МАРКЕТИНГ, МЕНЕДЖМЕНТ І ФАРМАКОЕКОНОМІКА НА ЕТАПАХ СТВОРЕННЯ, РЕАЛІЗАЦІЇ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВВЕДЕННЯ ПОСАДИ СПЕЦІАЛІСТА З МАРКЕТИНГУ ДО ШТАТУ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖЕВИХ СТРУКТУР

Бабічева Г.С., Пестун І.В., Мнушко З.М.
Національний фармацевтичний університет

Фармацевтична галузь і, зокрема, її роздрібний сегмент посідають провідне місце серед небагатьох галузей вітчизняної економіки, які динамічно розвиваються в умовах кризи. Сучасний перелік маркетингових функцій аптечних підприємств, які потребують більш ефективного вирішення, значно розширюють номенклатуру класичних спеціальностей працівників у сфері фармації. Актуалізацію даного питання загострюють результати попередніх досліджень стосовно аналізу кадрового забезпечення аптечних мереж та оцінки витрат робочого часу аптечних працівників на маркетингову діяльність, які свідчать про низький рівень розв'язання багатьох маркетингових функцій та обумовлюють пошук ефективних засобів підвищення якості вирішення комплексу маркетингових завдань аптек та їх мереж.

Мета даної роботи – обґрунтування доцільності залучення спеціалістів з маркетингу до штату аптечних підприємств та їх мереж для підвищення ефективності розв'язання маркетингових функцій.

Дослідження сучасного переліку кадрових пропозицій на ринку праці дозволило встановити структуру посад фармацевтичних працівників, в яких сьогодні існує потреба. На підставі аналізу 553 оголошень фармацевтичних і аптечних підприємств, опублікованих протягом 2009 р. в щотижневику «Аптека», та 1761 оголошень, розміщених на 10-ти провідних спеціалізованих сайтах по працевлаштуванню в мережі Інтернет, отримані дані стосовно структури вакантних посад, які пропонують роботодавці на вітчизняному ринку праці фармацевтичних працівників. Порівняльна характеристика переліку кадрових пропозицій з відсотковим розподілом по посадах за 2009 р. з аналогічними показниками за 2005 вказує на те, що перелік кадрових пропозицій, в яких існує потреба на ринку праці фармацевтичних працівників, значно збільшився протягом останніх років, а номенклатура вакантних посад розширилась майже на 70,0%, зокрема за рахунок спеціальностей, пов'язаних з маркетинговою діяльністю (маркетолог, мерчандайзер, промоутер, начальник відділу маркетингу, продакт-менеджер, менеджер з логістики, менеджер з маркетингу, керівник відділу просування товару, керівник відділу розвитку роздрібної мережі, бренд-менеджер, бізнес-тренер та ін.), які в сумі складають 12,62% від загальної кількості розглянутих вакансій. Така тенденція обумовлена, перш за все, тим, що після кризових процесів, які охопили у 2008-2009 рр. майже всі, і фармацевтичну у тому числі, галузі вітчизняної економіки, керівники фармацевтичних та аптечних підприємств усвідомили значення обґрунтованої маркетингової політики для стабілізації бізнесу, ефективного виживання у конкурентному середовищі та підвищення прибутковості.

Зважаючи на вищевикладене, можна дійти висновку, що спеціальність маркетолога на сьогодні є однією зі спеціальностей, які найбільш активно розвиваються та користуються попитом серед роботодавців як фармацевтичної галузі, так і інших сфер господарства. Маркетинг пронизує всю діяльність аптечного підприємства, гармонійно поєднуючи основні маркетингові функції з управлінськими функціями при реалізації стратегії розвитку аптечної мережі та досягнення головної комерційної цілі – отримання прибутку. Отже, незаперечним є той факт, що праця кваліфікованого спеціаліста з маркетингу останнім часом стає необхідною для забезпечення ефективності маркетингової діяльності аптечних мереж на будь-якій стадії розвитку фармацевтичного бізнесу.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ РИЗИК МЕНЕДЖМЕНТУ В РЕГУЛЯТОРНИХ ОРГАНАХ

Баула О.П., Колодій Ю.В., Лисенко О.Ю.
Державний фармакологічний центр МОЗ України

Безпека, ефективність та якість лікарського засобу є невід'ємними складовими сукупності властивостей, які надають препарату здатність задовольняти споживачів відповідно до свого призначення. Саме ці аспекти мають знаходитись у центрі уваги як виробників, так і регуляторних органів, від планування дизайну і до закінчення життєвого циклу лікарського засобу. З метою розробки системного підходу щодо якості лікарських засобів на етапах фармацевтичної розробки, укладання реєстраційного досьє, контролю при серійному виробництві та післяреєстраційного нагляду в листопаді 2005 року затверджене керівництво Q9 Quality Risk Management – Ризик-менеджмент щодо якості. Принципи та інструменти керівництва Q9 почати активно застосовувати виробники лікарських засобів, і у березні 2008 року Q9 було внесене до Вимог з належної виробничої практики (Eudralex – Volume 4 Good manufacturing practice (GMP) Guidelines, додаток 20). З часом головні положення та інструменти керівництва Q9 почали застосовувати у своїй роботі регуляторні органи (зокрема, EMEA), керуючись основними принципами ризик-менеджменту: оцінювання ризиків повинне базуватись на наукових даних і пов’язуватись із захистом пацієнта; рівень зусиль, витрачених на оцінку ризику щодо того чи іншого лікарського засобу, має відповідати рівню самого ризику. Такий підхід дає можливість оптимізувати роботу, пов’язану з оцінюванням матеріалів реєстраційних досьє, інспектуванням виробничих дільниць чи після-реєстраційним наглядом. Застосування інструментів ризик-менеджменту допомагає оцінити інформацію, наведену у матеріалах реєстраційного досьє щодо фармацевтичної розробки, спланувати інтенсивність та періодичність проведення перевірок виробничих дільниць, визначити негативний вплив тих чи інших відхилень щодо якості лікарських засобів під час їх обігу. Правильне застосування підходів керівництва Q9 при проведенні експертизи матеріалів реєстраційного досьє дає можливість оцінити: достатність обґрунтування вибору лікарської форми, дозування, специфічність застосування (регулярне, періодичне, у педіатрії тощо); правильність вибору лімітів специфікації якості та методів контролю (особливо тих, що стосуються безпеки лікарського засобу – супутні домішки, стерильність/мікробіологічна чистота, бактеріальні ендотоксини (пірогени), вміст антимікробних консервантів, органічних розчинників тощо); ідентифікацію критичних параметрів процесу виробництва, сировини, напівпродуктів, розчинників тощо; необхідність проведення додаткових досліджень (зокрема, із вивчення стабільності, біоеквівалентності) та додаткової експертизи. При цьому особлива увага має звертатись на історію та статус виробника лікарського засобу, складність виробничої дільниці, складність процесу виробництва (в тому числі частота і повнота відмивки устаткування), складність самого лікарського засобу та його терапевтична важливість, кількість та значимість приписів (відкликань) на лікарські засоби даного виробника, результати тестувань в Уповноважених лабораторіях. Не менш важливою є користь від застосування інструментів Q9 при оцінці пропонованих змін під час дії реєстраційного посвідчення. Слід пам’ятати, що «несуттєвих» змін бути не може, адже кожна зміна врешті решт може призвести до серійного виробництва небезпечних, неефективних або неякісних лікарських засобів. Таким чином, принципи ризик-менеджменту дають можливість не виходячи за рамки чинного законодавства при раціональному розподілі наявного персоналу та ресурсів оцінити ефективність, безпеку та якість лікарських засобів як на етапі їх державної реєстрації, так і під час післяреєстраційного контролю та нагляду.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ВЕЛКЕЙД (БОРТЕЗОМІБ) ПРИ МНОЖИННІЙ МІЄЛОМІ

Бездітко Н.В.
Національний фармацевтичний університет

Множинна мієлома (ММ) – це захворювання, що характеризується злоякісною проліферацією плазматичних клітин. Захворюваність на ММ по Україні становить 8% від всіх онкологічних захворювань. Проблема лікування хворих на ММ дотепер залишається невирішеною. Без лікування середня тривалість життя хворих - 6 місяців. Значна частина пацієнтів нечутлива до стандартних засобів хіміотерапії. Нові можливості подолання генетично обумовленої резистентності до хіміотерапії надає інноваційний препарат Велкейд (бортезоміб). Однак, висока вартість препарату істотно обмежує можливості його застосування в клініці. З урахуванням відносно невеликої кількості пацієнтів з онкогематологічними захворюваннями, препарати для їх лікування в більшості країн Європи відносяться до категорії «препаратів-сиріт». Витрати на створення «препаратів-сиріт» не можуть окупитися за рахунок високого рівня їх продаж, тому при доведеній ефективності на використання цих препаратів виділяються дотації з бюджету. Мета дослідження – фармакоекономічний аналіз застосування препарату Велкейд у пацієнтів з ММ.

Матеріали та методи. Методом «витрати-ефективність» із застосуванням моделювання проведено порівняльний фармакоекономічний аналіз схем хіміотерапії VMP (Велкейд-Мелфалан-Преднізолон), VTP (Велкейд-Талідомід-Преднізолон), VMPT (Велкейд-Мелфалан-Преднізолон-Талідомід), TMP (Талідомід-Мелфалан-Преднізолон) та MP (Мелфалан-Преднізолон). Дані про ефективність даних схем терапії взяті з результатів рандомізованих клінічних досліджень (РКД) III фази – VISTA, IFM 01/01, GIMEMA, PETHEMA / GEM. Вартість препаратів визначалася за станом на 29.09.2009 за даними електронної бази тижневика «Аптека». В якості проміжного критерію ефективності лікування використовували рівень загальної відповіді (OR) та частоту повних відповідей (CR) на проведену терапію за даними РКД. В якості остаточного критерію –тривалість життя хворих, що визначалась за результатами моделювання.

Результати роботи дозволили визначити, що схеми VMP, MPT, VTP, VMPT та MP на 100 пацієнтів, що отримують терапію дозволяють придбати 294, 163, 297, 310 та 85 років життя відповідно. Найдешевша схема хіміотерапії – MP – має дуже низьку ефективність у порівнянні з усіма іншими схемами. Найбільший приріст тривалості життя дозволяє отримати схема VMPT, але вона є найдорожчою. За вартістю вона дорожча схем VMP і VTP майже в 2 рази. Вартість одного придбаного року життя для схем VMP, MPT, VTP, VMPT та MP складає відповідно 195642, 21710, 183178, 326188 та 1324 грн. Один додатковий рік життя при переході зі схеми MP на схему VMP вимагатиме збільшення витрат на кожного хворого 2746 грн., на схему VTP – 2 561 грн. На даний час міжнародне медичне співтовариство вважає економічно доцільними ті медичні втручання, при яких ціна одного додаткового місяця життя не перевищує 5000 Є. У нашому випадку перехід з «класичної» схеми MP на значно більш ефективну схему терапії із застосуванням препарату Велкейд потребує для отримання додаткового року життя істотно меншу суму витрат, ніж допускають міжнародні стандарти. Тобто, за результатами аналізу, використання Велкейду у хворих з ММ можна вважати економічно доцільним.

АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ УПОДОБАНЬ ПРИ ВИБОРІ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ КЕРАТИТІВ

Бездітко К.П., Мужичук О.П.
Національний фармацевтичний університет,
Харківський Національний медичний університет

Кератити – це поліетиологічна група захворювань, яка характеризується ознаками запалення рогівкової оболонки ока. Бактерійні кератити у більшості випадків дуже швидко закінчуються перфорацією рогівки, що призводить до загибелі ока як органа зору. Одним із методів лікування тяжких бактерійних кератитів є кератопластика. Однак в зв'язку з проблемою СНІДу та прийняттям Закону України про трансплантацію органів кератопластика на сьогоднішній день стає неможливою. В зв'язку з цим питання раціонального застосування офтальмологами антибіотиків в лікуванні бактерійних кератитів є найактуальнішим. Мета дослідження – визначити антибактеріальні препарати, що є лідерами за частотою призначень хворим з кератитами та оцінити доцільність їх призначення з позицій доказової медицини з урахуванням етіології бактеріальних кератитів та чутливості мікроорганізмів. Матеріали та методи. Проаналізовано 276 історій хвороби хворих з кератитами, які пройшли курс стаціонарного лікування в двох офтальмологічних відділеннях ЛПЗ м. Харкова. Призначення лікарських препаратів здійснювалися 17 різними лікарями. Для оцінки доцільності фармакотерапії використовували частотний і VEN-аналіз. До групи V за формальними ознаками відносили препарати, позначені в Формулярі та клінічних рекомендаціях по лікуванню кератитів, інші – до групи N. Рівень доказовості визначали за даними, що наведені в Формулярі лікарських препаратів Росії 2009 р.

