилкіна** – доктор фарм. наук, кандидат екон. наук, професор, завідувач кафедри управління та економіки підприємства Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Вони використовують ресурсо- й енергозберігальні технології, втілюють у життя довгострокові соціальні проекти і, як результат, отримують додаткові економічні вигоди у вигляді наданих державою пільг, формування лояльності споживачів, встановлення партнерських відносин з клієнтами та ін.

На відміну від них більшість українських ФП у внутрішньофірмовому менеджменті акцентують увагу на економічному боці бізнес-процесів і не приділяють достатньо уваги розвитку соціально відповідальної діяльності. А такий однобічний підхід до управління суперечить концепції стратегічної конкурентоспроможності та сталого розвитку. Отже, для досягнення високого конкурентного статусу вітчизняним ФП необхідно формувати, оцінювати та розвивати власну соціально відповідальну діяльність шляхом упровадження сучасних досягнень науки.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У фармації шляхи управління соціально-економічним розвитком та соціально відповідальною діяльністю ФП розроблялись у працях А. А. Котвіцької [4, 5, 8-10, 18], Є. Г. Книша [13, 14], З. М. Мнушко [6, 7], А. С. Немченко [8-10], О. Партишева [11], М. С. Пономаренка [12], О. В. Посилкіної [1-3], В. М. Толочка [15-17] та інших учених. Але, незважаючи на значний науковий внесок цих науковців, недостатньо опрацьованими залишаються методичні аспекти формування і комплексного управління належною системою соціальної відповідальності на вітчизняних ФП в умовах упровадження на них систем менеджменту якості, що робить актуальним подальшу розробку цієї проблематики.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Отже, сьогодні актуальним є аналіз існуючих форм і напрямків соціально відповідальної діяльності ФП для розробки заходів з її удосконалення та розробки галузевої методики оцінки соціальної відповідальності ФП.

**Формулювання цілей статті.** Метою статті є дослідження існуючого рівня розвитку соціальної відповідальності суб'єктів фармацевтичної галузі та актуальних форм і напрямків реалізації соціальних програм вітчизняними ФП, а також розробка та апробація

галузевої методики оцінки соціальної відповідальності ФП.

Об'єктом дослідження є форми, методи і результати соціально відповідальної діяльності вітчизняних і зарубіжних фармацевтичних компаній.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в такому: визначено сутність та значення соціально відповідальної діяльності ФП в умовах розвитку інтеграційних процесів і менеджменту якості; визначено сутність сталого соціально-економічного розвитку (ССЕР) вітчизняних ФП; узагальнено досвід зарубіжних фармацевтичних компаній у сфері соціальної відповідальності; розроблено галузеву методику оцінки соціальної відповідальності ФП.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Забезпечення ССЕР є стратегічним завданням кожного підприємства, що позиціонує себе як соціально відповідальну організацію. ССЕР ФП – це гармонійний збалансований розвиток, в якому використання ресурсів, інвестиційний, інноваційний, інституціональний та екологічний менеджменти, менеджмент якості, а також менеджмент персоналу спрямовані на підвищення якості життя людей та задоволення потреб стейкхолдерів на основі взаємної вигоди. Сталий розвиток є запорукою ефективного функціонування ФП у стратегічній перспективі, він сприяє отриманню істотних переваг у конкурентній боротьбі, і відображенням результативності потенціалу соціально-економічних процесів. Із методологічного погляду сталий розвиток слід розглядати як концепцію щодо необхідності встановлення балансу між задоволенням сучасних потреб суспільства і захистом інтересів майбутніх поколінь, включаючи їх потребу в підвищенні якості життя з урахуванням аспектів здоров'я, безпеки та чистоти довкілля. Учені-прихильники сталого розвитку вважають цю концепцію перспективною ідеологією XXI століття і навіть усього третього тисячоліття, яка з поглибленням наукової обґрунтованості витіснить усі наявні світоглядні ідеології, що є фрагментарними, неспроможними забезпечити збалансований розвиток цивілізації. Особливістю ССЕР є те, що це керований розвиток. Основою його керованості є системний підхід

Таблиця 1

**ТОП-10 СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНИХ КРАЇН СВІТУ, З НАЙВИЩИМ РЕЙТИНГОМ РЕПУТАЦІЇ ТА СТАЛОГО РОЗВИТКУ [складено за джерелом 19]**

Країна	Рейтинг / рік					
	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Канада	1	2	1	1	1	2
Норвегія	2	6	5	5	6	5
Швеція	3	3	2	3	2	1
Швейцарія	4	1	3	4	4	4
Австралія	5	5	4	2	3	3
Фінляндія	6	4	8	7	8	6
Нова Зеландія	7	8	7	6	5	–
Данія	8	7	6	8	7	7
Нідерланди	9	9	9	10	10	9
Бельгія	10	–	–	–	–	10
Австрія	–	–	10	9	9	8
Німеччина	–	10	–	–	–	–

та сучасні інформаційні технології, які дозволяють швидко моделювати різні стратегії збалансованого розвитку й обирати найбільш оптимальні. Однією зі складових забезпечення ССЕР ФП є побудова ефективної системи соціальної відповідальності, яка створює підґрунтя для формування сукупності стабільних партнерських відносин зі стейкхолдерами.

Соціальна відповідальність ФП передбачає здатність суб'єктів фармгалузі брати на себе зобов'язання фінансового, економічного, соціального й екологічного характеру за наслідки їхньої діяльності перед державою, суспільством, оточенням, персоналом, бізнес-партнерами та іншими зацікавленими сторонами, що передусім реалізується завдяки етичній поведінці й урахуванню інтересів та очікувань усіх стейкхолдерів, дотримання чинного законодавства і міжнародних стандартів на принципах добровільності і взаємної вигоди.

Сьогодні в усьому світі підвищується роль соціальної відповідальності не тільки бізнесу, але й країни, що є основою конкурентоспроможності бізнесу та важливою складовою його іміджу та репутації. Учені всього світу доводять наявність тісного зв'язку між рівнем соціальної відповідальності бізнесу та країни. Для підтвердження цієї гіпотези нами проаналізовані дані досліджень Міжнародного наукового інституту репутації (Country RepTrak від Reputation Institute Global CSR RepTrak 100) [19], який щорічно

проводить оцінку рівня репутації, сталого розвитку та соціальної відповідальності країн світу. Цей науковий інститут з головним представництвом у Нью-Йорку, має дослідні бази в 34 країнах світу, включаючи Україну. Дослідження охоплює 50 країн світу і враховує рівень народної довіри, захоплення, поваги і прихильності до них. Ці чотири складові розбиті на 16 категорій, які включають якість життя населення, стан бізнес-середовища, товари і послуги, а також красу природи і стан екологічної безпеки в країні. Ці та інші показники використовуються для визначення рейтингу країн за рівнем соціальної відповідальності та сталості розвитку (табл. 1).

За результатами проведеного дослідження, у 2015 році найбільш розвиненою і соціально відповідальною країною визнана Канада. Вона є абсолютним лідером за критеріями ефективності діяльності уряду, розвитку економіки і привабливістю навколишнього середовища. Наступні місця за Канадою посідають Норвегія, Швеція, Швейцарія та Австралія. Ці країни відомі своєю стабільністю, сильною демократією, високим ВВП та розвиненою соціальною інфраструктурою. Із 2009 року Україна підвищила свій рейтинг соціальної відповідальності та репутації на 10 пунктів. Так, у 2012-2013 рр. Україна посідала у рейтингу соціальної відповідальності країн 42 місце з 50, хоча у 2011 р. мала 40 позицію. У 2014-2015 рр. рейтинг України за цим індикатором не розраховувався.

Таблиця 2

**ОЦІНКА ІНДЕКСУ СТАЛОГО РОЗВИТКУ КРАЇН СХІДНОЇ ЄВРОПИ**  
[складено за джерелом 21]

Країна	Індекс сталого розвитку									Рейтинг 2013 (серед наведених країн)
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
Україна	1,883	1,836	1,836	1,866	1,894	1,913	1,808	0,668	0,485	8
Росія	1,990	2,096	2,096	2,093	2,202	2,220	2,142	0,693	0,515	7
Польща	2,476	2,282	2,282	2,235	2,248	2,191	1,949	0,728	0,559	3
Румунія	2,082	2,149	2,149	2,091	1,960	1,950	1,941	0,519	0,519	6
Словаччина	2,495	2,396	2,396	2,408	2,395	2,447	2,324	0,755	0,601	2
Угорщина	2,400	2,350	2,350	2,327	2,324	2,331	2,240	0,749	0,601	4
Болгарія	2,222	2,101	2,101	2,129	2,162	2,150	2,112	0,696	0,549	5
Чехія	2,573	2,425	2,425	2,425	2,305	2,333	2,206	0,795	0,602	1

Аналіз динаміки сталого соціально-економічного розвитку країн Східної Європи, заснований на дослідженнях, проведених World Data Center for Geoinformatics and Sustainable Development [21] (табл. 2), дав можливість виявити, що, незважаючи на зростання індексу розвитку, Україна відстає від своїх сусідів, що акцентує увагу на необхідності запровадження сучасних механізмів управління розвитком як на макро-, так і на мікроекономічному рівнях. З метою визначення світових лідерів у галузі сталого розвитку

та соціальної відповідальності бізнесу нами проаналізовані результати досліджень Інституту репутації [19], в якому брали участь понад 55 тисяч респондентів. Десятка компаній-лідерів у 2010-2015 рр. наведена у табл. 3.

Жодна фармацевтична компанія світу в 2015 році у ТОП-10 не увійшла. Тобто, за рейтингом із соціальної відповідальності, можна сказати, що, незважаючи на те, що фармацевція, безумовно, є соціально відповідальною галуззю, світовими лідерами у сфері

Таблиця 3

**ТОП-10 СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНИХ КОМПАНІЙ СВІТУ З НАЙВИЩИМ РЕЙТИНГОМ РЕПУТАЦІЇ ТА СТАЛОГО РОЗВИТКУ** [складено за джерелом 19]

Рейтинг компанії	Компанія					
	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1	Google	Google	Microsoft	Microsoft	Google	Google
2	BMW AG	Microsoft	The Walt Disney Company	Google	Apple Inc.	Vodafone Group plc
3	The Walt Disney Company	The Walt Disney Company	Google	The Walt Disney Company	The Walt Disney Company	Microsoft
4	Microsoft	BMW AG	BMW AG	BMW AG	Microsoft	Apple Inc.
5	Daimler	Apple Inc.	Daimler	Apple Inc.	Daimler	BMW AG
6	LEGO	LEGO	SONY	Daimler	SONY	SONY
7	Apple Inc.	BMW AG	Intel Corporation	Volkswagen	LEGO	IKEA
8	Intel Corporation	Intel Corporation	Volkswagen	SONY	BMW AG	Volkswagen
9	Rolls-Royce Aerospace	Rolex	Apple Inc.	Colgate-Palmolive	Volkswagen	United Parcel Service, Inc.
10	Rolex	Daimler	Nestle	LEGO	Intel Corporation	Intel Corporation



соціально відповідальної діяльності є рекламні компанії, компанії, що розробляють програмне забезпечення, компанії автомобілебудівної промисловості та компанії індустрії розваг. У ТОП-100 соціально відповідальних компаній світу 2015 року увійшли такі ФП, як Eli Lilly (67 місце), Novo Nordisk (73 місце), Bayer (77 місце), Roche (92 місце), Sanofi (93 місце), MSD (Merck Sharp & Dohme) (98 місце) та AstraZeneca (99 місце).

Також слід зазначити, що звіт «2016 Global Pharma RepTrak®» [19], який складений Інститутом репутації, показав, що загальносвітове сприйняття соціально відповідальної поведінки фармацевтичних компаній у цілому зростає. Так, дані звіту «RepTrak® Pulse» [19] свідчать про збільшення з 65,7 у 2015 році до 67,6 у 2016 році індексу соціальної відповідальності фармацевтичної галузі. У Великобританії, США, Австралії, Бразилії, Німеччині та Росії репутація фармацевтичних компаній зростає до значення індексу 70 і навіть більше. Сучасний стан розвитку соціальної відповідальності суб'єктів фармацевтичної галузі свідчить не про відсутність соціально відповідальної діяльності ФП і не про її нерозвиненість, а про недостатню увагу з боку ФП щодо оприлюднення результатів своєї діяльності та невміння себе правильно позиціонувати. Тобто сьогодні ФП мусять знайти нові підходи до побудови системи комунікацій, упровадження системи регулярної соціальної звітності, використання новітніх технологій до оцінки та управління власною соціально відповідальною діяльністю. ФП мають відмовитись від шаблонних дій у сфері соціальної відповідальності, оптимізувати витрати на реалізацію соціальних та екологічних проєктів, будувати сталі партнерські відносини з бізнесоточенням та місцевими громадами. Прикладом ефективного управління соціальною відповідальністю для вітчизняних ФП може стати компанія «Bayer», яка сьогодні має найвищий рейтинг репутації (за даними звіту «2016 Global Pharma RepTrak®», індекс репутації фармкомпанії «Bayer» склав 70,6 зі 100 можливих). Також лідерами у сфері соціальної відповідальності є такі фармацевтичні компанії, як Abbott Laboratories, Novo Nordisk, Roche, Merck, Sanofi, Allergan,

AstraZeneca, Eli Lilly, AbbVie, GSK, Novartis, Bristol-Myers Squibb, та Pfizer, які, за рейтингом 2016 року, мають індекси репутації у діапазоні від 65,9 до 68,7.

За даними Інституту репутації, підвищення індексу соціальної відповідальності та репутації на 5 пунктів дає можливість підвищити готовність суб'єктів бізнес-середовища рекомендувати компанію як стабільного партнера та підвищити лояльність споживачів на 8,5%. Тобто це логічно підвищує конкурентний статус ФП, сприяє зростанню прибутку та є запорукою побудови довгострокових партнерських відносин з бізнес-середовищем.

Як уже зазначалось, на відміну від лідерів світового фармацевтичного ринку, більшість українських ФП у внутрішньофірмовому менеджменті акцентують увагу на економічному боці бізнес-процесів і не приділяють достатньої уваги соціальному розвитку, власній репутації та питанням формування, оцінки та управління соціальною відповідальністю ФП. При цьому не можна не зазначити, що сьогодні близько 50 % вітчизняних фармвиробників розширюють перелік як соціальних пільг для персоналу відповідно до соціальних державних стандартів (оплата лікарняних листків; надання чергової оплачуваної відпустки; обов'язкове соціальне страхування; відрахування до пенсійного фонду; відшкодування видатків, пов'язаних з відрядженнями співробітників; відшкодування транспортних видатків співробітникам, постійна робота яких носить роз'їзний характер; доплати та надбавки за виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника, за роботу у святкові та вихідні дні, за виконання шкідливих робіт та ін.; забезпечення питною водою, молоком для певних видів робіт; забезпечення спецодягом; оформлення оздоровчих путівок для співробітників через Фонд соціального страхування; організація медпунктів для проведення обов'язкових медичних оглядів), так і корпоративних пільг (додаткова оплачувана відпустка; представницькі видатки; медичне страхування членів родини; оплати витрат на мобільний зв'язок; матеріальна допомога на харчування; матеріальна допомога в особливих



Рис. 1. Розподіл ФП за участю у соціальних програмах станом на 01.09.2013 р.  
[складено за джерелом 20]

випадках). Як показали проведені дослідження, у колективних договорах багатьох вітчизняних ФП закріплені права працівників користуватись спортивними залами, корпоративним транспортом, передбачається надання оздоровчих путівок членам родин працівників. Через профспілку працівники отримують новорічні подарунки для власних дітей. Деякі ФП беруть на себе витрати з корпоративних заходів, організації роботи корпоративних бібліотек та утримання корпоративних університетів, втілюють у життя програми підтримки колишніх співробітників, надають допомогу ветеранам та пенсіонерам, які тривалий час працювали на ФП.

За даними опитування Міжнародного кадрового порталу Head-Hunter Україна [20], 50 % компаній, окрім своєї основної діяльності, займаються також і реалізацією соціальних програм. Найчастіше йдеться про благодійність – допомогу соціально не захищеним верствам населення і медичним закладам. Також досить часто роботодавці стурбовані соціальним захистом власних співробітників, рідше проектами, спрямованими на розвиток соціальної інфраструктури. А ось екологічні програми поки менш популярні, хоча фармвиробники й працюють у напрямку сертифікації за стандартами ISO серії 14000. Розподіл ФП, які розробляють і реалізують різні соціальні програми, наведений на рис. 1.

Як свідчить проведений аналіз, серед невеликих фармацевтичних компаній відсоток тих, у кого є соціальні проекти, не набагато перевищує третину (34%), серед компаній середнього розміру – це вже більше

половини роботодавців (55%), а серед компаній, де працює понад 200 осіб, цей показник уже становить 62%. Закономірно також, що малий і середній фармацевтичний бізнес більше тяжіють до благодійності, тоді як великі фармацевтичні компанії більше уваги приділяють системним проектам розвитку соціальної інфраструктури і поліпшення екологічної ситуації. Але програми соціальної відповідальності на більшості ФП носять дещо спонтанний характер, до системного підходу в цьому питанні українському фармацевтичному бізнесу необхідно розвиватися. Так, 42% фармацевтичних роботодавців мають чітку стратегію реалізації соціальних програм, ще стільки ж (43%) регулярно реалізують корисні для суспільства ініціативи, але без особливого стратегічного планування і довгострокових завдань. А для 16% соціальні програми – це всього лише разові нерегулярні проекти. Але спостерігається така тенденція: чим більша та фінансово стабільніша компанія, тим частіше вона розробляє чітку стратегію соціальної відповідальності. Системно до цього питання підходять 66% великих ФП, тоді як серед невеликих і середніх компаній цей показник складає 30-40%. У 47% випадків витрати на соціальні проекти оплачує сама компанія. Ще чверть компаній орієнтовані на посильну допомогу співробітникам (найчастіше такий формат у благодійних проектів), 17% компаній реалізують соціальні проекти, залучаючи благодійні організації, державні органи та органи місцевого самоврядування. А ось 10% компаній знають, бути корисним можна і без грошей, винятково завдяки волонтерській діяльності або, наприклад,

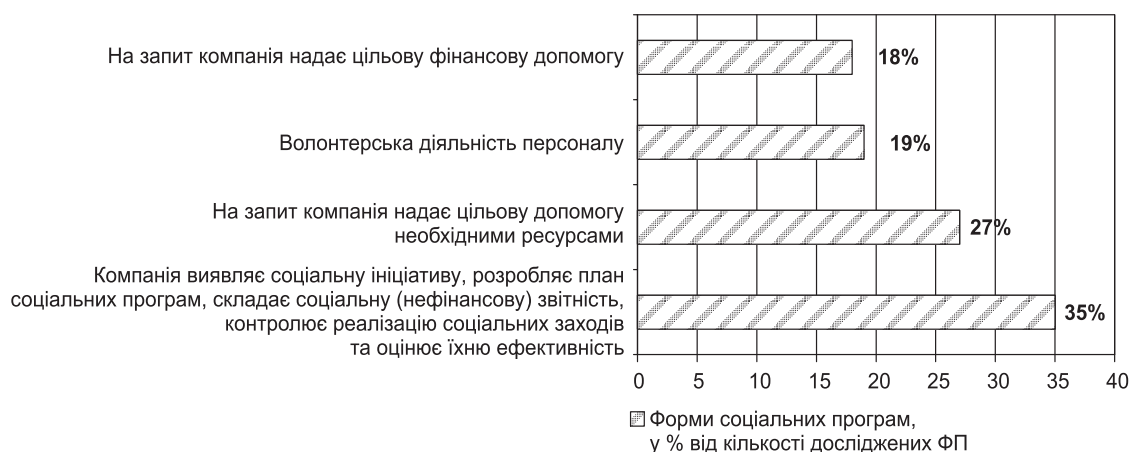


Рис. 2. Форми соціальних програм, які найчастіше реалізують ФП [складено за джерелом 20]

надання інформаційної підтримки. Результати дослідження форм соціальних програм, які реалізують вітчизняні фармвиробники, наведені на рис. 2.

Дані були отримані в результаті опитування зареєстрованих користувачів сайту hh.ua, проведеного у вересні 2013 року. В опитуванні брали участь 830 респондентів із різних регіонів України.

Проведений аналіз дозволив виявити певні недоліки в управлінні соціальною відповідальністю на ФП, які суттєво ускладнюють процес упровадження систем менеджменту якості та знижують їхню ефективність. Це обумовлює необхідність удосконалення існуючих теоретичних засад управління соціальною відповідальністю фармацевтичного бізнесу (СВФБ) і створення галузевої методики її оцінки.

Сьогодні під концепцією СВФБ слід розуміти систему поглядів на усвідомлення сутності, принципів, методів, підходів до формування, оцінки та управління соціальною відповідальністю на всіх рівнях управління фармацевтичною галуззю та суб'єктами фармацевтичного ринку. СВФБ передбачає [3]: забезпечення населення якісними, ефективними, безпечними та доступними за ціною лікарськими засобами; створення умов для розвитку професійної відповідальності працівників фармацевтичної галузі відповідно до вимог соціальних норм; забезпечення умов екологічно чистого виробництва і сприяння поліпшенню екологічної ситуації в місцях присутності виробничих потужностей ФП; участь у регіональних соціальних програмах розвитку територій і реалізацію власних соціальних проектів.

Складовими СВФБ сьогодні є: відповідальність перед пацієнтами та споживачами за своєчасне забезпечення ефективними, безпечними та доступними за ціною ЛЗ; відповідальність за екологічну безпеку перед місцевими громадами; відповідальність за нормотворчу діяльність та сприяння розвитку професійної та вищої освіти; відповідальність перед бізнес-середовищем (постачальниками, інвесторами, бізнес-партнерами, податковими та фінансово-кредитними установами, конкурентами); відповідальність перед суб'єктами системи охорони здоров'я (лікувальними закладами, лікарями, фармацевтами та провізорами); відповідальність перед суспільством, суспільними організаціями та засобами масової інформації; відповідальність перед персоналом та профспілками; відповідальність перед акціонерами та власниками, що реалізується як внутрішня та зовнішня відповідальність з метою забезпечення ССЕР.

Отже, нами запропонована система оцінки СВФБ, яка наведена на рис. 3.

У результаті проведених досліджень відібрані 46 локальних показників для оцінки рівня СВФБ (рис. 4). Розроблена та формалізована методика оцінки рівня СВФБ, яка заснована на використанні інтегрального підходу з використанням таксономічного аналізу.

За цим підходом СВФБ можна оцінити за формулою  $I_{\text{СВФБ}} = f(K_{\text{ЯкЛЗ}}, K_{\text{НТ}}, K_{\text{Ек}}, K_{\text{Стр}}, K_{\text{Акц}}, K_{\text{Бз}})$ , де  $I_{\text{СВФБ}}$  – інтегральний показник рівня СВФБ;  $K_{\text{ЯкЛЗ}}$  – комплексний показник відповідальності за своєчасне забезпечення населення якісними, безпечними та доступними за ціною ЛЗ;  $K_{\text{НТ}}$  – комплексний показник

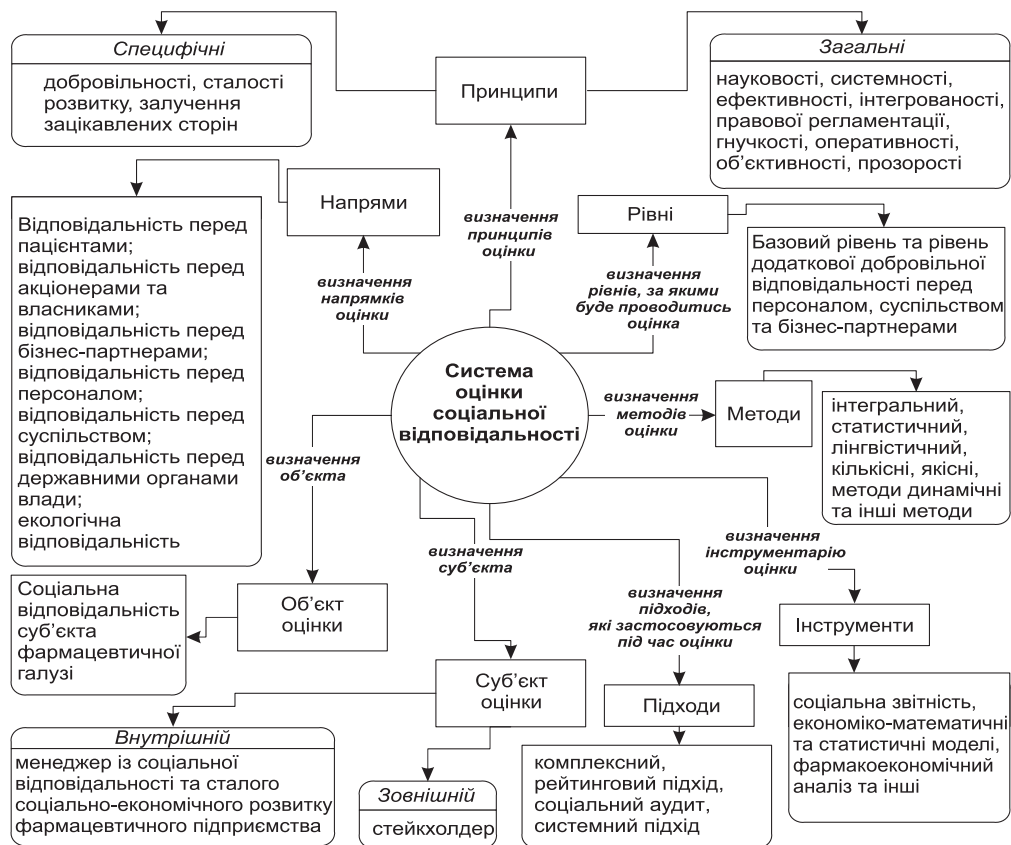


Рис. 3. Система оцінки СВФБ [власна розробка]

відповідальності за нормотворчу діяльність та сприяння розвитку професійної та вищої освіти;  $K_{Ек}$  – комплексний показник відповідальності за екологічну безпеку;  $K_{Стр}$  – комплексний показник відповідальності перед персоналом та суспільством;  $K_{Акц}$  – комплексний показник відповідальності перед акціонерами та власниками;  $K_{Бз}$  – комплексний показник відповідальності перед бізнес-середовищем.

На підставі відібраних показників розраховуються комплексні показники за всіма складовими СВФБ. Методика комплексної оцінки СВФБ апробована на виробничих, оптових та роздрібних ФП, результати розрахунків наведені у табл. 4.

Упровадження запропонованої методики оцінки СВФБ дозволяє: вітчизняним ФП визначити та оцінити проблеми у сфері СВФБ; створити засади ефективного менеджменту якості; визначити сукупність ресурсів, що можуть бути спрямовані ФП на забезпечення соціально відповідальної діяльності; розробити ефективну систему управління соціальною відповідальністю; забезпечити створення системи партнерських відносин

із стейкхолдерами; упровадити принципи соціальної відповідальності; запровадити практику відкритого рейтингування вітчизняних ФП за рівнем СВФБ, що є важливим кроком для підвищення інвестиційної привабливості ФП та підвищення лояльності споживачів і пацієнтів. Методика оцінки дозволяє уникнути суб'єктивізму отриманих результатів і враховує не тільки інтереси ФП, але й інтереси та потреби суспільства, наголошуючи на довгострокових перевагах розвитку системи СВФБ.

#### Висновки та перспективи подальших досліджень

Отже, проведений аналіз дозволив виявити певні недоліки в управлінні соціальною відповідальністю на вітчизняних ФП, які суттєво ускладнюють процес упровадження систем менеджменту якості і менеджменту соціально відповідальної діяльності та знижують їхню ефективність. Дослідження допомогли визначити сутність та провести аналіз стану соціально відповідальної діяльності зарубіжних і вітчизняних ФП, що дало змогу виявити компанії-лідери у сфері соціальної відповідальності. Визначено,

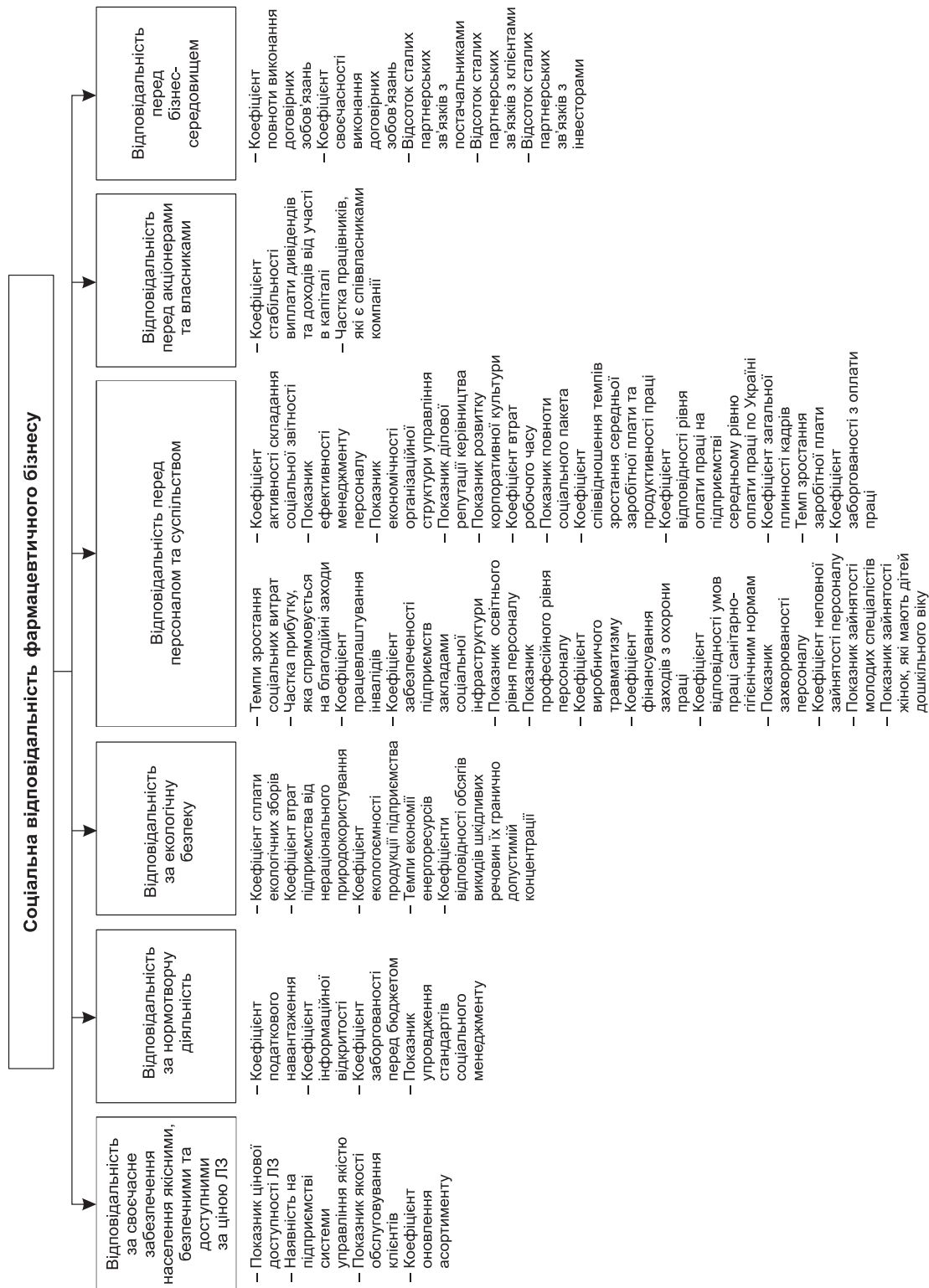


Рис. 4. Запропонована система показників оцінки СВФБ [власна розробка]

**РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ СВФБ НА ДОСЛІДЖУВАНИХ ФП У 2013 РОЦІ**  
**[власна розробка]**

Фармацевтичне підприємство	Інтегральний показник СВФБ	Ранг (у межах групи з урахуванням коефіцієнта синергізму)
<b>Фармацевтичні виробники</b>		
ПАТ «Фармак»	0,79	4
Корпорація «Артеріум»	0,84	3
ПАТ НПЦ «Борщагівський ХФЗ»	0,64	7
ФФ «Дарниця»	0,73	5
ТОВ «ФК «Здоров'я»	0,63	6
ПАТ «Київський вітамінний завод»	0,54	10
ТОВ «Мікрофарм»	0,28	12
ТОВ «Тернофарм»	0,27	13
ПрАТ «Лекхім-Харків»	0,47	11
ПАТ «Фармстандарт-Біолік»	0,48	9
Корпорація «Юрія-Фарм»	0,61	8
ТОВ «Такеда Україна»	0,88	1
ТОВ «Тева Україна»	0,85	2
<b>Дистриб'юторські фармацевтичні компанії</b>		
ТОВ «Артур-К»	0,63	3
ТОВ «БадМ»	0,62	2
СП «Оптима-Фарм, ЛТД»	0,43	4
ПТП МП фірма «Едельвейс»	0,42	5
Компанія «Дельта Медикел»	0,76	1
<b>Аптечні мережі</b>		
Мережа аптек «Мед Сервіс Груп»	0,71	3
Мережа аптек «Гамма-55»	0,62	5
Мережа «Аптека низьких цін»	0,73	1
Мережа аптек «Здоров'я»	0,72	2
Мережа аптек «Леда»	0,52	7
Мережа аптек «9-1-1»	0,53	6
Мережа «Аптека доброго дня»	0,65	4

що вітчизняні ФП значно поступаються своїм зарубіжним конкурентам за рівнем ефективності управління соціально відповідальною діяльністю. Це обумовлює необхідність удосконалення існуючих теоретичних засад управління соціальною відповідальністю.

Перспективами подальших досліджень є проведення кластерного аналізу досліджуваних ФП за рівнем СВФБ, що дозволить згрупувати підприємства фармгалузі у визначені кластери. Відповідно до кожного кластера ФП будуть розроблятися стратегія управління їх СВФБ і визначатися шляхи їх подальшого розвитку. Саме ефективне управління СВФБ та упровадження на ФП

засад соціально відповідального менеджменту сприятиме підвищенню конкурентоспроможності вітчизняних ФП на світовому фармацевтичному ринку та суттєво підвищить інвестиційну привабливість суб'єктів фармацевтичної галузі.

**ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ  
ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Братішко, Ю. С. Посада менеджера із соціальної відповідальності сучасної фармацевтичної компанії : Соціальна відповідальність бізнесу і адміністрації – створення інноваційного управління : моногр. / Ю. С. Братішко, О. В. Посилкіна;

- за ред. В. Дучмала. – Бердянськ : Вид-во Ткачук О. В., 2015. – С. 54-63.
2. Братішко, Ю. С. Теоретико-методологічні засади впровадження соціального контролінгу на фармацевтичних підприємствах / Ю. С. Братішко, О. В. Посилкіна // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2015. – № 6. – С. 78-86.
  3. Братішко, Ю. С. Формування концепції соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу / Ю. С. Братішко // Socio-economic problems of management: Collective monograph. – Thorpe-Bowker®, Melbourne, Australia, 2015. – P. 198-221.
  4. Котвіцька, А. А. Дослідження впровадження етичного кодексу фармацевтичних працівників України у практичну діяльність / А. А. Котвіцька, І. О. Сурікова, Н. Б. Гавриш // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 45-52.
  5. Котвіцька, А. А. Соціальний маркетинг як основа формування соціальної відповідальності фармацевтичних організацій / А. А. Котвіцька, Н. В. Чмихало, А. В. Волкова // Соціальна фармація в Україні : стан, проблеми та перспективи : матер. міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 17-20 берез. 2014 р. – Х. : НФаУ, 2014. – С. 88-95.
  6. Фармацевтическая этика и деонтология : тексты лекций / З. Н. Мнушко, Н. М. Дихтярева, Н. В. Чернобровая и др. – Х. : НФаУ: Золотые страницы, 2002. – С. 60-75.
  7. Мнушко, З. М. Формування корпоративної культури у складі стратегічної діяльності фармацевтичних підприємств / З. М. Мнушко, Г. М. Лисак // Вісник фармації. – 2003. – № 3. – С. 55-60.
  8. Немченко, А. С. Концепція пріоритетного розвитку соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення та впровадження національних стандартів належних практик GDP та GPP / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2006. – № 4. – С. 3-9.
  9. Немченко, А. С. Кореляційно-регресійне моделювання соціально-економічних показників сімейної доступності лікарських засобів в регіонах України : метод. рек. / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька. – Х., 2007. – 28 с.
  10. Немченко, А. С. Наукове обґрунтування принципів функціонування системи лікарського забезпечення населення та визначення її соціальної ефективності / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармаком. – 2007. – № 2. – С. 94-99.
  11. Партишев, О. Корпоративна соціальна відповідальність. Фармацевтичний бізнес / О. Партишев, А. Стогній, А. Чобану // Фармацевт-практик. – 2012. – № 5. – С. 8-9.
  12. Етична декларація – стандарт поведінки медпредставника, провізора-консультанта в інформаційно-довідковій та рекламній діяльності при просуванні ліків на фармацевтичному ринку України / М. С. Пономаренко [та ін.] // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 5. – С. 35-41.
  13. Ткаченко, Н. О. Сучасний стан і характеристика соціальної відповідальності підприємницької діяльності / Н. О. Ткаченко, Н. М. Червоненко, Є. Г. Книш // Запороз. мед. журн. – 2013. – № 2. – С. 76-82.
  14. Ткаченко, Н. О. Формування соціальної відповідальності у системі вищої фармацевтичної освіти / Н. О. Ткаченко, Є. Г. Книш, Н. М. Червоненко // Фармацевтичний журнал. – 2013. – № 3. – С. 23-28.
  15. Аналіз законодавчо-нормативного регулювання системи соціального захисту працівників аптечних закладів України / В. М. Толочко, Т. Ф. Музика, М. В. Зарічкова, О. М. Должнікова // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 12-17.
  16. Сучасні вимоги до системи охорони праці в аптечних закладах України / В. М. Толочко, Т. Ф. Музика, М. В. Зарічкова, Т. О. Артюх // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 2. – С. 65-72.
  17. Толочко, В. М. Посилення соціальної відповідальності в діяльності аптечних закладів України / В. М. Толочко, М. В. Зарічкова // Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи :

- міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 17-20 берез. 2014 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х. : НФаУ, 2014. – С. 128-132.
18. Черкашина, А. В. Дослідження сучасного стану соціальної відповідальності найбільших аптечних мереж міста Харкова / А. В. Черкашина, А. А. Котвіцька // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 3. – С. 36-42.
  19. Офіційний сайт Інституту репутації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.reputationinstitute.com>.
  20. Офіційний сайт Міжнародного кадрового порталу Групи компаній HeadHunter Україна [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://hh.ua/>.
  21. Офіційний сайт Світового центру даних з геоінформатики та сталого розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://wdc.org.ua/>.

#### REFERENCES

1. Bratishko YuS, Posylkina OV. Posada menedzhera iz sotsialnoi vidpovidalnosti suchasnoi farmatsevtichnoi kompanii: Sotsialna vidpovidalnist biznesu i administratsii – stvorennia innovatsiinoho upravlinnia. Duchmala V, editor. Berdiansk: Vyd-vo Tkachuk OV; 2015. P. 54–63.
2. Bratishko YuS, Posylkina OV. Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii. 2015;6:78–86.
3. Bratishko YuS. Formuvannia kontseptsii sotsialnoi vidpovidalnosti farmatsevtichnoho biznesu. Socio-economic problems of management: Collective monograph. Melbourne, Australia: Thorpe-Bowker@; 2015. P. 198–221.
4. Kotvitska AA, Surikova IO, Havrysh NB. Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia. 2015;1(1):45–52.
5. Kotvitska AA, Chmykhalo NV, Volkova AV. Sotsialnyi marketynh yak osnova formuvannia sotsialnoi vidpovidalnosti farmatsevtichnykh orhanizatsii. Sotsialna farmatsiia v Ukraini: stan, problemy ta perspektyvy. Proceedings of the International Scientific and Practical Internet-Conference; 2014 March 17-20. – Kharkiv: NFAU; 2014. P. 88–95.
6. Mnushko ZN, Dikhtiareva NM, Chernobrovaia NV, et al. Farmatsevticheskaia etika i deontologiya. Kharkov: NFAU: Zoloty strannitsy; 2002. P. 60–75.
7. Mnushko ZM, Lysak HM. Visnyk farmatsii. 2003;3:55–60.
8. Nemchenko AS, Kotvitska AA. Farmatsevtichnyi zhurnal. 2006;4:3–9.
9. Nemchenko AS, Kotvitska AA. Koreliatsiino-rehresiine modeliuвання sotsialno-ekonomichnykh pokaznykiv simeinoi dostupnosti likarskykh zasobiv v rehionakh Ukrainy. Kharkiv; 2007. 28 p.
10. Nemchenko AS, Kotvitska AA. Farmakom. 2007;2:94–9.
11. Partyshev O, Stohnii A, Chobanu A. Farmatsevt-praktyk. 2012;5:8–9.
12. Ponomarenko MS, et al. Farmatsevtichnyi zhurnal. 2007;5:35–41.
13. Tkachenko NO, Chervonenko NM, Knysh YeH. Zaporozhskii meditsynskii zhurnal. 2013;2:76–82.
14. Tkachenko NO, Knysh YeH, Chervonenko NM. Farmatsevtichnyi zhurnal. 2013;3:23–8.
15. Tolocho VM, Muzyka TF, Zarichkova MV, Dolzhnikova OM. Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia. 2015;1(1):12–17.
16. Tolocho VM, Muzyka TF, Zarichkova MV, Artiukh TO. Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia. 2015;1(2):65–72.
17. Tolocho VM, Zarichkova MV. Posylenia sotsialnoi vidpovidalnosti v diialnosti aptechnykh zakladiv Ukrainy. Sotsialna farmatsiia: stan, problemy ta perspektyvy. Proceedings of the International Scientific and Practical Internet-Conference; 2014 March 17-20. – Kharkiv: NFAU; 2014. P. 128–32.
18. Cherkashyna AV, Kotvitska AA. Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii. 2014;3:36–42.
19. Ofitsiyni sait Instytutu reputatsii [Internet]. Available from: <https://www.reputationinstitute.com/>.
20. Ofitsiyni sait Mizhnarodnoho kadrovoho portalu Hrupy kompanii HeadHunter Ukraina [Internet]. Available from: <http://hh.ua/>.
21. Ofitsiyni sait Svitovoho Tsentru danykh z heoinformatyky ta staloho rozvytku [Internet]. Available from: <http://wdc.org.ua/>.



УДК 65 : 334 : 316.354 : 316.42 (614.2 + 615.1)

**АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УПРАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

**О. В. Посылкина, Ю. С. Братишко**

В статье освещены актуальные вопросы управления социальной ответственностью на макро-, мезо- и микроэкономическом уровнях. Проведен анализ существующих рейтингов социальной ответственности, репутации и устойчивого развития стран мира. Исследованы индексы устойчивого развития стран Восточной Европы. Изучены рейтинги социально ответственных компаний мира, которые имеют высокий уровень деловой репутации и развития. Исследовано распределение фармацевтических предприятий относительно участия в социальных программах. Проанализированы формы социальных программ, которые наиболее часто реализуются отечественными фармацевтическими предприятиями. Разработана методика оценки социальной ответственности фармацевтических предприятий. Доказана необходимость создания научно-практических основ развития социальной ответственности в фармации.

**Ключевые слова:** социальная ответственность; рейтинг; социальная программа; фармацевтическое предприятие.

UDC 65 : 334 : 316.354 : 316.42 (614.2 + 615.1)

**THE ANALYSIS OF CURRENT TRENDS IN MANAGEMENT OF SOCIAL RESPONSIBILITY OF PHARMACEUTICAL ENTERPRISES**

**O. V. Posylkina, Yu. S. Bratishko**

The article describes the topical issues of management of social responsibility on the macro-, meso- and microeconomic level. The analysis of the existing ratings of social responsibility, reputation and a sustainable development of countries of the world has been carried out. The indexes of a stable development of countries of the Eastern Europe have been studied. The ratings of socially responsible companies of the world with the high level of business reputation and development have been studied. Distribution of pharmaceutical enterprises by their participations in social programs has been investigated. The forms of social programs implemented most often by domestic pharmaceutical enterprises have been analyzed. The method of the social responsibility assessment of pharmaceutical enterprises has been developed. The need for creation of scientific and practical bases of development of social responsibility in pharmacy has been proven in the article.

**Key words:** social responsibility; rating; social program; pharmaceutical enterprise.

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

UDC 615.21.3:34+616-039.42

## THE PRIMARY ASSESSMENT OF PRESCRIBING DRUGS FOR THE ELDERLY PEOPLE CONDUCTED BY PHARMACISTS

T. Schiopu, M. Brumărel, S. Aduji

*Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova.  
E-mail: schiopu.tatiana@usmf.md, stela.aduji@usmf.md*

*In conditions of the fast growing number of older population the problem of pharmaceutical care for this category of people is more often tackled by international bodies. The most important problem in this area is that the impact of drugs on the elderly people has been insufficiently studied and is not properly interpreted. Aging brings increase in the use of drugs together with the growth in frequency of side effects to a medication, drug-drug interactions, interactions between drugs and the disease and other problems related to the drug use. There is no statistical evidence in the Republic of Moldova related to the health state of people above 65, as well as there is no data about their access to healthcare and pharmacy services. In this context, the studies in geriatric pharmacy are of great current interest and practically significant. The study material was prescriptions collected from public pharmacies within 5 months. In the study 1339 prescriptions were analyzed. The data collected were age, gender, dates of drug prescribing and its dispensing, the amount of the drug dispensed to one patient, the active substance and its dose. Based on the data analyzed the current issues associated with drug therapy, dosing, drug-drug interactions, and side effects have been determined; the practical recommendations for pharmacists related to the treatment advice given to this group of patients, including the volume and quality of the information about the medication dispensed, have been proposed.*

**Key words:** pharmacists; pharmaceutical care; elderly people; pharmaceutical therapy; expected therapeutical results.

**Statement of the problem.** There is no statistical evidence in the Republic of Moldova related to the health state of people above 65, as well as there is no data about their access to healthcare and pharmacy services. Aging brings increase in the use of drugs together with the growth in frequency of side effects to a medication, drug-drug interactions, interactions between drugs and the disease and other problems related to the drug use. The impact of drugs on the elderly people has been insufficiently studied in our country. The assessment of medications used by the elderly people is

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

recommended in order to identify and solve the problems related to their use. The objective of any assessment conducted on the medication does not mean reduction of the number of drugs used, but achievement of the expected results and decrease of number of problems related to the drug use.

**Analysis of recent research and publications.** At the global level, in more developed countries, as well as in developing ones, the positive impact of pharmacist's interventions on communication with the elderly people is well supported by numerous studies. Based on the monitoring services and data of drugs used in ambulatory treatment the key skills and responsibilities for pharmacists as specialists in healthcare have been determined. The added

value brought by pharmacists as part of services provided towards the elderly people is represented by sharing the information, ideas and advice and is aimed to increase the effect of the pharmaceutical product, leading to its correct and efficient use, providing the optimal results for a patient [1, 6, 9].

International practices have shown that monitoring services of medical therapies (for hypertension, dyslipidemia, diabetes, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and insomnia) offered by pharmacists have a positive impact on the treatment compliance, reducing medication errors and side effects, as well as interactions between drugs, etc. [6, 8].

The fact that the irrational use of a drug and the treatments not being followed correctly by the elderly people does not bring expected, but severe consequences on the health is obvious.

Thus, technical and educational approach to the therapy of the elderly patients tends to increase the level of their knowledge about the disease and its treatment. The study conducted has an observational approach, but the conclusions have revealed the need of an interventional research to evaluate the degree of acceptance and implementation of pharmacists' recommendations performed to optimize the therapy of the elderly people.

It is also very important to improve the level of knowledge of the elderly people about the drug they use. In this way, if a patient knows what drugs to use, why and what the benefits of its use are, the incorrect use of a medication is reduced [4, 6, 7, 9].

**Objective statement of the article.** The primary assessment of drugs used by the elderly people and determination of potential problems related to drug therapy.

In order to achieve the objective proposed the following targets were set:

- to gather prescriptions made to the elderly people and select a medication;
- to analyze the drug list prescribed to the elderly people based on the explicit analysis of the criteria validated by the pharmaceutical systems such as Beers, START/STOP;
- to determine the potential problems related to the drug administration;
- to develop recommendations to pharmacists concerning the pieces of advice to be given to the elderly people.

**Material and methods.** A transversal descriptive study describing the features of the older people, common diseases and offering a simple description of their drug related problems was proposed for this research. The study material was prescriptions collected from public pharmacies within 5 months. In the study 1339 prescriptions were analyzed. The data collected were age, gender, dates of drug prescribing and its dispensing, the amount of the drug dispensed to one patient, the active substance and its dose.

**Results.** In order to analyze the drug therapy (administration of drugs) for the elderly people the reports about the medications partially/totally refunded and dispensed within 5 months in a public pharmacy were gathered. In the study 1339 prescriptions were analyzed. The total number of patients was 704. Out of total, 305 (43.3 %) patients were people over 65 years of age, there were 220 women and 85 men; the rest were people under 65 – pregnant women, adults and children. Out of total prescriptions, there were only 441 prescriptions for the elderly people.

The analysis of prescriptions revealed that the most frequent categories of the drugs requested were the following categories: antihypertensive drugs – 44% (angiotensin-converting enzyme inhibitors, calcium channel blockers, beta-blockers, vasodilators), antidiabetic drugs – 19% (oral and for injection), diuretics – 16%, antithrombotic anticoagulants – 6%, ulcer drugs – 5%, other drugs – 10% (thyroid hormones, psychotropic drugs, antidepressants, antiepileptic, asthma medication, glaucoma and miotic drugs).

As result of the analysis of the number of drugs and their scope of use it has been found that almost all people suffer from the same disease – hypertension, and only those who are much more older suffer from 2 diseases at the same time (hypertension combined with diabetes type II in 70% of the cases, and less frequent combined with thyroid gland disease, ulcer disease and thromboembolic disease).

The number of drugs used is very important in assessing medications used by the elderly people. On average an elderly person uses 1-5 drugs simultaneously, the total number being related to the disease. Examples of drugs that are most frequently prescribed are:

acetylsalicylic acid, 75-100 mg; indapamide, 1.5 mg; ramipril, 5-10 mg; amlodipine, 5-10 mg; metformin, 1000 mg; gliclazide, 60 mg; lisinopril, 10 mg; isosorbide dinitrate, 20-40 mg; bisoprolol, 5 mg; torasemide, 5 mg; metoprolol, 50-100 mg; human insulin, 100 IU/ml; losartan, 50 mg. For these drugs such items as side effects, contraindications and precautions, interactions with other drugs were analyzed.

The criteria of such groups as Beers, START and STOP validated in other pharmaceutical systems were also analyzed. These groups offer information related to drugs that may be dangerous for using in geriatric therapy, indicators of prescription of drugs for common and specific diseases to the elderly people, potential interactions between drugs, and doubling of prescriptions for the similar groups of drugs [2, 3, 5].

These criteria serve to assess the risks associated with drug administration by the elderly people. It has been found that 60% of drugs prescribed should be used with precaution according to Beers criteria, 10% should be avoided according to STOP criteria, and there are no studies of 7 drugs, which would prove the efficiency of their use by the elderly people.

Another fact that influences on the correct use of a medication is the match of the prescription date with dispensing of drugs, and it impacts on the treatment compliance of the patients. This fact is important for continuity of the treatment if the patient does not stop the use during the treatment because of the lack of the quantity required. It has been found that the majority of the elderly people (52.5%) adheres to the treatment by getting the drugs during the first 10 days after their prescription, fewer patients (33.3%) follow exactly the treatment by having their drugs at the same day, and the least number buy drugs during a period longer than 10 days, even after a month or two, depending on the type of drugs (14.2%).

### Conclusions

Based on the results of the study the current issues associated with drug therapy, dosing, drug-drug interactions, and side effects have been determined; the practical recommendations for pharmacists related to the treatment advice given to this group of patients, including

the volume and quality of the information about the medication dispensed, have been proposed.

The following rules for pharmacists concerning the appropriate use of drugs for hypertension and diabetes should be recommended:

- To check if the drug prescribed is appropriate to the needs of the patient, it is effective and safe; to monitor the treatment: dose, use – how and why it is recommended (before, during or after a meal), and the expected results, dosage forms, incompatibilities of the drugs.
- To take into consideration drug interactions, side effects, treatment compliance, and drug-disease interaction.
- To document the drug problems detected, any information on decisions taken about the drug, information offered to the patient and specialists in the field.
- To check the list of drugs for eliminating drugs that are repeated or those that are not adjusted (incorrect dose), to review medications regularly (they should be reviewed every 6 – 12 months).
- To take into consideration that the new symptoms can be caused by the use of drugs.
- To evaluate the non-pharmacological treatment – physical therapy, relaxing techniques and behavioral therapy for all detected cases of the inappropriate use of drugs by the elderly; thereby it is highly recommended to minimize the number of tablets, the inconvenience and frequency of taking the drug.
- To collaborate with other pharmacists, physicians with the aim of informing and correcting errors in prescribing and the use of drugs by the elderly people, as well as developing peer relationships. Pharmacists will announce mandatory, periodic problems identified and will contribute to making the right decisions, thus diminishing the number of complications after the inappropriate drug use.
- To use the available pharmaceutical informal resources for counseling, written information, pill packaging and other warning advices, etc.

**Prospects for further research.** There is the need for developing practical guides for verification and evaluation of the drugs prescribed based on the criteria validated in other

countries, but adjusted to the real and current needs of patients, as well as to the range of drugs at the pharmaceutical market in the Republic of Moldova and to the possibilities of intervention of pharmacists in solving of drug related problems under conditions offered by the existing public pharmacies.

#### REFERENCES

1. Nobili A. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium / A. Nobili, S. Garattini, P. Mannuccio Mannucci // *Journal of Comorbidity*. – 2011. – Vol. 1. – P. 28–44.
2. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2012. – Vol. 60 (4). – P. 616–631.
3. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine / M. H. Beers, J. G. Ouslander, I. Rollinger, D. Reuben, J. Brooks, J. C. Beck // *Arch. Intern. Med.* – 1991. – Vol. 151. – P. 1825–32.
4. Primejdie D. Potential inappropriate medication use in community – dwelling elderly patients. A qualitative study / D. Primejdie, M. Bojiță, A. Popa // *FARMACIA*. – 2012. – Vol. 60. – P. 3.
5. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts / D. M. Fick, J. W. Cooper, W. E. Wade, J. L. Waller, J. R. Maclean, M. H. Beers // *Arch. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 163. – P. 2716–2724. (Published correction appears in *Arch Intern Med.* – 2004. – Vol. 164. – P. 298t.)
6. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists / J. K. Lee, S. Alshehri, H. I. Kutbi, J. R. Martin // *Integrated Pharmacy Research and Practice*. – 2015. – Vol. 4. – P. 101–111.
7. Nyborg G. Inappropriate prescribing for the elderly – a modern epidemic? / G. Nyborg, J. Straand, M. Brekke // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2012. – Vol. 68 (7). – P. 1085–1094.
8. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials / V. Santschi, A. Chiolerero, B. Burnand, A. L. Colosimo, G. Paradis // *Arch. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 171 (16). – P. 1441–1453.
9. Walsh E. K. “Take ten minutes”: a dedicated ten minute medication review reduces polypharmacy in the elderly / E. K. Walsh, K. Cussen // *Ir. Med. J.* – 2010. – Vol. 103 (8). – P. 236–238.

#### REFERENCES

1. Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity*. 2011;1:28–44
2. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616–631
3. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben D, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 1991;151:1825–32
4. Primejdie D, Bojiță M, Popa A. Potential inappropriate medication use in community – dwelling elderly patients. A qualitative study. *FARMACIA*. 2012;60:3
5. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Published correction appears in *Arch Intern Med* 2004;164:298t. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716–24
6. Lee JK, Alshehri S, Kutbi HI, Martin JR. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integrated Pharmacy Research and Practice*. 2015;4:101–111
7. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly – a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(7):1085–1094.
8. Santschi V, Chiolerero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist

care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Arch Intern Med. 2011;171(16):1441–1453.

9. Walsh EK, Cussen K. "Take ten minutes": a dedicated ten minute medication review reduces polypharmacy in the elderly. Ir Med J 2010;103(8):236–8.

УДК 615.21.3:34+616-039.42

#### АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ

Т. Шкиопу, М. Брумэрел, Ст. Адаужи

В условиях роста количества пожилых людей все чаще различными международными организациями затрагивается проблема фармацевтической помощи этой категории людей. Фокус, ориентированный на потребность пожилых людей, определяется тем, что некоторые проблемы, связанные с применением ими лекарств, в настоящее время недостаточно изучены и не интерпретируются удовлетворительно. В Молдове сегодня нет статистических данных о состоянии здоровья лиц старше 65 лет и данных об их доступе к медицинским и фармацевтическим услугам. В этом контексте исследования в сфере гериатрической фармации Молдавии являются актуальными и практически значимыми. Материалом исследования послужили собранные в аптеках открытого типа в течение 5 месяцев подряд рецепты. Были проанализированы 1339 рецептов. Данными для анализа служили возраст, пол, даты назначения лекарства и его отпуска из аптеки, количество отпущенного лекарства одному пациенту, активное вещество и его доза. Исходя из анализируемых данных, были установлены современные проблемные вопросы, связанные с лекарственной терапией (режим дозирования, лекарственные взаимодействия, побочные эффекты), и предложены практические рекомендации для фармацевтов при предоставлении ими фармацевтических услуг пожилым людям, в том числе относительно объема и качества информации, предоставляемой во время отпуска лекарств.

**Ключевые слова:** фармацевты; фармацевтические услуги; пожилые люди; лекарственная терапия; ожидаемые терапевтические результаты.

УДК 615.21.3:34+616-039.42

#### АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛЮДЯМ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ АПТЕКИ

Т. Шкіопу, М. Брумэрел, Ст. Адаужи

В умовах стрімкого зростання кількості літніх людей проблема фармацевтичної допомоги їм все частіше порушується різними міжнародними організаціями. Фокус, орієнтований на потреби літніх людей, визначається тим, що деякі проблеми, пов'язані з уживанням ліків, сьогодні недостатньо вивчені і не інтерпретуються задовільно. У Молдові на сьогодні відсутні статистичні дані про стан здоров'я осіб старше 65 років, а також дані про доступність для них медичних і фармацевтичних послуг. У цьому контексті дослідження у сфері гериатричної фармации Молдови є актуальними і мають практичне значення. Об'єктами дослідження стали зібрані в аптеках відкритого типу протягом 5 місяців поспіль рецепти. Проаналізовано 1339 рецептів. Аналізувалися вік, стать, дата призначення ліків, дата відпуску в рецепті, кількість лікарських засобів, відпущена одному пацієнту, активна речовина та режим дозування. Виходячи з результатів були встановлені сучасні проблеми, пов'язані з лікарською терапією (режим дозування, лікарські взаємодії, побічні ефекти), і запропоновані практичні рекомендації для фармацевтів при наданні фармацевтичних послуг людям похилого віку, зокрема і щодо обсягу та якості інформації, що надається під час відпуску ліків.

**Ключові слова:** фармацевти; фармацевтичні послуги; літні люди; лікарська терапія; очікувані терапевтичні результати.

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

УДК 615.12:378.046–021.68

## ДОСЛІДЖЕННЯ КОНТИНГЕНТУ СЛУХАЧІВ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ»

В. М. Толочко, М. В. Чешева, О. М. Должнікова

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

*В умовах стрімкого накопичення знань й удосконалення законодавства одним із найбільш важливих завдань є забезпечення неперервності освіти, яка може реалізуватися зокрема і через систему підвищення кваліфікації. Неперервна професійна освіта спеціалістів фармації в Україні визначається нормативними документами, основними з яких є наказ МОЗ України від 12.12.2006 р. № 818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів» та наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами». Тому спеціалісти фармації мають кожні 5 років підвищувати свою кваліфікацію. У статті подано результати дослідження контингенту слухачів післядипломної освіти зі спеціальності «Організація і управління фармацією» за період 2011-2015 рр. та з'ясовано окремі проблеми і соціальні аспекти.*

**Ключові слова:** післядипломна освіта; підвищення кваліфікації; контингент слухачів; пердатеґтаційний цикл; цикл тематичного удосконалення.

**Постанова проблеми.** Якісне фармацевтичне забезпечення населення залежить від компетентності спеціалістів фармації, які його здійснюють. Тому в умовах стрімкого накопичення знань високий професійний рівень спеціалісти фармації підтримують шляхом підвищення кваліфікації кожні 5 років. Слід відзначити, що зміни у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я України впливають на мотивацію до підвищення кваліфікації спеціалістів фармації. Тому важливим є вивчення контингенту слухачів післядипломної освіти спеціалістів фармації, також і їх керівного складу, та з'ясування проблемних і соціальних аспектів.

**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.** Проблемним питанням у системі післядипломної освіти присвячено низку публікацій науковців [1, 3-5, 8-10]. Проте на сьогодні результати комплексного дослідження контингенту слухачів зі спеціальності «Організація і управління фармацією» були висвітлені недостатньо або мали фрагментарний характер. Саме тому метою нашої роботи були системні дослідження із зазначеного напрямку, що є актуальними.

**Формування цілей статті.** У зв'язку з вищезазначеним і з метою дослідження особливостей у системі підвищення кваліфікації спеціалістів фармації зі спеціальності «Організація і управління фармацією» нами проведений аналіз контингенту слухачів (2191 особа) на кафедрі управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації (ІПКСФ) за

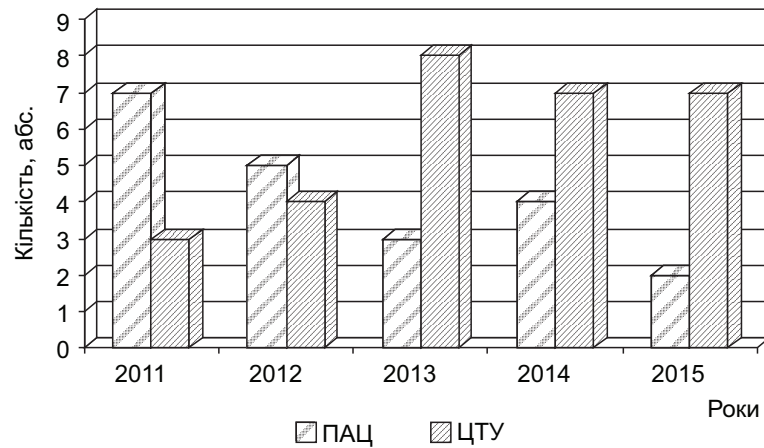


Рис. 1. Співвідношення між кількістю циклів для спеціалістів фармації зі спеціальності «Організація і управління фармацією»

останні 5 років (2011-2015 рр.) та з'ясовані його певні відмінності і фактори впливу на нього.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження контингенту слухачів, розподіл його за видами підвищення кваліфікації, аналіз характеристик та особливостей проводився за звітними даними (2011-2015 рр.) кафедри управління та економіки фармації ІПКСФ. При вирішенні поставлених завдань, обробки даних та оцінки їх репрезентативності використані наукові методи: логічний, графічний, аналітичний, економіко-статистичний, екстраполяції та вибіркового спостереження.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Чинне законодавство України про освіту проголошує принцип її безперервності, який реалізується, зокрема, через систему післядипломної освіти. Післядипломна освіта – це спеціалізоване удосконалення освіти та професійної підготовки спеціаліста шляхом поглиблення, розширення та оновлення його знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти (спеціальності) або професійно-технічної освіти (професії) та практичного досвіду. Вона включає спеціалізацію, перепідготовку, підвищення кваліфікації, стажування. Підвищення кваліфікації розглядається як підвищення рівня готовності особи до виконання нею професійних завдань та обов'язків або набуття особою здатності виконувати додаткові завдання та обов'язки шляхом використання нових знань і вмінь у межах професійної діяльності або галузі знань [2]. Все це

є важливою умовою для підтримання високого рівня фармацевтичного забезпечення населення і реалізації соціального захисту спеціалістів фармації.

Встановлено, що за зазначений період (п'ять років) підвищив кваліфікацію 2191 спеціаліст фармації керівного складу шляхом проходження післядипломного навчання на циклах тематичного удосконалення (ЦТУ) і передатестаційних циклах (ПАЦ). Таких циклів було проведено 50, з них 29 ЦТУ (58,0%) і 21 ПАЦ (42,0%). Тобто щорічно проводилось приблизно 10 циклів, але співвідношення між кількістю ЦТУ і ПАЦ за роками коливалось (рис. 1).

Із рис. 1 видно, що кількість ПАЦ скоротилась – із 7 у 2011 р. до 2 у 2015 р. Відповідно відбулися зміни у співвідношенні між ПАЦ і ЦТУ. Так, питома вага ПАЦ у 2015 р. склала 22,0 %, що менше у порівнянні з іншими роками. Як бачимо, спостерігається скорочення кількості ПАЦ для керівного складу спеціалістів фармації і, відповідно, збільшення кількості ЦТУ – із 30,0% (2011 р.) до 78,0% (2015 р.) (рис. 2).

Одержані результати знайшли відображення у розподілі спеціалістів фармації за кількістю осіб. Так, максимальна кількість слухачів ПАЦ зі спеціальності «Організація і управління фармацією» була у 2011 р. (255 слухачів), а мінімальна кількість – у 2015 р. (36 слухачів) (рис. 3).

У цілому протягом п'яти досліджуваних років розподіл спеціалістів фармації між циклами підвищення кваліфікації зі спеціальності «Організація і управління



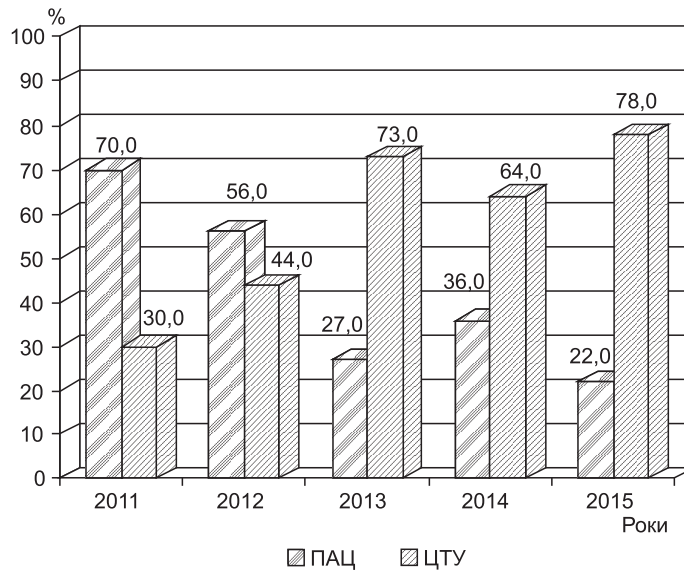


Рис. 2. Питома вага проведених циклів ПАЦ і ЦТУ від їх загальної кількості за роками зі спеціальності «Організація і управління фармацією»

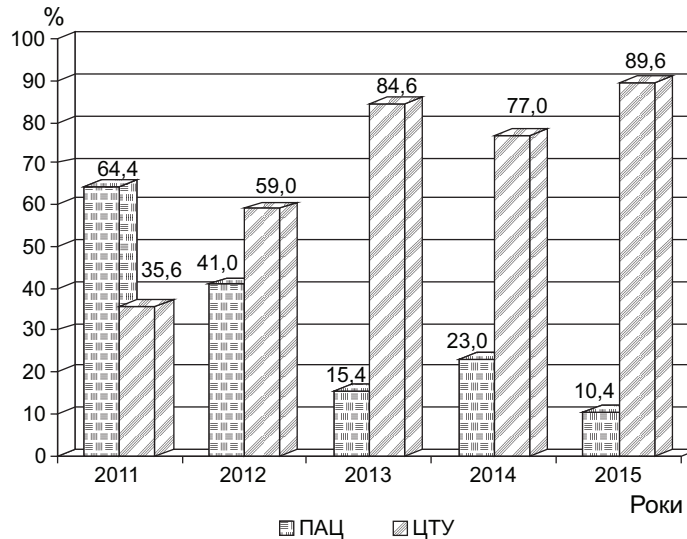


Рис. 3. Питома вага розподілу слухачів ПАЦ і ЦТУ від їх загальної кількості за роками

фармацією» був таким: 28,5% (ПАЦ) і 71,5% (ЦТУ) (рис. 4).

Як відомо, формування навчально-виробничого плану з проведення циклів, також і ПАЦ і ЦТУ, здійснюється на підставі замовлень, одержаних від спеціалістів практичної фармації. Тому встановлені зміни у співвідношенні між циклами підвищення кваліфікації спеціалістів фармації зі спеціальності «Організація і управління фармацією» спонукали нас до з'ясування можливих підстав. Адже ПАЦ є обов'язковою формою підвищення кваліфікації керівного складу спеціалістів фармації, який передує їх атестації на присвоєння, підтвердження, підвищення

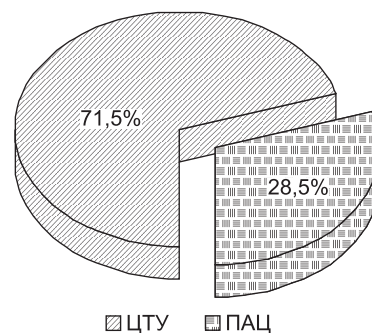


Рис. 4. Розподіл загальної кількості спеціалістів фармації між циклами підвищення кваліфікації зі спеціальності «Організація і управління фармацією» протягом 2011-2015 рр.

Таблиця 1

## РОЗПОДІЛ СЛУХАЧІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ ЗА ОБІЙМАНИМИ ПОСАДАМИ

Посади	Роки										Разом	
	2011		2012		2013		2014		2015			
	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%
Керівники установ	193	75,7	133	85,3	72	81,8	82	71,3	28	77,8	508	78,2
Заступники керівників установ	39	15,3	18	11,5	11	12,5	19	16,5	3	8,3	90	13,8
Головні спеціалісти	7	2,7	–	–	1	1,2	–	–	1	2,8	9	1,4
Керівники підрозділів	11	4,3	5	3,2	4	4,5	13	11,3	4	11,1	37	5,7
Заступники керівників підрозділів	5	2,0	–	–	–	–	1	0,9	–	–	6	0,9
Разом	255	100,0	156	100,0	88	100,0	115	100,0	36	100,0	650	100,0

кваліфікаційної категорії за спеціальністю. Тобто проведення ПАЦ має забезпечувати соціальний захист спеціалістів фармації, бо слухачам, які успішно склали кваліфікаційний іспит, закладом післядипломної освіти видається свідоцтво встановленого зразка з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії. Наявність у провізорів відповідної кваліфікаційної категорії підтверджує у них рівень спеціальної вищої освіти і досвід практичної роботи, що надає їм переваги при прийомі на роботу та керівну посаду. Вказане обумовило необхідність проаналізувати контингент слухачів ПАЦ більш детально. Важливо з'ясувати, чи зберігається для слухачів сутність підвищення кваліфікації на ПАЦ з урахуванням вищезазначеного.