Результати роботи дозволили визначити, що етіологічними факторами кератитів найчастіше були Staphylococcus aureus (18,1%), Streptococcus pyogenes (13%), Pseudomonas aeruginosa (9%). У 34% хворих збудника не встановлено. У другому випуску Формуляру лікарських засобів України для лікування кератитів рекомендуються наступні протимікробні засоби: хлорамфенікол, ципрофлоксацин, ломефлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, гентаміцин, тобраміцин, сульфацетамід, мірамістин. Їм відповідають 26 лікарських препарати в формі очних крапель, 18 іноземного та 8 вітчизняного виробництва. Ціновий діапазон препаратів коливається від 3,0 грн. до 53,5 грн. В досліджуваних відділеннях з усього асортименту антибактеріальних засобів, що позначені в Формулярі застосовувалось лише 6 препаратів, а саме: Гентамицин, Окомистин, Офтаквикс, Тобрадекс, Флоксал, Ципроксол та Цефтриаксон. Найчастіше (25 % всіх призначень) використовувався препарат Тобрекс (Alcon-Couvreur, Бельгія) – антибіотик з групи аміноглікозидів, що протидіє як грампозитивним, так і грамнегативним мікроорганізмам. Друге місце за частотою призначень (22%) посів препарат з групи фторхінолонів Флоксал (Dr.Gerhard Mann, Німеччина), що також має широкий спектр бактерицидної дії щодо аеробних та анаеробних мікроорганізмів. Слід відзначити, що обидва препарати досить коштовні (середня оптова ціна відповідно 23,4 та 24, 2 грн.) Третю позицію (19% призначень) зайняв один з найдешевших препаратів – Ципрофлоксацин (ДЗ ГНЦЛС, Україна). Аналіз анкетування лікарів щодо критеріїв вибору препарату показав, що головнім чинником при призначенні є спектр дії препарату, а серед препаратів аналогів найчастіше обираються найбільш відомі за результатами активної роботи медичних представників відповідних фармацевтичних фірм. Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити, що фармакотерапія бактеріальних кератитів відповідає вимогам формулярної системи, а головним критерієм вибору антибактеріального препарату є не ціна, а спектр дії.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ЧАСТОТИ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ХВОРИМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Бездітко Н.В., Чинуш І.В., Єрмаковіч Д.В.
Національний фармацевтичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) займають провідне місце в структурі захворюваності та смертності населення України. АГ є одним з основних факторів ризику, котрий визначає прогноз перебігу та рівень смертності від ІХС. Поєднання ІХС з АГ має місце у 40-43% пацієнтів. Економічні збитки, обумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від цих хвороб перевищують щорічно 2 мільярди гривень. Довготривала медикаментозна терапія хворих ІБС в поєднанні з АГ вимагає значних матеріальних витрат, що є серйозною проблемою, як для пацієнтів, так і для суспільства в цілому. На даний час на фармацевтичному ринку України присутня значна кількість препаратів для лікування ІХС та АГ, що суттєво відрізняються за ціною та мають різний рівень доказовості ефективності застосування. Мета дослідження – визначити препарати, що є лідерами за частотою призначень хворим з АГ та ІХС та оцінити доцільність їх призначення з позицій доказової медицини.

Матеріали та методи. Проаналізовано 264 історії хвороби хворих з ІХС в поєднанні з АГ, які пройшли курс стаціонарного лікування в кардіологічних відділеннях двох ЛПЗ м. Харкова. Призначення лікарських препаратів здійснювалися 15 різними лікарями. Для оцінки доцільності фармакотерапії використовували частотний і VEN-аналіз. До групи V за формальними ознаками відносили препарати, позначені в Формулярі та клінічних рекомендаціях по лікуванню ІХС та АГ, інші – до групи N. Рівень доказовості визначали за даними, що наведені в Формулярі лікарських препаратів Росії 2009 р.

Результати роботи дозволили визначити, що асортимент ліків для фармакотерапії хворих з ІХС в поєднанні з АГ в досліджуваних відділеннях складав 97 лікарських препаратів відповідно до 26 МНН з 15 фармакологічних груп. Препарати вітчизняних виробників складали лише 14,4% асортименту. Ціновий діапазон препаратів, зазначених в листках лікарських призначень, коливався від 1,90 грн. до 465,32 грн. Всього було здійснено 2429 призначень (в середньому 9,2 ЛП на одного хворого). Відповідно до рекомендацій провідних вітчизняних кардіологів, означеному контингенту хворих перш за все повинні призначатися антагоністи кальцію дигідроперидинового ряду довготривалої дії (АКДД), інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), антагоністи альдостерону, гіполіпідемічні препарати. В досліджуваних відділеннях найчастіше застосовувались препарати: натрію хлорид (62% від загальної кількості призначень), препарат метаболічної дії мексикор (26%), гіполіпідемічної дії вазиліп (24%), іАПФ амприл (18%). В той же час, рекомендовані бетаблокатори призначалися лише у 12%, а АКДД – лише у 3% хворих, а БРА лише у 1,5%. Суттєвих розбіжностей в частоті призначень в залежності від лікаря в досліджуваних відділеннях не виявлено. Лише 27,8% з асортименту використаних препаратів належали до групи V. Відповідний рівень доказовості мали менше, ніж половина препаратів. Таким чином, проведене дослідження показало, що частотний та VEN-аналіз використання ліків за даними листів призначень – дієвий інструмент для оцінки якості фармакотерапії. Лікарські призначення хворим з ІХС в поєднанні з АГ у проаналізованих відділеннях не повною мірою відповідають сучасним вимогам з позицій доказової медицини.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ НА ПНЕВМОНІЮ

Бєляєва О.І., Трохимчук В.В.
Одеський державний медичний університет

Захворювання на пневмонію у дітей слід розглядати як інфекційну хворобу, потенційно небезпечну для життя, особливо у дітей раннього віку. Частота виникнення і поширеність хвороби зумовлює високі економічні витрати у зв'язку з значними витратами на лікування.

Метою нашої роботи стало дослідження основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів (ЛЗ) для лікування хворих дітей на пневмонію згідно з клінічними протоколами лікування, що затверджені наказом МОЗ України від 13.01.2005 р. № 18 та визначення асортименту зареєстрованих ЛЗ з відповідних груп за торговими назвами.

Аналіз фармакотерапії, що визначена клінічними протоколами лікування дітей на пневмонію складається з декількох етапів. Першим етапом лікування дітей є призначення адекватної антибактеріальної терапії з урахуванням етіологічного чинника та характеру патологічного процесу і загального стану хворого. Так, за клінічним протоколом для фармакотерапії хворих можуть бути використані при лікуванні напівсинтетичні пеніциліни (J01CA), напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою (J01CR), цефалоспорини (J01D), макроліди (J01FA), аміноглікозиди II-III поколінь (J01G) групи антибіотиків і похідні метронідазолу (J01XD01) відповідно зареєстрованих торгових найменувань 100, 71, 324, 164, 29 і 21. В окремих випадках важкого перебігу з загрозою для життя дітей з 12 років рекомендується використовувати фторхінолони (J01MA), які представлені 239 зареєстрованими торговими назвами препаратів різних виробників. Крім того, при тривалому застосуванні антибіотиків широкого спектру для профілактики ускладнень антибіотикотерапії обов'язково передбачено призначення пробіотиків або мультипробіотиків (A07FA), що представлені на фармацевтичному ринку та включені до Державного формуляру 13 найменувань. При вірусно-бактеріальній етіології пневмонії рекомендується застосування інтерферонів (L03AB), що представлені 24 торговими назвами лікарських засобів.

За даними вивченої фахової наукової літератури встановлено, що найчастіше пневмонія супроводжується симптомами підвищеної температури тіла та кашлю. Тому наступний етап - це проведення симптоматичної терапії. Для цього у дітей застосовуються жарознижуючі препарати парацетамолу (N02BE01) та ібупрофену (M01AE01) відповідно 45 і 29 зареєстрованих найменувань. Для покращення мукоціліарного кліренсу трахеобронхіального дерева застосовують відхаркувальні ЛЗ (R05CA), яких зареєстровано понад 103 найменування препаратів різних груп. Так, серед муколітичних засобів на основі амброксола гідрохлориду (R05CB06) зареєстровано 45 препаратів, а ацетилцистеїну (R05CB01) і карбоцистеїну (R05CB03) відповідно 34 і 5 препаратів. Також протокол рекомендує в окремих випадках застосування препаратів протеолітичних ферментів трипсину (D03BA01) і хімотрипсину (S01KX01). При тривалому сухому непродуктивному кашлі також рекомендовано призначати протикашльові засоби (R05D), що представлені різними лікарськими формами пакселадину, атуссину та глаувенту.

Таким чином, для фармакотерапії хворих дітей на пневмонію рекомендується використовувати понад 1474 зареєстрованих в Україні ЛЗ, з яких протимікробні та протикашльові засоби складають відповідно 948 і 194 препаратів.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Бєляєва О.І., Трохимчук В.В., Голюк О.В.
Одеський державний медичний університет

Реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я визначається досконалістю нормативно-правової бази щодо надання своєчасної, ефективної медичної допомоги дитячому населенню та забезпечення їх доступу до ефективних, безпечних і якісних ліків. Медична допомога дітям і підліткам забезпечується лікувально-профілактичними і оздоровчими закладами, дитячими поліклініками, відділеннями, диспансерами, лікарнями, санаторіями та іншими закладами охорони здоров'я, а фармацевтична допомога – аптечними закладами.

Метою нашої роботи було проведення аналізу нормативно-правових документів щодо надання медичної і фармацевтичної допомоги з метою визначення рівня фармацевтичного забезпечення дитячого населення. При реалізації поставлених завдань нами проаналізовані стан захворюваності та вітчизняне законодавство у сфері медичного забезпечення дітей: Конституція України, Конвенція ООН про права дитини, а також Закони України „Основи законодавства про охорону здоров'я", „Про охорону дитинства", „Про захист населення від інфекційних хвороб" і „Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення". Головним документом реалізації прав дитячого населення є конвенція ООН про права дитини, яка набула чинності в Україні в 1991 р. Конвенція встановила особливий правовий статус дитини в сфері медичного забезпечення, що полягає у забезпеченні дитині піклування та допомоги, а саме право дітей на користування найбільш досконалими послугами охорони здоров'я.

Надання дітям медичної допомоги та здійснення профілактичних заходів здійснюється з використанням медичних стандартів та клінічних протоколів лікування практично за усіма видами лікарських спеціальностей та окремих захворювань. Введення стандартизації медичної допомоги вимагає вирішення обсягу надання фармацевтичної допомоги та постійного аналізу нормативно-правової бази з метою її вдосконалення та проведення моніторингу стану забезпечення хворих дітей препаратами з врахуванням доступності життєво необхідних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них за нозологіями захворювань з фактичним споживанням ліків, моніторингу цінової політики на лікарські засоби, якості і безпечності та їх раціонального використання, рівня державного фінансування забезпечення дітей лікарськими засобами.

Проведений аналіз стану захворюваності дітей показав, що значна кількість дитячого населення хворіє на первинні та вторинні форми пневмонії (J11-J18), що представляють собою гостре неспецифічне запалення легеневої тканини, в основі якого лежить інфекційний токсикоз, дихальна недостатність, водно-електролітні та інші метаболічні порушення з патологічними зсувами у всіх органах і системах дитячого організму. За іншими поглядами, під пневмоніями слід розуміти групу різних по етіології, патогенезу і морфологічній характеристиці гострих вогнищевих інфекційно-запальних захворювань легенів з обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної запальної ексудації.

Таким чином, наявні нормативні документи з надання медичної допомоги дітям є основою для проведення стандартизації фармацевтичної допомоги дитячому населенню з урахуванням принципу доступності безпечних, ефективних і якісних лікарських засобів.

ВПЛИВ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИХ УМОВ ПРАЦІ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ АПТЕЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Білоус М.В.
Запорізький державний медичний університет

Фармацевтична галузь об'єднує як виробництво, так і реалізацію великого асортименту лікарських засобів, парафармацевтичної продукції та виробів медичного призначення, і саме тому на людей, зайнятих у ній, негативні чинники виробничого середовища справляють не лише ізольований, але й поєднаний, комбінований та комплексний вплив.

Аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності серед аптечних працівників показав, що в значній більшості випадків безперечну роль грають санітарно-гігієнічні умови праці.

Метою даного огляду було вивчення санітарно-гігієнічних умов праці аптечних працівників та встановлення їх негативного впливу на захворюваність аптечного персоналу.

Вивчаючи питання гігієни праці аптечних працівників, багато авторів підкреслюють, що санітарно-гігієнічні умови праці персоналу аптек характеризуються деякими відхиленнями від нормативних величин і параметрів санітарних норм як, перевищення гранично-допустимих концентрацій шкідливих лікарських речовин у виробничих приміщеннях аптечних установ. Необхідно підкреслити, що дія на працівників лікарських препаратів є специфічним виробничим чинником, властивим тільки аптечним закладам та підприємствам хімико-фармацевтичної промисловості. Тільки в умовах аптечної і заводської технології працюючий персонал протягом всього робочого дня безпосередньо контактує з рідкими або порошкоподібними лікарськими речовинами. Найбільш несприятливими є ті технологічні операції, при яких в повітря виділяється лікарський пил, що є біологічно і фізіологічно активною речовиною.

Як відомо, дія пилу на організм значною мірою залежить від ступеня її дисперсності. Характеризуючи з цієї точки зору лікарський пил, слід зазначити, що більшість її видів є високодисперсними аерозолями. На 96-98% вони складаються з пилових частинок розміром менше 5 мкм. Внаслідок цього практично всі аерозолі ліків володіють високою стабільністю в повітрі і здатні глибоко проникати в легені. Потрапляючи на шкіру, слизисті оболонки, в дихальну систему, аерозоль може надавати специфічну несприятливу дію: токсичну, дратівливу, алергічну та ін. Ряд лікарських речовин одночасно можуть надавати і токсичну і дратівливу або іншу дію. Наприклад, антибіотики широкого спектру дії володіють токсичною, алергенною властивістю і викликають дисбактеріоз.