Встановлено, що слухачами таких циклів є тільки керівний склад спеціалістів фармації. Серед них керівники установ та їх заступники, головні спеціалісти, керівники підрозділів та їх заступники (табл. 1).

Із табл. 1 видно, що у розподілі слухачів ПАЦ за посадами в межах 5 років спостерігається однакова закономірність. Переважають керівники установ (від 75,7% у 2011 р. до 77,8% у 2015 р., у цілому за п'ять років – 78,2%) та їх заступники (від 15,3% у 2011 р. до 8,3% у 2015 р., у цілому за період вивчення – 13,8%). Разом на ПАЦ пройшли

підвищення 650 спеціалістів фармації, серед яких: 78,2% – керівники установ, 13,8% – їх заступники, 5,7% – керівники підрозділів, 0,9% – їх заступники, 1,4% – головні спеціалісти.

Важливою умовою для зарахування слухачів на ПАЦ є стаж роботи за спеціальністю «Організація і управління фармацією», який має бути не меншим ніж 5 років. Розподіл контингенту слухачів за цією ознакою наведено у табл. 2.

Показники табл. 2 свідчать, що вимоги до контингенту слухачів ПАЦ за стажем роботи щорічно витримувались. У цілому переважали спеціалісти фармації зі стажем роботи понад 10 років (81,3%), зокрема понад 25 років – 25,0%.

Згідно з нормативними актами МОЗ України атестація спеціалістів фармації передбачає присвоєння, підтвердження, підвищення другої, першої чи вищої кваліфікаційної категорії. Тому нами був проведений аналіз розподілу слухачів ПАЦ за цією ознакою (табл. 3).

Встановлено, що серед слухачів ПАЦ переважають особи, що отримали свідоцтво з рекомендацією на вищу та першу кваліфікаційні категорії протягом кожного із досліджених років і в цілому (73,7, 75,6, 79,5, 87,8, 97,2% відповідно, разом за 5 років – 78,8%). Отримані результати підтверджують

Таблиця 2

**РОЗПОДІЛ СЛУХАЧІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ ЗА СТАЖЕМ РОБОТИ**

Стаж (роки)	Роки										Разом	
	2011		2012		2013		2014		2015		кількість слухачів	%
	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%		
Від 5 до 10	55	21,6	28	17,9	10	11,4	29	25,2	–	–	122	18,7
Від 10 до 15	31	12,2	23	14,8	14	15,9	14	12,1	4	11,1	86	13,2
Від 15 до 20	56	22,0	41	26,3	16	18,2	29	25,3	10	27,8	152	23,4
Від 20 до 25	47	18,4	32	20,5	19	21,5	17	14,8	13	36,1	128	19,7
Від 25 і більше	66	25,8	32	20,5	29	33,0	26	22,6	9	25,0	162	25,0
Разом	255	100,0	156	100,0	88	100,0	115	100,0	36	100,0	650	100,0

Таблиця 3

**РОЗПОДІЛ СЛУХАЧІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ ЗА ОТРИМАНИМИ СВДОЦТВАМИ З РЕКОМЕНДАЦІЄЮ НА ПРИСВОЄННЯ КАТЕГОРІЇ**

Кваліфікаційна категорія	Роки										Разом	
	2011		2012		2013		2014		2015		кількість слухачів	%
	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%	кількість слухачів	%		
Вища	97	38,0	59	37,8	43	48,8	75	65,2	28	77,8	302	46,5
Перша	91	35,7	59	37,8	27	30,7	26	22,6	7	19,4	210	32,3
Друга	67	26,3	38	24,4	18	20,5	14	12,2	1	2,8	138	21,2
Разом	255	100,0	156	100,0	88	100,0	115	100,0	36	100,0	650	100,0

призначення ПАЦ та їх значущість для соціальної підтримки керівного складу спеціалістів фармації. Тому вказане не може служити підставою для скорочення кількості замовлень на ПАЦ.

Більш поглиблений аналіз такої ситуації показав, що деяке скорочення замовлень на проведення ПАЦ відбувається за рахунок зниження мотивації у спеціалістів фармації до такого виду післядипломної підготовки. Важливо зауважити, що це переважно зовнішня складова мотивації з фінансового забезпечення спеціалістів фармації, котрі мають ту чи іншу кваліфікаційну категорію. Особливо це спостерігається у недержавних (комерційних) фармацевтичних закладах (фірмах). На що мають звернути увагу керівники закладів фармацевтичного сектора охорони здоров'я.

**Висновки**

1. Дослідження контингенту слухачів системи післядипломної освіти зі спеціальності «Організація і управління фармацією»

показало, що найчастішим є підвищення кваліфікації на циклах ТЦУ і ПАЦ. На їх проведення зберігається стабільний попит. Разом з тим співвідношення між кількістю проведених циклів свідчить про скорочення кількості ПАЦ, які більшою мірою сприяють соціальному захисту керівного складу спеціалістів фармації та високому рівню фармацевтичного забезпечення населення.

2. З'ясовані деякі можливі чинники, які впливають на скорочення кількості ПАЦ. Встановлено, що ПАЦ за контингентом слухачів виконують своє соціальне і професійне навантаження, забезпечуючи підвищення кваліфікації керівного складу спеціалістів фармації з урахуванням їх стажу роботи, посади та бажання отримати кваліфікаційну категорію. Тому призначення ПАЦ зберігається і не впливає на скорочення кількості заявок від спеціалістів практичної фармації на їх проведення. Існують чинники соціального характеру, які впливають на кількість ПАЦ. Серед них зниження мотивації

спеціалістів фармації до підвищення кваліфікації на ПАЦ, коли у фармацевтичних закладах не дотримуються вимоги фінансового забезпечення доплат за кваліфікаційну категорію.

3. У цілому результати дослідження контингенту слухачів післядипломної освіти зі спеціальності «Організація і управління фармацією» свідчать про її стабільність, затребуваність і соціальну значущість у фармацевтичному секторі охорони здоров'я.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Великий, Д. Л. Нові напрямки роботи Інституту підвищення кваліфікації з метою виходу на міжнародний ринок надання освітніх послуг / Д. Л. Великий // Післядипломна підготовка спеціалістів фармації за організаційно-економічним напрямком: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 2-3 черв. 2010 р., м. Харків. – Х.: НФаУ, 2010. – С. 4-5.
2. Закон України «Про освіту» з доповненнями від 1991 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/how/1060-12>).
3. Заліська, О. М. Післядипломна підготовка провізорів: проблемні питання / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський // Аптека. – 2014. – № 12.
4. Заліська, О. М. Система неперервної професійної освіти провізорів в Україні: досвід кафедри організації і економіки фармації та технології ліків факультету післядипломної освіти й стратегія розвитку відповідно до європейських вимог / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий // Новини медицини та фармації. – 2015. – № 2. – С. 24-25.
5. Костюченко, Н. П. Підвищення кваліфікації спеціалістів – запорука успішної роботи аптечного закладу / Н. П. Костюченко, Л. В. Склярєва // Новини медицини та фармації. – 2013. – № 11.
6. Наказ МОЗ України «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів» від 12.12.2006 р. № 818 [Електронний ресурс] – Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20061212\\_818.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061212_818.html).
7. Наказ МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов впровадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» від 31.10.2011 р. № 723 [Електронний ресурс] – Режим доступу: (<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1420-11>).
8. Пономаренко, М. С. Нормативные и теоретико-методические аспекты последипломного фармацевтического образования / М. С. Пономаренко, О. А. Рыжов, Т. С. Райков // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К.: НМАПО, 2010. – Вип. 19, Кн. 3. – С. 553-562.
9. Толочко, В. М. Організаційно-економічний напрямок в післядипломній освіті спеціалістів фармації / В. М. Толочко // Післядипломна підготовка спеціалістів фармації за організаційно-економічним напрямком: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 2-3 черв. 2010 р., м. Харків. – Х.: НФаУ, 2010. – С. 5-8.
10. Черних, В. П. Післядипломна освіта та її організаційно-економічний напрямок в національному фармацевтичному університеті / В. П. Черних, О. Ф. Пімінов // Післядипломна підготовка спеціалістів фармації за організаційно-економічним напрямком: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 2-3 черв. 2010 р., м. Харків. – Х.: НФаУ, 2010. – С. 3-4.

#### REFERENCES

1. Velykyi DL. Novi napriamky roboty instytutu pidvyshchennia kvalifikatsii z metoiu vyhodu na mizhnarodnii rynek nadannia osvithnih posluh. In: Pislidypломna pidgotovka spetsialistiv farmatsii za organizatsiino-ekonomichnym napriamkom. Proceedings of the Scientific and Practical Conference with international participation; 2010 June 2-3; Kharkiv. Kharkiv: Vyd-vo NFaU; 2010. P. 4-5.
2. Pro osvitu: Zakon Ukrainy z dopovnenniamy vid 1991 r. [Internet]. Available from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/how/1060-12>.
3. Zaliska OM, Parnovskii BL. Apteka. 2014;12.

4. Zaliska OM, Parnovskii BL, Slabyi MV. Novyny medytsyny ta farmatsii. 2015;2:24-25.
5. Kostiuchenko NP, Skliarova LV. Novyny medytsyny ta farmatsii. 2013;11.
6. Pro vdoskonalennia atestatsii provizoriv ta farmatsevtiv: Nakaz MOZ Ukrainy vid 12.12.2006 № 818 [Internet]. Available from: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20061212\\_818.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061212_818.html).
7. Pro zatverdzhennia Litsenziinyh umov vprovadzhennia gospodarskoi diialnosti z vyrobnytstva likarskyh zasobiv, optovoi, rozdribnoi torgivli likarskymy zasobamy: Nakaz MOZ Ukrainy vid 31.10.2011 № 723 [Internet]. Available from: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1420-11>.
8. Ponomarenko MS, Ryzhov OA, Raikov TS. Normativnye i teoretiko-metodicheskie aspekty poslediplomnogo farmatsevticheskogo obrazovaniia. Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO imeni P.L.Shupika. 2010;19(3):553-62.
9. Tolochko VM. Organizatsiino-ekonomichni napriamok v pisliadyplomni osviti spetsialistiv farmatsii. In: Pisliadyplomna pidgotovka spetsialistiv farmatsii za organizatsiino-ekonomichnym napriamkom. Proceedings of the Scientific and Practical Conference with international participation; 2010 June 2–3; Kharkiv. Kharkiv: Vyd-vo NFaU; 2010. P. 5-8.
10. Chernykh VP, Piminov OF. Pisliadyplomna osvita ta ii organizatsiino-ekonomichni napriamok v Natsionalnomu Farmatsevtichnomu Universyteti. In: Pisliadyplomna pidgotovka spetsialistiv farmatsii za organizatsiino-ekonomichnym napriamkom. Proceedings of the Scientific and Practical Conference with international participation; 2010 June 2–3; Kharkiv. Kharkiv: Vyd-vo NFaU; 2010. P. 3-4.

УДК 615.12:378.046–021.68

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОНТИНГЕНТА СЛУШАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦИЕЙ»**

**В. М. Толочко, М. В. Чешева, О. Н. Должникова**

В условиях стремительного накопления знаний и усовершенствования законодательства одной из наиболее важных задач является обеспечение непрерывности образования, которое может реализоваться в том числе и через систему повышения квалификации. Непрерывное профессиональное образование специалистов фармации Украины определяется нормативными документами, среди которых основными являются приказ МЗ Украины от 12.12.2006 г. № 818 «Об усовершенствовании аттестации провизоров и фармацевтов» и приказ МЗ Украины от 31.10.2011 г. № 723 «Об утверждении Лицензионных условий осуществления хозяйственной деятельности по производству лекарственных средств, оптовой, розничной торговли лекарственными средствами». Поэтому специалисты фармации должны каждые 5 лет повышать свою квалификацию. В статье представлены результаты исследования контингента слушателей последипломного образования по специальности «Организация и управление фармацией» за период 2011-2015 гг., выявлены отдельные проблемы и социальные аспекты.

**Ключевые слова:** последипломное образование; повышение квалификации; контингент слушателей; предаттестационный цикл; цикл тематического усовершенствования.

UDC 615.12:378.046–021.68

**THE STUDY OF TRAINEES OF THE POSTGRADUATE EDUCATION SYSTEM MAJORING IN “ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF PHARMACY”**

**V. M. Tolochko, M. V. Chesheva, O. M. Dolzhnikova**

In view of knowledge accumulation and improvement of legislation one of the most important tasks is to provide continuity of education that can be implemented through advanced training of professionals. Continuous professional education of pharmacy specialists in Ukraine is provided by regulatory documents; among them the main documents are the Order of the Ministry of Public Health of Ukraine No. 818 dated December 12, 2006 “On Improvement of Certification of Pharmaceutists and Pharmacists” and Order of the Ministry of Public Health of Ukraine No. 723 dated October 31, 2011 “On Approval of Licensing Conditions for Conducting the Activity in Production of Medicines, Wholesale and Retail Trade of Medicines”. Thus, pharmacy specialists should improve their skills every 5 years. The article presents the results of the study of trainees of the postgraduate education system majoring in “Organization and Management of Pharmacy” for the period from 2011 to 2015. Certain problems and social aspects have been elucidated.

**Key words:** postgraduate education; advanced training; trainees; precertification training cycle; thematic advanced training cycle.

# ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

УДК 615.1:338.5

## ОБГРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНО ЕФЕКТИВНИХ НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

А. С. Немченко, В. М. Назаркіна

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

Проведено аналіз підходів до вирішення проблеми забезпечення доступності ЛЗ у різних країнах світу. Розроблено комплекс соціально ефективних напрямків удосконалення державного регулювання цін на ліки, представлений у проекті нормативно-правового акта – постанови Кабінету Міністрів України. Пропонується уведення механізму державної реєстрації цін реалізації замість декларування змін оптово-відпускних цін; встановлення граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ліки, уведення Державного реєстру цін; запровадження методу референтного ціноутворення для ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню; уведення постійного моніторингу системи цін (оптово-відпускних, закупівельних та роздрібних) на ОЛЗ. Реалізація зазначених заходів, як передбачається, дозволить підвищити доступність ЛЗ для населення.

**Ключові слова:** ціноутворення; основні лікарські засоби; цінова доступність; моніторинг цін; референтне ціноутворення.

**Постанова проблеми.** На сучасному етапі перед більшістю країн світу стоїть складне завдання розширення медичного та фармацевтичного забезпечення населення для задоволення зростаючих потреб охорони здоров'я (ОЗ) в умовах обмежених ресурсів. За даними ВООЗ, понад 2 млрд осіб, а це третина населення світу, не мають регулярно доступу до основних лікарських засобів (ОЛЗ) [2]. На жаль, Україна не є винятком, за даними державної статистики на кінець 2015 року, 33,5% (кожна третя) з українських сімей не змогла придбати необхідні лікарські засоби (ЛЗ) через надто високу вартість

ліків (на цьому акцентували 97,4% опитаних) [16]. За даними аналітичної компанії «Proxima Research», середньозважена вартість 1 упаковки ЛЗ у 2015 р. становила 42,5 грн. Слід зазначити, що вітчизняні ЛЗ приблизно в 5 разів дешевші (22,7 грн), ніж імпортовані ліки (107,8 грн) [3]. У загальній структурі витрат домогосподарств витрати на охорону здоров'я становлять усього 3,5% [16].

Більш детальний аналіз свідчить, що до причин обмеження доступності ліків в Україні, крім, як правило, необґрунтованих цін на ЛЗ та низького рівня доходів населення, можна віднести цілу низку факторів: відсутність системи соціального медичного страхування та реімбурсації ЛЗ; неефективна цінова політика, висока імпортозалежність; лобювання інтересів певних фінансово-промислових груп; відсутність затверджених

**А. С. Немченко** – доктор фарм. наук, професор, завідувач кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

стандартів щодо раціонального відбору, призначення і використання ЛЗ на практиці та контролю за їх дотриманням; непрозорість процесів ціноутворення тощо.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Проблемою забезпечення доступності ЛЗ для населення переймаються як вітчизняні, так і закордонні дослідники, політики, журналісти. Окремі аспекти проблеми обґрунтування соціально ефективних напрямків удосконалення ціноутворення на лікарські засоби розкриваються у наукових працях А. С. Немченко, А. А. Котвіцької, К. Л. Косяченка, І. В. Кубаревої, К. Ланда, Л. В. Галій, Т. Бацаргані, Дж. Кароне, К. Руджері та багатьох інших [4, 5, 7-9, 12, 13, 15]. Намагання урядовців стабілізувати ситуацію з цінами на ЛЗ відображаються у численних законодавчих ініціативах та нормативно-правових актах, які постійно змінюються. Так, наприклад, до Постанови КМ України № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», прийнятої 17.10.2008 р., зміни і доповнення відповідними постановами вносилися 15 разів.

**Вирішення не виділених раніше частин загальної проблеми.** Останнім часом постійно дискутуються питання щодо механізмів державного регулювання цін і, власне, об'єкта регулювання – регулюючих переліків ЛЗ – протягом останнього року відмінено обов'язковий мінімальний асортимент (соціально орієнтованих) ЛЗ та винесено на громадське обговорення проект нового Національного переліку ОЛЗ. Але головна проблема полягає у тому, що часто законодавчі ініціативи не мають під собою наукового підґрунтя і не враховують реалій сьогодення. До того ж необхідно усвідомлювати, що забезпечення доступності ЛЗ є комплексною проблемою, що потребує узгодження інтересів держави, виробників ЛЗ, оптової та роздрібною ланки та безпосередньо споживачів ЛЗ, що, зі свого боку, вимагає прийняття низки виважених політичних, економічних та правових рішень на науково обґрунтованій основі.

**Формулювання цілей статті.** Метою публікації стало дослідження шляхів удосконалення ціноутворення на лікарські засоби та формування соціально ефективних напрямків

цінової політики з метою підвищення доступності лікарських засобів для населення.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Аналіз закордонного досвіду показав, що у більшості розвинутих країн світу ефективна система медичного страхування та реімбурсації створює гарантії вирішення проблеми підвищення доступності ЛЗ. До того ж відпрацьована чітка та злагоджена система допуску ЛЗ на ринок, контролю якості, оцінки медичних технологій та регулювання цін. Також для досягнення доступності ЛЗ можуть використовуватися різні методи державного регулювання, а саме: реєстрація оптових цін виробника (митної вартості), обмеження торговельних надбавок, моніторинг цін, пільгове оподаткування тощо. Останнім часом найбільшого поширення набуває референтне ціноутворення, що дозволяє поєднувати механізми державного регулювання цін на ЛЗ та реімбурсації. Позитивний вплив на стабілізацію цін справляють переговори між державою, виробниками ліків та страховими фондами щодо оптимізації витрат на охорону здоров'я [12, 13, 15].

Заслужують на увагу результати масштабного дослідження, проведеного іспанською неурядовою організацією Civio Foundation, в якому представлено порівняння цін на 14 лікарських препаратів у 61 країні світу [14]. Дослідження фінансувалися Європейським центром журналістики та Фондом Білла і Мелінди Гейтс.

Слід зазначити, що для порівняльного аналізу було обрано 23 країни Азії (Афганістан, Вірменія, Китай, ОАЕ, Індія, Індонезія, Казахстан, Таджикистан та ін.), 20 африканських країн (Чад, Конго, Єгипет, Кенія та ін.), 10 країн Латинської Америки (Аргентина, Гаїті, Мексика, Перу та ін.). Із країн європейського регіону до цього дослідження залучено лише 8: Німеччина, Бельгія, Іспанія, Італія, Молдова, Росія, Україна та Фіджи.

Отже, в основному досліджувалися країни, що розвиваються, а також 4 країни – члени ЄС. За рівнем доходу досліджувані країни розподіляються таким чином: 12 країн (19,7%) – з низьким рівнем доходу; 25 країн (41%), також і Україна – з доходом нижче середнього; 17 (27,9%) – з доходом вище середнього і 7 (11,5%) – з високим рівнем

доходу. Із країн пострадянського простору аналіз проводився у 8 (Україна, РФ, Молдова, Казахстан, Киргизстан, Таджикистан, Узбекистан, Вірменія). Згідно з даними дослідження в Україні найнижчі ціни практично на всі ліки, навіть у порівнянні з Молдовою і Росією.

Для порівняння використовувалася середньозважена ціна на низку препаратів-генериків в окремій країні і зіставлялася із загальною референтною ціною. Для аналізу взято бази даних некомерційної організації Health Action International (<http://haiweb.org>), що містить інформацію про ціни на ліки за період 2001-2015 рр., з урахуванням інфляції та курсів валют. Доступність ЛЗ оцінювалася за співвідношеннями цін на ЛЗ у певній країні та середньозваженої ціни (медіанна довідкова ціна) та часом (кількістю днів) роботи посадової особи з мінімальною заробітною платою, необхідним для оплати лікування певним препаратом. Для наближення до реальної ситуації порівняння здійснювалося у приватному секторі (покупки ліків в аптеках) та державному (з урахуванням реімбурсації). Загальний висновок, який можна зробити з цього глобального дослідження, полягає в тому, що в Україні ціни на життєво необхідні ліки суттєво нижче, ніж в інших країнах пострадянського простору і, безумовно, країн ЄС, але їх доступність для населення нижче через низький рівень доходів українців.

Дослідження, безперечно, є актуальним і цікавим, дозволяє порівняти рівень забезпеченості населення необхідними ЛЗ у різних країнах світу. Але через те, що воно проводилося журналістами, а не науковцями, не враховані деякі важливі моменти, тому виникають методологічні питання.

По-перше, питання відбору препаратів для проведення дослідження (табл.). Так, 3 ЛЗ (21,4%) із 14 аналізованих не належать до основних ЛЗ (каптоприл, диклофенак, омепразол).

При інтерпретуванні отриманих даних слід також враховувати, що всі розрахунки цінних показників здійснювалися у дол. США, а протягом аналізованого періоду курс змінився у 3 рази (з 7,99 грн за 1 дол. США у 2012 р. до 24,85 грн у 2016 р.).

По-друге, залежно від прийнятої державної політики, у різних країнах існують суттєві

відмінності як у структурі національних переліків (наприклад, в Індії майже не використовуються запатентовані препарати), так і у методах державного регулювання обігу ліків та цін на них.

По-третє, в державному сегменті багатьох країн ціни виробників на ліки є результатом домовленості платників (бюджетна система, страхові фонди тощо) з виробниками. Також застосовується система реімбурсації (компенсації) вартості ліків у вигляді знижок, що унеможлиблює адекватне порівняння.

Ми дотримуємося думки багатьох зарубіжних дослідників, що порівняння цін на ЛЗ необхідно робити дуже виважено, враховуючи різні системи ціноутворення, реімбурсації, оподаткування, зокрема ПДВ, тощо.

До того ж у дослідженні використовувалися дані цін за різні роки, що, на нашу думку, також є неприпустимим. Так, наприклад, станом на грудень 2012 року середня заробітна плата в Україні становила 3377 грн (427,46 дол. США), а на теперішній час – 4984 грн (199,36 дол. США). Мінімальна заробітна плата за останні п'ять років зростала несуттєво – на 29,7% (з 1118 грн станом на 30.11.2012 р. (у перерахунку це становить 140 дол. США) до 1450 грн (58,35 дол. США) станом на 01.05.2016 р.). При цьому індекс споживчих цін лише за 2014 р. становив 124,9%, а за 2015 р. – 143,3% [16]. Тобто наочно видно, що за вказаний період доступність ліків в Україні істотно знизилася.

Незважаючи на постійні зміни нормативно-правової бази щодо урегулювання питання збільшення доступності ліків в Україні, механізм державного регулювання цін на ЛЗ наразі недосконалий, а законодавча база містить низку невідповідностей, які негативно впливають на процес формування цін. Державне регулювання цін на ОЛЗ і ліки, що закуповують за бюджетні кошти, здійснюється на державному рівні – ціни на такі ЛЗ підлягають декларуванню. Починаючи з 07.07.2015 р. було змінено механізм формування та порядок декларування оптово-відпускних цін на ЛЗ та ВМП і скасовано застосування методу референтного ціноутворення при формуванні оптово-відпускних



Таблиця

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦІНОВОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛЗ

Найменування ЛЗ	Код АТС і фармакотерапевтична група	Результати дослідження Civio Foundation		Результати власних досліджень (2016)	
		базова ціна (MPR) (2013), дол. США	співвідношення цін – перевищення базової ціни, разів	середньозважена ціна в Україні, дол. США**	співвідношення цін, разів
Амітриптилін 25 мг таб./капс.	N06AA09 Антидепресанти	0,0080	нижча за базову	0,014	1,75
Амоксицилін 500 мг капс./таб.	J01C A04 Препарати групи пеніциліну	0,0313	4,38	0,116	3,7
Атенолол 50 мг, капс./таб.	C07A B03 Бета-адреноблокатори	0,0118	2,97	0,0194	1,64
Каптоприл 25 мг капс./таб.	C09A A Інгібітори АПФ монокомпонентні	0,0144	3,85	0,024 0,144*	1,67 10
Цефтриаксон 1 г пор. д/ін.	J01D A13 Антибіотики групи цефалоспоринів	0,5887	1,14	0,6	1,02
Ципрофлоксацин 500 мг капс./таб.	J01M A02 Фторхінолони	0,0418	2,74	0,084 0,416*	2,01 9,95
Котримоксазол 40 + 200 мг/5 мл сусп.	J01E E01 Сульфаніламідні препарати	0,0051	8,57	–	–
Діазепам 5 мг капс./таб.	N05B A01 Транквілізатори	0,0080	нижча за базову	–	–
Диклофенак 50 мг капс./таб.	M01A B05 Нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби	0,0064	4,27	0,012 0,0792*	1,875 12,375
Глібенкламід 5 мг капс./таб.	A10BB01 Пероральні антидіабетичні засоби	0,0067	5,16	0,01084 0,126*	1,62 18,8
Омепразол 20 мг капс./таб.	A02B C01 Інгібітори «протонного насоса»	0,0213	2,00	0,04548	2,14
Парацетамол 120 мг/5 мл сусп.	N02B E01 Аналгетики-антипіретики	0,0069	2,99	0,72 1,68*	104,35 243,48
Сальбутамол 100 мкг/доз. інг.	R03A C02 Бета-адреностимулятори	0,0099	1,55	0,0132*	1,33
Сімвастатин 20 мг капс./таб.	C10A A01 Гіполіпідемічні засоби	0,0235	4,10	0,1257*	5,35

Примітка: \* – імпортні ЛЗ; \*\* – за даними <http://compendium.com.ua/prices> (з урахуванням курсу НБУ).

цін на ЛЗ. Це варто розцінювати як негативний фактор, що призведе до зниження доступності ОЛЗ.

Подальше регулювання цін, відповідно до Постанови КМУ від 17.10.2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», відбувається шляхом регулювання встановлених оптових та роздрібних націнок на ЛЗ. Слід зазначити, що аптеками та аптечними мережами була знижена роздрібна націнка на ліки в середньому з 25% у 2013 р. до

22% у 2016 р. (за даними компанії «SMD»). У цьому контексті оптово-відпускна ціна виробника та порядок її формування набувають особливого значення, оскільки вона складає до 80% розміру роздрібною ціни та є основою для всіх подальших розрахунків.

Сьогодення фармацевтичної практики потребує реалізації головних принципів у формуванні системи цін на ЛЗ, зокрема обґрунтованість, прозорість і гласність. Для цього необхідно визначення пріоритетних методів державного регулювання

по всьому ланцюгу від оптово-відпускних до роздрібних цін на ліки, які здатні забезпечити соціально-економічну ефективність ціноутворення на ЛЗ із позицій забезпечення їх доступності для населення, а також створення рівних конкурентних умов для суб'єктів господарської діяльності в галузі. Як свідчить міжнародний досвід, до таких методів відносять насамперед державну реєстрацію оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ, а також проведення моніторингу системи цін і показників доступності ліків.

Ми пропонуємо комплекс першочергових заходів щодо удосконалення державного регулювання цін на ліки, а саме:

1) уведення механізму державної реєстрації цін реалізації замість декларування змін оптово-відпускних цін;

2) встановлення граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ліки, що внесені до так званого «бюджетного» переліку;

3) уведення Державного реєстру цін для забезпечення об'єктивною інформацією про граничні оптово-відпускні та граничні роздрібні ціни на ЛЗ;

4) створення Міжвідомчої експертної ради для здійснення державної реєстрації цін;

5) запровадження методу референтного ціноутворення шляхом визначення переліку ОЛЗ, вартість яких може відшкодуватися за рахунок державного бюджету та інших залучених коштів;

6) уведення постійного моніторингу системи цін (оптово-відпускних, закупівельних та роздрібних) на основні ліки та ЛЗ, що закуповують за бюджетні кошти, а також показників цінової доступності.

Зазначений комплекс заходів став основою запропонованого проекту Постанови КМУ «Про заходи щодо удосконалення державного регулювання ціноутворення на лікарські засоби і вироби медичного призначення» [11], що містить такі нормативні документи:

- Порядок державної реєстрації граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення.
- Положення про Державний реєстр цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення.
- Положення про Міжвідомчу експертну раду.

- Порядок проведення моніторингу цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення.

Нами також окреслені перспективні напрямки удосконалення цінової політики доступності ЛЗ та ВМП, а саме:

- розробка й упровадження політики єдиних роздрібних цін на ОЛЗ (за граничним рівнем) з використанням методів моніторингу цін та референтного ціноутворення;
- формування єдиного Національного переліку ОЛЗ;
- розробка й упровадження галузевих методик розрахунку собівартості виробництва ЛЗ, що закуповують за державні кошти, а також на інноваційні препарати;
- створення інформаційно-аналітичної системи та бази даних світових і внутрішніх цін на ЛЗ та ВМП.

Все це, безумовно, сприятиме підвищенню доступності ЛЗ для пацієнтів. Вирішення поставленої проблеми є ключовим моментом в імпортозаміщенні.

#### **Висновки і перспективи подальших досліджень**

1. Проведено аналіз закордонного досвіду вирішення проблеми забезпечення доступності ЛЗ. Встановлено, що у більшості розвинутих країн світу ефективно працює система медичного страхування та реімбурсації, відпрацьована чітка система допуску ЛЗ на ринок, контролю якості, оцінки медичних технологій та регулювання цін. Також можуть використовуватися різні методи державного регулювання цін: реєстрація цін, обмеження націнок, моніторинг цін, пільгове оподаткування, референтне ціноутворення, переговори між державою, виробниками ліків та страховими фондами.

2. Проведено аналіз результатів дослідження цінової доступності 14 ЛЗ у різних країнах світу, проведеного зарубіжними дослідниками. Встановлено, що в Україні ціни на ліки є порівняно невисокими, але їх доступність для населення дуже низька, що, крім низького рівня доходів населення, обумовлено багатьма об'єктивними факторами, зокрема відсутністю ефективних механізмів соціального медичного страхування, недосконалістю механізмів державного регулювання цін тощо. Порівняння цін

на ЛЗ необхідно робити дуже виважено, враховуючи різні системи ціноутворення, реімбурсації, оподаткування, зокрема ПДВ, тощо.

3. Розроблено комплекс соціально ефективних напрямків удосконалення державного регулювання цін на ліки, представлений у проекті нормативно-правового акта – постанови Кабінету Міністрів України. Пропонується уведення механізму державної реєстрації цін реалізації замість декларування змін оптово-відпускних цін; установлення граничних оптово-відпускних та роздрібних цін на ліки; уведення Державного реєстру цін; запровадження методу референтного ціноутворення для ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню; уведення постійного моніторингу системи цін (оптово-відпускних, закупівельних та роздрібних) на ОЛЗ. Реалізація зазначених заходів, як передбачається, дозволить підвищити доступність ЛЗ для населення.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Галковская, Г. Фиксированные розничные цены. Эффективен ли подход для снижения цен на фармрынке? / Г. Галковская // Ежедневник Аптека. – 2016. – № 1037 (16). [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/369849>
2. Здоров'я-2020 : Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012.
3. Кирсанов, Д. Аптечный рынок Украины по итогам 2015 г.: Helicopter View / Д. Кирсанов // Ежедневник Аптека. – 2016. – № 1023 (2). [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/358052>
4. Косяченко, К. Л. Научно-методичні підходи до проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповують за державними цільовими програмами / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко, О. В. Коваленко, І. В. Кубарева // Фармац. журнал. – 2011. – № 1. – С. 13-18.
5. Котвіцька, А. А. Наукове узагальнення сучасних засад імплементації систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в європейських країнах / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2015. – № 6 (44). – С. 85-89.
6. Лукьянчук, Е. Как работает система референтного ценообразования? / Е. Лукьянчук // Ежедневник Аптека. – 2012. – № 829 (8). [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/126957>
7. Немченко, А. С. Моніторинг системи цін на основні лікарські засоби: метод. рек. / А. С. Немченко, Л. В. Галій. – Х.: НФаУ, 2003. – 25 с.
8. Немченко, А. С. Методичні рекомендації з проведення державної експертизи та реєстрації цін на основні лікарські засоби : метод. рек. / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, І. В. Кубарева, А. В. Беліченко. – Х.: НФаУ, 2008. – 22 с.
9. Немченко, А. С. Обґрунтування пріоритетних напрямків удосконалення ціноутворення на лікарські засоби / А. С. Немченко, В. М. Назаркіна // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 118-122.
10. Приходько, О. Яким має бути ціноутворення на лікарські засоби? Українські науковці пропонують своє бачення / О. Приходько // Ежедневник Аптека. – 2016. – № 1037 (16). [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://apteka.ua/article/378487>
11. Проект постанови КМУ «Про заходи щодо удосконалення державного регулювання ціноутворення на лікарські засоби і виробу медичного призначення» [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/378420>
12. Bazargani Y. T., Ewen M., de Boer A. etc. Essential Medicines Are More Available than Other Medicines around the Globe <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0087576>
13. European Economy. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU / G. Carone, C. Schwierz, A. Xavier // European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs). – Economic Papers 461. –

2012. – 67 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp\\_461\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf)
14. Investigación periodística sobre el acceso a los medicamentos en el mundo [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medicamentalia.org>
  15. Pharmaceutical pricing. The use of external reference pricing / K. Ruggeri, E. Nolte. – RAND Corporation, 2013. – 61 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR240.html](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR240.html)
  16. <http://www.ukrstat.gov.ua/>
- REFERENCES**
1. Halkovskaya N. *Ezhenedel'nyk Apteka*. 2016;1037(16). Available from: <http://www.apteka.ua/article/369849>
  2. *Zdorov'ya-2020 : Osnovy Yevropeys'koi stratehii u pidtrymku dii vsiiei derzhavy i suspil'stva v interesakh zdorov'ia i blahopoluchchia*. Kopenhagen: YeRB VOOZ, 2012
  3. Kyrsanov D. *Ezhenedel'nyk Apteka*. 2016;1023(2). Available from: <http://www.apteka.ua/article/358052>
  4. Kosyachenko KL, Nemchenko AS, Kovalenko OV, Kubaryeva IV. *Farmatsevtichnyi zhurnal*. 2011;1:13-18.
  5. Kotvits'ka AA, Kubaryeva IV. *Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii*. 2015;(44):85-89.
  6. Luk'ianchuk E. *Ezhenedel'nyk Apteka*. 2012;829(8). Available from: <http://www.apteka.ua/article/126957>
  7. Nemchenko AS, Haliy LV. *Monitorynh systemy tsin na osnovni likars'ki zasoby: metodychni rekomendatsii*. Kharkiv: National University of Pharmacy; 2003. 25 p.
  8. Nemchenko AS, Kosyachenko KL, Kubaryeva IV, Byelichenko AV. *Metodychni rekomendatsii z provedennia derzhavnoi ekspertyzy ta reiestratsii tsin na osnovni likars'ki zasoby*. Kharkiv: National University of Pharmacy; 2008. 22 p.
  9. Nemchenko AS, Nazarkina VM. *Ukrayins'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2015;23(3(84)):118-122.
  10. Prykhod'ko O. *Ezhenedel'nyk Apteka*. 2016;1037(16). Available from: <http://apteka.ua/article/378487>
  11. *Pro zakhodyshchodo udoskonalennia derzhavnoho rehulyuvannia tsinoutvorennia na likars'ki zasoby i vyroby medychnoho pryznachennia: proekt postanovy KMU* [Internet]. Available from: <http://www.apteka.ua/article/378420>
  12. Bazargani YT, Ewen M, de Boer A, Leufkens HGM, Mantel-Teeuwisse AK. *Essential Medicines Are More Available than Other Medicines around the Globe*. PLoS ONE. 2014;9(2):e87576. doi:10.1371/journal.pone.0087576
  13. Carone G, Schwierz C, Xavier A. *European Economy. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*. In: *Economic Papers* 461. 2012. 67 p. Available from: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp\\_461\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf)
  14. Investigación periodística sobre el acceso a los medicamentos en el mundo [Internet]. Available from: <http://medicamentalia.org>
  15. Ruggeri K, Nolte E. *Pharmaceutical pricing. The use of external reference pricing*. RAND Corporation, 2013. 61 p. Available from: [http://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR240.html](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR240.html)
  16. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy* [Internet]. Available from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

УДК 615.1:338.5

**ОБОСНОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО ЭФФЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА****А. С. Немченко, В. Н. Назаркина**

Проведен анализ подходов к решению проблемы обеспечения доступности ЛС в разных странах мира. Разработан комплекс социально эффективных направлений усовершенствования государственного регулирования цен на лекарства, представленный в проекте нормативно-правового акта – постановления Кабинета Министров Украины. Предлагается введение механизма государственной регистрации цен реализации вместо декларирования изменений оптово-отпускных цен; установление предельных оптово-отпускных и розничных цен на лекарства, введение Государственного реестра цен; внедрение метода референтного ценообразования для ЛС, стоимость которых подлежит возмещению; введение постоянного мониторинга системы цен (оптово-отпускных, закупочных и розничных) на ОЛС. Реализация указанных мер, как предполагается, позволит повысить доступность ЛС для населения.