Механізм дії лікарського пилу у виробничих умовах і форми ураження організму також різноманітні, але аналогічні тим побічним реакціям, які виникають при тривалому і нераціональному лікуванні хворих подібними лікарськими препаратами. Різниця в тому, що у аптечних працівників ці реакції можуть протікати у важчій формі, оскільки протягом робочого дня вони можуть отримувати дозу, що значно перевищує добову терапевтичну дозу при лікуванні.

Тому в оцінці санітарно-гігієнічної обстановки, важливе значення має рівень концентрації лікарських речовин в повітрі робочої зони. Слід підкреслити, що до теперішнього часу ще існує розрив між безперервно зростаючим використанням арсеналу лікарських засобів, які вживаються в медичній практиці і нашими знаннями як токсикологічних властивостей, так і питань гігієни праці з ними. Тому ця проблема, особливо для аптечних працівників, вимагає подальшого уважного вивчення.

Численні дослідження показали, що за несприятливих санітарно-гігієнічних умов мікроорганізми можуть негативно впливати на якість лікарських засобів, що виготовляються в аптечних закладах. Також вони можуть служити причиною виникнення внутрішньоаптечних інфекцій, так як в аптеку приходять хворі (з гострою і стертою амбулаторною формою), реконвалесценти, носії збудників інфекційних захворювань. Всі вони є джерелами інфекції, яка різними шляхами може передаватися від них аптечним працівникам. Слід враховувати, що в повітрі деяких аптечних приміщень із-за наявності антимікробних препаратів можуть гинути бактерії, але зберігатися гриби. Тому їх обов'язково необхідно виявляти при дослідженні повітря аптек, використовуючи чашки Петрі з середовищем Сабуро. Також потрібно проводити лабораторні дослідження бактерійного обсіменіння середовища (повітря, обладнання, інвентарю) з визначенням загальної кількості мікроорганізмів, стафілококів, стрептококів, що є показниками контамінації мікрофлорою носоглотки людини та наявність кишкової палички і протея.

Серед факторів, негативно впливаючих на аптечних працівників, слід відзначити і інші санітарно-гігієнічні чинники, зокрема: шум, що виявляється в специфічній патології слухового аналізатора. Шум також негативно впливає на продуктивність праці, знижує працездатність, підвищує стомлюваність, притупляє гостроту зору та є чинником ризику розвитку у аптечних працівників захворювань психічної і психосоматичної сфери (ішемічній хворобі серця, виразковій і гіпертонічній хворобі). Вимірювання рівня шуму в аптечних закладах показали, що шумовий режим в аптеках обумовлений як зовнішнім шумом, проникаючим з вулиці, так і внутрішнім (голоси людей, човгання ніг по підлозі, грюкання дверей, працююче обладнання).

На рівень та структуру захворюваності з тимчасовою втратою працездатності аптечних працівників істотно впливає також фактор неналежної освітленості робочої зони персоналу аптек та мікрокліматичні умови праці, зокрема: вологість, швидкість руху повітря та температура повітря. Обстеження аптечного персоналу показали, що при роботі в умовах недостатнього освітлення спостерігається перенапруження зору. Виникає дратівливість, ослабляється увага, порушується координація рухів, розвивається астенопія – швидко наступаюче стомлення очей. Цей стан характеризується такими ознаками, як головний біль в області очей, неясне бачення, загальна стомлюваність.

Деякими авторами відмічено, що в тих аптеках, де спостерігається висока температура (вище 25 С) по порівнянню навіть з аптеками, в яких холодно (температура нижче 20 С), число професійних захворювань збільшується. Очевидно, що при підвищенні температури збільшується фізичне, розумове і нервово-психічне навантаження персоналу аптеки, зростає об'єм дихання і швидкість потоку повітря, що веде до отруєння лікарськими препаратами та реактивами.

Відомо, що підвищена вологість у поєднанні з високою температурою повітря надає негативну дію на організм людини: відбувається порушення процесів терморегуляції і утрудняється віддача тепла випаровуванням, що призводить до перегріву.

Аналіз інформаційного масиву, який містить роботи з проблеми, що стосується вивчення санітарно-гігієнічних чинників, які впливають на захворюваність аптечних працівників, дозволяє прийти до висновку, що ця проблема є гострою, в даний час не вивченою, а наведені дослідження проводилися в минулому столітті. Таким чином, з метою поліпшення і оздоровлення умов праці аптечних працівників, представляється актуальним подальше поглиблене вивчення чинників, впливаючих на структуру та рівень захворюваності аптечного персоналу.

РЕГУЛЯТОРНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Бондарєв Т.Б.
ТОВ «АК «Арцінгер»

Людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, саме тому, охорона здоров'я, складовими якої є медицина та фармацевтика, належить до найважливіших сегментів національного ринку, а рівень державного регулювання в даному секторі економіки є надзвичайно високим та охоплює всі його елементи.

Діяльність фармацевтичної галузі в Україні регулюється цілою низкою нормативно-правових актів, основні положення яких спрямовані на забезпечення населення безпечними, якісними та ефективними ліками, а також надання об'єктивної та зрозумілої інформації про їх лікувальні властивості.

Узагальнюючи регуляторні ініціативи державних органів перших шести місяців 2010 року, можемо констатувати, що у центрі уваги знаходяться такі сфери: якість лікарських засобів, ціни на лікарські засоби та реклама лікарських засобів.

1. <u>Якість лікарських засобів</u>

– Більшість законодавчих змін направлені на гармонізацію українських стандартів якості та контролю за якістю лікарських засобів з європейськими.

– Україна пройшла завершальний етап на шляху вступу до PIC/S, вступ до якої надасть українським виробникам значно більше можливостей для виходу на міжнародний ринок.

2. <u>Ціни на лікарські засоби</u>

– Державне регулювання цін на лікарські засоби має бути нерозривно пов'язано з запровадженням системи реімбурсації та обов'язкового медичного страхування.

– Введення ПДВ на ліки призведе до підвищення цін на ліки та може створити умови для розвитку тіньового ринку фармацевтичної продукції.

3. Реклама лікарських засобів

– Останнім часом особливу увагу контролюючих органів привертають питання реклами лікарських засобів суб'єктами фармацевтичного ринку України з точки зору порівняльної та/або недобросовісної реклами. Слід зазначити, що на сьогоднішній день жорсткому державному регулюванню підлягає процедура реклами Rx препаратів, у той час як реклама лікарських засобів OTC не так суворо регламентується. Втім, при підготовці рекламних матеріалів будь-яких лікарських засобів необхідно звертати особливу увагу вимоги нормативно-правових актів, що регулюють зазначену сферу.

– Існує п'ять законопроектів, які знаходяться на різних стадіях розгляду у Верховній Раді України та передбачають як обмеження рекламування, згідно з якими реклама лікарських засобів (OTC та Rx) може розміщуватися виключно у спеціалізованих виданнях й розповсюджуватись на семінарах та конференціях з медичної тематики, так і повну заборону поширення інформації про лікарські засоби у рекламі.

– Застосування «не рекламних» засобів промоції лікарських засобів в Україні, таких як: розповсюдження безкоштовних зразків, візити медичних представників тощо потребує нормативного регулювання, в зв'язку з чим надзвичайно корисним видається перейняття європейського досвіду у цій сфері.

АНАЛІЗ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Волох Д.С., Бутко Л.А., Бутко А.Ю., Коляда В.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Державний фармакологічний центр

Детальна розробка цінової політики є надзвичайно важливим завданням фармацевтичного підприємства, тому за будь-яких умов є неприпустимим встановлення цін без серйозного аналізу можливих наслідків кожного з варіантів вирішення даного питання. Конкретна ціна на лікарський препарат може бути встановлена за допомогою різних методів ціноутворення в залежності від певних обставин або ж поставлених цілей. Ціна відноситься до категорії контрольованих факторів маркетингу.

При визначенні вихідної ціни на лікарський засіб (ЛЗ) дуже важливо встановити взаємозв'язок між ціною і попитом на нього (обсягом його збуту) та визначити цінову еластичність попиту. Між ціною і величиною попиту існує обернено-пропорційний зв'язок, який підтверджує, що зниження ціни призводить до зростання величини попиту і, навпаки, підвищення ціни призводить до відповідного зниження величини попиту.

Результати соціологічних досліджень та наукових робіт показують, що на сьогоднішній день фармацевтична продукція рослинного походження, яка використовується для лікування та профілактики різних захворювань, становить близько 40%. Населення віддає перевагу лікуванню травами та традиційним препаратам природного походження.

Ріст споживання лікарських трав і зборів спостерігається й на українському ринку, при цьому експерти відзначають, що найбільшим попитом користуються наступні види рослин: сена, шавлія, ромашка, мучниця, валеріана, липа, звіробій, м’ята, а також грудні, заспокійливі, жовчогінні , протиастматичні збори.

На даний час, в Україні зареєстровано 615 позицій лікарських засобів рослинного походження, що становить 4,88% від загальної кількості зареєстрованих лікарських засобів різних класифікаційно-правових груп. Причому, лікарські засоби рослинного походження зареєстровані як в якості субстанцій, так і у вигляді настойок, порошків, гранул, сиропів тощо.

Реєстрація лікарських засобів рослинного походження здійснюється, як вітчизняними виробниками – переважна кількість (76%), так і іноземним фірмами. Причому, слід відмітити, що до державної реєстрації в Україні представлені лікарські засоби рослинного походження 34 країн, серед яких Австрія, Угорщина, Німеччина та ін.

Позитивні якості рослинних препаратів у порівнянні з синтетичними в безпечності та дешевизні даної продукції, тому вітчизняні споживачі віддають перевагу різноманітним настоям, настойкам, відварам і примочкам для лікування багатьох захворювань.

Ціни на лікарські засоби, в тому числі і лікарську рослинну сировину (ЛРС), в основному формують власники аптек на свій розсуд, за винятком препаратів, ціни на які підлягають державному регулюванню, тому метою нашої роботи було дослідження цінової політики лікарських засобів рослинного походження в госпрозрахункових аптеках та інтернет-аптеках м.Києва.

У наш час у США близько 10% користувачів інтернету звертаються до сайтів електронних аптек і приблизно 13% всіх ЛЗ продаються через інтернет-аптеки. Це пояснюється тим, що категорії населення зацікавлені в більш низькій ціні на ЛЗ та економії часу більшості громадян, обумовленій інтернет-реалізацією.

Для аналізу цінової політики ЛРС були досліджені ціни на лікарську рослинну сировину і збори в чотирьох інтернет-аптеках України, зокрема: інтернет-аптеці «Біокон», інтернет-аптеці «Планета здоров’я», інтернет-аптеці «Доброго дня», інтернет-аптеці «Наша аптека».

Отримані дані підтверджують, що ціни на ЛРС одного і того ж виробника у різних аптеках дещо відрізняються. Наприклад, ціна за 100 г листя сени коливається в рамках від 5,05 грн до 6,8 грн, ціна за 100 грам збору «Гастрофіт» – від 15,76 грн до 19,90 грн . Також проаналізована цінова політика на лікарські препарати рослинного походження в госпрозрахункових аптеках, серед них в приватних аптеках «Доброго дня» та «Наша аптека», а також в аптеці №26 м.Києва КП «Фармація». Були отримані дані ціни на ЛРС, які дещо перевищують вартість в інтернет-аптеках (за 100 грам листя сени від 6,12 грн до 7,4 грн та за 100 грам збору «Гастрофіт» від 15, 96 грн до 18,00 грн).

Виходячи з отриманих даних видно, що ціни в інтернет-аптеках, хоч іноді незначно, але в середньому нижчі за ціни в звичайних аптеках. Отже, можна зробити висновок, що цінова політика щодо ЛРС у більшості випадків мало відрізняється від такої для інших медикаментів. В основному ціна на ЛРС залежить від первісної вартості сировини, умов культивації, збору, переробки та інших додаткових витрат, пов’язаних з реалізацією даного ЛЗ, а також від попиту на певний препарат.