**Ключевые слова:** ценообразование; основные лекарственные средства; ценовая доступность; мониторинг цен; референтное ценообразование.

UDC 615.1:338.5

**SUBSTANTIATION OF SOCIAL EFFECTIVE DIRECTIONS FOR IMPROVING DRUG PRICING****A. S. Nemchenko, V. M. Nazarkina**

The analysis of approaches to the problem of providing the availability of medicines in different countries has been conducted. The complex of socially effective directions to improve the state regulation of drug prices presented in the project of the regulatory act – the resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine has been developed. It has been proposed to introduce the state registration mechanism for sales prices instead of declaring the changes in wholesale prices; to set the limiting wholesale and retail prices for medicines, to introduce the State Register of prices; to implement the method of reference pricing for drugs, which cost is refundable; to introduce the permanent monitoring of the price system (wholesale, retail and procurement) on essential medicines. As expected, implementation of these measures will increase the availability of medicines to the population.

**Key words:** pricing; essential medicines; affordability of prices; price monitoring; reference pricing.

Рекомендовано д. фарм. н., доцентом О. В. Ткаченко

УДК 316.776.22:615.03:618:2.]–61:001.08

## АНАЛІЗ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ТА НАПРЯМИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ

Н. М. Максимович

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.  
E-mail: maximovi43@ukr.net

*У статті представлено узагальнені доказові дані та проведено системний аналіз вітчизняних і англомовних публікацій, нормативних документів, систематичних оглядів PubMed, Cochrane з проблематики раціональної фармакотерапії нудоти і блювоти вагітних (НБВ). Проаналізовано асортимент лікарських засобів, які використовуються для доказово-обґрунтованої терапії НБВ. Визначено економічні витрати на схеми прийому ондасетрону, як препарату другої лінії лікування. Проведено аналіз 32 офіційних інструкцій до профільних препаратів для терапії НБВ і виявлено, що недостатня або відсутня інформація про дози, тривалість прийому при НБВ для препаратів ондасетрону, метоклопраміду, прометазиу, доксиламіну, що ускладнює правильне дозування та призначення вагітним. Обґрунтовано необхідність доповнення та уточнення офіційних інструкцій про дозування, тривалість прийому при НБВ. Показано, що необхідно розширити асортимент зареєстрованих ліків, зокрема комбінацією доксиламіну суццинат та піридоксину гідрохлориду, яка рекомендована FDA і широко призначається вагітним у багатьох країнах для доказово-ефективного лікування НБВ.*

**Ключові слова:** доказова медицина; нудота та блювота у вагітних; економічні витрати на лікування нудоти та блювоти вагітних; ондасетрон.

**Постанова проблеми.** У світі значна увага приділяється забезпеченню якості життя вагітної жінки та збереженню здоров'я плода. Серйозною проблемою є розвиток нудоти та блювоти вагітних (НБВ), особливо тяжкої форми, що суттєво впливає на якість життя жінки, її соціальні функції, а також на здоров'я майбутньої дитини [3, 6, 8, 15, 16, 25]. Фармакоеконімічні дослідження показали, що витрати на лікування ускладнень при вагітності, зокрема НБВ, у США становлять щорічно понад 1,7 млрд доларів (2012), враховуючи прямі витрати охорони здоров'я

і непрямі витрати, пов'язані з втраченою роботою або потребою у догляді та допомозі інших осіб (членів родини) вагітним жінкам у домашніх умовах [30].

Встановлено, що протягом 2012 року у США було надано більш ніж 240 тис. консультацій при НБВ та її тяжкій формі і витрачено на оплату близько 250 млн доларів, тобто витрати є досить великими. Зростання витрат на лікування НБВ прямо пропорційно збільшенню тяжкості перебігу НБВ і, відповідно, витрат на препарати 2 ряду призначень, зокрема метоклопрамід та ондасетрон [31]. Зниження витрат на лікування НБВ можна досягнути шляхом зменшення симптомів і рецидивів НБВ, повторних консультацій лікаря та госпіталізацій.

**Н. М. Максимович** – асистент кафедри організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоеконіміки ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Таблиця 1

**СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДАНИХ ПРО УСКЛАДНЕННЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК  
З HYPEREMESIS GRAVIDARUM**

Метаболічні ускладнення	Механічні ускладнення	Дефіцит вітамінів
Втрата маси тіла	Крововилив у сітківку	Піридоксину
Зневоднення	Відрив селезінки	Ціанокобаламіну
Ацидоз	Розрив стравоходу	Тіаміну
Аномальні печінкові проби	Пневмоторакс	—
Гіпонатріємія	—	—

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Результати дослідження Ю. В. Давидова та співавт. (2015) показали, що при включенні до стандартної схеми лікування НБВ препарату «Ксилат» з метою ранньої терапії стан здоров'я жінки покращується, термін лікування та ускладнення НБВ зменшуються [1].

За даними С. Г. Мелашенко і В. О. Рудь (2015), при використанні комбінації екстракту імбиру та вітаміну В<sub>6</sub> спостерігали полегшення симптомів нудоти навіть при монотерапії [3].

В Україні на сьогодні не виявлено статистичних даних про кількість вагітних з нудотою та блювотою, оскільки поки що не проводиться збір офіційних даних та їх моніторинг.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** За даними 973 результатів досліджень у доказовій базі даних PubMed, опублікованих за останні 10 років, а також вивчення інших вітчизняних та англомовних публікацій встановлено, що в наукових дослідженнях приділяється велика увага питанню ефективності, безпечності застосування ліків під час НБВ і тяжкої форми НБВ.

**Формулювання цілей статті.** Метою дослідження було вивчення та систематизація даних доказової бази щодо лікування НБВ, а також аналіз асортименту лікарських засобів на вітчизняному фармацевтичному ринку та оцінка економічних витрат на лікування НБВ у вагітних жінок.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** За даними літератури у 50-85% жінок у першій половині вагітності виникають симптоми нудоти та блювоти. Нудота та блювота у вагітних виникає найчастіше на ранніх стадіях вагітності, як правило, починаючи з 4–9 тижнів, досягаючи максимуму

приблизно на 7-12 тиждень, і здебільшого завершується на 16 тижні [8, 11, 16, 21, 27].

За визначенням, тяжка форма НБВ називається *Hyperemesis gravidarum* – це постійна нудота і блювота під час вагітності, що може призвести до зневоднення, кетозу, втрати ваги понад 5%, зменшення електролітів у крові [4, 21, 29]. Частота поширення НБВ у світі, за Voelig R. С. даними та співавт. (2016), становить від 0,3 до 1,0% [15]. Розвиток такого стану у вагітної призводить до значного погіршення якості життя пацієнтки і може спричинити серйозні порушення. Також НБВ є найбільш поширеним показанням, після загрози передчасних пологів, для госпіталізації у першій половині вагітності [15, 16, 21, 29].

Ускладнення у вагітних жінок найчастіше зустрічаються з тяжким блюванням або *hyperemesis gravidarum* і включають метаболічні, механічні ускладнення, дефіцит вітамінів і суттєво знижують якість життя майбутньої мами (табл. 1). Виникають також ускладнення з боку плода, що призводить до зростання частоти народження немовлят з нижчою масою тіла [19, 21]. Узагальнено основні доказові дані про ускладнення, що виникають при тяжкій формі НБВ, у табл. 1 [3, 6, 16, 21, 29].

Як свідчать дані табл., виникнення під час вагітності тяжкої форми НБВ – *Hyperemesis gravidarum* – може спричинити серйозні проблеми у здоров'ї жінки, що негативно впливатимуть і на якість життя дитини в майбутньому, тому необхідним є доказово-обґрунтоване лікування НБВ.

За даними рекомендації Британського агентства з оцінки якості охорони здоров'я (NICE) було затверджено алгоритм фармакотерапії НБВ у настанові «Нудота/блювота під час вагітності» («Nausea/vomiting in

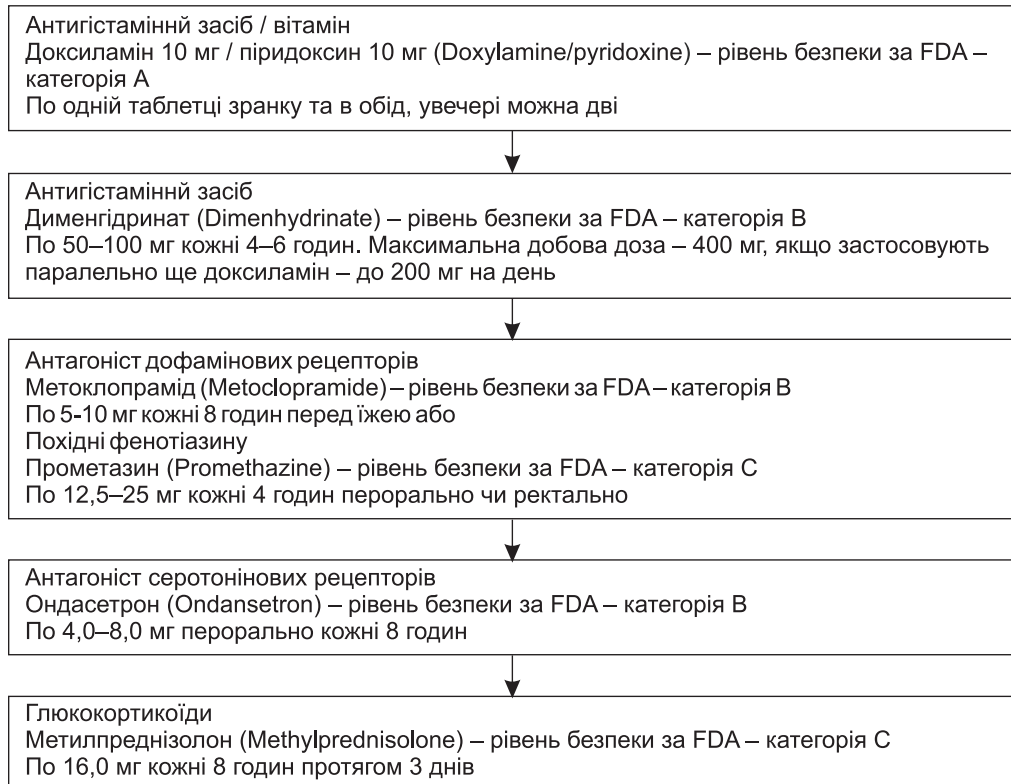


Схема 1. Алгоритм сходинкової фармакотерапії НБВ [6]

pregnancy – 2013»), який використовується у країнах Європи. Також у США Американською школою акушерів та гінекологів у 2015 році були оновлені рекомендації 2004 року лікування НБВ [6].

В Україні сьогодні є проекти «Клінічної настанови, заснованої на доказах «Нудота та блювота під час вагітності» (2016) та Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Нудота та блювання під час вагітності» (2016) [4].

На основі систематичного огляду даних доказової медицини нами встановлено, що доведена ефективність має схема з чотирьох етапів: 1) зміна способу життя; 2) дієтотерапія; 3) точковий масаж зап'ястка (Р6) – акупунктура, відпочинок; 4) використання ЛЗ при одночасній мінімізації ризиків для матері та плода. Для раціональної фармакотерапії НБВ використовують сходинкову схему лікування, тобто препарати призначаються з урахуванням доведеної безпечності для плода та ефективності. Алгоритми вибору ЛЗ наведені у двох варіантах (схема 1 і табл. 2).

Слід зазначити, що з квітня 2013 року Американське агентство з контролю ліків

і продуктів (FDA) рекомендувало для лікування НБВ препарат під торговою назвою «Диклегіс» (Diclegis). Це комбінація антигістамінного доксиламіну сукцинату (10 мг) та вітаміну піридоксину гідрохлориду (10 мг), рівень безпеки – категорія А [13].

Цікава історія застосування препарату, який використовувався ще раніше вагітними у більшості країн світу: Великій Британії та Австралії – під назвою «Дебендокс» (Debendox), у Канаді – «Диклектин» (Diclectin), у Німеччині, Швейцарії, інших країнах Європи, Південної Америки та Африки – «Ленотан» (Lenotan). Проте у 1982 році препарат був заборонений через необґрунтовані хибні докази, ніби він викликає вади розвитку плода, та велике збільшення витрат на судові позови [5]. Для поліпшення якості життя жінок із НБВ та доведення ефективності прийому комбінації доксиламіну та піридоксину була здійснена низка досліджень. Найбільш доказово обґрунтовані результати досліджень, які показали безпечність проведення фармакотерапії як для матері, так і для новонароджених, ці результати були опубліковані у 2010-2011 рр. [9, 18].



Таблиця 2

**СХОДИНКОВА ФАРМАКОТЕРАПІЯ НУДОТИ І БЛЮВОТИ ВАГІТНИХ [7]**

Лінії вибору препаратів	Лікарський засіб	Схема прийому препарату, дози
Перша лінія	Циклізин	50 мг кожні 8 годин перорально, або внутрішньовенно (в/в), або внутрішньо-м'язово (в/м)
	Прохлорперазин	5–10 мг перорально, або 12,5 мг в/м, або в/в; або 25 мг ректально кожні 6–8 год
	Прометазин	12,5–25 мг кожні 4–8 годин перорально, в/м, в/в
	Хлорпромазин	10–25 мг кожні 4–6 годин перорально, в/в, в/м; або 50–100 мг кожні 6–8 годин ректально
Друга лінія	Метоклопрамід	5–10 мг кожні 8 годин перорально, в/в, в/м (застосування не більше 5 днів)
	Домперидон	10 мг кожні 8 годин перорально, 30–60 мг кожні 8 годин ректально
	Ондасетрон	4–8 мг кожні 6–8 годин перорально, в/в 8 мг протягом 15 хв кожні 12 годин
Третя лінія	Гідрокортизон	100 мг в/в два рази на день чи один, якщо є поліпшення стану, потім 40–50 мг перорально преднізолону з поступовою відміною призначення

Останні результати позитивного впливу були показані G. Cogen та співавт. у 2015 році. Це було подвійне сліпе плацебо-контрольне дослідження, в якому взяли участь 131 вагітна, що застосовували комбінацію доксиламіну 10 мг та піридоксину 10 мг та 125 жінок, і приймали плацебо протягом двох тижнів від двох до чотирьох разів на день. У результаті застосування цього препарату не спостерігалось негативної дії на центральну нервову систему, шлунково-кишковий тракт і серцево-судинну систему, тому рекомендується застосування препарату на день до чотирьох разів залежно від тяжкості симптомів [10, 20].

Аналіз сегмента фармацевтичного ринку України першого півріччя 2016 року показав, що на ринку відсутній комбінований препарат доксиламіну з вітаміном B<sub>6</sub>, що ускладнює доступність і можливість проведення доказово-ефективного лікування НБВ.

Нашим завданням було провести аналіз офіційних інструкцій препаратів, які є на фармацевтичному ринку України для лікування НБВ, щодо наявності таких показів.

Нами проаналізовано 32 інструкції монопрепаратів (піридоксину, доксиламіну, прометазину, метоклопраміду, ондасетрону) і встановлено, що показ «нудота та блювота» є у препаратів піридоксину (12,5%) та у двох препаратів метоклопраміду (6,25%); повідомлено, що «застосування дозволено, коли

є клінічна потреба». В інших медичних інструкціях (81,25%) не наведено такої інформації, що вимагає перегляду інструкцій і відповідного їх доповнення для забезпечення достовірної інформації про дози і прийом під час вагітності.

Найчастіше лікарі рекомендують вагітним з тяжкою формою НБВ засоби другої лінії – метоклопрамід, ондасетрон. Необхідно врахувати, що у вересні 2011 року FDA ввело рекомендацію щодо обережного прийому ондасетрону пацієнтам із подовженим інтервалом QT, порушенням електролітного балансу, застійною серцевою недостатністю та особам, які застосовують лікарські засоби, що спричиняють подовження інтервалу QT [12].

Нашим завданням було проаналізувати дані доказової медицини про використання препаратів ондасетрону для лікування НБВ (табл. 3).

Як бачимо, останні дані стосовно безпеки під час вагітності свідчать, що ондасетрон не володіє тератогенними властивостями, проте є суперечливі дані про можливий негативний вплив на розвиток уроджених вад чи інших негативних наслідків для здоров'я, що потребує подальшого деталізованого вивчення.

Важливо було оцінити економічні витрати для фармакоterapiї НБВ, вибираючи найбільш економічно доступний та ефективний

## СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДАНИХ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ПРИЙОМУ ЛЗ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Лікарський засіб	Автори, рік	Результати дослідження
1	2	3
Ондасетрон	Anderka M., Mitchell A., Louik C., Werler M. M., Hernandez-Diaz S., 2012	Дослідження випадок – контроль від проекту щодо профілактики уроджених вад не виявило негативного впливу, а саме розщілини губи з або без розщілини піднебіння, дефекти нервової трубки, гіпоспадія, при застосуванні ондасетрону при вагітності, але спостерігалось зростання частоти ізольованої розщілини піднебіння (відношення шансів (ВШ) 2,37, 95% ДІ 1,18-4,76) [23]
Ондасетрон	Anderson J.T., Jimenez-Solem E., Andersen N.L., Poulsen J.E., 2013	При застосуванні вагітними у I триместрі було виявлено розвиток у немовлят уроджених вад серця (ВШ 2,0 95 % ДІ 1,3-3,1) [24]
Ондасетрон	Pasternak B., Svanstom H., Hviid A., 2013	Приєм ЛЗ не підвищував ризик виникнення спонтанного аборту – 1,1% у тих жінок, які приймали ЛЗ (I група) з 7 по 12 тиждень вагітності проти 3,7%, які не застосовували ЛЗ (II група) (ВШ 0,49, 95% ДІ 0,27-0,91) і 1,0% проти 2,1% відповідно в групах у період 13-22 тижнів вагітності (ВР 0,60, 95% ДІ 0,29-1,21); мертвородження (0,3% у I та 0,4% у II групі) (ВШ 0,42; 95% ДІ 0,10-1,73); будь-яких серйозних уроджених дефектів (2,9% проти 2,9% відповідно ВШ 1,12; 95% ДІ 0,69-1,82); передчасних пологів (6,2% проти 5,2%; ВШ 0,90; 95% ДІ 0,66-1,25); народження немовлят з малою масою (4,1% проти 3,7%; ВШ 0,76; 95% ДІ 0,51-1,13) [28]
Ондасетрон у порівнянні з метоклопрамідом	Kashifard M., Basirat Z., Kashifard M., Golsorkhtabar-Amini M., Moghadamnia A., 2013	На основі даних від 83 вагітних із НБВ, які використовували ондасетрон (I група) та метоклопрамід (II група) було виявлено: ондасетрон значно ефективніше зменшує частоту тяжкої нудоти порівняно з метоклопрамідом ( $p = 0,042$ ) [27]
Ондасетрон	Danielsson B., Wikner B. N., Källén B., 2014	Було проаналізовано стан здоров'я 1349 дітей, матері яких застосовували ЛЗ у I триместрі. Не було виявлено значного збільшення розвитку вроджених вад, але було виявлено зростання частоти вроджених вад перетинок серця (ВШ – 2,05, 95% ДІ 1,19-3,28) [7]
Ондасетрон у порівнянні з доксиламіном/піридоксином	Oliveira L. G., Capp S. M., You W. B., Riffenburgh R. H., Carstairs S. D., 2014	Учасники (36 жінок) рандомізовані на 2 групи – по 18 у кожній групі. Перша група застосовувала 4 мг ондасетрону, друга – доксиламін 12,5 з піридоксином 25 мг. Завершили лікування 13 (72%) і 17 (94%) вагітних. Результати оцінювали за допомогою ВШ. Жінки з I групи мали менший розвиток нудоти (середній бал ВШ знизився на 51 мм у порівнянні з 20 мм у II групі, $P = 0,019$ ) та блювоти (середній показник ВШ знизився на 41 в порівнянні 17 мм відповідно, $P = 0,049$ ). Побічні дії препаратів, такі, як сонливість та запор, у двох групах були однаковими [25]
Ондасетрон у порівнянні з метоклопрамідом	Abas M. N., Tan P. C., Azmi N., Omar S. Z., 2014	Учасники були рандомізовані на дві групи: I група – в/в введення 4 мг ондасетрону, II – 10 мг метоклопраміду кожні 8 годин протягом 24 годин. Для відображення реального стану вони у спеціальному щоденнику за допомогою 10-бальної візуальної цифрової шкали оцінювали свій стан здоров'я та інтенсивність нудоти через 8, 16, 24 год. Результати у двох групах були майже однакові: 9 середній стан, напади нудоти 1 та 2 по групах. Побічних дій було менше в групі метоклопраміду: сонливість (12,5% у порівнянні з 30%, $p = 0,01$ ; сухість у роті (10,0% у порівнянні з 23,8%; $P < 0,01$ ; персистуюча кетонурія через 24 год (12,5% у порівнянні з 30%, $p = 0,01$ ). За даними авторів, ондасетрон і метоклопрамід виявили аналогічну ефективність, проте більш безпечним при застосуванні був ондасетрон [26]

Закінчення таблиці 3

1	2	3
Ондасетрон	Fejzo M. S., MacGibbon K. W., Mullin P. M., 2016	Дослідження у США: кількість вагітних, які застосовували ондасетрон, становила 1070 (I група), а для порівняння було ще дві контрольні групи: 771 вагітна з нудотою та блювотою без застосування ондасетрону (II група) і 1555 жінок без симптомів і без застосування ЛЗ. У матерів, які застосовували ондасетрон, спостерігався дефект міжшлуночкової перегородки у 2 із 952 народжених немовлят, а у двох групах дефект був у 4 із 1286 дітей, поява ізольованої розщилини піднебіння у I групі – 1 із 952, у II, III – 2 із 1286 немовлят. У I групі спостерігалась менша кількість викиднів [14]

препарат. Попередньо ми оцінювали витрати на лікування прееклампсії у вагітних і можливість попередити цей стан при ефективній профілактиці за даними доказової медицини [2, 22].

Нами проведено оцінку витрат на лікування НБВ при прийомі ондасетрону залежно від виробника, враховуючи лише прямі

медичні витрати. Результати при терапії 4 мг 2 рази на добу станом на 20.06.2016 р. наведені в табл. 4.

Встановлено, що найнижчі витрати на лікування спостерігаються при використанні ондасетрону вітчизняних виробників. Середня вартість таблетованих форм становила 17,55 грн на один день лікування,

Таблиця 4

#### ЕКОНОМІЧНІ ВИТРАТИ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НБВ

Торгова назва	Форма випуску та дозування	Виробник, країна	Вартість за упаковку, грн	Вартість на добу
Зофетрон	Таб. п/о 8 мг № 10	Pharmascience, Канада	442,79	44,28
Зофран	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. по 2 мл № 5	Novartis Pharma, Швейцарія	133,98	53,59
Зофран	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. по 4 мл № 5	Novartis Pharma, Швейцарія	192,23	38,45
Осетрон	Р-н д/ін. 4 мг амп. 2 мл № 5	Dr. Reddy's, Індія	151,92	60,77
Осетрон	Р-н д/ін. 8 мг амп. 4 мл № 5	Dr. Reddy's, Індія	249,54	49,91
Юнорм	Р-н д/ін. 2 мг/мл по 2 мл в амп. № 5	ТОВ «Юрія-Фарм», Україна	74,44	29,78
Юнорм	Р-н д/ін. 2 мг/мл по 4 мл в амп. № 5	ТОВ «Юрія-Фарм», Україна	130,78	26,16
Юнорм	Сироп 4 мг/5 мл фл. 50 мл, № 1	ТОВ «Юрія-Фарм», Україна	171,69	34,34
Ондансетрон	Таб. п/о 4 мг № 10	ПрАТ «Технолог», Україна	55,73	11,14
Ондансетрон	Таб. п/о 8 мг №10	ПрАТ «Технолог», Україна	97,16	9,72
Ондансетрон	Таб. п/о 4 мг № 10	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Україна	66,06	13,22
Ондансетрон	Таб. п/о 8 мг № 10	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Україна	114,23	11,42
Ондансетрон	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. 2 мл №5	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Україна	35,14	14,06
Ондансетрон	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. 4 мл № 5	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Україна	60,75	12,15
Ондансетрон	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. 4 мл № 5	ПАТ «Лекхім-Харків», Україна	56,98	11,40
Ондансетрон	Р-н д/ін. 2 мг/мл амп. 2 мл № 5	ПАТ «Лекхім-Харків», Україна	33,92	13,57

ін'єкційних форм – 30,99 грн. Тривалість терапії при цьому оцінюється індивідуально, до зникнення симптомів.

#### Висновки

1. Вивчення даних літератури показало, що в Україні ще не проводився збір статистичних даних про частоту ускладнень НБВ та її тяжку форму – *Hyperemesis gravidarum*. Проте світові дані у провідних країнах США та Європи свідчать про значні витрати на лікування НБВ. Тому доцільним є упровадження збору даних про НБВ в офіційну статистику МОЗ України.

2. В Україні на сьогоднішній день необхідно затвердження й упровадження у реальну медичну практику Настанови з лікування НБВ та відповідного навчання лікарів і провізорів з питань раціонального призначення ліків вагітним та при НБВ.

3. Аналіз сегмента фармацевтичного ринку показав відсутність комбінованих препаратів, таких, як доксиламін у комбінації з піридоксином, зокрема диклегіс, який за кордоном широко призначається для доказово-ефективного лікування НБВ.

4. Аналіз 32 офіційних медичних інструкцій препаратів ондасетрону, метоклопраміду, прометазиу, доксиламіну показав, що вони містять недостатньо інформації про дозування і тривалість прийому при НБВ, що ускладнює правильне дозування та призначення вагітним. Тому обґрунтована доцільність доповнення офіційних інструкцій про режим дозування і тривалість прийому вказаних препаратів при НБВ.

5. Вивчення закордонних рекомендацій щодо лікування показало, що необхідним є удосконалення інформаційного забезпечення лікарів і провізорів з прийому ондасетрону пацієнтам із подовженим інтервалом QT, порушенням електролітного балансу, застійною серцевою недостатністю.

6. Обчислено витрати на схеми лікування НБВ ондасетроном серед усіх торгових назв, зареєстрованих на фармацевтичному ринку України, і визначено, що економічно більш вигідними для фармакотерапії НБВ є препарати українських виробників. Необхідні подальші дослідження ефективності цих препаратів та їх експертна оцінка для визначення препаратів з оптимальним показником «витрати – ефективність» для

включення до формулярних переліків лікувальних закладів.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Клінічний випадок застосування Ксилату в комплексній терапії важкого раннього токсикозу вагітних / Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська, В. Н. Тудай, А. Н. Мокрик // *Здоров'я жінки*. – 2015. – № 1 (57). – С. 45-50.
2. Максимович, Н. М. Дослідження фармацевтичної складової лікування преєклампсії у вагітних / Н. М. Максимович, О. М. Заліська, К. Л. Косяченко // *Фармацевтичний часопис*. – 2014. – № 1 (29). – С. 128-132.
3. Мелашенко, С. Г. Амбулаторна допомога при блюванні та нудоті вагітних / С. Г. Мелашенко, В. О. Рудь // *Здоров'я жінки*. – 2015. – № 10 (106). – С. 45-50.
4. Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при нудоті та блюванні під час вагітності». – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160517\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160517_0.html)
5. Українська тератологічна інформаційна система. – Режим доступу: <http://utis.in.ua/>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice bulletin no. 153: nausea and vomiting of pregnancy // *Obstet Gynecol*. – 2015. – Vol. 126, № 3. – P. 12-24.
7. Danielsson, B. Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant // B. Danielsson, B. N. Wikner, B. Källén // *Reprod Toxicol*. – 2014. – Vol. 50. – P. 134-137.
8. Ebrahimi, N. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy / N. Ebrahimi, C. Maltepe, A. Einarson // *International Journal of Women's Health*. – 2010. – Vol. 2. – P. 241-248.
9. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial / G. Koren, S. Clark, G. D. Hankins [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol*. – 2010. – Vol. 203. – P. 571.

10. Effectiveness of doxylamine – pyridoxine for morning sickness / G. Koren, G. D. Hankins, S. Clark [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 214. – P. 664-666.
11. Einarson, T. R. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis // T. R. Einarson, C. Piwko, G. Koren // *J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol.* – 2013. – Vol. 20. – P. 171-183.
12. FDA Drug Safety communication: Abnormal heart rhythms may be associated with use of Zofran (ondansetron). Available at. – Режим доступу: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm271913.htm>
13. FDA approval of doxylamine-pyridoxine therapy for use in pregnancy / S. R. Slaughter, R. Hearn-Stokes, T. van der Vlugt, H. V. Joffe // *N. Engl. J. Med.* – 2014. – Vol. 370, № 12. – P. 1081-1083.
14. Fejzo, M. S. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes in the United States / M. S. Fejzo, K. W. MacGibbon, P. M. Mullin // *Reprod. Toxicol.* – 2016. – Vol. 62. – P. 87-91.
15. Interventions for treating hyperemesis gravidarum / R. C. Boelig, S. J. Barton, G. Saccone [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2016. – Issue 5. – Режим доступу: [http://www.cochrane.org/CD010607/PREG\\_interventions-treating-severe-nausea-and-vomiting-during-pregnancy-hyperemesis-gravidarum](http://www.cochrane.org/CD010607/PREG_interventions-treating-severe-nausea-and-vomiting-during-pregnancy-hyperemesis-gravidarum)
16. Jarvis, S. Management of nausea and vomiting in pregnancy / S. Jarvis, C. Nelson-Piercy // *BMJ.* – 2011. – Vol. 17. – P. 342.
17. Koren, G. Motherisk update. Is ondansetron safe for use during pregnancy? / G. Koren // *Can Fam Physician.* – 2012. – Vol. 58. – P. 1092-1093.
18. Koren, G. Therapeutic choices for nausea and vomiting of pregnancy: a critical review of a systematic review / G. Koren, C. Maltepe, R. Gow // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* – 2011. – Vol. 33, № 7. – P. 733-735.
19. RCOG release: Women suffering with nausea and vomiting and hyperemesis gravidarum in pregnancy 'need more support', new guidelines reveal. – 2016. – № 69. – Режим доступу: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-topguidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>
20. Maternal safety of the delayed – release doxylamine and pyridoxine combination for nausea and vomiting of pregnancy; a randomized placebo controlled trial / G. Koren, S. Clark, G. D. Hankins [et al.] // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2015. – Vol. 18, № 15. – P. 59.
21. McCarthy, F. P. Hyperemesis gravidarum: current perspectives / F. P. McCarthy, J. E. Lutowski, R. A. Greene // *Int. J. Womens Health.* – 2014 – Vol. 6. – P. 719-725.
22. Maksymovych, N. Analysis of Preeclampsia Prevention in Real Practice and the Need to Improve Information Support of Doctors in Ukraine / N. Maksymovych, O. Zalis'ka, K. Horbachevska // *Value in Health.* – 2015. – Abstracts 18th ISPOR Annual European Congress 7–11 November, Milan, Italy. – 2015. – Vol. 18, № 7. – P. 735.
23. Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects / M. Anderka, A. A. Mitchell, C. Louik [et al.] // *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* – 2012. – Vol. 94, № 1. – P. 22-30.
24. Ondansetron use in early pregnancy and the risk of congenital malformations – A register based nationwide cohort study / J. T. Anderson, E. Jimenez-Solem, N. L. Andersen, J. E. Poulsen // *International Society of Pharmaco-epidemiology.* – Abstract 25. – Montreal, Canada. 2013. – Режим доступу: [http://www.abstracts2view.com/ispe/view.php?nu=ISPE13L1\\_576](http://www.abstracts2view.com/ispe/view.php?nu=ISPE13L1_576).
25. Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine for treatment of nausea in pregnancy: a randomized controlled trial / L. G. Oliveira, S. M. Capp, W. B. You [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 124, № 4. – P. 735-742.
26. Ondansetron compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial / M. N. Abas, P. C. Tan // *Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 123. – P. 1272-1279.
27. Ondansetron or metoclopramide? Which is more effective in severe nausea and vomiting of pregnancy? A randomized trial double-blind study / M. Kashifard, Z. Basirat, M. Kashifard [ et al.] // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 40, № 1. – P. 127-130.

28. Pasternak, B. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes / B. Pasternak, H. Svanstom, A. Hviid // *New England Journal of Medicine*. – 2013. – Vol. 368, № 9. – P. 814-823.
29. Wegrzyniak, L. J. Treatment of hyperemesis gravidarum. / L. J. Wegrzyniak, J. T. Repke, S. H. Ural // *Rev. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 5, № 2. – P. 78-84.
30. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA / C. Piwko, G. Koren, V. Babashov [et al.] // *J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol.* – 2013. – Vol. 20, № 2. – P. 149-160.

#### REFERENCES

1. Davydova JV, Limanskaia AU, Tudai CN, Mokryk AN. *Zdorov'e zhenshhiny*. 2015;1(97):45-48.
2. Maksymovych NM, Zalis'ka OM, Kosyachenko KL. *Pharmaceutical review*. 2014;1(29):128-32.
3. Melashchenko SG, Rud'VA. *Zdorov'e zhenshhiny*. 2015;10(106):45-50.
4. Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry nudoti ta bliuvanni pid chas vahitnosti : proekt nakazu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy [Internet]. Available from: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160517\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160517_0.html)
5. Ukrainian Teratology Information System [Internet]. Available from: <http://utis.in.ua/>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice bulletin no. 153: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):12-24.
7. Danielsson B, Wikner BN, Källén B. Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant. *Reprod Toxicol*. 2014;50:134-37.
8. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy *International Journal of Women's Health*. 2010;2:241-48.
9. Koren G, Clark S, Hankins GD, Caritis SN, Miodovnik M, Umans JG, Mattison DR. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J.Obstel Gynecol*. 2010;203:571.
10. Koren G, Hankins GD, Clark S, Caritis SN, Miodovnik M, Umans JG, Mattison DR. Effectiveness of doxylamine-pyridoxine for morning sickness. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(5):664-66.
11. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20:171-83.
12. FDA Drug Safety communication: Abnormal heart rhythms may be associated with use of Zofran (ondansetron). Available from: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm271913.htm>.
13. Slaughter SR, Hearn-Stokes R, van der Vlugt T, Joffe HV. FDA approval of doxylamine-pyridoxine therapy for use in pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;370(12):1081-83.
14. Fejzo MS, MacGibbon KW, Mullin PM. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes in the United States. *Reprod Toxicol*. 2016;62:87-91.
15. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5).
16. Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ*. 2011;17:342.
17. Koren G. Motherisk update. Is ondansetron safe for use during pregnancy? *Can Fam Physician*. 2012;58:1092-93.
18. Koren G, Maltepe C, Gow R. Therapeutic choices for nausea and vomiting of pregnancy: a critical review of a systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2011;33(7):733-35.
19. RCOG release: Women suffering with nausea and vomiting and hyperemesis gravidarum in pregnancy 'need more support', new guidelines reveal. *The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum*. 2016;(69).
20. Koren G, Clark S, Hankins GD, Caritis SN, Umans JG, Miodovnik M, Mattison DR, Matok I. Maternal safety of the delayed-release doxylamine and pyridoxine combination for nausea and vomiting of pregnancy; a randomized placebo controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;18(15):59.

21. McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA. Hyperemesis gravidarum: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014;6:719-25.
22. Maksymovych N, Zalis'ka O, Horbachevska K. Analysis of Preeclampsia Prevention in Real Practice and the Need to Improve Information Support of Doctors in Ukraine. In: Abstracts 18th ISPOR Annual European Congress 7–11 November, Milan, Italy. *Value in Health*. 2015;18(7):735.
23. Anderka M, Mitchell AA, Louik C, Werler MM, Hernández-Díaz S, Rasmussen SA. Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012;94(1):22-30.
24. Andersen JT, Jimenez-Solem E, Andersen NL, Poulsen JE. Ondansetron use in early pregnancy and the risk of congenital malformations. Presented at International Society of Pharmacoepidemiology. Montreal, Canada; 2013. Available from: [http://www.abstracts2view.com/ispe/view.php?nu=ISPE13L1\\_576](http://www.abstracts2view.com/ispe/view.php?nu=ISPE13L1_576).
25. Oliveira LG, Capp SM, You WB, Riffenburgh RH, Carstairs SD. Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine for treatment of nausea in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):735-42.
26. Abas MN, Tan PC. Ondansetron compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;123(6):1272-79.
27. Kashifard M, Basirat Z, Kashifard M, Golsorkhtabar-Amiri M, Moghaddamnia A. Ondansetron or metoclopramide? Which is more effective in severe nausea and vomiting of pregnancy? A randomized trial double-blind study. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(1):127-30.
28. Pasternak B, Svanstom H, Hviid A. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(9):814-23.
29. Wegrzyniak LJ, Repke JT, Ural SH. Treatment of hyperemesis gravidarum. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5 (2):78-84.
30. Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):149-60.

УДК 316.776.22: 615.03: 618: 2.] – 61: 001.08

**АНАЛИЗ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ И НАПРАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ****Н. М. Максимович**

В статье представлены обобщенные доказательные данные и проведен системный анализ отечественных и англоязычных публикаций, нормативных документов, периодических обзоров PubMed, Cochrane по проблематике рациональной фармакотерапии тошноты и рвоты беременных (ТРБ). Проанализирован ассортимент лекарственных средств, который используется для доказательно-обоснованной терапии ТРБ. Определены экономические затраты на схемы приема ондансетрона как препарата второй линии лечения. Проведен анализ 32 официальных инструкций на профильные препараты при ТРБ и выявлено, что недостаточная или отсутствующая информация о дозах, длительности приема при ТРБ для препаратов ондансетрона, метоклопрамида, прометазина, доксиламина, что затрудняет правильную дозировку и назначение беременным. Обоснована необходимость дополнения и уточнения официальных инструкций о дозировке, продолжительности приема при ТРБ. Показано, что необходимо расширить ассортимент зарегистрированных лекарств, в частности комбинацией доксиламина сукцината и пиридоксина гидрохлорида, которая рекомендована FDA и широко назначается беременным во многих странах для доказательно-эффективного лечения ТРБ.

**Ключевые слова:** доказательная медицина; тошнота и рвота у беременных; экономические затраты на лечение тошноты и рвоты беременных; ондансетрон.

UDC 316.776.22: 615.03: 618: 2.] – 61: 001.08

**ANALYSIS OF EVIDENCE-BASED DATA AND THE INFORMATION SUPPORT OF PHARMACEUTICAL CARE FOR PREGNANT WOMEN****N. Maksymovych**

The article presents the evidence-based data and the results of systematic analysis of the national and English publications, regulation documents, PubMed, Cochrane systematic reviews on the problem of the rational pharmacotherapy of nausea and vomiting of pregnant women (NVP). The range of drugs used for the evidence-based treatment of NVP has been analyzed. The economic costs of the drug regimen for ondansetron as the second-line drug treatment have been evaluated. The analysis of 32 official instructions on specific drugs in NVP has been carried out. It has been determined that the insufficient data or the lack of information about doses, duration of administration in NVP for such drugs as ondansetron, metoclopramide, promethazine, doxylamine complicate the correct dosing and the regimen in pregnancy. The necessity of addition and correction of official instructions concerning the dose, duration of administration in NVP has been substantiated. It has been shown that there is a need to extend the range of the registered drugs, in particular by the combination of doxylamine succinate and pyridoxine hydrochloride recommended by the FDA and commonly prescribed for pregnant women in many countries for the evidence-based effective treatment of NVP.

**Key words:** evidence-based medicine; nausea and vomiting in pregnancy; economic costs of treatment of nausea and vomiting in pregnancy; ondansetron.



# ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Рекомендовано к. фарм. н., доцентом В. О. Лебединцем

УДК 658.012

## АНАЛІЗ СФЕР ІНТЕГРАЦІЇ СТАНДАРТІВ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ МЕНЕДЖМЕНТ ПРОЕКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Я. М. Деренська

Національний фармацевтичний університет, м. Харків. E-mail: y.derenskaya@gmail.com

*У статті наведено результати аналізу стандартів, які впливають на упровадження належної практики управління проектами в умовах фармацевтичного виробництва; досліджено сфери інтеграції стандартів проектного менеджменту, менеджменту якості та правил належних практик. Результати дослідження дають можливість врахувати різні аспекти регламентації проектного менеджменту при формуванні засад належної практики управління проектами у фармацевтичному секторі.*

**Ключові слова:** проект; проектний менеджмент; стандарти проектного менеджменту; належна практика управління проектами

**Постанова проблеми.** Соціально-економічний розвиток вітчизняних фармацевтичних підприємств безпосередньо залежить від ефективного процесу розробки і реалізації низки проектів. Зі свого боку, регламентація управління проектами пов'язана з необхідністю гармонізації міжнародних і національних стандартів менеджменту якості [2-5], управління проектами [12, 14-17], галузевою специфікою (застосування правил належних практик [7-9]) та ін. Фактично мова йде про інтеграцію стандартів Інституту управління проектами у систему менеджменту якості фармацевтичного підприємства.

**Я. М. Деренська** – кандидат екон. наук, доцент кафедри управління та економіки підприємства Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Світові стандарти з проектного менеджменту створені та розповсюджуються Інститутом управління проектами (PMI, Project Management Institute). Основним керівництвом PMI є «Керівництво до бази знань з управління проектами» (A Guide to the Project Management Body of Knowledge – керівництво РМВОК®), що являє собою сукупність професійних знань з управління проектами, визнаних як стандарт [12]. Перші дві глави РМВОК® знайомлять з ключовими поняттями у сфері управління проектами. Третя глава описує стандарт управління проектами. У ній узагальнюються процеси, входи і виходи, що, як правило, вважаються гарною практикою для багатьох проектів. Глави з четвертої по дванадцяту є керівництвом до бази знань з управління проектами.

Вони розширюють інформацію стандарту, описуючи входи і виходи, а також інструменти і методи, що використовуються в управлінні проектами. У керівництві також наведено рекомендації з управління окремими проектами, описано життєвий цикл управління проектами і супутні процеси.

«Модель організаційної зрілості управління проектами» (Organization Project Management Maturity Model – OPM3) являє собою стандарт, який передбачає всебічний підхід, що допомагає організаціям оцінювати і розвивати свої можливості щодо ефективної реалізації проектів. OPM3 є своєрідним ключем до організаційної зрілості управління проектами і містить три взаємопов'язаних елемента:

- елемент Знання (knowledge), який містить сотні кращих практик з управління проектами, що характеризують ті чи інші рівні організаційної зрілості управління проектом;
- елемент Оцінка (assessment), який є інструментом, що допомагає організаціям оцінити поточну зрілість з управління проектами та визначити сфери поліпшення;
- елемент Поліпшення (improvement), який активізується за умов, що організація приймає рішення розвивати практику управління проектами і переходити на нові, більш високі рівні зрілості управління проектами; він допомагає компаніям побудувати схему розвитку управління проектами таким чином, щоб забезпечити максимально ефективно досягнення своїх стратегічних цілей [10].

«Практичний стандарт для ієрархічної структури робіт проекту» (Practice Standard for Work Breakdown Structures) являє собою рекомендації щодо групування проектних робіт, формування рівнів, деталізації розподілу для створення структури робіт, їх кодування. Стандарт також містить терміни і визначення, взаємозв'язок з іншими стандартами PMI, розгляд етапів формування структури робіт, приклади формування ієрархічної структури робіт для проектів різних галузей та сфер діяльності, зокрема і для фармації. Запропонована структура не адаптована до сучасних умов вітчизняного фармацевтичного виробництва, проте вона дає

зможу виявити основні тенденції групування проектних робіт для проектів створення лікарських засобів. Так, ієрархічну структуру робіт рекомендовано формувати з чотирьох рівнів, розглядаючи на першому сам проект, на другому – ідентифікаційну, доклінічну програму, фази клінічних досліджень, упровадження та комерційну програму, на третьому – забезпечення фармацевтичної розробки, токсикологічне, медичне, маркетингове, регуляторне, нормативно-правове та управлінське забезпечення, на четвертому – конкретизацію виконання робіт з кожного виду забезпечення.

У разі виконання фармацевтичними підприємствами кількох близьких за характером проектів загальне управління ними здійснюється з урахуванням «Стандарту для управління програмами» (The Standard for Program Management) [17]. За умов розширення напрямків реалізації проектів виникає потреба у формуванні проектного портфеля і, відповідно, використанні «Стандарту для управління портфелями» (The Standard for Portfolio Management) [16], у межах якого визначено ключові підпроцеси (ідентифікація, категоризація, оцінка, відбір, пріоритизація проектів, балансування портфеля, авторизація, періодична звітність і огляд управління портфелем, стратегічні зміни) та інструменти проектно-портфельного менеджменту.

Необхідність постійного удосконалення персоналу, який професійно займається проектним менеджментом, обумовила розробку PMI відповідного стандарту – «Керівництво по оцінці і розвитку професійних навиків менеджерів проектів» (Project Manager Competency Development Framework) [15], у межах якого визначено роль менеджерів, їх компетенції, сфери управління (лідерство, формування професійних навиків тощо).

Оскільки специфіка проектної діяльності потребує постійного виявлення відхилень, які виникають у процесі реалізації проектів, моніторингу причин та наслідків порушення запланованих критеріїв, управління проектами застосовує специфічний інструментарій аналізу тенденцій розвитку проектів і прогнозування наслідків виявлених відхилень. Методи прогнозування вартості, тривалості та обсягів подальших

робіт описано у «Стандарті для управління за своєю обсягом в проєкті» (Practice Standard for Earned Value Management Project).

У праці [13] розглянуто класичні напрямки проєктного менеджменту з певною адаптацією до умов фармацевтичної галузі, проте досвід розвинених країн у цій сфері не можна безпосередньо переносити на реалії вітчизняного фармацевтичного виробництва. Певна специфіка проєктного менеджменту в умовах українського фармацевтичного сектора знайшла відображення у праці [11], що розглядає теоретичні засади управління часом, бюджетом, якістю тощо проєктів і надає практичні приклади упровадження інструментів проєктного управління. Досвід управління проєктами в аптечній мережі висвітлено також у праці [1]. Питання специфіки організаційного проєктування у фармацевтичній промисловості Казахстану розглядаються у праці [6] з погляду запровадження належної інженерної практики, проте автор не висвітлює інші сфери інтеграції належних практик та проєктного менеджменту.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Незважаючи на досить широке коло досліджень щодо питань або окремо інтеграції міжнародних стандартів якості та правил належних практик, або окремо стандартів ISO та PMI, проблема інтеграції цих трьох концепцій з урахуванням специфіки провадження проєктного

менеджменту в практику фармацевтичних підприємств недостатньо розкрита.

**Формулювання цілей статті.** Метою статті є виявлення сфер інтеграції стандартів менеджменту якості, менеджменту проєктів, правил належних практик при реалізації концепції належного управління проєктами у фармацевтичному виробництві. Для її досягнення необхідно було вирішити такі завдання: дослідити базові настанови (GxP) та стандарти (ISO, PMI) з урахуванням напрямків проєктної діяльності; виявити вимоги цієї нормативно-правової бази до окремих сфер проєктного менеджменту; проаналізувати «точки дотику» та вузькі місця стандартів.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Позитивною рисою розроблених PMI стандартів проєктного менеджменту є чітке визначення ключових термінів, процесів, показників тощо (стандарти враховують гармонізовані глосарії), а також регламентування здійснення основних підпроцесів управління проєктами (їх послідовність, склад операцій). Недоліком зазначених стандартів є необхідність їх адаптування до умов конкретної галузі, її нормативно-правового забезпечення та специфіки комбінування з іншими стандартами. Результати дослідження сфери інтеграції стандартів, що упроваджуються фармацевтичними підприємствами у межах реалізації концепції належного управління проєктами, наведені в таблиці.

Таблиця

#### ВИЯВЛЕНІ СФЕРИ ІНТЕГРАЦІЇ СТАНДАРТІВ ПРИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ НАЛЕЖНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ВИРОБНИЦТВІ

Сфери проєктного менеджменту	Правила GxP	Стандарти ISO	Стандарти PMI
1	2	3	4
Управління якістю	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.3:2011 «Лікарські засоби. Фармацевтична система якості (ICH Q10)»	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 4.4; п. 5.2) ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Наставни щодо управління якістю в проєктах» (п. 4.2.2-4.2.3) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.32-4.3.34)	PMBOK® (п. 8.1-8.3)
Управління документацією та комунікаціями	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-1.1:2013 «Лікарські засоби. Належна регуляторна практика» (п. 2-3) Настанова СТ-Н МОЗУ 42-01-2003 «Лікарські засоби. Технологічний процес. Документація» (п. 5)	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 7.4-7.5) ДСТУ ISO 14001:2015 «Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосування» (п. 7.4-7.5) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.38-4.3.40)	PMBOK® (п. 10.1-10.4)

Продовження таблиці

1	2	3	4
Управління людськими ресурсами	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2015 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» (ч. 1, п. 2.1-2.23; ч. 2, п. 3.1-3.3)	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 7.12) ДСТУ ISO 14001:2015 «Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосовування» (п. 7.1) ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 6.2.1-6.2.4) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.15-4.3.20)	PMBOK® (п. 9.1-9.4) OPM3 «Project Manager Competency Development Framework»
Проектування та розробка продукції	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-3.0:2011 «Лікарські засоби. Фармацевтична розробка (ICH Q8)» Настанова СТ-Н МОЗУ 42-8.5:2015 «Лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду» (п. II.B.2) Настанова СТ-Н МОЗУ 42-6.0:2008 «Лікарські засоби. Належна лабораторна практика» Настанова СТ-Н МОЗУ 42-7.0:2008 «Лікарські засоби. Належна клінічна практика»	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 8.3)	—
Управління постачанням	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2014 «Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції» Настанова СТ-Н МОЗУ 42-02-2001 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика АФ»	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 8.2; п. 8.4) ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.8.1-7.8.6) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.35-4.3.37)	PMBOK® (п. 12.1-12.6)
Виробництво	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2015 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика» (ч. 1, п. 5; ч. 2, п. 8; дод. 1-7, 9-10) Настанова СТ-Н МОЗУ 42-8.5:2015 «Лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду» (п. II.B.4.2)	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 8) ДСТУ ISO 14001:2015 «Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосовування» (п. 8)	—
Контроль	—	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 8.3.4; п. 8.5.1; п. 8.3.4) ДСТУ ISO 19011:2012 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління» ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 6.1.3; п. 7.4.5; п. 7.5.4; п. 7.6.4; п. 7.7.5) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.5; п. 4.3.14; п. 4.3.19; п. 4.3.24; п. 4.3.27; п. 4.3.31; п. 4.3.34)	PMBOK® (п. 3.2.4) PRINCE2 (Project In Controlled Environment)
Аналіз і поліпшення	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-8.5:2015 «Лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду» (п. II.B.4.4)	ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (п. 9.1; п. 10) ДСТУ ISO 14001:2015 «Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосовування» (п. 10) ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 8.3.1-8.3.2) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.8)	PMBOK® (п. 3.2.4) «Practice Standard for Earned Value Management Project»
Управління часом	—	ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.4.1-7.4.5) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.21-4.3.24)	PMBOK® (п. 6.1-6.6)

Закінчення таблиці

1	2	3	4
Управління бюджетом	—	ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.5.1-7.5.4) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.25-4.3.27)	PMBOK® (п. 7.1-7.3)
Управління обсягом	—	ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.3.2-7.3.5) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.11-4.3.14)	PMBOK® (п. 5.1-5.5) «Practice Standard for Work Breakdown Structures»
Управління ризиками	Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.2:2011 «Лікарські засоби. Управління ризиками для якості (ICH Q9)»	ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.7.1-7.7.5) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.28-4.3.29)	PMBOK® (п. 11.1-11.6)
Управління інтеграцією	—	ДСТУ ISO 10006:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах» (п. 7.2.1-7.2.3) ISO 21500:2012 «Guidance on Project Management» (п. 4.3.2-4.3.4)	PMBOK® (п. 4.1-4.7) «The Standard for Program Management» «The Standard for Portfolio Management»

Як показав аналіз сфер інтеграції стандартів, пов'язаних з виконанням фармацевтичними підприємствами проектною діяльністю, правила GxP акцентують увагу на елементах менеджменту якості при проектуванні, розробці, випробуваннях, виробництві, зберіганні та розповсюдженні лікарських засобів. Проте особливості управління проектними параметрами майже не розглядаються (за винятком управління ризиками, людськими ресурсами, документацією). Стандарти ISO охоплюють практично всі аспекти концепції належного управління проектами, однак не враховують галузевої специфіки проектною діяльністю. Стандарти PMI розкривають методологію проектного менеджменту та практичні інструменти управління проектними параметрами, проте є узагальненими, тобто не адаптованими до умов та специфіки вітчизняної фармації.

Із погляду сфер проектного менеджменту найбільш опрацьованими є напрямки управління якістю, документацією, персоналом, ресурсами та ризиками. Проте менша увага приділяється проектуванню та розробці продукції (стандарти PMI не акцентують увагу на специфіці проведення досліджень

щодо проектування нової продукції, хоча саме така діяльність зазначається як проектною, виробництву (оскільки стандартами PMI така діяльність у більшості випадків вважається поточною, тобто не потребує використання інструментів проектного менеджменту). В правилах GxP практично не висвітлюються проблеми управління часом, бюджетом, обсягом та проектною інтеграцією.

#### Висновки

Виявлення сфер інтеграції правил GxP, стандартів ISO та PMI сприяє побудові належної системи управління проектами, яка шляхом формування належної системи документації, стандартизації процесів аудиту і моніторингу реалізації проектів, дозволяє економити час та кошти фармацевтичного підприємства на здійснення проектною діяльністю. Подальшого дослідження потребують питання створення адаптованої до специфіки фармацевтичного виробництва настанови (керівництва) з проектного менеджменту; формування відповідної робочої групи для її створення; вбудовування належної системи управління проектами в інтегровану систему менеджменту фармацевтичного підприємства.

**ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ  
ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Бондарчук, И. Управление проектами в работе КАМов с аптечными сетями / И. Бондарчук // Аптека. – 2016. – № 1030 (9) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/362676>.
2. ДСТУ ISO 19011:2012. Настанови щодо здійснення аудитів систем управління [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.org.ua/docs/tdoc24674.php>.
3. ДСТУ ISO 14001:2015. Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосовування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page.html?id\\_doc=64015](http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page.html?id_doc=64015).
4. ДСТУ ISO 9001:2015. Системи управління якістю. Вимоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page?id\\_doc=64013](http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page?id_doc=64013).
5. ДСТУ ISO 10006:2005. Системи управління якістю. Настанови щодо управління якістю в проектах. – К. : Держспоживстандарт України, 2007. – 27 с.
6. Жакипбеков, К. С. Актуальность внедрения надлежащей инженерной практики – GEP – в фармацевтическую промышленность Казахстана / К. С. Жакипбеков // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2015. – № 1. – С. 455-459 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-vnedreniya-nadlezhaschey-inzhenernoy-praktiki-gep-v-farmatsevticheskuyu-promyshlennost-kazahstana>.
7. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2015. Лікарські засоби. Належна виробнича практика. – К. : МОЗ України, 2015. – 336 с.
8. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.2:2011. Лікарські засоби. Управління ризиками для якості (ICH Q9). – К. : МОЗ України, 2011. – 35 с.
9. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-4.3:2011. Лікарські засоби. Фармацевтична система якості (ICH Q10). – К. : МОЗ України, 2011. – 30 с.
10. Полковников, А. Модели зрелости управления проектами / А. Полковников, А. Терпугов, А. Белозеров [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.iteam.ru/publications/article>.
11. Посилкіна, О. В. Управління проектами у фармацевтичному виробництві: монографія // О. В. Посилкіна, Я. М. Деренська, Г. В. Костюк. – Х. : НФаУ, 2010. – 544 с.
12. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide). – 4th Ed., ANSI/ PMI 99-001. – Project Management Institute, 2008. – 401 p.
13. Brown, L. Project Management for the Pharmaceutical Industry / L. Brown, T. Grundy. – Gower Publishing, 2011. – 275 p.
14. ISO 21500:2012. Guidance on Project Management [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.mosaicprojects.com.au/PDF/ISO\\_21500\\_Communique\\_No1.pdf](http://www.mosaicprojects.com.au/PDF/ISO_21500_Communique_No1.pdf).
15. Project Manager Competency Development Framework. – 2th Ed. – Project Management Institute, 2007. – 81 p.
16. The Standard for Portfolio Management. – Project Management Institute, 2006. – 79 p.
17. The Standard for Program Management. – 3th Ed. – Project Management Institute, 2013. – 176 p.

**REFERENCES**

1. Bondarchuk I. Apteka. 2016;1030(9). Available from: <http://www.apteka.ua/article/362676>.
2. DSTU ISO 19011:2012. Nastanovy shodo zdiysnennya audytiv system upravlinnya. Available from: <http://document.org.ua/docs/tdoc24674.php>.
3. DSTU ISO 14001:2015. Systemy ekologichnogo keruvannya. Vymogy ta nastanovy shodo zastosuvannya. Available from: [http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page.html?id\\_doc=64015](http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page.html?id_doc=64015).
4. DSTU ISO 9001:2015. Systemy upravlinnya yakistyu. Vymogy. Available from: [http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page?id\\_doc=64013](http://online.budstandart.com/ru/catalog/doc-page?id_doc=64013).
5. DSTU ISO 10006:2005. Systemy upravlinnya yakistyu. Nastanovy shodo upravlinnya yakistyu v proektakh. Kyiv: Derzhspozhivstandart Ukrainy; 2007. 27 p.
6. Zhakipbekov KS. Vestnik KazNMU. 2015;1:455-9. Available from: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-vnedreniya-nadlezhaschey-inzhenernoy>

- praktiki-gep-v-farmatsevticheskuyu-promyshlennost-kazahstana.
7. Nastanova ST-N MOZU 42-4.0:2015. Likars'ki zasoby. Nalezha vyrobnycha praktyka. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2015. 336 p.
  8. Nastanova ST-N MOZU 42-4.2:2011. Likars'ki zasoby. Upravlinnya ryzykamy dlya yakosti (ICH Q9). Kyiv: MOZ Ukrainy; 2011. 35 p.
  9. Nastanova ST-N MOZU 42-4.3:2011. Likars'ki zasoby. Farmatsevychna systema yakosti (ICH Q10). Kyiv: MOZ Ukrainy; 2011. 30 p.
  10. Polkovnikov A, Terpugov A, Belozyorov A. Modeli zrelosti upravleniya proektami. Available from: <http://www.iteam.ru/publications/article>.
  11. Posylkina OV, Derens'ka YaM, Kostyuk GV. Upravlinnia proektamy u farmatsevychnomu vyrobnytstvi. Kharkiv: NUPh; 2010. 544 p.
  12. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide). 4th Ed. ANSI/ PMI 99-001. Project Management Institute; 2008. 401 p.
  13. Brown L, Grundy T. Project Management for the Pharmaceutical Industry. Gower Publishing; 2011. 275 p.
  14. ISO 21500:2012. Guidance on Project Management. Available from: [www.mosaicprojects.com.au/PDF/ISO\\_21500\\_Communique\\_No1.pdf](http://www.mosaicprojects.com.au/PDF/ISO_21500_Communique_No1.pdf).
  15. Project Manager Competency Development Framework. 2th ed. Project Management Institute; 2007. 81 p.
  16. The Standard for Portfolio Management. Project Management Institute; 2006. 79 p.
  17. The Standard for Program Management. 3th ed. Project Management Institute; 2013. 176 p.

УДК 658.012

**АНАЛИЗ СФЕР ИНТЕГРАЦИИ СТАНДАРТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ МЕНЕДЖМЕНТ ПРОЕКТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ**

**Я. Н. Деренская**

В статье приведены результаты анализа стандартов, влияющих на внедрение надлежащей практики управления проектами в условиях фармацевтического производства; исследованы сферы интеграции стандартов проектного менеджмента, менеджмента качества и правил надлежащих практик. Результаты исследования дают возможность учесть различные аспекты регламентации проектного менеджмента при формировании принципов надлежащей практики управления проектами в фармацевтическом секторе.

**Ключевые слова:** проект; проектный менеджмент; стандарты проектного менеджмента; надлежащая практика управления проектами.

UDC 658.012

**ANALYSIS OF SPHERES OF INTEGRATION OF STANDARDS REGULATING THE PROJECT MANAGEMENT OF THE PHARMACEUTICAL BRANCH**

**Ya. M. Derenska**

The results of the analysis of standards, which impact on introduction of the good project management practice in the conditions of pharmaceutical production, are presented in the article; the spheres of integration of standards of the project management, quality management and good practices have been studied. The research results allow taking into account different aspects of regulation of the project management when forming the principles of the good project management practice in the pharmaceutical sector.

**Key words:** project; project management; standards of project management; good project management practice.

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

УДК 615.12:339.138

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН. ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЛОВОЇ МЕРЕЖІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

О. П. Півень, І. В. Ткаченко

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

*У статті наведено результати узагальнення визначень маркетингу взаємовідносин. Із урахуванням галузевої специфіки фармацевтичних підприємств визначено відмінні риси стратегічної спрямованості маркетингу взаємовідносин і трансакційного маркетингу. Надано характеристику головних принципів маркетингу взаємовідносин, на яких фармацевтичним підприємствам доцільно акцентувати першочергову увагу. Запропоновано модель маркетингової ділової мережі фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами і надано характеристику її складовим – взаємовідносинам із клієнтами, постачальниками, конкурентами і контактними аудиторіями та здійсненню внутрішнього партнерства. Обґрунтовано, що діяльність фармацевтичних підприємств доцільно спрямовувати на побудову такої маркетингової ділової мережі, яка забезпечить ефективні довгострокові відносини з клієнтами. Для реалізації концепції маркетингу взаємовідносин запропоновано фармацевтичним підприємствам концентрувати увагу на споживчій цінності пропонованої продукції, високій значущості обслуговування клієнтів і формуванні лояльності споживачів.*

**Ключові слова:** маркетинг взаємовідносин; концепція; маркетингова ділова мережа; орієнтація на клієнта; партнерські відносини; довгострокові відносини, фармацевтичні заклади.

**Постанова проблеми та її зв'язок із важливими науково-практичними завданнями.** Управління підприємством на засадах маркетингу базується на використанні низки концепцій. Під концепцією маркетингу розуміють систему цілей, принципів і методів управління, що лежать в основі діяльності підприємства, яка орієнтована на певний спосіб ведення бізнесу на ринку і досягнення мети [2]. Зазвичай виділяють концепцію удосконалення виробництва, удосконалення товару, інтенсифікації комерційних зусиль, орієнтації на споживача (концепція

маркетингу) та соціально-етичного маркетингу [5]. Усі ці концепції різняться не тільки за змістом, часом виникнення, але і за домінуванням при застосуванні в діяльності підприємств. Усі наступні концепції, що були створені у різні періоди розвитку ринкових відносин, не заперечують використання попередніх. Підприємства на практиці використовують переважно не одну концепцію, а низку концепцій одночасно залежно від особливостей продукції, що виробляється, цілей та ринкових умов. Особливістю еволюції концепцій маркетингу є перенесення акценту з виробництва і товарів на інтенсифікацію комерційних зусиль, задоволення потреб споживачів, урахування інтересів суспільства і використання принципів соціально відповідального бізнесу.

**О. П. Півень** – доктор фарм. наук, професор, професор кафедри фармацевтичного маркетингу та менеджменту Національного фармацевтичного університету (м. Харків)



Таблиця 1

**ОСНОВНІ ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН**

Автор	Визначення
К. Цайтамл, Ф. Бітнер	Маркетинг взаємовідносин – це філософія ведення бізнесу, стратегічна орієнтація, яка фокусується швидше на утриманні та «покращанні» існуючих споживачів, ніж на залученні нових
С. Гаркавенко	Маркетинг взаємовідносин передбачає спрямування маркетингової діяльності фірми на встановлення довгострокових, конструктивних, привілейованих стосунків із клієнтами
Дж. Маккенна	Маркетинг взаємовідносин – підвищення ролі споживача і перехід від маніпуляцій споживачем до формування справжньої споживчої зацікавленості (комунікації та обмін знаннями)
С. Чернишева	Маркетинг відносин – це маркетингова діяльність, що спрямована на побудову і підтримання довгострокової взаємопов'язаної мережі його внутрішніх і зовнішніх відносин з метою одержання спільної вигоди та забезпечення ефективного розвитку підприємства
П. Гембл, М. Стоун, Д. Вудкок	Маркетинг взаємовідносин зі споживачами – це загальне прагнення всіх співробітників компанії відшукати всіх споживачів, виявити, хто вони, і підтримувати взаємовідносини вашої компанії і цих споживачів доти, доки ці взаємовідносини є взаємовигідними
М. Портер	Маркетинг відносин – це процес, в якому обидві сторони – покупець і продавець – організують ефективні, комфортні, надихаючі й етичні взаємини; особисті, професійні та вигідні взаємини для обох сторін
Ф. Котлер	Маркетинг партнерських відносин – це практика довгострокових взаємовигідних взаємодій з ключовими ринковими партнерами компанії (споживачами, постачальниками, дистриб'юторами) з метою встановлення тривалих привілейованих взаємозв'язків
Л. Стрій	Маркетинг відносин – це філософія маркетингу, спрямована на встановлення, підтримку і зміцнення взаємовигідних відносин співробітництва з усіма учасниками процесу планування, виробництва і розподілу товарів, послуг та інформації з метою забезпечення тривалого процвітання підприємства, підтримки і поліпшення благополуччя його партнерів, споживачів і суспільства в цілому
Вікіпедія	Маркетинг взаємовідносин – це процес побудови, підтримки та розширення міцних довгострокових, взаємовигідних відносин з ключовими партнерами організації: клієнтами, постачальниками, дистриб'юторами, персоналом та ін.
Г. Л. Багієв, В. М. Тарасевич, Х. Анн	Маркетинг відносин – це концепція, орієнтована на довгострокові взаємовідносини з клієнтом і на задоволення цілей, які беруть участь у комунікаціях (угодах) сторін

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Останнім часом однією з провідних маркетингових концепцій управління підприємством став маркетинг взаємовідносин (МВ), який розглядається як продовження розвитку концепції соціально-етичного маркетингу. Термін «маркетинг взаємовідносин» (англ. relationship marketing) увів у 1983 р. Леопард Беррі для опису нового підходу в маркетингу, орієнтованого на більш довгострокові відносини зі споживачами [10]. Це було пов'язано з тим, що транзакційний маркетинг не враховував специфіку підприємств, пов'язану з особливостями їх взаємовідносин з навколишніми суб'єктами ринку. Аналіз літературних джерел свідчить про

те, що МВ також називають маркетингом відносин із покупцями, управлінням відносинами з клієнтами, маркетингом партнерських відносин і маркетингом лояльності. У науковій літературі представлений широкий спектр визначень МВ, що відбивають як вузькі, так і широкі його трактування. Найпоширеніші з них наведено в табл. 1 [3, 6, 10, 11].

Узагальнюючи широкий спектр визначень маркетингу взаємовідносин, необхідно зробити висновок, що основою трактувань більшості авторів є орієнтація на довгострокові взаємовигідні і привілейовані відносини з ключовими партнерами і поліпшення благополуччя клієнтів, споживачів і суспільства в цілому.

Як характерні риси МВ дослідники відзначають [1, 3, 6]: довгостроковість зобов'язань (інтереси учасників маркетингової ділової мережі повинні збігатися, що дозволяє гарантувати довгострокові взаємовигідні відносини), чуйність (здатність сприймати і враховувати інтереси партнерів), взаємність (здатність йти на компроміс і вчинки для збереження довгострокових відносин), довіру (взаємини з партнерами ділової мережі повинні будуватися на взаємній довірі і відповідати етичним нормам ведення бізнесу).

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Незважаючи на те, що в науковій літературі маркетингу взаємовідносин приділяється достатня увага, разом з тим публікації, пов'язані з реалізацією цієї концепції на підприємствах фармацевтичного сектора й особливостями формування маркетингової ділової мережі фармацевтичних підприємств з ключовими партнерами, практично відсутні.