АНАЛІЗ ЦІНОВОЇ ДОСТУПНОСТІ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗИПАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Волох Д.С., Довжук В.В., Василенко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Ціноутворення – основний важіль стабільності фармацевтичного ринку. Політика ціноутворення вимагає аналітичного підходу, узагальнення та наукового дослідження процесів, що відбуваються на вітчизняному фармацевтичному ринку. Актуальність теми полягає в тому, що на сучасному етапі розвитку фармацевтичної галузі видається необхідним проведення аналізу державної політики регулювання цін на лікарські засоби, виявлення особливостей і визначення шляхів створення ефективної системи ціноутворення на фармацевтичному ринку. Виробництво лікарських засобів належить до найбільш пріоритетних і соціальне значущих напрямків розвитку та структурної перебудови економіки України. Від стану справ у цій галузі значною мірою залежать можливості держави у підтриманні здоров'я нації та зміцненні економічної незалежності. Проблематика ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення досить довгий час не втрачає своєї актуальності. Існуючий механізм державного регулювання цін неодноразово піддавався критиці з багатьох напрямків. В науковій літературі сучасний період розвитку законодавства про ціноутворення на ліки визначають як удосконалення механізму державно регульованих цін. Національна рада з питань охорони здоров’я населення при Президентові України розробила проекти постанов щодо механізму ціноутворення на лікарські засоби з метою їх оптимізації відповідно до суспільних можливостей і компенсації населенню за медикаменти для лікування найбільш поширених захворювань. Розглядаються питання сучасного стану медикаментозного забезпечення населення України та шляхи його оптимізації. Фармацевтичний ринок розвинутих країн завдяки специфіці свого товару (медикаментів), попит на який росте навіть у період криз, у питаннях розробки цінової стратегії мають ряд особливостей. На рівень цін медикаментів впливає ряд факторів, але такі основні компоненти вартості, як затрати на сировину, енергію, заробітну плату, тобто витрати виробництва, можуть не мати вирішального значення. Досвід побудови систем ціноутворення на ЛЗ в країнах Центральної та Східної Європи може стати в нагоді при реформуванні та оптимізації діяльності фармацевтичного сектора в Україні. Для запровадження в Україні ефективної системи реєстрації цін на ЛЗ, включених до Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення за дорученням МОЗ України розроблена методична база для проведення реєстрації цін на ЛЗ. Застосування еталонного ціноутворення на ЛЗ можливе за умови запровадження системи медичного страхування та розробки механізму відшкодування вартості ліків. В даній роботі були використані дані державних аптек міста Києва та статистична і аналітична обробка нормативно-правових документів щодо доступності нестероїдних протизапальних лікарських засобів. Нами було проаналізовано 35 препаратів, які представлені дев’ятьома вітчизняними і зарубіжними виробниками. Встановлено, що до препаратів з низькою вартістю (< 2,5 $) віднесено 5 препаратів (або 14,3%), до препаратів з середньою вартістю (>2,6 - < 7,5 $) – 24 препарати (або 68,6%), і до препаратів з високою вартістю (>7,6 $) – 6 препаратів (17,1%). Наприклад, м’які лікарські форми з німесулідом відносяться до препаратів з низькою вартістю, що робить його доступним для будь-якого покупця. Таким чином розподіл нестероїдних протизапальних лікарських засобів по ціновим нішам показав, що нестероїдні протизапальні лікарські засоби знаходяться на всіх рівнях цінових ніш, що говорить про їх доступність, для всіх прошарків населення, з різним фінансовим доходом. Таким чином, встановлено, що більшість нестероїдних протизапальних лікарських засобів є високовартісними, що має спонукати вітчизняних виробників на вдосконалення виробництва даної групи препаратів.

АНАЛІЗ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗОВНІШНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ, ЩО МІСТЯТЬ НІМЕСУЛІД, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА РИНКУ УКРАЇНИ

Волох Д.С., Довжук В.В., Момот Д.І
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Проблема ревматичних захворювань розглядається в усьому світі як одна з найбільш значних не лише з медичної точки зору, а й із соціально-економічної. Захворювання суглобів різної локалізації являються однією з найчастіших причин звернень до лікаря поряд з артеріальною гіпертензією. Найбільш поширеним захворюванням суглобів є деформуючий остеоартроз (ОА), особливо у людей похилого віку старше 65 років, коли його поширеність досягає 97% населення. Серед хронічних запальних захворювань суглобів найбільш частим являється ревматоїдний артрит (РА) – захворювання, що практично облігатно призводить до інвалідизації хворих вже через 3-5 років від початку хвороби. Ці захворювання характеризують розвиток стійкого больового синдрому, пов'язаний з різними причинами. Дані, отримані при вивченні впливу болі на прогноз при ОА, засвідчують:

1. Біля 20% хворих не отримують адекватного лікування больового синдрому.
2. Хронічний біль при ОА призводить до зменшення тривалості життя в середньому на 10-12 років.
3. Тривалість життя людей похилого віку з ОА в більшій мірі залежить від інтенсивності болю, ніж від наявності супутніх потенційно життєвозагрожуючих захворювань.
4. Ризик прогресування ОА в рівній мірі пов’язаний як з больовим синдромом, так і з рентгенологічними змінами. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП) володіють анальгетичними, протизапальними і жарознижуючими ефектами, тому являються незамінними в лікуванні артрологічних захворювань. Позитивний лікувальний ефект НПЗП пов'язаний з інгібуванням ЦОГ-2. Численні клінічні дослідження довели ефективність використання селективних інгібіторів ЦОГ-2, зокрема німесуліду, що представлений і у формах для зовнішнього застосування. При систематичному дослідженні місцевих НПЗП з німесулідом результати декількох досліджень при ОА продемонстрували ефективність місцевого застосування НПЗП і рівноцінність ефекту по зниженню вираженості больового синдрому в порівнянні з пероральними НПЗП. Більше того, частота розвитку шлунково-кишкових (ШК) побічних ефектів не перевищувала таку в групі плацебо. Статистичний та аналітичний методи аналізу фармацевтичного ринку України, зокрема НПЗП для місцевого застосування з німесулідом за останні п’ять років. За даними проведених досліджень в період з 2004 по 2009 роки зросла кількість представлених на ринку України НПЗП для місцевого застосування з німесулідом. Так у 2004 році було представлено лише один препарат «НІМУЛІД» індійської компанії Панацея Біотек, а у 2009 їх кількість збільшилася до чотирьох, окрім «НІМУЛІДУ» з'явились: «НАЙЗ» (Др. Реддіс лаб), «НІМІД» (Кусум хелскеар) та «РЕМІСИД» (Дарниця). Разом з тим спостерігалося і збільшення продажів цих препаратів, що, пов'язано насамперед зі зростанням довіри до препаратів німесуліду як у лікарів, так і у пацієнтів. Так наприклад, обсяги продажу «НАЙЗ» збільшилися більш ніж в 4 рази: з 295 тис. грн. в 2007 році до 1295 тис. грн. у 2009; обсяги продажу «РЕМІСИД» також збільшилися більш ніж в 4 рази: з 603 тис. грн. у 2006 до 2865 тис. грн. у 2009 році (за даними компанії «SMD»). Проведене дослідження доводить, що НПЗП для місцевого застосування з німесулідом є затребуваними, про що свідчить збільшення кількості препаратів, зареєстрованих в Україні та збільшення об'ємів їх продажу за останні 5 років.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Волох Д.С., Ігольнікова О.О.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Реформування системи охорони здоров'я, що відбувається протягом останніх років, спрямоване на створення сучасної, високоефективної, економічно доцільної системи, здатної забезпечити якісне виконання поставлених завдань. Для покращення фінансування галузі передбачається запровадження страхової медицини за взірцем багатьох країн світу.

У зв'язку з перспективою включення медичної галузі до єдиної системи медичного страхування, існує потреба визначення базових переліків лікарських засобів (ЛЗ) для надання медичної допомоги хворим. Враховуючи гострий дефіцит фінансування системи охорони здоров'я, виникає практична задача по оптимізації існуючої номенклатури ЛЗ у межах визначених медичних технологій. Отже, особливої актуальності набуває вирішення проблеми вибору оптимальних ЛЗ як за терапевтичними, так і економічними показниками.

Метою нашого дослідження є вивчення вітчизняного фармацевтичного ринку препаратів, що включені до Формулярного довідника із використання ЛЗ у гастроентерології (наказ МОЗ України від 14.01.2009р. №14), та визначення середньої ефективності схем лікування хвороб шлунково-кишкового тракту методом ранжування.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні задачі:

проаналізувати вітчизняний фармацевтичний ринок гастроентерологічних ЛЗ;

провести опитування лікарів-спеціалістів з метою визначення стандартних та альтернативних схем терапії для надання спеціалізованої медичної допомоги, здійснити ранжування визначених алгоритмів лікування та оцінити їх ефективність.

Нами досліджена загальна структура захворюваності за основними нозологіями терапевтичного профілю та виявлено, що провідне місце серед них займають хвороби травного каналу (виразка шлунку, виразка дванадцятипалої кишки та гастрит). Тому для подальшого маркетингового аналізу були обрані групи ЛЗ, які використовуються при фармакотерапії вказаних нозологій.

Проведений аналіз українського ринку ліків показав, що визначені групи ЛЗ на фармацевтичний ринок, крім вітчизняних виробників, експортують ще 26 країн, лідером серед яких є Індія (поставляє 31 препарат - 24% загального асортименту), наступну позицію займає Німеччина з 8 препаратами (6% загально групового асортименту). Усі країни Європи разом постачають до 89 торгових найменувань асортименту ліків, що досліджується, серед яких доля виробників з країн ближнього зарубіжжя становить лише близько 5%. Найменш представленими є такі держави, як США, Словакія, Бельгія, Іспанія та ряд інших країн. Частка вітчизняних фірм-виробників складає 31 препарат (24% загальнодержавного асортименту від 15 фармацевтичних підприємств).

Методом анкетування лікарів-експертів було обрано 11 стандартних та 19 альтернативних найефективніших схем лікування виразки шлунку. За допомогою отриманих результатів ранжування наведених схем терапії, ми визначили середню ефективність алгоритмів лікування захворювань гастроентерологічного профілю.

Таким чином, в результаті циклу експертного оцінювання ми отримали перелік найбільш ефективних стандартних та альтернативних схем лікування виразки шлунку з зазначенням проценту їх ефективності.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДИСТРИБ'ЮТОРСЬКОЇ СИСТЕМИ ЗБУТУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ ВИРОБНИКІВ

Вороніна О.М.
Національний фармацевтичний університет

При неврегульованому характері побудови дистриб'юторської системи збуту фармацевтичної продукції відсутній систематичний контроль виробника за цінами на товар при перепродажу його іншим посередникам, за якістю та кількістю надання послуг оптовиками, за своєчасністю рекламної підтримки збуту товару. Все це має негативний вплив на процес управління збутовою політикою підприємства-виробника. Для скасування такого впливу на збутову політику виробника слід використовувати методи, які мають наукове підґрунтя. Тому було розроблено методичне забезпечення для відбору виробником дистриб'юторів до власної системи збуту фармацевтичної продукції (ФП). Даному виробнику ліків, згідно з метою оптимізації збутової мережі та його збутових можливостей, слід було обрати майже 15 дистриб'юторів зі 142-х до власної системи збуту товару. Учасниками системи збуту ФП виробника повинні бути дистриб'ютори, результати збутової діяльності яких сприяють зростанню обсягів збуту товару виробника, що впливає на підвищення прибутку та зміцнення іміджу фармацевтичного підприємства. Першим етапом методичного забезпечення є вибір системи показників, які комплексно характеризують діяльність дистриб'юторів щодо збуту ФП виробника. Такими показниками є: кількість замовлень дистриб'юторами товару у виробника; середньомісячна вартість замовлень дистриб'ютора; частка ФП від усього асортименту товару виробника, яку замовляють дистриб'ютори; середня прострочка платежу; сприйняття інновацій (показник відображається у вигляді коефіцієнта, розрахованого як співвідношення кількості нового товару, сприйнятого дистриб'юторами, до загальної кількості нових товарів, вироблених на підприємстві); питома вага фармацевтів у загальній кількості персоналу підприємства-дистриб'ютора. Джерелами одержання інформації за показниками є дані внутрішньої звітності підприємства, а також дані звітів державних органів статистики. В ході дослідження використано метод k – середніх кластерного аналізу та дискримінантний аналіз. Оскільки вихідні показники об'єктів кількісно непорівнянні, то при використанні методів багатовимірного аналізу проведено їх нормування. За допомогою кластерного аналізу сукупність дистриб'юторів було розподілено на два кластери. До складу першого кластеру входять 126 дистриб'юторів, що мають низькі економічні показники, які характеризують їх діяльність щодо збуту ФП виробника, а до складу другого кластеру входять 16 дистриб'юторів з високими економічними показниками. Оскільки кластерний аналіз не дає можливості отримати класифікаційну модель, яка дозволяє, виходячи з визначення максимальної величини позначки класифікації, вирішити, до якої класифікаційної групи варто віднести нове спостереження, то з цією метою використано дискримінантний аналіз. За результатами дискримінантного аналізу отримано моделі, які характеризують діяльність підприємств-дистриб'юторів щодо збуту ФП виробника. В отриманих моделях за значенням показника дискримінантної функції приймається рішення щодо включення підприємства-дистриб'ютора до системи збуту ФП виробника шляхом розрахунку результативних значень за двома рівняннями. Нове підприємство-дистриб'ютор буде відноситись до того кластеру, рівняння якого має максимальне результативне значення. Результати проведеного експериментального дослідження перевірено на значимість за критерієм Кохрена і критерієм Стьюдента та на адекватність за критерієм Фішера. За результатами проведеного дослідження, виробнику ФП слід обрати до власної систему збуту 16 оптових підприємств з високими економічними показниками. Використання запропонованих моделей допоможе керівництву підприємства перевірити економічну доцільність включення до системи збуту товару нових дистриб'юторів.