**Формулювання цілей статті.** Метою роботи є аналіз сутності маркетингу взаємовідносин, його принципів, стратегічної спрямованості, розробка моделі маркетингової ділової мережі фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами та обґрунтування доцільності використання МВ у діяльності фармацевтичних підприємств.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** У межах концепції МВ виділяють п'ять рівнів відносин підприємства зі своїми клієнтами [9]. Це базисний рівень, коли торгові представники підприємства тільки продають товари і не збирають інформацію про їх подальший розподіл або споживання. Реагуючий рівень відносин характеризується тим, що представники підприємства продають продукцію і консультують клієнтів у післяпродажний період щодо використання товару в разі необхідності. Відповідальний рівень відносин, коли представники підприємства після продажу товару проводять опитування клієнтів для визначення їх ураження, ставлення до товару, переваг та для з'ясування скарг і побажань. Для активного рівня відносин характерні періодичні звернення представників підприємства до клієнтів з пропозицією нових або удосконалених товарів або

для здійснення повторних покупок. При партнерському рівні підприємство працює зі своїми клієнтами (споживачами) на постійній основі для забезпечення якісного обслуговування та індивідуального привілейованого підходу. Для фармацевтичних підприємств саме партнерський рівень відносин з клієнтами є найбільш бажаним.

Відмінною рисою МВ є спрямованість процесів управління на відносини підприємства з ключовими учасниками і партнерами, тобто комунікації підприємства розглядаються як пріоритетний фактор реалізації цієї концепції. Тому в МВ істотне значення надається міжособистісним і міжорганізаційним комунікаціям. Також змінюються акценти в розподілі відповідальності на підприємстві за прийняття рішень у сфері маркетингу. Це пов'язано з тим, що для прийняття оптимального рішення потрібна участь не тільки служби маркетингу, а й інших служб підприємства, а також менеджерів вищої ланки [6].

На наш погляд, у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я під маркетингом взаємовідносин необхідно розуміти безперервний процес створення довгострокових взаємовигідних відносин фармацевтичного підприємства з ключовими ринковими партнерами з метою встановлення тривалих привілейованих взаємозв'язків і забезпечення якісного обслуговування клієнтів. Для конкретизації відмінних рис стратегічної спрямованості МВ на прикладі фармацевтичних підприємств нами проведено порівняльний аналіз із традиційним (трансакційним) маркетингом (табл. 2).

Маркетинг взаємовідносин у своїй діяльності спирається на низку принципів [1, 4, 6]. Під принципами маркетингу розуміються основні положення, обставини, вимоги, які визначають його сутність і покладені в його основу [2]. З огляду на специфіку фармацевтичних підприємств слід акцентувати увагу на таких принципах маркетингу взаємовідносин:

- пріоритет довгострокової взаємодії перед окремими трансакціями: ефект унікального нематеріального активу – маркетингової ділової мережі – формується в процесі довгострокових взаємовигідних відносин з партнерами, що забезпечує додаткову

Таблиця 2

**АНАЛІЗ ВІДМІННИХ РИС СТРАТЕГІЧНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН  
І ТРАНСАКЦІЙНОГО МАРКЕТИНГУ З УРАХУВАННЯМ ГАЛУЗЕВОЇ СПЕЦИФІКИ  
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

Трансакційний маркетинг	Маркетинг взаємовідносин
Орієнтація на одноразовий відпуск споживачеві фармацевтичного товару (продаж)	Орієнтація на утримання споживача фармацевтичної продукції
Контакт з покупцем лікарських препаратів на разовій основі (короткострокова взаємодія)	Контакт з покупцем лікарських препаратів та виробів медичного призначення на постійній основі
Акцент на споживчі властивості лікарських препаратів	Акцент на споживчу цінність лікарських препаратів для покупця
Короткострокова взаємодія з покупцем	Довгострокова спрямованість у взаємодії з покупцем фармацевтичної продукції
Недостатня значущість обслуговування покупця в аптеці	Висока значущість обслуговування покупця в аптечних закладах
Обмежені зобов'язання виконання споживчих очікувань	Високі вимоги до виконання споживчих очікувань відвідувача аптеки
Якість як основний інтерес виробничої ланки (персоналу) фармацевтичного підприємства	Якість як відповідальність усіх підрозділів (персоналу) фармацевтичного підприємства

конкурентну перевагу фармацевтичному підприємству;

- пріоритет утримання існуючих споживачів перед залученням нових: за даними джерела [1], витрати на залучення нового покупця у 5 разів перевищують витрати на утримання існуючих. Якщо зменшення покупців сягне 25%, то прибуток підприємства може бути збільшений на 25-85%;

- створення конкурентної переваги власної пропозиції (конкурентна перевага фармацевтичного підприємства забезпечується не тільки за рахунок досконалого асортименту, стандартів обслуговування, надання додаткових послуг, але і за рахунок переваги власної пропозиції, що досягається шляхом вивчення своїх клієнтів, їх поведінки та гнучкого реагування на зміни їх потреб);

- створення індивідуального підходу до кожного клієнта: клієнто-орієнтований підхід, який використовує МВ, спрямований на більш особистісні відносини з клієнтами, що дозволяє детально визначити потреби кожного з них і забезпечити високий рівень індивідуалізації пропозиції. Саме такий підхід має бути основою взаємовідносин фармацевтичного підприємства зі своїми клієнтами, особливо з кінцевими споживачами;

- сегментація та орієнтація діяльності на задоволення потреб ключових клієнтів

і створення для них привілейованих пропозицій: враховуючи правило Парето, фармацевтичне підприємство на засадах сегментації має визначити найбільш цінних для себе клієнтів і застосовувати до них спеціально розроблені привілейовані пропозиції, сервісне обслуговування і постійно приділяти підвищену увагу;

- всебічна орієнтація на якість: при використанні концепції МВ підприємство має робити акцент на споживчій цінності пропонованої продукції, високій значущості обслуговування покупця та забезпеченні переваги власної пропозиції;

- орієнтація на розширений комплекс маркетингу для забезпечення тривалих відносин;

- формування лояльності клієнтів: багато фахівців відзначають, що ключовим моментом нового напрямку в маркетингу є акцент уваги на взаємовідносинах із кінцевим споживачем [6, 7]. Тому одним із центральних понять МВ є формування лояльності споживачів. Лояльність кінцевих споживачів – це один з основних індикаторів конкурентних переваг компанії. Саме завдяки цьому факту фармацевтичні компанії можуть розраховувати на успішну діяльність на ринку і гарантоване отримання стабільного доходу.

Нова концепція маркетингу як об'єкт управління розглядає не окреме підприємство з урахуванням його маркетингового

середовища, а його взаємовідносини з учасниками ринку, що утворюють мережу взаємодіючих на ринку організацій. Така система маркетингового управління об'єднує ресурси різних підприємств, зацікавлених у відносинах один з одним, визначає їх місце і роль, погоджує та координує види діяльності різних самостійних суб'єктів структурного утворення, яке називають маркетинговою мережею. Новий підхід у маркетингу оперує такими поняттями, як ділові мережі, партнерство, взаємовідносини. Розвитком мережевого підходу (networking approach) в маркетингу вперше почала займатися міжнародна група IMP (Industrial Marketing and Purchasing), до якої увійшли дослідники різних країн [1, 8, 11]. Її увага була сфокусована на взаємодіях і взаємовідносинах учасників маркетингової мережі. Взаємодії в МВ розглядаються як процеси, які з'єднують і координують учасників ділової мережі (різні організації) і спрямовують їх на створення кінцевого результату. Взаємовідносинам підприємства з учасниками ринку, що його оточують, фактично відводиться роль нематеріального активу, що виникає на основі довгострокових і взаємовигідних відносин між підприємствами, який є фактором додаткових конкурентних переваг. Якщо в транзакційному маркетингу поняття конкурентоспроможності пов'язують з окремим товаром (послугою) або підприємством, то в маркетингу взаємовідносин додаткова конкурентна перевага реалізується через довгострокові маркетингові ділові мережі.

Нами розроблено модель взаємовідносин фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами, що являє собою маркетингову ділову мережу і складається із взаємодіючих на ринку організацій (рис.). Основними її складовими є: взаємовідносини з клієнтами (споживачами та посередниками), з постачальниками, конкурентами і контактними аудиторіями та здійснення внутрішнього партнерства. У МВ ключова роль відводиться відносинам з клієнтами (споживачами). Для фармацевтичного підприємства – це відносини з кінцевими споживачами (відвідувачами аптек, пацієнтами) та організаціями-споживачами (закладами охорони здоров'я, санаторіями-профілакторіями, шкільними та дошкільними

закладами, фельдшерсько-акушерськими пунктами, медичними пунктами на підприємствах, медичними пунктами військових частин та ін.). Як клієнти фармацевтичного підприємства також виступають посередники (оптові й оптово-роздрібні підприємства, аптечні склади, аптечні заклади), які спеціалізуються на організації товароруку і допомагають доводити лікарські засоби та вироби медичного призначення до кінцевого споживача. Формування партнерських зв'язків із посередниками (збутовими організаціями) є вкрай важливим для зміцнення конкурентних позицій фармацевтичного підприємства, бо такі відносини можуть сприяти витісненню з ринку конкурентів, які співпрацюють з тими ж посередниками на менш вигідних умовах.

Метою партнерських зв'язків із постачальниками є формування таких відносин, коли постачальники стають надійними партнерами фармацевтичного підприємства. Це дає змогу заздалегідь визначити потребу в закупівлях товарів у кожного партнера на взаємовигідних умовах та розробити стратегію підприємства щодо матеріально-технічного забезпечення. Фармацевтичне підприємство має формувати довгострокові відносини з постачальниками сировини та матеріалів, постачальниками готової продукції (оптовими підприємствами, дистриб'юторами), постачальниками послуг (агенціями з надання маркетингових та комерційних послуг, організаціями з надання послуг щодо рекламної діяльності та проведення паблік рилейшнз-акцій, з надання консалтингових та аудиторських послуг, підприємствами щодо проведення ремонтних і будівельних робіт та ін.).

Важливе значення для фармацевтичного підприємства мають відносини з прямими конкурентами на ринку та контактними аудиторіями (фінансовими колами, страховими компаніями, контактними аудиторіями засобів масової інформації, громадськими організаціями, місцевими контактними аудиторіями, широкою громадськістю, вищими навчальними закладами, державними установами: МОЗ України, Державною службою України з лікарських засобів та ін.). Також важливу роль відіграє внутрішньофірмове партнерство при реалізації

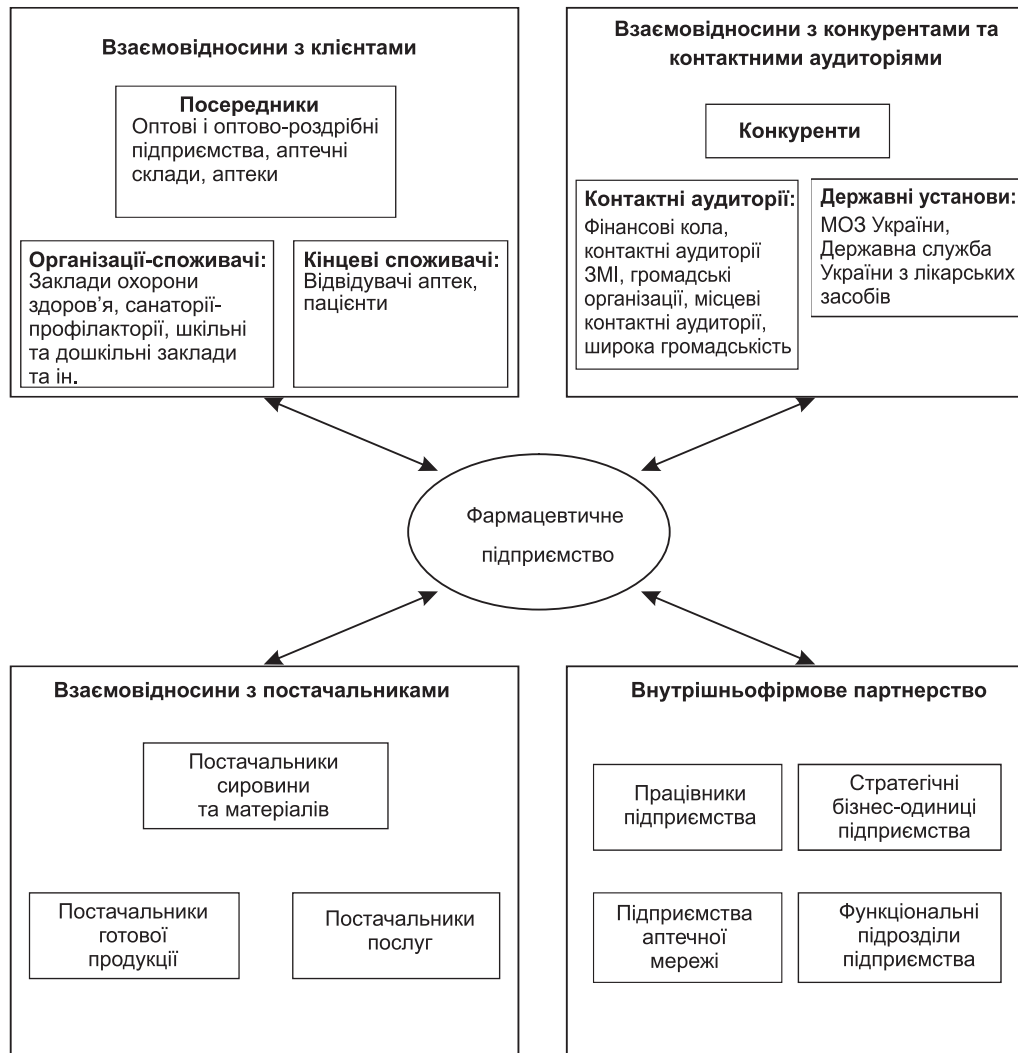


Рис. Модель маркетингової ділової мережі фармацевтичного підприємства

спільних завдань підприємства, його управлінні, стратегічному плануванні та ін. До цієї складової в розробленій нами моделі віднесено партнерство між керівництвом і персоналом фармацевтичного підприємства, акціонерами, стратегічними бізнес-одинацями, а також взаємовідносини між функціональними підрозділами підприємства, працівниками, для аптечної мережі – між аптеками. Всі ці учасники внутрішнього партнерства безпосередньо впливають на формування іміджу підприємства.

Необхідно враховувати, що, залежно від виду партнерів та клієнтів, відносини підприємств характеризуються своєю неоднорідністю. Тому з метою побудови унікальних нематеріальних активів фармацевтичного підприємства, як фактора додаткової складової конкурентоспроможності,

завданням МВ є відпрацювання механізму відносин між учасниками маркетингової ділової мережі. Особливу роль тут відіграє переведення комунікацій зі споживачами на рівень особистісних відносин.

Реалізація концепції МВ дозволяє надати покупцю якісне обслуговування та індивідуальний підхід, заснований на привілейованих і довірчих відносинах. Тому ця концепція є значущою і для підприємств фармацевтичного сектора, які випускають соціально важливу продукцію й орієнтовані на забезпечення здоров'я нації.

#### Висновки

1. Узагальнення визначень маркетингу взаємовідносин показало, що основою трактувань більшості дослідників є орієнтація на довгострокові взаємовигідні та привілейовані відносини з ключовими партнерами

і поліпшення благополуччя клієнтів, споживачів і суспільства в цілому.

2. Із урахуванням галузевої специфіки фармацевтичних підприємств щодо відмінних рис стратегічної спрямованості маркетингу взаємовідносин щодо трансакційного маркетингу слід віднести: орієнтацію на утримання споживача, взаємодію зі споживачем на постійній основі, акцент на споживчій цінності фармацевтичної продукції для покупця, високу значущість обслуговування споживача, високі вимоги до виконання споживчих очікувань відвідувача аптеки, якість як відповідальність усього персоналу фармацевтичного підприємства.

3. До основних принципів маркетингу взаємовідносин, на яких фармацевтичним підприємствам слід акцентувати першочергову увагу, необхідно віднести: пріоритет довгострокової взаємодії перед окремими трансакціями, пріоритет утримання існуючих споживачів, створення індивідуального підходу до кожного клієнта, створення для ключових клієнтів привілейованих пропозицій, формування лояльності клієнтів.

4. Запропоновано модель маркетингової ділової мережі фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами. Надано характеристику кожній складовій моделі – взаємовідносинам з клієнтами, постачальниками, конкурентами і контактними аудиторіями та здійсненню внутрішнього партнерства.

5. Враховуючи, що мережа взаємодіючих на ринку організацій в маркетингу взаємовідносин розглядається як унікальний нематеріальний актив організації, діяльність фармацевтичних підприємств доцільно спрямовувати на побудову такої маркетингової ділової мережі, що забезпечить ефективні довгострокові відносини з клієнтами.

6. Для реалізації концепції МВ фармацевтичне підприємство має концентрувати увагу на споживчій цінності пропонованої продукції, високій значущості обслуговування клієнтів і формуванні лояльності споживачів.

Подальші дослідження спрямовані на опрацювання інструментарію маркетингу взаємовідносин для фармацевтичних підприємств.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Ваш, М. Маркетинг отношений и сетевая экономика [Електронний ресурс] / М. Ваш // Проблемы теории и практики управления. – 2002. – № 2. – Режим доступу: [http://www.marketing.spb.ru/lib-comm/net\\_4i.htm](http://www.marketing.spb.ru/lib-comm/net_4i.htm).
2. Гайдаенко, Т. А. Маркетинговое управление / Т. А. Гайдаенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Эксмо, 2006. – С. 58.
3. Гембл, П. Маркетинг взаимоотношений с потребителями / П. Гембл, М. Стоун, Н. Вудкок; пер. с англ. В. Егорова. – М.: Фаир – Пресс, 2002. – 376 с.
4. Ебрат, К. Принципы и преимущества маркетинга взаимоотношений [Електронний ресурс] / К. Ебрат, М. Рассел. – Режим доступу: [http://uchebnikonline.com/marketing/marketing\\_-\\_butenko\\_nv/printsipi\\_perevagi\\_marketingu\\_vzayemovidnosin.htm](http://uchebnikonline.com/marketing/marketing_-_butenko_nv/printsipi_perevagi_marketingu_vzayemovidnosin.htm)
5. Котлер, Ф. Маркетинг-менеджмент в новом тысячелетии / Ф. Котлер. – СПб.: Питер, 2002. – 750 с.
6. Мартышев, А. В. Маркетинг отношений / А. В. Мартышев. – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2005. – 107 с.
7. Пивень, Е. П. Оценка уровня осведомленности специалистов фармацевтических предприятий об основных принципах маркетинга взаимоотношений / Е. П. Пивень, К. Е. Ткаченко, И. В. Ткаченко // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали III міжнар. наук.-практ. internet-конф., м. Харків, 26-27 берез. 2015 р. – Х.: НФаУ, 2015.– С. 218-221.
8. Пивень, О. П. Формування мережі взаємодіючих на фармацевтичному ринку підприємств на принципах маркетингу взаємовідносин / О. П. Пивень, І. В. Ткаченко // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: зб. наук. праць IV міжнар. наук.-практ. Internet-конф., м. Харків, 24-25 берез. 2016 р. – Х.: НФаУ, 2016. – С. 426-427.
9. Третьяк, О. А. Маркетинг взаимодействия и партнерских взаимоотношений: новые направления исследований

и инструментарий / О. А. Третьяк // Российский журнал менеджмента. – 2008. – № 2. – С. 132-133.

10. Третьяк, О. А. Отношенческая парадигма современного маркетинга / О. А. Третьяк // Российский журнал менеджмента. – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 41-62.
11. Sheth, J. The conceptual foundations of relationship marketing: Review and synthesis / J. Sheth, A. Parvatiyar, M. Sinha // Economic sociology – the European electronic newsletter. – 2012. – № 13 (3). – P. 4-26.

#### REFERENCES

1. Vash M. Problemy teorii i praktiki upravleniya. 2002;2. Available from: [http://www.marketing.spb.ru/lib-comm/net\\_4i.htm](http://www.marketing.spb.ru/lib-comm/net_4i.htm).
2. Gaidaenko TA. Marketingovoe upravlenie. 2nd ed. Moscow: Eksmo; 2006. 496 p.
3. Gembl P. Marketing vzaimootnoshenii s potrebiteliami. Moscow: Fair-Press; 2002. 376 p.
4. Ebrat K, Rassel M. Printsipy i preimushchestva marketinga vzaimootnoshenii. Available from: [http://uchebnikonline.com/marketing/marketing\\_-\\_butenko\\_nv/printsipi\\_perevagi\\_marketingu\\_vzayemovidnosin.htm](http://uchebnikonline.com/marketing/marketing_-_butenko_nv/printsipi_perevagi_marketingu_vzayemovidnosin.htm)
5. Kotler F. Marketing – menedzhment v novom tycyacheletii. St. Petersburg: Peter; 2002. 750 p.
6. Martyshev AB. Marketing otnoshenii. Bladivostok: TIDOT DVGY; 2005. 107p.
7. Piven EP. Menedzhment ta marketing y skladi suchasnoi ekonomiky, nauky, osvity, praktiky. Materials III International Scientific and Practical Internet Conference. Kharkiv; 2015. p. 218-221.
8. Piven OP. Menedzhment ta marketing y skladi suchasnoi ekonomiky, nauky, osvity, praktiky. Zbirnyk naukovykh robit 4 mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi internet-konferentsii. Kharkiv; 2016. p. 426-427.
9. Tretyak OF. Rosiiskii zhurnal menedzhmenta. 2008;1:132-133.
10. Tretyak OF. Rosiiskii zhurnal menedzhmenta. 2013;11(1):41-62.
11. Sheth J, Parvatiyar A, Sinha M. The conceptual foundations of relationship marketing: Review and synthesis. Economic sociology – the European electronic newsletter. 2012;13(3):4-26.

УДК 615.12:339.138

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАРКЕТИНГА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ. ФОРМИРОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЛОВОЙ СЕТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ****Е. П. Пивень, І. В. Ткаченко**

В статье приведены результаты обобщения определений маркетинга взаимоотношений. С учетом отраслевой специфики фармацевтических предприятий определены отличительные особенности стратегической направленности маркетинга взаимоотношений и транзакционного маркетинга. Охарактеризованы основные принципы маркетинга взаимоотношений, на которых фармацевтическим предприятиям целесообразно акцентировать первоочередное внимание. Предложена модель маркетинговой деловой сети фармацевтического предприятия с ключевыми партнерами и дана характеристика ее составляющих – взаимоотношений с клиентами, поставщиками, конкурентами и контактными аудиториями и осуществления внутреннего партнерства. Обосновано, что деятельность фармацевтических предприятий целесообразно направлять на построение такой маркетинговой деловой сети, которая обеспечит эффективные долгосрочные отношения с клиентами. Для реализации концепции маркетинга взаимоотношений предложено фармацевтическим предприятиям концентрировать внимание на потребительской ценности предлагаемой продукции, высокой значимости обслуживания клиентов и формировании лояльности потребителей.

**Ключевые слова:** маркетинг взаимоотношений; концепция; маркетинговая деловая сеть; ориентация на клиента; партнерские отношения; долгосрочные отношения; фармацевтические предприятия.

UDC 615.12:339.138

**CONCEPTUAL ISSUES OF RELATIONSHIP MARKETING. FORMATION OF THE MARKETING BUSINESS NETWORK OF A PHARMACEUTICAL ENTERPRISE****O. P. Piven', I. V. Tkachenko**

The results of generalization of definitions of relationship marketing are given in this article. The distinctive features of the strategic direction of relationship marketing and transactional marketing with consideration of sector specification of pharmaceutical companies have been identified. The basic principles of relationship marketing for accentuation of immediate attention of a pharmaceutical enterprise have been characterized. The model of the marketing business network of a pharmaceutical enterprise with the main partners has been proposed. The characteristics of its components – relationships with customers, suppliers, competitors, contact audience and internal partnership – have been given. Expediency of aspirations of pharmaceutical companies to create a marketing business network to provide effective long-term relationships with customers has been substantiated. To implement the concept of relationship marketing it has been recommended for pharmaceutical enterprises to focus their attention to the customer value of the products offered, the high importance of the customer service and the customer loyalty.

**Key words:** relationship marketing; marketing business network; concept; customer orientation; partnerships; pharmaceutical companies.



# СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

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

УДК 339.138:615.1

## МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ АНТИГЕМОРАГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

С. А. Куценко, В. В. Малий, А. Б. Ольховська, Ю. С. Маслій

Національний фармацевтичний університет, м. Харків.

E-mail: ztl@nuph.edu.ua, fmm@nuph.edu.ua

*У статті наведено результати маркетингових досліджень вітчизняного фармацевтичного ринку на прикладі лікарських засобів групи В02 антигеморагічні засоби. Проведено аналіз асортименту досліджуваної групи лікарських засобів та фірмової структури вітчизняного ринку. Встановлено, що найбільш глибокий асортимент лікарських засобів досліджуваної групи спостерігається у засобів, що містять фактор згортання крові людини IX, та засоби, що містять транексамову кислоту. Встановлено країни, що експортують на український фармацевтичний ринок антигеморагічні лікарські засоби. Визначено основних вітчизняних виробників лікарських засобів досліджуваного асортименту. Проаналізовано динаміку ємності ринку, цінову кон'юнктуру та визначено ринкові позиції антигеморагічних лікарських засобів в Україні. Визначено джерела інформації фахівців про нові лікарські засоби досліджуваного асортименту. За результатами розрахунків коефіцієнта ліквідності ціни визначено, що найбільш доступними є лікарські засоби, що містять кислоту амінокапронову, та лікарські засоби, що містять менандіон.*

**Ключові слова:** маркетингові дослідження; фармацевтичний ринок; антигеморагічні лікарські засоби.

**Постанова проблеми.** Нагальною проблемою сучасного вітчизняного фармацевтичного ринку є забезпечення української спільноти якісними, доступними та конкурентоспроможними лікарськими засобами (ЛЗ). З огляду на тривалу соціально-економічну кризу в Україні процес виведення на ринок

нових ЛЗ, забезпечення їх доступності для усіх верств населення залишаються на сьогодні досить важливою проблемою в системі охорони здоров'я країни. Особливої актуальності набувають питання, що стосуються виробництва й просування вітчизняних антигеморагічних ЛЗ та їх дефіциту на ринку, оскільки це забезпечить значно нижчу їх вартість у порівнянні із зарубіжними аналогами та сприятиме фізичній і соціально-економічній доступності ліків.

**С. А. Куценко** – доктор фарм. наук, доцент, доцент кафедри заводської технології ліків Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Виробництво фармацевтичних товарів доцільно розпочинати з проведення маркетингових досліджень, які спрямовані на виявлення ефективних інструментів та важелів управління ринком. Застосування вітчизняними виробниками ліків маркетингового підходу, що орієнтований на задоволення потреб споживачів, дозволить визначити перспективи подальшого розвитку організації, розробити обґрунтовані стратегічні плани своєї діяльності. У зв'язку з цим постає необхідність проведення маркетингових досліджень вітчизняного фармацевтичного ринку антигеморагічних ЛЗ.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Маркетинговим дослідженням вітчизняного фармацевтичного ринку на прикладі окремих фармакотерапевтичних груп ЛЗ у різні періоди були присвячені праці представників наукових шкіл вітчизняної фармації Б. П. Громовика, О. П. Гудзенка, О. М. Євтушенко, Є. Г. Книша, А. А. Котвіцької, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, І. В. Пестун, О. В. Посилкіної, М. М. Слободянюка, М. Л. Сятині, В. В. Трохимчука та ін. Однак комплексні роботи щодо маркетингового дослідження вітчизняного фармацевтичного ринку на прикладі антигеморагічних ЛЗ за напрямками, які викладено у цій роботі, не проводилися. Вищевикладене обумовило доцільність роботи, визначило її мету, завдання, структуру та логічну побудову послідовності дослідження.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Незважаючи на досить широкий арсенал проведених вітчизняними науковцями досліджень фармацевтичного ринку на прикладі окремих груп ЛЗ, проведені авторами маркетингові дослідження вітчизняного фармацевтичного ринку антигеморагічних лікарських засобів та одержані результати є основою для створення конкурентоспроможних ЛЗ, оптимізації постачання ними аптечної мережі та планування обґрунтованої системи їх просування відповідно до експертної оцінки асортименту, стану та перспектив попиту на них.

**Формулювання цілей статті.** Метою роботи було проведення маркетингових досліджень вітчизняного фармацевтичного ринку на прикладі лікарських засобів групи В02 антигеморагічні засоби. Для їх досягнення

було проаналізовано асортимент досліджуваної групи ЛЗ із використанням контент-аналізу Державного реєстру готових ЛЗ, прайс-листів фармацевтичних оптових компаній-постачальників, Компендіуму станом на вересень 2015 року [5, 6, 9]; динаміку ємності ринку за даними аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «Pharm-Xplorer» / «Фармстандарт» компанії «Proxima Research»; визначено ринкові позиції ЛЗ із використанням методу багатомірного оцінного аналізу та досліджено цінову кон'юнктуру ринку ЛЗ [7, 8].

**Викладення основного матеріалу дослідження.** З метою вивчення стану забезпечення фармацевтичного ринку України нами було проаналізовано асортимент антигеморагічних ЛЗ, що представлений на вітчизняному фармацевтичному ринку. Як свідчать результати дослідження, згідно з АТС-класифікацією, досліджувана група ЛЗ належить до другої анатомічної (В – засоби, що впливають на систему крові та гемопоєз) і другої терапевтичної (В02 – антигеморагічні засоби) груп, зокрема:

#### **В02А Інгібітори фібринолізу**

- В02А А Амінокислоти
  - В02А А01 Кислота амінокапронова
  - В02А А01 Кислота транексамова
- В02А В Інгібітори протеїназ
  - В02А В01 Апротинін

#### **В02В Вітамін К та інші гемостатичні засоби**

- В02В А Вітамін К
  - В02В А01 Фітоменадіон
  - В02В А02 Менадіон
- В02В С Гемостатичні засоби для місцевого застосування
  - В02В С30 Фібриноген людський
  - В02В С50 \*\* Інші засоби
- В02В D Фактори згортання крові
  - В02В D01 Комбінація факторів згортання ІХ, ІІ, VІІ і X
  - В02В D02 Фактор згортання VІІІ
  - В02В D03 Засоби, що володіють конкурентними властивостями по відношенню до інгібітора фактора згортання VІІІ
  - В02В D04 Фактор згортання ІХ
  - В02В D06 Фактор Фон Віллебранда в комбінації з фактором згортання VІІІ
  - В02В D09 Нонаког альфа

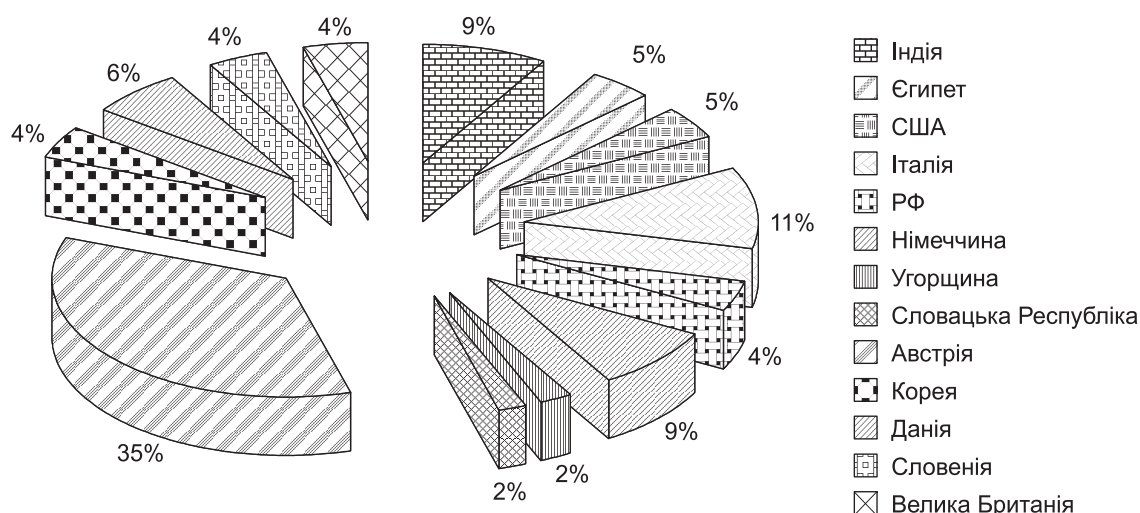


Рис. 1. Країни-експортери антигеморагічних лікарських засобів на український фармацевтичний ринок

- В02В Х Інші гемостатичні засоби для системного застосування  
 В02В Х01 Етамзилат  
 В02В Х05 Ельтромбопаг  
 В02В Х06 \*\*Гемостатичні засоби рослинного походження [5].

Асортимент препаратів досліджуваної групи на фармацевтичному ринку України представлений 78 позиціями, 39 фірмами-виробниками з 13 країн світу. Аналіз пропозицій препаратів на вітчизняному ринку свідчить про переважну позицію зарубіжних виробників – 60 %, вітчизняні виробники становлять 40 %. Це свідчить про імпортозалежність фармацевтичного ринку антигеморагічних засобів. Головними країнами, що експортують на український

фармацевтичний ринок антигеморагічні ЛЗ, є Австрія – 35 %, Італія – 11 %, Індія та Німеччина – по 8,5 % (рис. 1). Серед австрійських фірм-виробників досліджуваної групи ЛЗ провідне місце посідають фірми «Октафарма» і «Бакстер».

Головними вітчизняними виробниками ЛЗ досліджуваного асортименту є «Юрія-фарм», «Дарниця», «Ніко», «Біофарма» і «Віола» – по 10 % відповідно (рис. 2).

Встановлено, що найбільш глибокий асортимент ЛЗ досліджуваної групи спостерігається у засобів, що містять фактор згортання крові людини ІХ, та засобів, що містять транексамову кислоту. Ринок лікарських засобів, що містять фактор згортання крові людини ІХ, створюється 7 виробниками

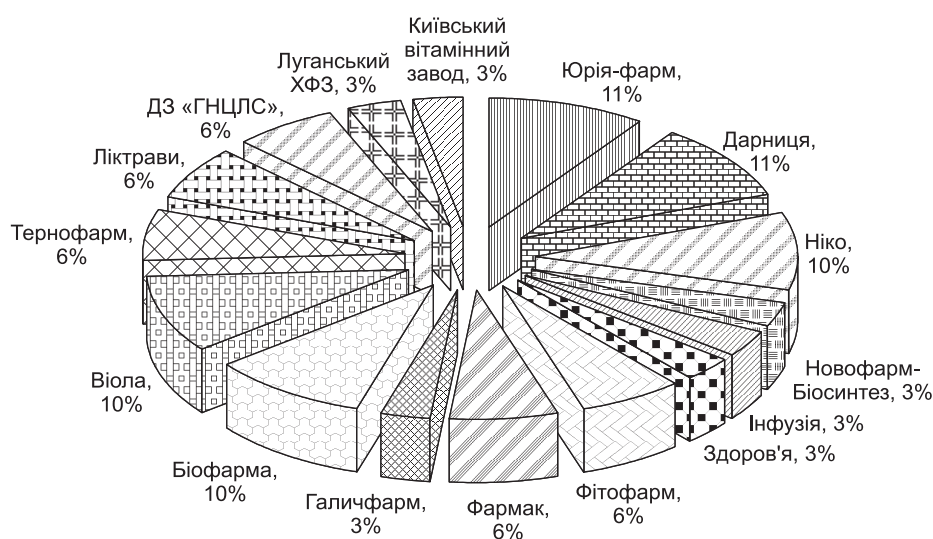


Рис. 2. Частка вітчизняних виробників антигеморагічних лікарських засобів



Рис. 3. Антигеморагічні засоби за лікарською формою

фармацевтичної продукції, серед яких 86 % зарубіжні виробники та 14 % вітчизняні. Засоби, що містять фактор згортання крові людини IX, складають майже 35% асортименту антигеморагічних засобів на ринку України.

Ринок лікарських засобів, що містять транексамову кислоту, створюється 11 виробниками фармацевтичної продукції, серед яких 64 % зарубіжні виробники та 36 % вітчизняні. Засоби, що містять транексамову кислоту, складають 18 % асортименту антигеморагічних засобів на ринку України.

Лікарські засоби досліджуваного асортименту на ринку України представлені в різноманітних лікарських формах (рис. 3).

Як свідчить проведений аналіз (рис. 3), антигеморагічні лікарські засоби на вітчизняному ринку здебільшого представлені у

виді розчинів для ін'єкцій та інфузій – 69,2% і таблеток – 15,4%.

На наступному етапі за даними аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «PharmXplorer» / «Фармстандарт» компанії «Proxima Research» нами була проаналізована ємність ринку антигеморагічних лікарських засобів в Україні за чотири роки (табл. 1).

Згідно з отриманими результатами річний обсяг продажів ЛЗ досліджуваної групи у 2014 р. у роздрібному сегменті фармацевтичного ринку України зменшився в натуральному і кількісному виразі в порівнянні з 2013 р. і становив 1 663 240 уп. на суму 80 649,69 тис. грн. Найбільша частка обсягу продажів за натуральними показниками припадала на групу В02В Вітамін К та інші гемостатичні засоби, а за грошовими

Таблиця 1

#### ДИНАМІКА ЄМНОСТІ РИНКУ АНТИГЕМОРАГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Групи лікарських засобів	2012 р.		2013 р.		2014 р.		2015 р.	
	Кількість упаковок, шт.	Сума, тис. грн	Кількість упаковок, шт.	Сума, тис. грн	Кількість упаковок, шт.	Сума, тис. грн	Кількість упаковок, шт.	Сума, тис. грн
В02А Інгібітори фібринолізу	816 847	77 372,86	891 757	84 095,62	586 992	56 162,32	806 165	113 210
В02В Вітамін К та інші гемостатичні засоби	1 839 488	22 034,90	1 731 011	25 812,83	1 076 248	24 487,37	1 247 765	48 586
Разом	2 656 335	99 407,76	2 622 768	109 908,45	1 663 240	80 649,69	2 053 930	161 796

Таблиця 2

## ШКАЛА СУМАРНИХ ОЦІНОК

низька	<b>Швидкість кровоспинної дії</b>					висока
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
низька	<b>Терапевтична ефективність лікарських засобів</b>					висока
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
доступна	<b>Безпечність лікарських засобів</b>					висока
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
незручно	<b>Зручність застосування</b>					зручно
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
низька	<b>Ціна лікарських засобів</b>					висока
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
незадовільна	<b>Раціональність лікарської форми</b>					задовільна
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
негативні	<b>Репутація та імідж виробника на ринку</b>					позитивні
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
низький	<b>Рівень інформаційної підтримки</b>					високий
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	
хімічного походження	<b>Склад лікарських засобів</b>					природного походження
	-1	-0,5	0	+0,5	+1	

показниками – на групу В02А Інгібітори фібринолізу. Серед лікарських засобів групи В02А провідні позиції за обсягами продажів у 2014 р. мав розчин для інфузій кислоти амінокапронової 5 % 100 мл вітчизняного виробництва ТОВ «Юрія-Фарм»; серед групи В02В безперечними лідерами були лікарські засоби «Етамзилат-Дарниця», р-н д/ін. 125 мг/мл амп. 2 мл, контурні чарунк. уп., пачка, № 10 ЗАТ «Дарниця»; «Кропива лист», листя 50 г пачка, з внутр. пакетом, ПрАТ «Ліктрави»; «Екстракт перцю водяного», 25 мл фл., ЗАТ ФФ «Віола»; «Трава деревію», трава 50 г пачка, з внутр. пакетом, ПрАТ «Ліктрави».

У 2015 р. річний обсяг продажів ЛЗ досліджуваної групи в роздрібному сегменті фармацевтичного ринку України збільшився в натуральному і кількісному виразі у порівнянні з 2014 р. і становив 2 053 930 уп. на суму 161 796 тис. грн. Найбільша частка обсягу продажів за натуральними та грошовими показниками спостерігалась у групи В02А Інгібітори фібринолізу. Серед ЛЗ групи В02А провідні позиції за обсягами продажів у 2015 р. мали: «Транексам», таб. п/о 250 мг № 30, компанія «Stada» (Німеччина); «Контрикал®» 10 000, ліофіл. д/р-ну д/інф. 10000 АТр ОД фл. в амп. 2 мл № 10, компанія «Teva» (Ізраїль); розчин для інфузій кислоти амінокапронової 5 % 100 мл

вітчизняного виробництва, ТОВ «Юрія-Фарм». Серед групи В02В безперечними лідерами були ЛЗ «Дицинон», таб. 250 мг блістер № 100, «Sandoz» (Швейцарія); «Вікасол-Дарниця», ПАТ «Дарниця»; «Етамзилат-Дарниця», р-н д/ін. 125 мг/мл амп. 2 мл, контур. чарунк. уп., пачка № 10, ПАТ «Дарниця».

Фармацевтичні виробники мусять упродовжувати чіткий комплекс маркетингових заходів, завдяки яким цільова аудиторія зможе ідентифікувати ЛЗ досліджуваної групи порівняно з препаратами-конкурентами, тобто ефективно реалізовувати стратегії позиціонування свого товару на ринку. Не викликає сумніву той факт, що вибір позиції фармацевтичного товару має ґрунтуватися на реальних перевагах товару. Крім того, треба враховувати позицію, яку займають у цьому сегменті конкуренти, і, нарешті, яка позиція, з огляду на конкурентів та переваги споживачів, є найкращою. Головна мета стратегії позиціонування – сформувати і надалі зберегти позитивне ставлення споживачів до товару компанії [2, 3, 10].

Для визначення ринкової позиції антигеморагічних ЛЗ на вітчизняному фармацевтичному ринку нами використаний метод багатомірного оцінного аналізу [1, 11, 12]. З цією метою нами на протязі вересня-листопада 2015 р. було проведено опитування 57 лікарів закладів охорони здоров'я

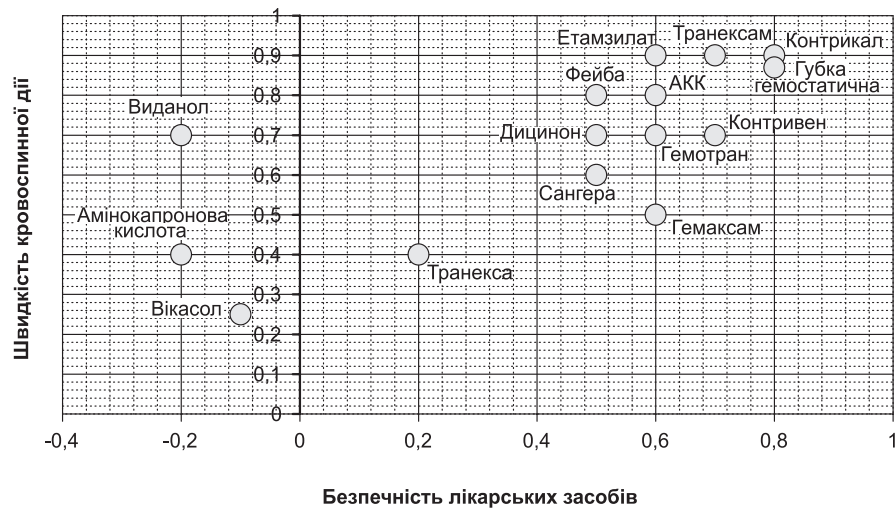


Рис. 4. Матриця сприйняття лікарських засобів експертами

м. Харкова щодо їх думки про ЛЗ досліджуваного асортименту. Оцінка ринкової позиції ЛЗ давалася експертами за шкалою сумарних оцінок (табл. 2) за такими критеріями: швидкість кровоспинної дії, терапевтична ефективність ЛЗ, безпечність, зручність застосування, доступність цін, раціональність лікарської форми, позитивна репутація та імідж компанії-виробника, рівень інформаційної підтримки, склад препарату. У результаті опитування цільової аудиторії встановлені найбільш значущі критерії вибору досліджуваних антигеморагічних ЛЗ.

Аналіз головних компонентів цих оцінок дозволив встановити макрохарактеристики ЛЗ – швидкість кровоспинної дії та безпечність ЛЗ. На рис. 4 наведено матрицю сприйняття ЛЗ експертами.

Як свідчать отримані результати, найкращі позиції, на думку експертів, на вітчизняному фармацевтичному ринку посідають такі антигеморагічні ЛЗ: контрикал, губка

гемостатична, транексам, контривен, АКК, етамзилат. Амінокапронову кислоту, вікасол та віданол експерти вважають ЛЗ, що мають високий ступінь прояву побічних ефектів, особливо з боку серцево-судинної системи та системи крові, з низькою швидкістю кровоспинної дії.

На наступному етапі нами визначено джерела інформації фахівців про нові ЛЗ досліджуваного асортименту. Результати інтерв'ювання показали, що 81 % опитаних володіють достатньою інформацією про ЛЗ досліджуваної групи. Абсолютна більшість експертів (91 %) отримує інформацію про нові ЛЗ від медичних (фармацевтичних) представників підприємств-виробників; 88 % експертів черпають інформацію у фахових журналах, а 56 % – на науково-практичних конференціях (рис. 5). Основними фаховими журналами лікарі назвали журнали «Медицина невідкладних станів», «Український медичний журнал».

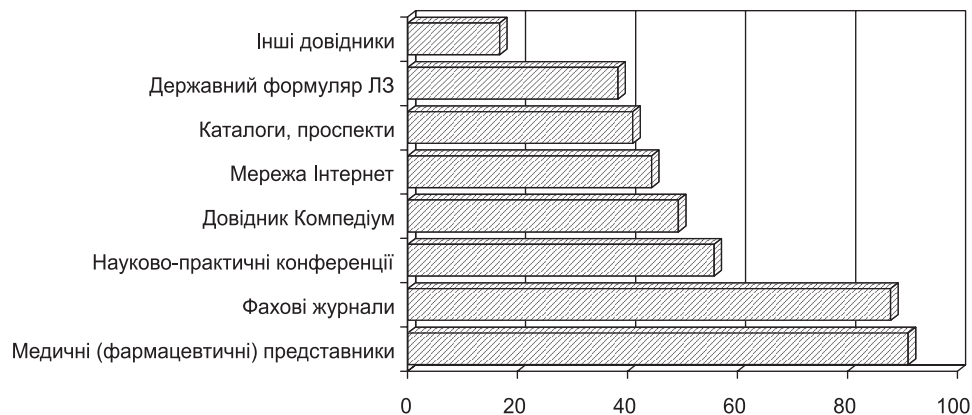


Рис. 5. Рейтинг джерел інформації фахівців про нові лікарські засоби

Важливим напрямком маркетингових досліджень фармацевтичного ринку є аналіз цінової кон'юнктури ЛЗ. Вивчення кон'юнктури фармацевтичного ринку необхідно для того, щоб правильно оцінити його поточний стан, передбачити можливі зміни і розробити відповідну стратегію розвитку свого підприємства.

Нами проведено аналіз цінової кон'юнктури вітчизняного фармацевтичного ринку антигеморагічних ЛЗ. Із цією метою протягом жовтня-грудня 2015 р. проведені розрахунки коефіцієнта ліквідності ціни за даними прайс-листів оптово-посередницьких фармацевтичних підприємств. Цей коефіцієнт відображає ступінь розвитку конкуренції на конкретному сегменті ринку, в певний час і певною мірою характеризує доступність ЛЗ для споживачів та показує

співвідношення між максимальною й мінімальною ціною конкретного ЛЗ у певний період часу. Розрахунки коефіцієнта ліквідності ціни проводили за формулою:

$$C_{liq} = (C_{max} - C_{min}) / C_{min}$$

де  $C_{liq}$  – коефіцієнт ліквідності ціни;  $C_{max}$  – максимальна ціна ЛЗ на ринку, грн;  $C_{min}$  – мінімальна ціна ЛЗ на ринку, грн [4].

Узагальнені середні показники ліквідності ціни для ЛЗ наведено в табл. 3.

Як свідчать одержані результати, коефіцієнти ліквідності ціни для антигеморагічних ЛЗ на оптовому сегменті фармацевтичного ринку знаходяться в межах від 0,004 до 5,35, тобто коливання цін становлять 0,4-535 %. Найменше коливання ціни спостерігалось для препарату АКК® вітчизняного виробника ТОВ «Юрія-Фарм»

Таблиця 3

#### ПОКАЗНИКИ ЛІКВІДНОСТІ ЦІНИ ДЛЯ АНТИГЕМОРАГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Виробник	Препарат	$C_{min}$ , грн	$C_{max}$ , грн	$K_{liq}$
1	2	3	4	5
<b>ЛЗ, що містять кислоту амінокапронову</b>				
ТОВ «Юрія-Фарм»	АКК®	44,90	45,10	0,004
	Кислота амінокапронова	12,90	21,85	0,694
ПрАТ «Дарниця»	Кислота амінокапронова-Дарниця	13,05	17,90	0,372
ТОВ «Ніко»	Амінокапронова кислота	16,70	17,80	0,066
ТОВ «Новофарм-Біосинтез»	Амінокапронова кислота	12,15	13,10	0,078
ЗАТ «Інфузія»	Кислота амінокапронова	12,27	27,96	1,279
ТОВ «Здоров'я»	Амінокапронова кислота	86,90	98,70	0,136
ПАТ «Фітофарм»	Амінокапронова кислота	23,30	27,05	0,161
<b>ЛЗ, що містять транексамову кислоту</b>				
Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія	Тренакса 250	107,91	165,06	0,529
	Тренакса 500	166,50	184,50	0,108
Амоун Фармасьютикал Ко., Єгипет	Транестат	486,86	984	3,218
	Транестат	233,30	875,36	2,752
ПАТ «Фармак»	Гемотран®	202,59	255,17	0,259
	Гемотран®	215,00	245,95	0,144
ЗАТ «Обнінська ХФК», РФ	Транексам	125,89	789,50	5,271
Ауробіндо Фарма Лімітед, Індія	Тугіна	157,20	206,82	0,316
<b>ЛЗ, що містять аprotинін</b>				
Меркле ГмБХ, Німеччина	Контрикал® 10000	588,09	1035,2	0,76
ПрАТ «Біофарма», Україна	Контривен	182,97	620,25	2,39
ВАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина	Гордокс	3244,61	7890	1,43
<b>ЛЗ, що містять менандіон</b>				
ЕйчБіЕм Фарма с.р.о., Словацька Республіка	Канавіт	494,60	507,25	0,026
«ПрАТ «ФФ «Дарниця», Україна	Вікасол-Дарниця	31,20	38,10	0,221

Закінчення таблиці 3

1	2	3	4	5
<b>ЛЗ, що містять плазму і тромбіни з крові людини</b>				
ПрАТ «Біофарма», Україна	Губка гемостатична®	765,00	1444,01	0,888
Такеда Австрія ГмБХ, Австрія	Тахокомб	8985,00	11257,77	0,253
<b>ЛЗ, що містять ельтромбопаг</b>				
Глаксо Оперейшнс ЮК Лімітед, Сполучене Королівство	Револад	4619,47	6872,78	0,488
	Револад	4700,00	4852,00	0,032
<b>ЛЗ, що містять етамзилат</b>				
ТОВ «Дослідний завод «ГНЦЛС», Україна	Етамзилат	21,55	24,71	0,147
ПАТ «Луганський ХФЗ», Україна	Етамзилат	12,50	23,27	0,862
ПАТ «Київський вітамінний завод», Україна	Етамзилат-КВ	10,40	66,00	5,346
Лек фармацевтична компанія д.д., Словенія	Дицинон	102,95	339,95	2,302
	Дицинон	181,88	259,50	0,427
«ПрАТ «ФФ «Дарниця», Україна	Етамзилат-Дарниця	11,57	26,74	1,311

і препарату «Канавіт» зарубіжного виробника ЕйчБіЕм Фарма с.р.о., Словацька Республіка. Найбільше коливання цін спостерігалося для таблеток «Етамзилат-КВ» (ПАТ «Київський вітамінний завод») і таблеток «Транексам» (ЗАТ «Обнінська ХФК»).

У цілому можна стверджувати, що, за результатами розрахунків коефіцієнта ліквідності ціни, найбільш доступними є ЛЗ, які містять кислоту амінокапронову, та лікарські засоби, які містять менандіон. Хоча разом з тим, на думку опитаних лікарів, ці препарати мають високий ступінь прояву побічних ефектів з низькою швидкістю кровоспинної дії.

Результати аналізу цінової кон'юнктури ринку доцільно використовувати фармацевтичним та аптечним підприємствам з метою розробки обґрунтованої маркетингової стратегії просування товару на ринок, а також при оцінці привабливості ринку або окремого його сегмента, вибору або розробки стратегії ціноутворення, конкурентної стратегії тощо.

#### Висновки

1. Проведено аналіз асортименту антигеморагічних ЛЗ, представлений на вітчизняному фармацевтичному ринку 78 позиціями, 39 фірмами-виробниками із 13 країн світу. Аналіз пропозицій препаратів на вітчизняному ринку свідчить про переважну позицію зарубіжних виробників – 60 %. Головними країнами, що експортують на

український фармацевтичний ринок антигеморагічні ЛЗ, є Австрія – 35 %, Італія – 11 %, Індія та Німеччина – по 8,5 %. Серед австрійських фірм-виробників досліджуваної групи ЛЗ провідне місце посідають фірми «Октафарма» і «Бакстер». Провідними вітчизняними виробниками ЛЗ досліджуваного асортименту є «Юрія-фарм», «Дарниця», «Ніко», «Біофарма» і «Віола» – по 10% відповідно.

2. Проаналізовано динаміку ємності ринку антигеморагічних ЛЗ в Україні за даними аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «PharmXplorer» / «Фарм-стандарт» компанії «Proxima Research» за 2012-2015 рр. Провідні позиції за обсягами продажів у 2015 р. посідали ЛЗ «Транексам», «Контрикал®», «Кислота амінокапронова», «Дицинон», «Вікасол-Дарниця», «Етамзилат-Дарниця».

3. Визначено ринкові позиції антигеморагічних ЛЗ на вітчизняному фармацевтичному ринку з використанням методу багатомірного оцінного аналізу. Найбільш значущими критеріями вибору досліджуваних антигеморагічних ЛЗ для опитаних лікарів є швидкість кровоспинної дії та безпечність. Найкращі позиції, на думку опитаних експертів, на вітчизняному фармацевтичному ринку займають контрикал, губка гемостатична, транексам, контривен, АКК, етамзилат. Амінокапронову кислоту, вікасол і віданол експерти вважають лікарськими препаратами,



що мають високий ступінь прояву побічних ефектів.

4. Встановлено, що основними джерелами інформації для фахівців про нові лікарські засоби досліджуваного асортименту є діяльність медичних (фармацевтичних) представників підприємств-виробників (91 %) і фахові журнали для лікарів (88 %).

5. Проведено аналіз цінової кон'юнктури вітчизняного фармацевтичного ринку антигеморагічних ЛЗ та розраховано коефіцієнти ліквідності ціни. Встановлено, що в оптовому сегменті фармацевтичного ринку коливання цін становлять 0,4-535 %. Найменше коливання ціни спостерігалось для препарату АКК® (ТОВ «Юрія-Фарм») і препарату «Канавіт» (ЕйчБіЕм Фарма с.р.о, Словацька Республіка). Найбільше коливання цін спостерігалось для таблеток «Етамзилат-КВ» (ПАТ «Київський вітамінний завод») і таблеток «Транексам» (ЗАТ «Обнінська ХФК»).

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Блэкуэл, Г. Поведение потребителей / Г. Блэкуэл, П. Миниард, Дж. Энджел; пер. з англ. – СПб.: Питер, 2010. – 624 с.
2. Гантер, Б. Типы потребителей: введение в психографику / Б. Гантер, А. Фернхам; под ред. И. В. Андреевой. – СПб.: Питер, 2010. – 304 с.
3. Гаркавенко, С. С. Маркетинг: підручник / С. С. Гаркавенко. – К.: Лібра, 2008. – 712 с.
4. Громовик, Б. П. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицькі; за ред. Б. П. Громовика. – К.: Медицина, 2008. – 752 с.
5. Державний реєстр лікарських засобів України. – Режим доступу: <http://www.drlz.com.ua/>.
6. Компендиум: справочник лекарственных средств on-line. – Режим доступу: <http://compendium.com.ua>.
7. Котлер, Ф. Маркетинг менеджмент / Ф. Котлер, К. Л. Келлер. – 14-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 800 с.
8. Мак-Дональд, М. Стратегическое планирование маркетинга. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
9. Малхотра, Н. К. Маркетинговые исследования: практ. рук. / Н. К. Малхотра; пер. с англ. – М.: Вильямс, 2012. – 960 с.
10. Мнушко, З. М. Менеджмент та маркетинг у фармації. Ч. II. Маркетинг у фармації: підруч. для студ. ВНЗ. – 2-ге вид., доп. та перероб. / З. М. Мнушко, Н. М. Діхтярьова; за ред. З. М. Мнушко. – Х.: НФаУ: Золоті сторінки, 2010. – 512 с.
11. Мнушко, З. М. Методика визначення ставлення кінцевих споживачів до лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. П. Левченко, А. Б. Ольховська // Фармац. журн. – 2006. – № 3. – С. 16-22.
12. Соломон, Майкл Р. Поведение потребителя. Искусство и наука побеждать на рынке / Р. Соломон Майкл. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2003. – 784 с.

#### REFERENCES

1. Blackwell G, Miniard P, Enjel J. Povedenie potrebiteley [Consumer Behavior]; translated from English. Saint Petersburg: Piter; 2010. 624 p.
2. Gunter B, Furnham A. Tipy potrebiteley: vvedenie v psihografiku [Consumer Profiles: An Introduction to Psychographics]. Andreeva IV, ed. Saint Petersburg: Piter; 2010. 304 p.
3. Garkavenko SS. Marketing. Kiev: Libra; 2008. 712 p.
4. Gromovik BP, Gasiuk GD, Levitski OR. Menedzhment i marketing u farmatsii [Management and marketing in pharmacy]. Gromovik BP, ed. Kiev: Medicina; 2008. 752 p.
5. Derzhavniy reestr likarskih zasobiv Ukrainy [State Register of Medicinal Products of Ukraine]. Available from: <http://www.drlz.com.ua>.
6. Kompendium: spravochnik lekarstvennyh sredstv on-line [Compendium: Handbook of medicines on-line]. Available from: <http://compendium.com.ua>.
7. Kotler P, Keller K. Marketing menedzhment [Marketing Management]. 14th ed. Saint Petersburg: Piter; 2015. 800 p.
8. Mak-Donald M. Strategicheskoe planirovanie marketinga [Strategic Marketing Planning]. Saint Petersburg: Piter; 2009. 320 p.
9. Malhotra NK. Marketingovyie issledovaniia: prakticheskoe rukovodstvo [Marketing Research: An Applied Orientation]; translated from English. Moscow: Vilyams; 2012. 960 p.

10. Mnushko ZM, Dihtyarova NM. Menedzhment ta marketing u farmatsii. Ch. II. Marketing u farmatsii [Management and marketing in pharmacy. Part II. Marketing in pharmacy]. 2nd ed., ext. and revised. Mnushko ZM, ed. Kharkiv: NPhaU: Zoloti storinky; 2010. 512 p.
11. Mnushko ZM, Levchenko IP, Olkhovska AB. Farmatsevtychnyi zhurnal. 2006;3:16–22.
12. Solomon Michael R. Povedenie potrebitelya. Iskustvo i nauka pobezhdat na rynke [Consumer behavior. The art and science of winning on the market]. Saint Petersburg: DiaSoftYuP; 2003. 784 p.

УДК 339.138:615.1

**МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА АНТИГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

С. А. Куценко, В. В. Малый, А. Б. Ольховская, Ю. С. Маслий

В статье приведены результаты маркетинговых исследований отечественного фармацевтического рынка на примере лекарственных средств группы B02 Антигеморрагические средства. Проведен анализ ассортимента исследуемой группы лекарственных средств и фирменной структуры отечественного рынка. Установлено, что наиболее глубокий ассортимент лекарственных средств исследуемой группы наблюдается у средств, содержащих фактор свертывания крови человека IX, и средств, содержащих транексамовую кислоту. Установлены страны, экспортирующие на украинский фармацевтический рынок антигеморрагические лекарственные средства. Определены главные отечественные производители лекарственных средств исследуемого ассортимента. Проанализирована динамика емкости рынка, ценовая конъюнктура и определены рыночные позиции антигеморрагических лекарственных средств в Украине. Выявлены источники информации специалистов о новых лекарственных средствах исследуемого ассортимента. По результатам расчетов коэффициента ликвидности цены определено, что наиболее доступными являются лекарственные средства, содержащие кислоту аминокaproную, и лекарственные средства, содержащие менадион.

**Ключевые слова:** маркетинговые исследования; фармацевтический рынок; антигеморрагические лекарственные средства.

UDC 339.138:615.1

**MARKETING RESEARCH OF THE DOMESTIC PHARMACEUTICAL MARKET OF ANTIHEMORRHAGIC DRUGS**

S. A. Kutsenko, V. V. Malyi, A. B. Olkhovska, Ju. S. Masliy

The article presents the results of marketing research of the domestic pharmaceutical market by the example of medicines of group B02 – Antihemorrhagic drugs. The analysis of the range of the group of drugs studied and the firm structure of the domestic market has been conducted. It has been found that the deepest range of the group of drugs studied is observed in medicines containing the human coagulation factor IX, and medicines containing tranexamic acid. Countries that export antihemorrhagic drugs to the Ukrainian pharmaceutical market have been determined. The main domestic manufacturers of drugs of the range studied have been also determined. The dynamics of the market capacity and the price situation have been studied; the market positions of antihemorrhagic drugs in Ukraine have been identified. The sources of information for professionals about new drugs of the range studied have been revealed. According to the results of calculations of the liquidity ratio of the price it has been determined that drugs containing aminocaproic acid and drugs containing menandion are the most available.

**Key words:** marketing research; pharmaceutical market; antihemorrhagic drugs.

Рекомендовано д. фарм. н., доцентом Г. Л. Панфіловою

УДК 615.28: 615.036:615.11

## КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ НАЗОФАРИНГІТОМ

О. В. Ткачова, А. О. Сілаєв

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

Проведено ретроспективний аналіз 47 амбулаторних карт дітей віком від 1 до 12 років, що протягом 6 місяців (серпень 2015 р. – січень 2016 р.) проходили лікування розповсюдженої форми гострої респіраторної вірусної інфекції – гострого назофарингіту (ГНФ). Для лікування дітей було призначено 75 лікарських засобів (ЛЗ) на основі 39 МНН, що належали до 15 фармакотерапевтичних груп. За даними інтегрованого АВС/VEN/частотного аналізу встановлено, як нераціональні призначення вплинули на обсяг недоцільно витрачених коштів на фармакотерапію ГНФ у дітей. За результатами формального VEN-аналізу, проведеного за ДФЛЗУ/УКППМД дорослим та дітям, хворим на гострі респіраторні інфекції, встановлено, що групу другорядних препаратів склали відповідно 9/26 МНН ЛЗ з індексом «N», що були призначені відповідно 82/145 разів (35,04/61,96% від загальної кількості призначень – 234), а витрати на них склали відповідно 38,64 і 64,01% від загальних витрат на фармакотерапію 47 хворих – 16365,08 грн. В обох медичних нормативних документах були відсутні 4 МНН ЛЗ, що призначалися 11 разів (4,70%), а витрати на них склали 3,67% від загальних витрат на фармакотерапію. У цьому 303 необхідна оптимізація витрат на фармакотерапію ГНФ шляхом зменшення призначень другорядних препаратів відповідно до медичних нормативних документів: ДФЛЗУ (2015 р.) та УКППМД дорослим та дітям, хворим на гострі респіраторні інфекції (2014 р.).

**Ключові слова:** препарати для лікування гострого назофарингіту; клініко-економічний аналіз.

**Постанова проблеми.** За даними ВООЗ, близько 90% населення Земної кулі щорічно хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). Це найпоширеніші захворювання не тільки в структурі інфекційних хвороб, але й у структурі загальної захворюваності. В Україні на ГРВІ, зокрема й грип, щорічно хворіють від 7 до 14 млн осіб [5], серед яких близько 60-70% становлять діти, що насамперед обумовлено особливостями функціонування імунної системи у дітей [9]. Майже у 40% дітей, захворівших на ГРВІ, виникають ускладнення: катар верхніх дихальних шляхів, стенозувальний ларингіт, трахеобронхіт, пневмонія, що при несвоєчасно

розпочатому лікуванні призводить до дитячої смертності. Летальність від пневмонії серед дитячого населення України в середньому становить 13,1 на 10 тис. дітей [6], а у світі пневмонія є причиною 20% випадків дитячої смертності [7].

Лікування хворих дітей на ГРВІ, залежно від форми та тяжкості захворювання, супроводжується значними витратами [2]. Завдяки профілактиці можна досягти значного зменшення захворюваності та питомої ваги тяжких форм хвороби, пов'язаних з пневмонією, випадків госпіталізації та смертності. Навіть застосування найдешевших лікарських засобів для лікування грипу та ГРВІ буде значно дорожчим, ніж його профілактика. Середня вартість вакцин для профілактики грипу та ГРВІ складає 200-300 грн, а комплексна фармакотерапія захворювання – приблизно 600 грн на одного пацієнта [10].

**О. В. Ткачова** – доктор фарм. наук, доцент, доцент кафедри фармакоекономіки Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Економічні збитки, яких завдають нашій державі ГРВІ, значні і вимірюються сотнями мільйонів гривень. За підрахунками спеціаліста української страхової компанії «Здорово» Р. Дунаєвського, у 2015 р. лікування грипу та ГРВІ (без серйозних ускладнень), що включало виклик лікаря додому, діагностику, лікарські препарати, стаціонарне лікування при ускладненнях обходилося українцям від 1000 до 3000 грн [8].

Високий рівень захворюваності і дороговизна лікування ГРВІ та їх ускладнень свідчать про їх важливе медичне та соціально-економічне значення і про необхідність застосування фармакоекономічних підходів до вибору ЛЗ для фармакотерапії пацієнтів.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Найбільш частою формою ГРВІ у дітей є гострий назофарингіт (ГНФ). Проведений аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що головна увага у наукових дослідженнях з клініко-економічного аналізу різних захворювань у дітей акцентується на питанні раціоналізації витрат на фармакотерапію. Ці питання обговорювалися в працях О. І. Беляєвої, О. О. Герасимової, В. В. Трохимчук, І. О. Федяк, Л. В. Яковлевої та інших авторів, але аналізу витрат на фармакотерапію ГРВІ у дітей, а саме ГНФ, відповідно до вимог медико-нормативних документів МОЗ України: Державного формуляра ЛЗ України (ДФЛЗУ, 7 вип.) та уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги (УКППМД) дорослим та дітям на гострі респіраторні інфекції (ГРІ), окрема увага не приділялась. Все це свідчить про необхідність опрацювання цього питання з метою аналізу відповідності призначуваних ЛЗ вищевказаним нормативним документам, які регламентують якість фармакотерапії хворих. Одержані результати цього аналізу поряд з якістю фармакотерапії дозволяють також визначити ступінь упрощення формулярної системи в досліджуваному ЗОЗ м. Харкова.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Основні проблеми, що пов'язані з ГРВІ, а саме з ГНФ у дітей, – це несвоєчасне звернення батьків хворих дітей за медичною допомогою, застосування підходів до самолікування, що підвищує

ризик ускладнень захворювання, негативно впливає на якість життя пацієнтів і збільшує витрати на лікування [4]. Своєчасна раціональна терапія ГРВІ у дітей сприяє швидкому одужанню і попереджує розвиток ускладнень. Враховуючи вищевказане, а також відсутність у періодичних виданнях України результатів оцінки раціональності витрат на фармакотерапію ГНФ у дітей, актуальним на сьогоднішній день є проведення клініко-економічної оцінки фармакотерапії пацієнтів дитячого віку з ГНФ і оптимізації витрат на її проведення.

**Формулювання цілей статті.** Метою роботи став клініко-економічний аналіз реальної клінічної практики фармакотерапії дітей з гострим назофарингітом у ЗОЗ м. Харкова за результатами інтегрованого ABC/VEN/частотного аналізу для оцінки відповідності фармакотерапії сучасним стандартам і оптимізації витрат на фармакотерапію.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Для досягнення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз листків призначень дітям, хворим на ГНФ; визначена частота призначення ЛЗ хворим; за результатами ABC-аналізу визначена структура і раціональність витрат на терапію ГНФ; за результатами формального VEN-аналізу оцінена відповідність терапії ГНФ у цьому ЗОЗ вимогам сучасних стандартів медичної допомоги при ГРВІ у дітей. Як стандарти фармакотерапії були обрані ДФЛЗУ (7 вип., 2015 р.) [3], УКППМД дорослим та дітям на ГРІ (2014 р.) [4]. За наявності у відповідному нормативному документі препарату присвоювали індекс «V» (vital, життєво необхідний), а за відсутності – індекс «N» (non-essential, другорядний) [1].

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом діагноз «Гостра респіраторна інфекція» (ГРІ) включає 27 кодів хвороб за МКХ-10, першим з яких є «J00 Гострий назофарингіт», лікування якого проводили в досліджуваному ЗОЗ м. Харкова. Для правильної діагностики ГРІ у хворого залежно від його локалізації в протоколі окремо виділяють такі гострі захворювання: синусит (J01), фарингіт (J02), тонзиліт (J03), ларингіт і трахеїт (J04) та інші ГРІ.

Ретроспективний клініко-економічний аналіз лікарських призначень проведено

на основі 47 амбулаторних карт дітей з діагнозом гострий назофарингіт, що протягом серпня 2015 р. – січня 2016 р. проходили лікування в одному із закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Харкова (дитяча поліклініка).

Згідно з проведеним аналізом амбулаторних карт дітей з основним діагнозом ГНФ хворі розподілялися за статтю: 24 дівчинки, 23 хлопчика; за віком – від 1 до 12 років. У 10 хворих дітей (21,28%) був встановлений супутній діагноз – трахеїт. Середня кількість призначень на 1 дитину склала 4 ЛЗ, що відповідає рекомендаціям ВООЗ. Лікування кожної дитини з ГНФ у середньому тривало 7 днів. Хворим усього було призначено 75 ЛЗ (234 призначення) на основі 39 МНН, що належали до 15 фармакотерапевтичних груп.