РОЗРОБКА СТАНДАРТІВ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Гала Л.О.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Останніми роками в міжнародній аптечній практиці проходять активні процеси, що направлені на підвищення якості професійної діяльності, зокрема запроваджуються стандарти Належної аптечної практики (НАП). Засновником стандартизації аптечної діяльності вважається Міжнародна фармацевтична федерація, яка в 1993р. схвалила керівництво з розробки і впровадження стандартів НАП. У 2001р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) було розроблено спеціальний проект з фармації в Нових Незалежних Державах щодо лікарської політики та розвитку фармацевтичної практики.

Мета розробки та впровадження керівництва з НАП в Україні – змінити роль провізора (фармацевта) в системі охорони здоров'я відносно: укріплення здоров'я та профілактики захворювань; безпечного, ефективного й економічного самолікування; виявлення і вирішення проблем, що стосуються застосування лікарських засобів.

Нині в розвинених країнах традиційна роль фармацевтичного спеціаліста як особи, що виготовляє та реалізує лікарські засоби, трансформується і набирає більш складної форми менеджера лікарської терапії: він має стати помічником лікаря. Важливим елементом підвищення якості практичної діяльності аптечних установ є застосування стандартів обслуговування. Процес розробки і впровадження національних стандартів можна представити як цикл удосконалення якості, що складається з чотирьох етапів: планувати, робити, перевіряти, діяти. Стандарти повинні бути гармонізовані з нормами, що признані на міжнародному рівні та мають бути реальними для виконання. В умовах ринкової економіки більшість вітчизняних аптек практично перетворилися на аптечні магазини, де можна купити все необхідне. В аптечній практиці необхідно відродити те, що було втрачено за останні роки – фокус на пацієнта. Провізор має навчитися у разі потреби кваліфіковано направляти пацієнта до лікаря або самостійно надавати споживачеві лікарську допомогу.

Керівництво з належної аптечної практики спрямоване на забезпечення якості лікарської допомоги на етапі безпосереднього надходження лікарських засобів до пацієнта. Значна роль в правилах НАП відводиться необхідності належного інформаційного забезпечення працівників. Учбові програми фармацевтичних навчальних закладів мають враховувати зміни у діяльності аптечних установ. Правила НАП передбачають постійне підвищення рівня професійних знань працівників аптек шляхом засвоєння спеціальних освітніх програм. Наказом МОЗ України №484 від 07.07.2009р. введена нова система безперервного професійного навчання провізорів, яка полягає в тому, що в міжатестаційний період спеціаліст зобов'язаний самостійно підвищувати власний рівень підготовки, адже 50% успіху в лікарській терапії – забезпечення грамотного консультування й адекватного прийому лікарських засобів. З урахуванням положень настанов ВООЗ та Міжнародної фармацевтичної федерації "Стандарти якості фармацевтичного обслуговування. Належна аптечна практика" 1997р., "Розвиток фармацевтичної практики – фокус на пацієнта" 2006р., наказом МОЗ України №158 від 22.02.2010 р. затверджені протоколи провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів. Широке запровадження в практику алгоритмів фармацевтичної опіки, що рекомендовано керівникам аптечних закладів всіх форм власності в якості інформаційного посібника, дозволить підвищити якість обслуговування споживачів та очікуваний ефект від лікування.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ НА РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Гала Л.О., Волох Д.С., Бровченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

На сучасному етапі розвитку фармацевтичного ринку всі його суб'єкти поряд з виконанням вимог законодавства, підзаконних нормативних документів, що регламентують їх діяльність, повинні суворо дотримуватись етичних норм і правил при наданні фармацевтичних послуг населенню. Зважаючи на зазначене, сьогодні питання етики набувають актуальності на ринку лікарських засобів.

Метою нашого дослідження є вивчення морально-етичних аспектів взаємодії та взаєморозуміння всіх суб'єктів фармацевтичного ринку, формування їх свідомості в умовах зміни принципів фармацевтичного обслуговування, які є основою можливості поліпшення якості послуг, що надаються населенню та лікувально-профілактичним закладам. Для досягнення поставленої мети слід вирішити наступні завдання:

- визначення основних морально-етичних аспектів фармацевтичних послуг;
- обґрунтувати значення етичних питань під час здійснення фармацевтичної опіки.

Для створення сприятливих умов виконання провізором (фармацевтом) основного завдання, яке полягає в тому, щоб шляхом надання високоякісної та кваліфікованої лікарської допомоги максимально сприяти прагненню людей підтримати своє здоров'я, фармацевтичні спільноти різних країн на певному етапі свого розвитку прийшли до розуміння того, що необхідно звести в одному документі всі вироблені багаторічною практикою правила професійної поведінки та етичні норми, а також заявити про принципи і цінності, що визначають роль і відповідальність фармацевта перед суспільством. Так з'явилися перші етичні кодекси фармацевта, які по суті являли собою прийняті об'єднанням працівників фармацевтичної галузі декларативні заяви, що складаються з добровільно взятих на себе професійно-моральних зобов'язань та самообмежень.

Нині в Україні активно обговорюється Проект Етичного кодексу фармацевтичного працівника, метою якого є декларація фундаментальних принципів професії, заснована на моральних зобов'язаннях і цінностях. Кодекс визначає етичні норми професійної поведінки та відповідальності, які мають стати керівництвом для провізорів та фармацевтів у їх взаємовідносинах із суспільством в умовах формування ринкових відносин, коли зростає роль та значимість фармацевтичної професії.

Згідно з положеннями Кодексу основним завданням професійної фармацевтичної діяльності фахівця галузі є профілактика, збереження та зміцнення здоров'я людини, її відповідність таким основним вимогам як високий професіоналізм та компетентність з питань забезпечення населення лікарськими засобами, сприяння раціональному призначенню й використанню лікарських засобів та виробів медичного призначення, забезпечення гарантій якості та безпеки застосування, запобігання помилкам при виготовленні, контролі, просуванні та відпуску лікарських засобів. Всіма своїми діями фармацевтичний працівник повинен сприяти збереженню здоров'я населення та дотримуватися норм фармацевтичної етики та деонтології, постійно підвищувати рівень професійних знань, умінь та навичок.

Таким чином, сучасний фармацевтичний ринок України потребує створення закріплених у громадській свідомості та професійній фармацевтичній діяльності моральних норм та принципів для забезпечення належної якості фармацевтичного обслуговування.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОГРАМ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ЗА КОРДОНОМ (США ТА ВЕЛИКОБРИТАНІЯ)

Гала Л.О., Волох Д.С., Буссель А.Й.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

На сьогоднішній день у всьому світі зростає роль післядипломної освіти в професійному розвитку фармацевтичного фахівця. Наразі в умовах європейської інтеграції України перехід до принципів Болонського процесу є надзвичайно важливим, зокрема в питаннях підвищення кваліфікації фахівців.

Метою нашого дослідження є стан післядипломної фармацевтичної освіти в таких державах як США та Великобританія. Післядипломна освіта в зазначених країнах надається як державними, так і недержавними організаціями, що мають відповідну акредитацію.

Потрібно зазначити, що традиційні підходи до післядипломної освіти в США створені таким чином, щоб гарантувати професійну підготовку ліцензованих спеціалістів на гідному рівні та її удосконалення. Інститутом Медицини США було встановлено низку компетенцій, необхідних для фармацевтичного фахівця. Проте програми післядипломної освіти, ефективні в покращенні певних аспектів професійної діяльності, не здатні забезпечити повноцінне професійне удосконалення фармацевтичного фахівця. Зокрема, в аспекті «фармацевтична опіка», що наразі набуває все більшої актуальності, чимало фармацевтів не мають базових знань. Традиційна програма післядипломної освіти не може допомогти їм в опануванні даних вмінь, оскільки спрямована на удосконалення існуючих знань та практичних навичок фахівця, а основним завданням слухачів програми – є набрання певної кількості «годин» (наприклад, в США мінімум встановлюється кожним штатом самостійно) за рахунок відвідування освітніх програм, участі у семінарах, конференціях, закінчення курсів.

Наразі альтернативною програмою післядипломної освіти, що забезпечує всебічний розвиток фармацевта, як фахівця галузі охорони здоров'я, є програма професійного розвитку, що запроваджена та ефективно функціонує у Великій Британії. Також нині ведуться активні дебати щодо її впровадження в США.

Можна виділити три основні риси програми професійного розвитку:

- ключовий елемент - освітні та практичні потреби фармацевтичного фахівця;
- основний акцент - на практичну діяльність спеціаліста;
- орієнтація - на підвищення професійного рівня фахівця, його самовдосконалення.

Модель програми подальшого професійного розвитку складається з 5 компонентів. У центрі моделі знаходиться особисте портфоліо фахівця, а весь процес професійного розвитку являє собою замкнений цикл - відображення-планування-діяльність-оцінювання. Роблячи акцент на професійному розвитку фахівця, програма професійного розвитку розширює межі традиційної моделі післядипломного навчання, удосконалюючи програму освіти. Тим не менш, програми не виключають одна одну; якісно виконана програма післядипломної освіти є невід'ємним компонентом програми професійного розвитку. Жодна з програм самостійно не здатна забезпечити повноцінне охоплення всіх потреб спеціалістів фармацевтичної галузі, що динамічно розвивається.

На сьогоднішній день в країнах, які досліджувалися, найбільш ефективною є програма подальшого професійного розвитку, що найбільш повно задовольняє освітні потреби фармацевтичного фахівця в сучасному суспільстві. Вивчення досвіду іноземних країн в питаннях післядипломної освіти, дозволить об'єктивно оцінити переваги та недоліки кожної з програм і таким чином уникнути помилок при запровадженні нововведень в Україні.

ПРИНЦИПИ РОЗРОБКИ МЕТОДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ ПЕРСОНАЛУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Галій Л.В.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Важливою функцією управління персоналом фармацевтичних організацій за сучасних умов стає професійне навчання працівників, а тому актуальним вбачається визначення та обґрунтування методичних підходів до професійного навчання спеціалістів фармації.

Взагалі, професійне навчання персоналу доцільно здійснювати у разі: підготовки спеціалістів фармації, які щойно прийняти у фармацевтичну організацію; призначення спеціалістів фармації на інші фармацевтичні посади; розвитку фармацевтичної компетенції спеціалістів фармації та забезпечення більш ефективного виконання ними професійних обов'язків; підготовки спеціалістів фармації до проведення організаційних змін (введення нових технологій, процедур тощо).

Як вже зазначалося нами раніше, спеціалісти фармації як дорослі суб'єкти навчання мають значні особливості, які зумовлюють необхідність впровадження у професійне навчання андрагогічної моделі та підготовки відповідних навчально-методичних матеріалів.

Вважаємо, що при розробці матеріалів для професійного навчання спеціалістів фармації повинно спиратися як на загальні дидактичні принципи (науковості, доступності, системності та сприяння постійному вдосконаленню), так і на специфічні андрагогічні принципи.

Так, андрагогічними принципами, які повинні бути покладені в основу навчально-методичних матеріалів є:

• інтерактивність (забезпечення включення суб'єктів навчання у навчальний процес);

• достатня повнота викладання (забезпечення самостійного, без допомоги викладача, опанування необхідними знаннями, вміннями та якостями завдяки певному обсягу інформації);

• включення проблемно-орієнтованих питань (націлювання спеціалістів фармації на попереднє обмірковування певної тематики, активізація індивідуального досвіду дорослої людини, контроль рівня засвоювання теми);

• визначення опорних орієнтирів (виділення за текстом термінів, закономірностей, принципів, важливих змістовних аспектів, прізвищ відомих вчених тощо, що дозволяє у короткі строки скласти загальне уявлення про предмет навчання та швидко знайти необхідну інформацію);

• включення контрольних запитань (розробка чітко сформульованих завдань із варіантами вирішення певної ситуації або проблеми та ключів-відповідей для здійснення самоконтролю засвоєння теми);

• включення довідникової інформації (наявність покажчика загальних положень, прізвищ, термінологічного довідника з метою полегшення самостійного пошуку інформації);

• орієнтація на декілька рівнів засвоювання матеріалу (визначення стандартного (мінімального) обсягу інформації та включення додаткового матеріалу, складання двох переліків літератури);

• можливість здійснення відбору матеріалу (зручний формат, що дозволяє виділяти окремі частини та перебудовувати матеріал відповідно до індивідуальних потреб).

Отже, розробка методичних матеріалів для професійного навчання персоналу фармацевтичних організацій повинна будуватися на зазначених андрагогічних принципах.

АВС/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ В АПТЕЦІ

Герасимова О.О., Бездітко Н.В., Козакова К.О.
Національний фармацевтичний університет

Керування асортиментом є однією з найважливіших задач аптечної установи. При формуванні асортиментної політики аптека обов'язково враховує результати аналізу власного продажу лікарських препаратів. Це необхідно для визначення їх впливу на прибуток аптеки, формування оптимального асортименту лікарських препаратів та розміру їх запасів на складі. На сьогоднішній день існує багато методів оцінки продажу асортиментних позицій в аптеці. Серед них широке застосування на практиці знайшли АВС- та частотний аналізи. АВС-аналіз передбачає розподіл лікарських препаратів в залежності від прибутку, який вони приносять аптеці, частотний - за кількістю реалізованих упаковок. Мета даної роботи – проведення АВС/частотного аналізу груп лікарських препаратів, призначених для лікування обструктивних захворювань дихальних шляхів (ОЗДШ) в аптечному закладі м. Харкова. Для проведення дослідження з асортименту аптеки були відібрані 128 торгових найменувань лікарських препаратів наступних фармакологічних груп: бронходилятатори, глюкокортикостероїди, інші засоби для системного застосування при ОЗДШ, стимулятори дихання, муколітики, протикашльові препарати. Тривалість дослідження - 6 місяців (липень – грудень 2009 року). За досліджуваний період лікарських препаратів для лікування ОЗДШ було реалізовано на загальну суму - 95974,87 грн. За результатами проведеного АВС-аналізу найбільший прибуток аптека отримала від реалізації лікарських препаратів з середньою та високою вартістю за упаковку. Це представники бронходилятаторів, муколітиків, глюкокортикостероїдів, інших засобів для системного застосування при ОЗДШ. Лідерами продажу в грошових одиницях були: бронходилятатори «Беродуал Н» ("Boehringer Ingelheim», аер. 200 доз 10 мл) та «Сальбутамол» («Glaxo Smith Kline Pharmaceuticals, аер. 200 доз 10 мл), муколітик «Проспан» (Engelhard Arzneimittel GmbH; сироп від кашлю 100 мл). На їх долю прийшлось, відповідно, 4,60, 4,56 %, 4,01% від виторгу аптеки за цю групу препаратів. Зазначені препарати хоч і є найбільш рентабельними для аптеки серед лікарських препаратів для лікування ОЗДШ, але мають не самий високий рейтинг за результатами частотного аналізу: «Сальбутамол» - 9 місце, «Проспан» - 26, «Беродуал Н» - 39. Безумовним лідером за кількістю реалізованих упаковок був муколітик „Доктор МОМ" ("Unique Pharmaceutical Laboratories", пастилки №4) – 762 проданих одиниці. Результати частотного аналізу показали, що більшість лікарських препаратів, які користувались найбільшим попитом серед відвідувачів аптеки, були переважно групи муколітиків, мали низьку вартість упаковки (від 0,98 до 7,08 грн.) та забезпечували невеликий прибуток аптеці (від 0,24 – 1,88 %). Виключенням є тільки муколітик „Травісил Лимон" ("Plethico Pharmaceuticals Limited", льодяники №16), який при вартості упаковки 7,08 грн. займає друге місце за кількістю проданих упаковок (408 шт.) і 7-е місце за АВС-рейтингом (3,04 % виручки аптеки). Таким чином, результати проведеного АВС/частотного аналізу дозволили визначити найбільш рентабельні для аптеки лікарські препарати для лікування ОЗДШ, з'ясувати структуру їх продажу та можуть бути використані як для формування оптимального асортименту лікарських препаратів досліджуваних фармакологічних груп в даній аптеці, так і для оцінки рівня сучасності використання препаратів даної групи.

ОБГРУНТУВАННЯ З ПОЗИЦІЇ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ НОВОГО РЕЖИМУ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Герасимова О.О., Загребельна Ю.М.
Національний фармацевтичний університет

На сьогоднішній день антихелікобактерну терапію вважають основним стандартом лікування захворювань, які асоційовані з Helicobacter pylori (Hp). До ерадикаційної терапії існують чіткі вимоги. Вона повинна бути простою, економічною, добре переноситися та забезпечувати високий (понад 80%) рівень ерадикації Hp. Останнім часом спостерігається збільшення випадків неефективності традиційних режимів ерадикаційної терапії, що часто пов'язано з ростом резистентності хелікобактерій до дії антибіотиків, які входять до її складу, і супроводжується подовженням терміну госпіталізації пацієнтів та значними витратами на лікування захворювань, які асоційовані з Hp. У зв’язку з викладеним, пошук нових ефективних безпечних та економічно вигідних режимів антихелікобактерної терапії є актуальною проблемою сучасної гастроентерології.

Мета даної роботи - порівняльна оцінка нового та традиційного режимів першої лінії ерадикації Hp у хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК) за допомогою фармакоекономічного методу „витрати-ефективність”.

Об'єктами даного дослідження стали „класична” десятидобова потрійна терапія ВХДПК з використанням інгібітора протонної помпи (ІПП) рабепразолу та антибіотиків амоксициліну та кларитроміцину, а також її нова альтернатива - послідовна терапія: ІПП рабепразол + 2 антибіотика (амоксицилін та кларитроміцин) + препарат вісмуту. Відмінною рисою останньої є послідовне, а не сумісне призначення антибіотиків: 1-а фаза - рабепразол з амоксициліном (5 днів); 2-га фаза – кларитроміцин з препаратом вісмуту (5 днів). Зазначені препарати хворі на ВХДПК застосовували у наступних добових дозах: рабепразол - 40 мг, амоксицилін - 2000 мг, кларитроміцин - 1000 мг, препарат вісмуту - 480 мг. Досліджувані схеми та показники їх ефективності були взяті з результатів клінічного дослідження, яке проводили на базі однієї з клінік м. Харкова. Критерієм ефективності терапії стала кількість пацієнтів, у яких спостерігали ерадикацію Hp після проведеного лікування (для потрійної терапії - 72%, для послідовної терапії – 97 %). Розрахунки включали визначення витрат на застосування лікарських препаратів у складі досліджуваних схем на одного хворого, розрахунок коефіцієнтів «витрати-ефективність» (CER) для кожного варіанту лікування ВХДПК. Вартість упаковки лікарських препаратів визначали за допомогою прайс-листів оптових постачальників, наведених у «Щотижневику Аптека» (вересень 2009 р.) і використовували в розрахунках з урахуванням торгової надбавки. Вибір найбільш оптимальної схеми лікування захворювання проводили за допомогою фармакоекономічного методу „витрати-ефективність”. Результати проведеного дослідження показали, що для потрійної терапії вартість лікування ВХДПК склала 169,80 грн., показник CER - 235,85 грн.; для послідовної терапії – відповідно 114,50 та 118,04 грн. Порівняння розрахованих коефіцієнтів CER для досліджуваних схем показало, що оптимальним режимом антихелікобактерної терапії є послідовна терапія, яка характеризується найменшою вартістю одиниці ефективності.

Таким чином, застосування нового режиму ерадикації Hp – послідовної терапії у хворих з ВХДПК є доцільним з фармакоекономічної точки зору.

АНАЛІЗ ОСНАЩЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ МОБІЛЬНИХ ГОСПІТАЛІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ НАВЧАНЬ 2006 – 2008 РОКІВ)

Голуб А.Г., Козєєв Є.С.
Науково-дослідного інститут проблем військової медицини Збройних Сил України

Військовий мобільний госпіталь (ВМГ) є відносно новою структурою для медичної служби Збройних Сил України, і саме новизна (наукова, методична і практична) визначає необхідність ретельного наукового обґрунтування основних питань організації роботи госпіталю та її всебічного забезпечення. Проте, незважаючи на новизну ВМГ, накопичено достатньо великий практичний досвід з організації його роботи в польових умовах. За період з 2006 по 2008 роки проведено вісім навчань з розгортання та організації роботи ВМГ, причому в більшості навчань надавалась реальна медична допомога військовослужбовцям та населенню.

Нами було проведена порівняльний аналіз оснащення різних госпіталів, що застосовували на навчаннях (табл.1).

Таблиця 1. Співвідношення номенклатури медичного майна в оснащенні ВМГ

Найменування	ВМГ ВМКЦ Центрального регіону 2006 р., %	ВМГ ВМКЦ Північного регіону 2007 р., %	ВМГ ВМКЦ Західного регіону 2007 р., %
Медичні установки	5,00	4,63	3,50
Комплекти медичного майна	36,25	22,22	20,98
Набори медичні та укладки	13,75	6,48	2,80
Лікарські засоби загальні	2,50	1,85	0,00
Лікарські предмети, апарати, прилади	22,50	47,22	55,94
Меблі, санітарно-господарське майно, обладнання	20,00	17,59	16,78
ВСЬОГО:	100,00	100,00	100,00

Як видно з табл. 1, зменшення частки наборів медичних та укладок в 2 рази викликає збільшення номенклатури лікарських предметів, апаратів, приладів та обладнання для роботи відділень та кабінетів в 2 рази, а зменшення частки наборів медичних та укладок в 4 рази викликає збільшення номенклатури лікарських предметів, апаратів, приладів та обладнання для роботи відділень та кабінетів майже в 3 рази. Зменшення частки комплектів медичного майна також викликає збільшення номенклатури лікарських предметів, апаратів, приладів та обладнання для роботи відділень та кабінетів. Збільшення номенклатури медичного майна ускладнює організацію медичного постачання, зменшує мобільність госпіталів.

Як бачимо, перелік та структура медичного майна кожного ВМГ мають суттєві відмінності. При підготовці ВМГ до висування у район розгортання широко практикується їх оснащення за рахунок ресурсів стаціонарних клінік та відділень. Такі особливості організації медичного постачання уможливлюють ситуацію, за якої надзвичайно складно обґрунтовано визначати потребу та забезпеченість госпіталю медичним майном.

Наявність науково обґрунтованої норми дозволить на більш високому рівні вирішувати завдання забезпечення бойової готовності ВМГ, дозволить більш точно визначати його потребу у матеріально-технічних та фінансових ресурсах.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА НОРМУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВИХ МОБІЛЬНИХ ГОСПІТАЛІВ

Голуб А.Г., Козін С.В., Шкляревич І.О.
Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Збройних Сил України

Ефективність роботи військових мобільних госпіталів в значній мірі залежить від рівня їх оснащення медичним майном. Дана проблема є складною та комплексною, а найбільш актуальною на даному етапі розвитку мобільного компоненту військово-медичної служби є розробка уніфікованої норми медичного майна.

Загальновідомо, що система нормування як інструмент раціоналізації витрат на лікарські засоби у військово-медичних установах дозволяє успішно вирішувати складні завдання, а саме: відбір найбільш ефективних, безпечних та економічно доцільних лікарських препаратів без зниження рівня лікування, скорочення витрат на придбання медикаментів, забезпечення максимальної спадкоємності на всіх етапах лікування хворих та є дієвим механізмом контролю за діяльністю медичної служби з питань забезпечення медичним майном.

Разом з тим, системі нормування притаманні і недоліки, зокрема, значні терміни періодичного перегляду і адаптації номенклатури та норм, відсутність простійного зворотного зв'язку „споживач лікарських препаратів – розробник норм".

Запропонований нами новий підхід до нормування лікарських засобів ґрунтується на ідеї їх ретельного класифікаційного розподілу.

Як відомо, в залежності від завдань, що вирішуються, ліки класифікуються за механізмом дії, хімічною структурою, агрегатним станом, фармакологічною дією, якісними показниками та ін. Кожна класифікація має свої переваги і недоліки, її утилітарність залежить від поставлених цілей, параметрів і методологічних знань користувача.

На сьогоднішній день широко застосовуються класифікації, кожна з яких може бути корисною при нормуванні лікарських засобів: фармакологічна, терапевтична, хімічна, нозологічна, анатомічна та комбіновані: клініко-фармакологічна, фармакотерапевтична, анатомо-нозологічна, анатомо-терапевтична, анатомо-терапевтично-хімічна.

При класифікації лікарських засобів для їх нормування доцільно враховувати також економічні показники (витрати на придбання лікарських препаратів у вартісному вираженні), клінічні (ефективність і безпечність лікарських препаратів), а також похідні від них фармакоекономічні показники.

Очевидно, що жодна з існуючих класифікацій лікарських засобів не забезпечить повне вирішення завдань пов'язаних з нормуванням. Отже, постає проблема створення конструктивної моделі класифікації лікарських засобів для розробки норм постачання для закладів медичної служби Збройних Сил та військових мобільних госпіталів зокрема.

До моделі необхідно включити окремі елементи класифікацій, які дозволять об'єктивізувати процес взаємопорівняння препаратів, визначити та ранжувати вимоги для кожного угруповання, вибрати якісні, безпечні та економічно обґрунтовані медикаменти. Впровадження даної моделі дозволить класифікувати лікарські препарати з урахуванням всього комплексу показників, які впливають на формування номенклатури, забезпечить подання інформації у зручному вигляді для проведення експертного оцінювання та обробки результатів досліджень.

ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Гореньков В.Ф., Гореньков С.В.
Белорусский государственный университет, г. Минск

Под качеством, оказываемой населению фармацевтической помощи, следует понимать совокупность характеристик лекарственной помощи, отражающих ее способность удовлетворить весь спектр потребностей общества региона, отдельного жителя с учетом установленных стандартов здравоохранения, в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки и практики.

Качество фармацевтической помощи можно рассматривать с различных позиций:

- Качество материально-технической базы фармацевтической службы, ее фармацевтического персонала;
- Соблюдения новейших технологий по производству экстемпоральных и отпуску готовых лекарственных средств;
- Наличия показателей оценки качества фармацевтической помощи;
- Экономической и социальной эффективности, полученных результатов от произведенных затрат на оказание фармацевтической помощи и др.

Объем и качество фармацевтических услуг населению регламентируется наличием соответствующей законодательной базы, стандартов качества, объемов лекарственной помощи, квалификацией фармацевтического персонала, его соответствием функциональным обязанностям, управлением товарными ресурсами, доступностью лекарственной помощи, взаимоотношением триады: врач- пациент- фармацевт и др.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» приоритетной задачей на современном этапе предусматривается повышение качества фармацевтической помощи [1]. Президентом Республики Беларусь 2010 год определен Годом Качества.