Першим етапом дослідження був частотний аналіз, проведений за торговими назвами (ТН) ЛЗ і фармакотерапевтичними групами (ФГ). Частотний аналіз за ТН продемонстрував, яким саме препаратам лікарі віддавали перевагу. До ТОП-5 лідерів за ТН були віднесені: назальні спреї «Назик для дітей» (14 призначень) та «Квікс» (9 призначень), ректальні супозиторії «Віферон-Ферон» (10 призначень) та «Генферон Лайт» (12 призначень), сироп від кашлю «Лазолван» (8 призначень). Тобто лікарі частіше призначали дітям імпорتنі ЛЗ для лікування порожнин носа, імуностимулятори та оригінальний відхаркувальний засіб «Лазолван» виробництва компанії «Boehringer Ingelheim» (Німеччина). Отримані дані показали, що серед 75 ТН ЛЗ 54 препарати були іноземних виробників, а 21 – вітчизняних, тобто співвідношення вітчизняних та імпорتنих ЛЗ – 1 : 2,6. Отже, лікарі у 2,6 рази частіше призначали для дітей імпорتنі ЛЗ (77,8% від усіх призначень), що значно впливало на вартість фармакотерапії.

Далі був складений рейтинг ТОП-5 фармакотерапевтичних (ФТ) груп – лідерів за частотою призначень: препарати для лікування порожнин носа (20,51%), препарати для лікування кашлю і застуди (20,94%), препарати, які стимулюють процеси імунітету (15,38%), препарати, що застосовують при захворюваннях горла (9,83%), та антисептики (8,84%). Друга частина ФТ груп

препаратів призначалась для етіологічної терапії ГНФ (противірусні та антимікробні препарати, антисептики для локального застосування), решта – препарати для симптоматичної терапії ГНФ.

Далі ми порівняли ТОП-5 найбільш призначуваних ФТ груп з УКППМД дорослим та дітям з ГРІ, в якому прописані напрямки та основні фармакологічні групи для фармакотерапії. Результати порівняння показали, що майже всі ТОП-5 найбільш призначуваних ФТ груп (окрім групи імуностимуляторів) наявні в уніфікованому клінічному протоколі та можуть використовуватися як патогенетичні та симптоматичні ЛЗ для лікування ГНФ. Отже, напрямки терапії у даному ЗОЗ загалом відповідали УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ.

Наступним завданням була оцінка ступеня важливості препаратів, що призначали для фармакотерапії дітей, хворих на ГНФ, за результатами формального VEN-аналізу відповідно до ДФЛЗУ (2015 р.) та УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ (2014 р.). Отримані результати показали, що серед 39 МНН препаратів, до ДФЛЗУ увійшли 30 МНН препаратів (76,92%), до УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ, увійшли лише 13 МНН (33,33%) від загальної номенклатури призначених ліків. Низький показник відповідності фармакотерапії УКППМД пов'язаний з невеликою кількістю МНН, що входять до складу цього медичного нормативного документа.

Серед усіх досліджуваних препаратів лише до ДФЛЗУ увійшли 22 МНН, лише до УКППМД – 3 МНН, одночасно до ДФЛЗУ (7 вип.) та УКППМД – 10 МНН, а 4 МНН препаратів були відсутні в обох медичних нормативних документах (табл. 1).

До МНН, не внесених до обох медичних нормативних документів, увійшли препарати з низькою доказовою базою: пробіотики «Йогурт» та «Лактовіт», рослинний імуностимулятор «Імунал», антисептичний препарат для місцевого застосування «Фурацилін» та капіляростабілізуювальний засіб «Аскорутин». Ці другорядні засоби застосовували рідко (в цілому 4,70% призначень), але витрати на них (3,67% від загальної суми витрат) можна було використати більш раціонально – на життєво важливі препарати.

Таблиця 1

**ДРУГОРЯДНІ ПРЕПАРАТИ, ЩО НЕ УВІЙШЛИ ДО МЕДИЧНИХ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЮ ГНФ У ДІТЕЙ**

Фармакотерапевтична група (АТС код)	МНН препарату	ТН препарату, лікарська форма, фірма-виробник (країна)	% призначень	% від суми витрат
Антидіарейні мікробні препарати (A07F)	Lactobacilli, combinations	«Йогурт», капс. № 30 («Фармасайнс Інк.», Канада)	0,40%	0,48
		«Лактовіт форте», капс. № 30 («Мепро Фарм. Пвт. Лтд.», Індія)	0,85%	1,46
Препарати, які стимулюють процеси імунітету (L03A)	Echinacea	«Імунал», таб. № 20 («Лек», Польща)	2,14%	1,54
Капіляростабілізуючі засоби (C05C)	Rutoside	«Аскорутин», таб. № 10 (ЗАТ «КВЗ», Україна)	0,85%	0,04
Антисептичні та дезінфікуючі засоби (D08A)	Nitrofuralem	«Фурацилін», таб. № 10 (АТ «Галичфарм», Україна)	0,40%	0,15

Отже, результати формального VEN-аналізу продемонстрували, що більшість призначуваних МНН препаратів (78,38%) наявні у ДФЛЗУ. Це свідчить про те, що лікарі здебільшого дотримуються сучасного стандарту фармакотерапії «Державний формуляр лікарських засобів України», який щорічно переглядається та оновлюється.

Наступним етапом нашого дослідження було проведення АВС-аналізу фармакотерапії ГНФ у дітей, що дозволив виявити найбільш витратні ТН, МНН та фармакотерапевтичні (ФТ) групи, на які були витрачені значні кошти. Результати АВС-аналізу, проведеного за ТН, МНН та ФТ групами призначуваних лікарських засобів, наведені в табл. 2.

Згідно з отриманими результатами АВС-аналізу до групи А увійшли 29 ТН лікарських засобів, серед яких переважно антисептики, імуностимулятори, симпатоміметики, противірусні, протизапальні та відхаркувальні засоби. Групу В склали 22 лікарські засоби за ТН з антисептичною, судинозвужувальною, протимікробною дією. Групу С склали

24 лікарські засоби за ТН з протикашльовою, протизапальною й антисептичною дією.

Найбільш витратною є група А, витрати на яку склали 79,65% від загальної суми витрат. Постало питання: «З чим пов'язано включення препаратів до групи А: з великою кількістю призначень, чи з високою вартістю препаратів?». Щоб відповісти на поставлене питання, було проведено аналіз характеристик 10 препаратів групи А – лідерів за витратами (табл. 3).

Було встановлено, що більшість із 10 лідерів препаратів групи А мали високий як відсоток призначень, так і відсоток від загальної суми витрат. До них можна віднести сім препаратів: «Квікс», «Віферон-Ферон», «Проспан», «Назік для дітей», «Генферон лайт», «Септолете Лимон», «Лазолван». Інші три препарати («Грамідин для дітей», «Аква Маріс», «Стопангін») були віднесені до групи найвитратніших, переважно за рахунок великої вартості курсу лікування.

Інтегрований АВС/VEN-аналіз допоміг зрозуміти, наскільки раціонально використовувалися кошти в умовах досліджуваного ЗОЗ.

Таблиця 2

**РОЗПОДІЛ ПРЕПАРАТІВ НА ГРУПИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АВС-АНАЛІЗУ**

Група	Кількість ТН ЛЗ	Сума, грн	Кількість МНН ЛЗ	Сума, грн	Кількість ФТ груп	Сума, грн
А	29	13042,69	20	14581,34	5	14326,26
В	22	2495,55	8	1100,34	5	1468,96
С	24	826,84	11	683,40	5	569,86
Разом	75	16365,08	39	16365,08	15	16365,08

Таблиця 3

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА 10 ПРЕПАРАТІВ З ГРУПИ А ЛІДЕРІВ  
ЗА ВИТРАТНІСТЮ ТА ЧАСТОТОЮ ПРИЗНАЧЕНЬ**

Торгова назва препарату, лікарська форма, фірма-виробник (країна)	Ціна за упаковку, грн	Середня вартість ЛЗ на курс терапії 1 дитини, грн	% від загальної суми витрат	Частота призначень	% призначень
Квікс, спрей назальний («Berlin-Chemie», Німеччина)	201,00	1809,00	11,05	9	3,85
Віферон-Ферон, супоз. (ВАТ «Ферон», РФ)	112,50	1125,00	6,87	10	4,27
Проспан, р-н оральний («Alpen Pharma AG», Швейцарія)	139,75	978,25	5,97	7	2,99
Назік для дітей, спрей назальний (МСК «Фарма», Україна)	67,70	947,80	5,79	14	5,98
Генферон лайт (ЗАТ «Біокард», РФ)	63,20	758,76	4,63	12	5,13
Грамідин для дітей (ВАТ «Валента Фармацевтика», РФ)	250,0	750,00	4,58	3	1,28
Септолете Лимон, пастилки («KRKA», Словенія)	69,75	488,25	2,98	7	2,99
Аква Маріс, спрей («Jadran», Хорватія)	115,33	461,32	2,82	4	1,71
Стопангін, р-н д/місц. застос. («Teva», Ізраїль)	104,80	419,20	2,56	4	1,71
Лазолван, сироп («Boehringer», Німеччина)	44,79	358,32	2,19	8	3,42

Зіставлення результатів ABC- та VEN-аналізів за ДФЛЗУ продемонструвало, що з групи А 13 ТН (44,83%) мали критерій «N», тобто були відсутні у ДФЛЗУ і не рекомендовані до застосування. Витрати на ці другорядні препарати склали 5212,28 грн (31,85% від сукупних витрат) (рис. 1).

У групі В на 7 ТН ЛЗ із критерієм «N» витрачені 818,25 грн (5,00% від сукупних витрат). У групі С на 7 ТН ЛЗ із критерієм «N» витрачені 292,93 грн (1,79% від сукупних витрат). Отже, можна зробити висновок, що 6323,46 грн – 38,64% від усіх коштів на 27 другорядних ЛЗ за Державним

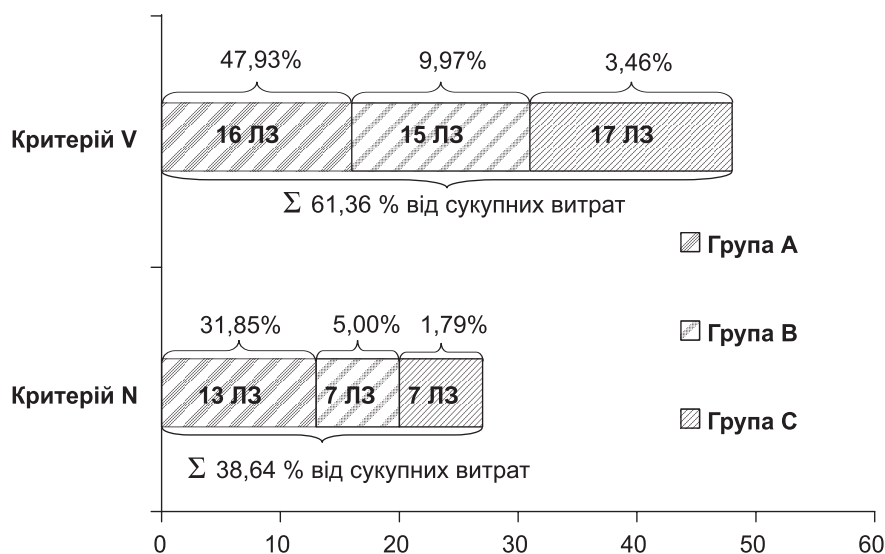


Рис. 1. Зіставлення ABC/VEN аналізу за даними ДФЛЗУ України (7 вип.)

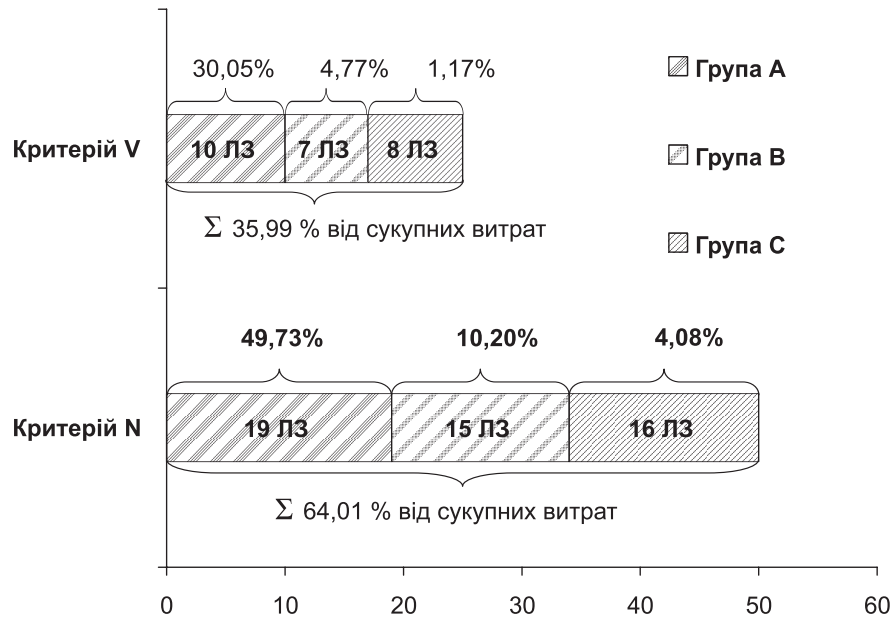


Рис. 2. Зіставлення ABC/VEN-аналізу за даними УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ (2014 р.)

формуляром в умовах досліджуваного ЗОЗ були витрачені нераціонально. Ці другорядні ЛЗ були призначені 82 рази (35,04% від загального числа призначень – 234).

Зіставлення результатів ABC- та VEN-аналізу, проведеного за УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ, засвідчило, що групу другорядних препаратів із 39 МНН склали 26 МНН ЛЗ із критерієм «N». У групі А до другорядних віднесено 19 ТН ЛЗ, витрати на які склали 8138,35 грн (49,73% від загальних витрат). У групі В на 15 другорядних ТН ЛЗ витрачені 1669,24 грн (10,20%), у групі С на 16 другорядних ТН ЛЗ витрачені 667,69 грн (4,08%). Усі 50 другорядних ЛЗ за УКППМД (66,67%) були призначені 145 разів (61,96% від загального числа призначень), загальні витрати на них склали 10475,29 грн (64,01% від сукупних витрат) (рис. 2).

До обох медичних нормативних документів не увійшли 5 ТН ЛЗ на основі 4 МНН, що призначались хворим 11 разів (4,70%), а витрати на них склали 604,56 грн (3,67% від сукупних витрат на фармакотерапію хворих).

Отже, в досліджуваному ЗОЗ необхідна оптимізація витрат на фармакотерапію ГНФ

шляхом зменшення призначень другорядних препаратів відповідно до медичних нормативних документів: ДФЛЗУ (7 вип., 2015 р.) та УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ (2014 р.).

#### Висновки

1. Згідно з результатами клініко-економічного аналізу основні напрямки фармакотерапії ГНФ у дітей у досліджуваному закладі охорони здоров'я в цілому відповідали Уніфікованому клінічному протоколу первинної медичної допомоги (УКППМД) дорослим та дітям на гострі респіраторні інфекції.

2. Інтегрований ABC/VEN/частотний аналіз продемонстрував необхідність корекції фармакотерапії ГНФ у дітей для підвищення її раціональності, оскільки серед усіх 75 призначуваних препаратів 27 ЛЗ не увійшли до ДФЛЗУ (7 вип.), 50 ЛЗ не увійшли до УКППМД дорослим та дітям, хворим на ГРІ, 5 ЛЗ не увійшли до обох медичних нормативних документів. Другорядні препарати, що не внесені до ДФЛЗУ, УКППМД й до обох документів, були призначені відповідно 82 рази (35,04%), 145 разів (61,96%) і 11 разів (4,70%), на них було витрачено відповідно 38,64, 64,01 та 3,67% сукупних витрат на фармакотерапію.



### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Воробьев, П. А. Клинико-экономический анализ в медицинской организации. Практическое руководство для лиц, принимающих решения / П. А. Воробьев // Рациональная фармакотерапия. – 2009. – № 1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://rpht.com.ua/ru-issue-article-1202>
2. Гордиенко, С. Грипп и простуда: выбираем правильное лекарство / С. Гордиенко // Ежедневник Аптека. – № 777 (6) от 14.02.2011 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/72050>
3. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск сьомий. – К.: ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2015. – 1201 с.
4. Майоров, Д. В. Клинико-экономический анализ применения иммунокорректирующих препаратов для профилактики респираторных инфекций и их осложнений у часто болеющих детей младшего школьного возраста / Д. В. Майоров, Д. П. Дербенев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 23–26.
5. Наказ МОЗ України від 16 липня 2014 р. № 499 «Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям на гострі респіраторні інфекції». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/0BwOe009aXWxBsk1TcThhZmdxSkk/view>
6. Пипа, Л. В. Гострі респіраторні вірусні інфекції та грип: клініка, діагностика, профілактика / Л. В. Пипа // Новості медицини і фармації. – 2008. – № 2 (233) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4384>
7. Пневмония – причина 20% случаев детской смертности / Материалы ВОЗ от 12 ноября 2013 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world-pneumonia-day-20131112/ru/>
8. Сирко, Ж. Страховщики подсчитали стоимость лечения гриппа и ОРВИ / Ж. Сирко // Главздрав. – Выпуск от 26.10.2015 [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: <http://www.glavzdrav.com.ua/c24sx/562df66a0cf213dceace0e35>

9. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, И. В. Лепсева и др. // Педиатрическая фармакология. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 21–25.
10. Эксперт про грипп и стоимость его лечения / Голос Столицы от 19.01.2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://newsradio.com.ua/rus/2016\\_01\\_19/IEkspert-pro-gripp-i-stoimost-ego-lechenija-6688/](http://newsradio.com.ua/rus/2016_01_19/IEkspert-pro-gripp-i-stoimost-ego-lechenija-6688/)

### REFERENCES

1. Vorobev PA. Racionalnaia farmakoterapiia. 2009;1. Available from: <http://rpht.com.ua/ru-issue-article-1202>
2. Gordienko S. Ezhenedelnik Apteka. 2011;777(6). Available from: <http://www.apteka.ua/article/72050>
3. Derzhavnyi formuliar likarskykh zasobiv. Vypusk 7. Kyiv: DP «Derzhavnyi ekspertnyi tsestr MOZ Ukrainy»; 2015. 1201 p.
4. Maiorov DV. Problemy sotcialnoi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny. 2014;6:23–26.
5. Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi medychnoi dopomohy doroslym ta ditiam na hostri respiratorni infektsii : nakaz MOZ Ukrainy 2014 Jule 16, № 499 Available from : <https://drive.google.com/file/d/0BwOe009aXWxBsk1TcThhZmdxSkk/view>
6. Pypa LV. Novosti meditsyny i farmatsii. 2008;2(233). Available from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4384>
7. Pnevmoniiia – prichina 20% sluchaev detskoii smertnosti. Materialy VOZ 2013 November 12. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world-pneumonia-day-20131112/ru/>
8. Sirko Zh. Glavzdrav. 2015. Available from: <http://www.glavzdrav.com.ua/c24sx/562df66a0cf213dceace0e35>
9. Korovina NA, Zaplatnikov AL, Lepiseva IV, et al. Peditricheskaia farmakologiiia. 2008;5(1):21–25.
10. Ekspert pro gripp i stoimost ego lecheniia. Golos Stolitsy. 19.01.2016. Available from: [http://newsradio.com.ua/rus/2016\\_01\\_19/IEkspert-pro-gripp-i-stoimost-ego-lechenija-6688/](http://newsradio.com.ua/rus/2016_01_19/IEkspert-pro-gripp-i-stoimost-ego-lechenija-6688/)

УДК 615.28: 615.036: 615.11

**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАЗОФАРИНГИТОМ****О. В. Ткачева, А. А. Силаев**

Проведен ретроспективный анализ 47 амбулаторных карт детей от 1 до 12 лет, которые в течение 6 месяцев (август 2015 – январь 2016) проходили лечение распространенной формы острой респираторной вирусной инфекции – острого назофарингита (ОНФ). Для лечения детей было назначено 75 лекарственных средств (ЛС) на основе 39 МНН, принадлежавших к 15 фармакотерапевтическим группам. По данным интегрированного АВС/VEN/частотного анализа установлено, как нерациональные назначения повлияли на объем нецелесообразно потраченных средств на фармакотерапию ОНФ у детей. По результатам формального VEN-анализа, проведенного по ГФЛСУ/ УКППМД взрослым и детям, больным острыми респираторными инфекциями, установлено, что группу второстепенных препаратов составили соответственно 9/26 МНН ЛС с индексом «N», которые были назначены соответственно 82/145 раз (35,04/61,96% от общего числа назначений – 234), а расходы на них составили соответственно 38,64 и 64,01% от общих затрат на фармакотерапию 47 больных – 16365,08 грн. В обоих медицинских нормативных документах отсутствовали 4 МНН ЛС, которые были назначены 11 раз (4,70%), а расходы на них составили 3,67% от общих затрат на фармакотерапию. В данном медицинском учреждении необходима оптимизация затрат на фармакотерапию ОНФ путем уменьшения назначений второстепенных препаратов в соответствии с медицинскими нормативными документами: ГФЛСУ (2015 г.) и УКППМД взрослым и детям, больным острыми респираторными инфекциями (2014 г.).

**Ключевые слова:** препараты для лечения острого назофарингита; клинико-экономический анализ.

UDC 615.28: 615.036:615.11

**CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF PHARMACOTHERAPY OF CHILDREN WITH ACUTE NASOPHARYNGITIS****O. V. Tkachova, A. O. Silaev**

The analysis of 47 medical records of children with the diagnosis of acute nasopharyngitis, who received treatment of common forms of acute respiratory viral infections – acute nasopharyngitis (ANP) during August 2015 – January 2016 has been conducted. For the treatment of children 75 drugs from 39 INN belonging to 15 pharmacotherapeutic groups were prescribed. According to the integrated ABC / VEN / frequency analysis it has been determined how irrational prescriptions affected the amount of the money spent on inappropriate ANP pharmacotherapy in children. According to the results of formal VEN-analysis conducted by the National Drug Formulary of Ukraine (NDFU)/unified clinical protocols of the primary care (UCPPC) of adults and children with acute respiratory infections it has been found that the group of non-essential drugs contained 9/26 INN drugs with “N” index, they were prescribed 82/145 times (35.04/64.01% of the total prescriptions – 234), respectively, and their costs were 38.64 and 63.91% of the total cost of pharmacotherapy per 47 patients – 16,365.08 UAH. Both medical regulatory documents did not contain 4 INN drugs that were prescribed 11 times (4.70%), and costs for them were 3.67% of the total cost for the pharmacotherapy. Therefore, in this medical preventive institution the optimization of costs for ANP pharmacotherapy is necessary by reducing prescriptions of non-essential drugs according to medical regulatory requirements: NDFU (the 7-th edition, 2015) and UCPPC of adults and children with acute respiratory infection (2014).

**Key words:** drugs for the treatment of acute nasopharyngitis; clinical and economic analysis.

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

### Загальні положення

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

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

3. Відповідальність за достовірність та оригінальність матеріалів несуть автори.

4. Статті підлягають рецензуванню. Статті, які відіслано авторам після рецензування на виправлення, мають бути повернені до редакції не пізніше ніж через 10 днів після одержання. У разі перевищення зазначеного строку рукопис буде перереєстрований як такий, що надійшов знову з відповідною зміною дати його виходу до друку.

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

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

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

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

5.4. **Формулювання цілей статті** (постанова завдання).

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

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

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

### Подання статей

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

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

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

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

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

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

9. До статті на окремому аркуші додається авторська довідка, яка містить: учене звання, учений ступінь; прізвище, ім'я та по батькові (повністю); місце роботи та посаду, яку обіймає автор; адресу для листування, номери телефонів і факсів, обов'язково E-mail.

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

### Оформлення рукописів

11. Текст статті друкується кеглем № 14 через 1,5 інтервали на аркуші формату А4 (ширина полів: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху та знизу – по 2 см) і починається з таких даних: **УДК, НАЗВА СТАТТІ, ІНІЦІАЛИ ТА ПРІЗВИЩА УСІХ АВТОРІВ, назва організації**, в яких виконана робота, перелік ключових слів (понять) у кількості 5-8 українською, російською, англійською мовами.

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

УДК...

Ініціали і прізвище авторів

НАЗВА СТАТТІ

Текст (з абзацу)...

**Ключові слова:**

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

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

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

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

*Таблиця 1*

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

**Рисунки** мають бути вставлені в текст статті, виконані у форматах JPG, TIF, CDR з обов'язковим додаванням вихідного файлу в електронному вигляді та оформлені таким чином:

*Рис. 1. Підпис до рисунка (по центру)*

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

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

**14. Оформлення переліку використаних джерел інформації (REFERENCES)**

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

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

14.3. Надаються два варіанти списку літератури: – перший варіант оформляється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, який використовується у дисертаційних роботах;

– другий варіант призначений для аналізу статті в міжнародних наукометричних базах даних. Блок REFERENCES повторює список джерел з латинським алфавітом і наводить список джерел кирилицею у транслітерованому вигляді.

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

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

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

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

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

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

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

**Книга, частина книги**

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

*Книга*

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

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

*Частина книги*

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

*Тези доповідей, матеріали конференцій*

Тези доповідей = *Abstracts of Papers*

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

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

**Дисертація, автореферат дисертації**

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

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

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

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

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

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

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

E-mail: [socpharm-journal@nuph.edu.ua](mailto:socpharm-journal@nuph.edu.ua)  
61168, м. Харків, вул. Валентинівська, 4,  
кафедра соціальної фармації НФАУ

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

### *Общие положения*

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

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

3. Ответственность за достоверность и оригинальность материалов несут авторы.

4. Статьи подлежат рецензированию. Статьи, которые отправлены авторам после рецензирования на исправление, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через 10 дней после получения. В случае превышения указанного срока рукопись будет зарегистрирована как поступившая вновь с соответствующим изменением даты её выхода в печать.

5. Согласно постановлению ВАК Украины от 15.01.2003 г. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків України», авторы должны придерживаться общего плана построения статьи и выделять обязательные структурные элементы:

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

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

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

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

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

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

5.7. **Перечень использованных источников информации**, расположенных по алфавиту (сначала кириллица, затем латиница) в соответствии с требованиями, приведенными в Бюллетене ВАК № 5 2009 г. Перечень должен содержать публикации за последние 10 лет. Более ранние публикации допускаются только в особых случаях. На каждую работу в списке литературы должна быть сделана ссылка в тексте рукописи в квадратных скобках.

### *Предоставление статей*

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

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

сьями на экземплярах рукописей статей свидетельствуют о:

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

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

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

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

9. К статье на отдельном листе и в электронном виде прилагается авторская справка, содержащая: ученое звание, ученую степень; фамилию, имя и отчество (полностью); место работы и должность, которую занимает автор; адрес для переписки, номера телефонов и факсов, обязательно E-mail.

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

### *Оформление рукописей*

11. Текст статьи печатается кеглем № 14 через 1,5 интервала на листе формата А4 (ширина полей: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – по 2 см) и начинается со следующих данных: **УДК, НАЗВАНИЕ СТАТЬИ, инициалы и фамилии всех авторов, название организаций**, в которых выполнена работа, перечень ключевых слов (понятий) в количестве 5-8 на украинском, русском, английском языках.

12. Статья сопровождается тремя аннотациями: на украинском, русском и английском языках (в начале статьи) объемом 200-250 слов (не более 1500 знаков). Аннотации должны содержать: индекс УДК, инициалы и фамилии всех авторов, название статьи, ключевые слова. Оформление аннотаций:

УДК....

Инициалы и фамилия авторов

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ

Текст (с абзаца)...

**Ключевые слова:**

Аннотации должны быть информативными (не содержать лишь общие фразы), содержательными, структурированными в соответствии со статьей (повторять логику описания результатов), лаконичными

и четкими, с убедительными формулировками и содержать следующие структурные компоненты:

- задачи – цели научного исследования;
- методология и научные подходы;
- выводы – основные результаты исследовательской научной работы;
- рамки исследования, возможность использования результатов, направление дальнейших исследований;
- практическое значение;
- оригинальность / ценность.

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

*Таблица 1*

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

**Рисунки** должны быть вставлены в текст статьи, выполнены в форматах JPG, TIF, CDR с обязательным наличием исходных данных в электронном виде и оформлены следующим образом:

*Рис. 1. Подпись к рисунку (по центру)*

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

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

**14. Оформление перечня использованных источников информации (REFERENCES)**

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

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

14.3. Предоставляются два варианта списка литературы:

- первый вариант оформляется в соответствии с ГОСТУ ГОСТ 7.1:2006, который используется в диссертационных работах;

- второй вариант предназначен для анализа статьи в международных наукометрических базах данных. Блок REFERENCES повторяет список источников с латинским алфавитом и содержит список кириллических источников в транслитерированном виде.

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

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

**Примеры оформления цитирований по стилю NLM**

**Статья в журнале**

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

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

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

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

**Книга, часть книги**

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

**Книга**

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

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

**Часть книги**

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

**Тезисы докладов, материалы конференций**

Тезисы докладов = Abstracts of Papers

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

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

**Диссертация, автореферат диссертации**

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

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

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

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

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

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

16. Статьи принимаются ответственным секретарем журнала Кубаревой И. В., контактные данные: тел. 0572-67-91-78; 093-062-01-92

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

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

### *General requirements*

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

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

3. Authors are responsible for authenticity and originality of the materials submitted.

4. Articles will be reviewed. Articles that were sent to authors for correction after the review must be returned to the Editorial office no later than 10 days after receipt. In case of exceeding the specified deadline, the manuscript will be re-registered as a new submission with the corresponding change in the date of its publication.

5. According to the Resolution of the Higher Attestation Commission (HAC) of Ukraine № 7-05/1 “On increasing the requirements to professional publications included in the lists of Ukraine” dated 15.01.03, authors should follow the general plan of the article composition, and scientific papers must contain the following mandatory elements:

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

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

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

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

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

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

5.7. **References** arranged in alphabetical order (Cyrillic first, then – Latin) in accordance with the requirements given in Bulletin of HAC of Ukraine (No. 5, 2009). The list should include publications of the last 10 years. Earlier publications are allowed only in special cases. Every publication in the reference list should be referenced in the text of the manuscript in square brackets.

### *Submission of Manuscripts*

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

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

7.1 their consent to record-keeping of the authors' data required for the articles processing (full name, academic title, academic degree, position and place of work,

address for correspondence, office telephone, E-mail) by the Publisher with the purpose of providing relations in the field of intellectual property rights, including copyright;

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

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

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

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

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

### *Requirements for Manuscripts*

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

12. The article should be accompanied with three Abstracts of not more than 200-250 words (not more than 1500 characters) in Ukrainian, Russian and English (at the beginning of the article). The abstract should contain: *UDC*, initials and surnames of all authors, title, key words. Presentation of Abstracts:

*UDC*...

Initials and surnames of all authors

TITLE OF THE ARTICLE

Text... (indented paragraph)

#### **Key words:**

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

tasks – aims of the research;

methodology and scientific approaches;

conclusions – the main results of the research;

frameworks of the research, the possibility of using

the results, prospects for further research;

practical significance;

originality / value.

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

Table 1

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

**Figures** should be inserted in the text and made in such formats as JPG, TIF, CDR in the following way:

*Fig. 1. Captions (in the center).*

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

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

**14. REFERENCE LIST**

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

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

14.3. Two variants of the reference list should be provided.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**A book, part of the book**

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

*A book*

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

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

*Part of the book*

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

*Abstracts of Papers, Proceedings of the Conferences*

*Abstracts of Papers*

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

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

*Thesis research, abstract of a thesis*

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

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

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

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

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

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

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

phone number 0572-67-91-78; 093-062-01-92

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

4, Valentynivska street, Kharkiv, 61168.

Department of Social Pharmacy, NUPh.



## ЗМІСТ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

### СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ В УПРАВЛІННІ СОЦІАЛЬНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ О. В. Посилкіна, Ю. С. Братишко .....	5
Анализ современных тенденций в управлении социальной ответственностью фармацевтических предприятий / О. В. Посылкина, Ю. С. Братишко The analysis of current trends in management of social responsibility of pharmaceutical enterprises / O. V. Posylkina, Yu. S. Bratishko	

THE PRIMARY ASSESSMENT OF PRESCRIBING DRUGS FOR THE ELDERLY PEOPLE CONDUCTED BY PHARMACISTS T. Schiopu, M. Brumărel, S. Adauji .....	18
Анализ лекарственных назначений пожилым людям в условиях аптеки / Т. Шкиопу, М. Брумэрел, Ст. Адаужи Аналіз лікарських призначень людям похилого віку в умовах аптеки / Т. Шкіопу, М. Брумерел, Ст. Адаужи	

ДОСЛІДЖЕННЯ КОНТИНГЕНТУ СЛУХАЧІВ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ» В. М. Толочко, М. В. Чешева, О. М. Должнікова .....	23
Исследование контингента слушателей системы последиplomного образования по специальности «Организация и управление фармацией» / В. М. Толочко, М. В. Чешева, О. Н. Должникова The study of trainees of the postgraduate education system majoring in “Organization and Management of Pharmacy” / V. M. Tolochko, M. V. Chesheva, O. M. Dolzchnikova	

### ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ОБГРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНО ЕФЕКТИВНИХ НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ А. С. Немченко, В. М. Назаркіна .....	30
Обоснование социально эффективных направлений усовершенствования ценообразования на лекарственные средства / А. С. Немченко, В. Н. Назаркина Substantiation of social effective directions for improving drug pricing / A. S. Nemchenko, V. M. Nazarkina	

АНАЛІЗ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ТА НАПРЯМИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ Н. М. Максимович .....	38
Анализ доказательных данных и направления информационного обеспечения фармацевтической помощи беременным женщинам / Н. М. Максимович Analysis of evidence-based data and the information support of pharmaceutical care for pregnant women / N. Maksymovych	

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

АНАЛІЗ СФЕР ІНТЕГРАЦІЇ СТАНДАРТІВ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ МЕНЕДЖМЕНТ ПРОЕКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ Я. М. Деренська .....	49
---	----

Анализ сфер интеграции стандартов, регламентирующих менеджмент проектов  
фармацевтического направления / Я. Н. Деренская

Analysis of spheres of integration of standards regulating the project management  
of the pharmaceutical branch / Ya. M. Derenska

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН. ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЛОВОЇ МЕРЕЖІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА О. П. Півень, І. В. Ткаченко.....	56
---	----

Концептуальные вопросы маркетинга взаимоотношений. Формирование маркетинговой  
деловой сети фармацевтического предприятия / Е. П. Пивень, І. В. Ткаченко

Conceptual issues of relationship marketing. Formation of the marketing business network  
of a pharmaceutical enterprise / O. P. Piven', I. V. Tkachenko

## СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ АНТИГЕМОРАГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ С. А. Куценко, В. В. Малий, А. Б. Ольховська, Ю. С. Маслій .....	65
--	----

Маркетинговые исследования отечественного фармацевтического рынка  
антигеморрагических лекарственных средств / С. А. Куценко, В. В. Малий,  
А. Б. Ольховская, Ю. С. Маслий

Marketing research of the domestic pharmaceutical market of antihemorrhagic  
drugs / S. A. Kutsenko, V. V. Malyi, A. B. Olkhovska, Ju. S. Masliy

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ НАЗОФАРИНГИТОМ О. В. Ткачова, А. О. Сілаєв .....	75
---	----

Клинико-экономический анализ фармакотерапии детей с острым назофарингитом /  
О. В. Ткачева, А. А. Силаев

Clinical and economic analysis of pharmacotherapy of children with acute nasopharyngitis /  
O. V. Tkachova, A. O. Silaev

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДО ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я» .....	83
--	----

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «СОЦИАЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» .....	85
---	----

AUTHOR GUIDELINES FOR PUBLICATIONS IN "SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE" JOURNAL.....	87
--	----