Основные требования по соблюдению и обеспечению системы качества в фармацевтической службе Республики Беларусь законодательно закреплены в таких нормативных документах, как ; «Надлежащая аптечная практика» и «Надлежащая практика оптовой реализации лекарственных средств» [2,3].

Сложившаяся в советские временаи действующая до настоящего времени централизованная регламентация всех видов фармацевтической деятельности в Республике Беларусь относится к компетенции Министерства здравоохранения. В итоге, Министерством здравоохранения Республики Беларусь законодательно регламентированы все виды фармацевтической деятельности в стране: лицензирование, контрольно-разрешительная система обращения лекарственных средств на территории Республики Беларусь, социальные стандарты по развитию аптечной сети, подготовке фармацевтических кадров, государственная регистрация лекарственных средств, гармонизация видов фармацевтической деятельности с учетом международного опыта и др.

Основным доказательством оценки качества и эффективности фармацевтической помощи являются результаты системного анализа, проводимых мероприятий по совершенствованию фармацевтической помощи в регионе и достигнутых на их основе результатов в сравнении с установленными стандартами качества. По результатам такого анализа можно выявить причины несоответствия реального качества фармацевтической помощи установленным стандартам, наличие больших очередей в аптеках, имеющие место объемы отказов в отпуске лекарственных средств по врачебным назначениям, сроки удовлетворения на них спроса при

отсутствии в аптеках в момент обращения. Выявление подобного рода причин – успех их оперативного устранения, обеспечение гарантий населения на получение своевременной и качественной фармацевтической помощи в соответствии с установленными стандартами в здравоохранении.

При этом следует помнить всем, в том числе и гражданам о том, что только 10-20% их здоровья определяется оказанием качественной фармацевтической помощи. Каждый человек должен сам заботиться о своем здоровьи, а это: здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, соблюдение режима питания, отдыха, своевременное обращение к врачу с целью профилактики, своевременной диагностики, возникающих нарушений в состоянии здоровья.

Многолетний опыт работы в системе фармацевтической отрасли страны позволяет нам осветить свое видение обсуждаемой проблемы относительно качества и эффективности фармацевтической помощи.

Для дальнейшего совершенствования качества фармацевтической помощи в Республике Беларусь надлежит в ближайшей перспективе провести:

Анализ существующего наличия и размещения сети аптечных учреждений, привести ее в соответствие с утвержденными социальными стандартами, так как несоблюдение данного требования влечет дополнительные, логически необоснованные расходы по ее содержанию и существенно не влияют на качество фармацевтической помощи.

- Анализ кадровых ресурсов, их рациональное использование, рассредоточение по регионам с учетом приоритетов размещений учреждений здравоохранения, экономической значимости регионов, состояния здоровья населения, особое внимание обратив на решение проблемы обеспечения сети провизорскими кадрами за счет дополнительного открытия в стране учебных заведений по их подготовке.
- Объективный анализ состояния доступности качественной лекарственной помощи населению из государственной аптечной сети, в первую очередь льготных категорий граждан, вплоть до рассмотрения вопроса о возможности частичной передачи данной функции аптечным учреждениям негосударственных форм собственности.
- Предоставить равные условия для фармацевтической деятельности по оказанию качественной фармацевтической помощи населению аптечным учреждениям всех форм собственности.
- Упростить запретительные меры по разрешению ввоза на территорию страны импортных лекарственных средств, так как это не способствует успешной реализации программы импортозамещения, а качество фармацевтической помощи при этом несомненно страдает.
- Более оперативно пересматривать ошибочные подходы в регламентации перечней лекарственных средств, отпускаемых льготным категориям населения, что не только затягивает сроки их получения в государственных аптеках, но и нередко лишает возможности оперативного получения качественной лекарственной помощи.

ЛИРЕРАТУРА:

1. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»: Закон Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. № 363-З.

2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. №120 «Об утверждении Надлежащей аптечной практики».

3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 января 2007 г. № 6 « Об утверждении Надлежащей практики оптовой реализации».

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

Гореньков В.Ф., Гореньков С.В.
Белорусский государственный университет, г. Минск

В конце XX столетия в экономической науке широкую популярность приобрели идеи американского ученого М.Портера, который утверждал, что результаты эффективности деятельности любой организации, отрасли в основном определяются качеством всестороннего комплексного экономического анализ.

Его утверждение о том, что всесторонний экономический анализ позволяет выявить из всего множества 20% факторов, которые обеспечивают 80% получения экономического эффекта от деятельности компании. Это правило в полной мере относится и к фармацевтической службе, социально-экономическая эффективность деятельности которой зависит от многочисленных внешних и внутренних факторов, зависящих и независящих от фармацевтической службы, управляемых и неуправляемых ей в процессе деятельности.

Оценка эффективности деятельности фармацевтической службы в регионе может рассматриваться с различных позиций:

- Затраты на содержание материально-технической базы фармацевтической службы региона;
- Расходы по содержанию трудовых ресурсов фармацевтической службы региона;
- Экономическая и социальная эффективность фармацевтической службы за соответствующий отчетный период и другие.

Фармацевтический бизнес во главу конечных результатов своей деятельности по оказанию фармацевтической помощи населению региона предусматривает максимально возможное получение прибыли (рентабельности). При этом, конечный финансовый результат предполагается в разумных пределах с учетом реальной экономики региона, объемов и качества, оказываемой населению фармацевтической помощи в соответствии с установленными социальными стандартами в здравоохранении.

Несмотря на различные подходы в определении экономической и социальной эффективности результатов деятельности фармацевтической службы региона в качестве основных направлений анализа фармацевтического бизнеса выступают следующие:

- Анализ состояния имущества фармацевтической службы региона.
- Анализ производственного потенциала фармацевтической службы региона.
- Анализ рентабельности хозяйственно-финансовой деятельности фармацевтической службы региона.
- Анализ показателей экономической и социальной эффективности фармацевтической службы региона.

Наиболее часто финансовый анализ в фармацевтическом бизнесе проводится в ходе преобразований организационно-правовых форм собственности фармацевтических организаций и предприятий , в процессе приватизации, акционировании субъектов фармацевтической деятельности, реорганизации существующих организаций и предприятий.

Жизнедеятельность фармацевтической службы, конкретной организации зависит от состояния ее имущества. Общепринято считать, что организация жизнедеятельна, если критерии оценки ее имущества соответствуют рыночным требованиям.

При оценке имущества во внимание принимаются следующие показатели:

- Уровень материальных и денежных вложений в имуществе организации.
- Удельный вес товарных запасов в имуществе.
- Удельный вес денежных средств организации в ее имуществе.
- Коэффициент мобильности оборотных средств организации.
- Коэффициент стабильности оборотных средств.

При анализе производственного потенциала фармацевтической службы, отдельной организации во внимание принимаются следующие показатели:

- Удельный вес основных фондов в стоимости имущества фармацевтической службы.
- Удельный вес производственных активов в стоимости имущества фармацевтической службы.
- Коэффициент оборачиваемости капитала фармацевтической службы.
- Коэффициент оборачиваемости товарных запасов фармацевтической службы.
- Коэффициент оборачиваемости дебиторской и кредиторской задолженности.

Показатели доходности и прибыльности фармацевтической службы отображают получение фармацевтической службой любых видов прибыли в зависимости от объема используемых ресурсов материальных, трудовых или финансовых. При проведении финансового анализа надлежит выяснить, как эффективно использовались те или иные ресурсы в фармацевтической службе, какова их экономическая или социальная эффективность в регионе. Для комплексного выявления доходности фармацевтической службы можно использовать следующие показатели:

- Рентабельность продаж.
- Рентабельность собственного капитала.
- Балансовая прибыль.
- Социальная эффективность фармацевтической службы региона : снижение очередей в аптеках, сокращение временной нетрудоспособности кадров фармацевтической службы, снижение производственного травматизма.

Анализ финансового состояния фармацевтической службы позволяет выявить тенденции в ее развитии, дать комплексную оценку финансовой устойчивости, конкурентоспособности в регионе, оперативно принять организационно управленческие решения по устранению, выявленных недостатков в работе фармацевтической службы региона.

Достаточно серьезному анализу препятствует недостаток фактического материала, так как фармацевтическая служба не выделена в традиционной классификации отраслей и часто игнорируется в статистической отчетности и экономическом анализе. В тоже время на основе имеющихся выборочных данных можно сделать вывод о том, что фармацевтическая служба не просто прибыльная отрасль. Это одна из наиболее перспективных отраслей в экономике государства. К ее преимуществам можно отнести выпуск продукции социально значимой, конкурентно способной, в ней успешно могут быть использованы новейшие научные разработки в области химии и биологии, способствующие созданию новых высокоэффективных технологий в области лекарственных средств отечественного производства.

Вопросы анализа финансовой деятельности фармацевтической службы становятся особенно актуальны в настоящее время, когда многие службы, в том числе и фармацевтические в условиях всемирного экономического кризиса испытывают финансовые трудности не столько от низкой рентабельности своей деятельности, сколько от несвоевременного анализа финансового состояния службы в соответствующе регионе.

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ З ОПТИМІЗАЦІЇ АСОРТИМЕНТНОГО ПОРТФЕЛЮ КОМУНАЛЬНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ НА ПІДСТАВІ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ

Горбунова О.Ю., Барнатович С.В.
Національний фармацевтичний університет,
Луганський державний медичний університет

Основою впровадження логістичного процесного підходу в управління товарорухом в комунальних фармацевтичних підприємствах (КФП) є забезпечення взаємозв'язку між усіма структурними підрозділами під час прийняття управлінських рішень, спрямованих на досягнення оптимальних результатів діяльності підприємства в цілому. Тому побудову алгоритму оптимізації асортиментного портфелю лікарських засобів (ЛЗ) доцільно розглядати з позиції впровадження логістичного підходу до управління товарорухом.

Як свідчать результати проведених досліджень, відносно логістики постачання ЛЗ та формування їх асортименту в КФП, здійснення процесу закупівлі нових ЛЗ на більшості підприємств здійснюється на рівні відділу збуту без попереднього детального дослідження раціональності вводу нових ЛЗ в асортиментний портфель і без відповідного інформаційного супроводу нових ЛЗ. Функція відділу маркетингу на цьому етапі обмежується, як правило, просуванням нововведеного ЛЗ. Тільки після прийняття управлінського рішення та закупівлі нового ЛЗ починається пошук необхідної інформації та медичних представників компаній, які володіють ліцензією.

Як наслідок нераціональності формування асортиментного портфелю КФП, через необґрунтоване поповнення асортименту має місце неефективна асортиментна політика, низький рівень конкурентоспроможності асортиментного портфелю, гальмування процесу товароруху, зниження фінансових показників діяльності КФП, відволікання оборотних коштів та ін. З метою оптимізації управлінських рішень з управління товарорухом ЛЗ в КФП існує необхідність перерозподілу відповідальності за операції із закупівлі нових ЛЗ. Центром відповідальності за прийняття рішень щодо закупівлі нових ЛЗ доцільно зробити відділ маркетингу як вихідну ланку логістичної моделі управління товарорухом в КФП.

З урахуванням вимог міжнародних стандартів якості щодо організації управління, зміні повинен підлягти і підхід до оптимізації управлінських рішень в постачанні. Запропонована процесна модель оптимізації управлінських рішень при формуванні асортиментного портфелю КФП наведена на рисунку.

Перевага запропонованого підходу до оптимізації управлінських рішень з закупівлі ЛЗ та оптимізації асортиментного портфелю полягає в їх більшій обґрунтованості (перенос відповідальності за рішення на маркетингову складову) та чіткій послідовності й регламентації всього підпроцесу. Сутність підходу полягає в тому, що медичний представник фармацевтичної компанії надає інформацію у відділ маркетингу про потенційно новий ЛЗ для введення його в асортиментний портфель КФП. Керівник відділу маркетингу по міжнародній непатентованій назві визначає торгові назви ЛЗ, які вже наявні в асортименті КФП.

Далі проводиться аналіз динаміки реалізації наявних ЛЗ-аналогів за місяць по аптечній мережі КФП. За узгодженням з керівником відділу маркетингу при ухваленні рішення про можливість введення ЛЗ в асортиментний портфель КФП, медичному представнику надається опитувальний лист для вивчення попиту на рівні лікувально-профілактичних установ і аптечної мережі (збір інформації про кількість реалізованих упаковок та сум закупівлі в закупівельних цінах).

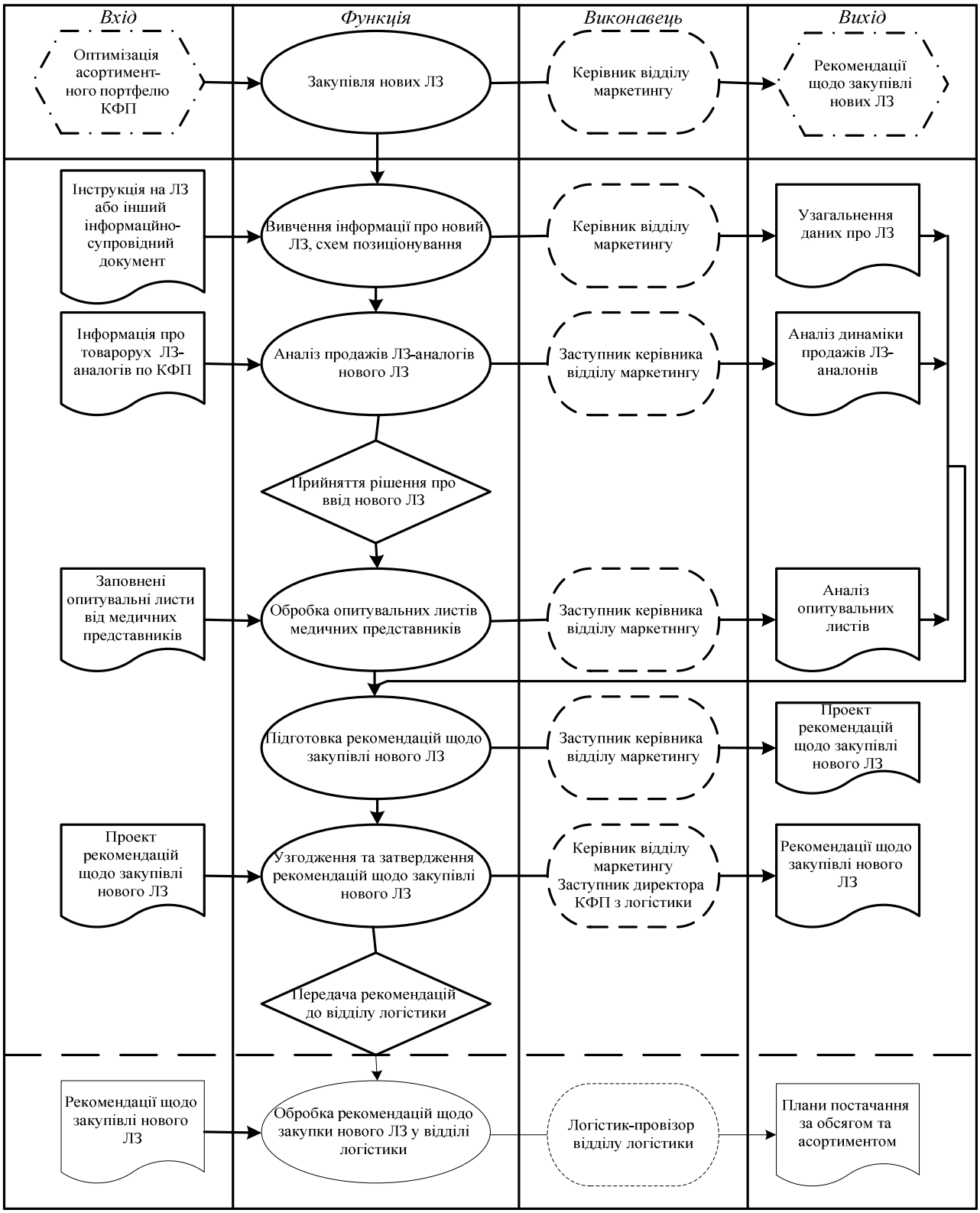


Рис. Процесна модель прийняття управлінських рішень щодо оптимізації асортиментного портфелю КФП

По результатах аналізу опитувальних листів відділом маркетингу розробляються рекомендації щодо закупівлі нового ЛЗ, які затверджуються заступником директора КФП з логістики. Початком наступного підпроцесу стає передача рекомендацій у відділ логістики для формування плану поставок за обсягом та асортиментом.

ВПЛИВ ЦІНОВОГО ФАКТОРУ НА ДОСТУПНІСТЬ ТА ВИБІР ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Дацко А.Й., Дашко Х.О.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На даний час все частіше обговорюються питання формування ціни реалізації лікарських засобів з врахуванням ринкових факторів і забезпеченням доступності ліків. Моніторинг цін виступає вважливим та необхідним методичним інструментом в регулюванні фармацевтичного ринку і політиці ціноутворення. Проведення моніторингу дає можливість контролювати динаміку та варіацію цін на лікарські засоби (ЛЗ), вивчати їх доступність для населення.

Метою роботи було провести моніторинг роздрібних цін на ЛЗ в аптеках різних форм власності та дослідити вплив окремих факторів на формування цін та доступність ліків для населення.

Для дослідження обрані безрецептурні препарати, які на основі конкурсу “Фаворити Успіху” у 2008 році були визнані найуспішнішими торговими марками фармацевтичного ринку (Бетадин р-н 10% фл.120 мл., Егіс, Нокспрей спрей назал. 0,05% фл. 20 мл., Сперко, Ново-Пассіт р-н фл. 100 мл., Тева, Грипекс Хот Актив пор. № 10 US Фармація,) та 7 найбільш вживаних рецептурних ЛЗ (Берліприл плюс 10/25 табл. №10, Берлін-Хемі, Енап-Н табл. №20, КРКА, Доксициклін капс. 100 мг. №10, Борщагівський ХФЗ, Ампіокс капс.0,25 г, Фармак, Корінфар табл. 10 мг № 100, Пліва, Ніфедипін капс. 0.01 г №30, Здоров’я народу, Анальгін-Дарниця табл. 0,5 г.) в сукупності досліджуваних препаратів, Препарати Берліприл, Енап-Н, Доксициклін включені до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення, тобто ціни на них підлягають державному регулюванню Моніторинг проводили за кожний квартал 2009 року на базі 14 аптек регіональних аптечних мереж “Едельвейс”,” Da.Signa”,”3і” та ДКП Аптека №139 м. Стрия .

У досліджуваній сукупності аптек найбільш повний асортимент досліджуваних ЛЗ був у аптеках мережі “D.S.” (90-100%). Найвищі середні ціни на ЛЗ були встановлені в аптеках мережі “Едельвейс” найнижчі в аптеках “3і”, але з меншим асортиментом досліджуваних ЛЗ (Квик.=65%-70%). Відносно високий рівень цін на більшість досліджуваних ЛЗ зафіксовано в ДКП Аптека №139 м. Стрия (Квик.=50%-60%). Зафіксовані випадки демпінгу цін на ліки при відкритті нових аптек.

Із прийняттям постанови КМУ від 25 березня 2009 року № 333 “Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення ”, знизився рівень цін на лікарські засоби, включені до Національного переліку ОЛЗ і ВМП, разом з тим значно зросли роздрібні ціни на ЛЗ вітчизняного виробництва, оптово-відпускна ціна на які становила менше 12 грн. за одну упаковку. Ціни на ЛЗ, які не включені до Національного переліку значно зросли лише в період епідемії грипу та ГРЗ.

Відносно високий рівень цін на ЛЗ в ДКП Аптека №139 у порівнянні з аптеками аптечних мереж з приватною формою власності пояснюється можливістю встановлення ними меншої торгівельної надбавки за рахунок придбання товару у постачальників і виробників по передоплаті і у великих об’ємах за нижчими цінами.

Результати опитування думок споживачів свідчать, що ціновий фактор є досить вагомим чинником, що впливає на вибір ЛЗ і більшість респондентів вважають за потрібне запровадити єдині оптові і роздрібні ціни на ОЛЗ.

ПЕРЕВАГИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ДІЯЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Деренська Я.М.
Національний фармацевтичний університет

Для підвищення конкурентоспроможності вітчизняних фармацевтичних підприємств на внутрішньому ринку і збільшення їх присутності на ринках інших країн світу необхідно впроваджувати систему забезпечення якості й організувати виробництво у відповідності з правилами GMP, що передбачає розробку і впровадження відповідних проектів. Крім того, фармацевтичні підприємства постійно знаходяться в процесі перетворень і реалізації різних проектів, тобто сьогодні діяльність як крупних фармацевтичних компаній, так і невеликих фармацевтичних підприємств все більше набуває форму реалізації проектів. За думкою фахівців, подібне розширення має об'єктивний характер, обумовлений скороченням тривалості життєвого циклу лікарських засобів; високою готовністю ринку до сприйняття нових продуктів і розширенням спектру потреб споживачів; подальшою персоналізацією попиту і пропозиції фармацевтичної продукції; прискоренням процесу оновлення технологій виробництва лікарських засобів і субстанцій; активним впровадженням в практику управління інформаційних технологій; зростанням глобалізації фармацевтичного ринку; необхідністю стандартизації найбільш важливих аспектів корпоративної управлінської діяльності фармацевтичних підприємств.

У свою чергу, розширення проектної діяльності потребує впровадження відповідних методів управління. Як свідчить вітчизняна і світова практика, сучасна система управління проектами допомагає підприємствам оптимізувати процеси взаємодії підрозділів, управління ризиками, етапність і послідовність виконання робіт, мотивацію співробітників, що приймають участь у проектах, що в кінцевому підсумку впливає на якість і вартість лікарських засобів.

Управління проектами в масштабах фармацевтичного підприємства – одна з систем, що пронизує все підприємство. Створивши свою систему управління проектами і втіливши її в життя, підприємство зможе оптимізувати свою діяльність та зекономити до 10 – 20% витрат [2].

Досягнення очікуваного від проекту або кількох проектів ефекту повністю залежить від грамотного керування ними. За оцінкою експертів, біля 90 % проектів стають невдалими, навіть якщо їх завершення приносить позитивний результат. Критерієм оцінки в даному випадку є виконання робіт суворо у рамках запланованих бюджету та строку. Як свідчить практика, перевитрата коштів в таких «відносно успішних» проектах складає від 50 % до 150 %, а перевищення строків виконання робіт – від 30 % до 200 %. Більш 30 % проектів зупиняються, так і не досягнув завершення [2]. Ця статистика свідчить про те, що досить часто недостатньо ефективно використовуються методи і засоби управління проектами.

У США та європейських державах регулярно проводяться дослідження ефективності впровадження системи управління проектами. Один з оглядів, підготовлених Інститутом управління проектами США (PMI), включає дані, отримані більш ніж від 100 північноамериканських компаній і професіоналів в галузі управління проектами. На рис. наведені результати опитування щодо рівня ефективності використання систем управління проектами на базі методології управління проектами PMBOK® інституту PMI [1].

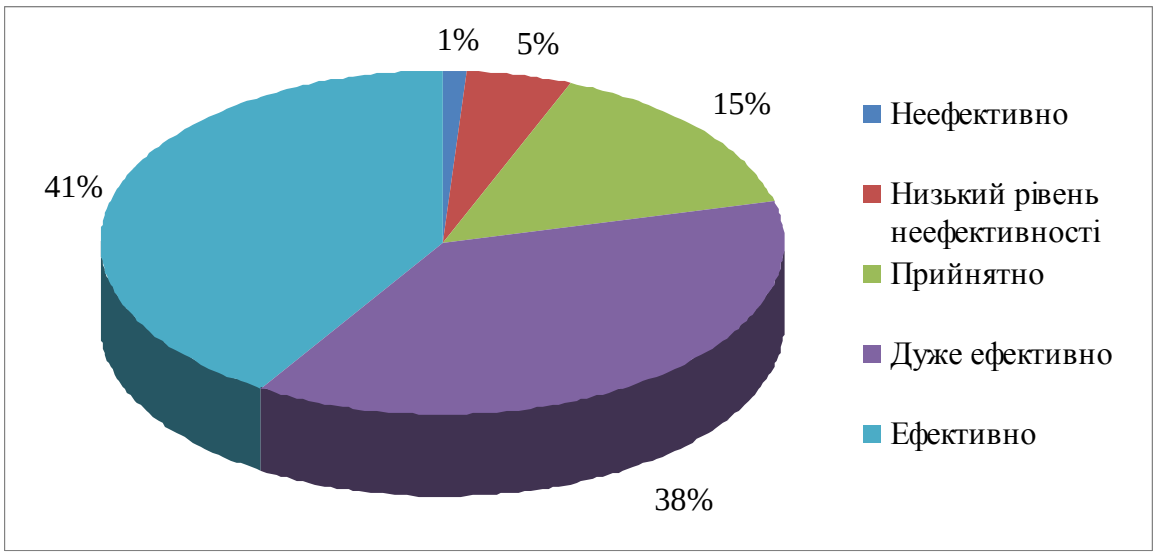


Рис. Оцінка ступеня ефективності впровадження системи управління проектами

До основних якісних переваг використання системи управління проектами у рамках компанії відносяться:

- більш високий ступінь контролю на виділеними проектами. У кожного проекту є відповідальний за нього менеджер, календарний план робіт і бюджет. Хід проекту, витрачені на нього кошти і вигоди, що отримуються, виділяються з основної діяльності компанії і загальної звітності, тому на будь-якому етапі проекту чітко видно досягнутий результат;
- ранжування проектів за ступенем значущості, поставлених цілей, очікуваних результатів тощо дає можливість надавати стратегічно важливим проектам пріоритети в ресурсах, персоналі, фінансуванні;
- оптимізація розкладу проекту дозволяє найбільш ефективно розподілити ресурси компанії не тільки в середині проектів, але й між ними. При цьому можна врахувати доступність ресурсів, пріоритети проектів, графіки постачання сировини і матеріалів, обмеження з фінансування;
- досвід, отриманий в ході реалізації окремих проектів, може бути використаний для недопущення помилок у майбутніх проектах, скорочення часу, необхідного для планування, вибору оптимального шляху реалізації проекту;
- чітке планування робіт, необхідне при управлінні по проектам, дозволяє регулювати їх якість.

Усе вище перераховане зумовлює необхідність впровадження сучасної системи управління проектами на підприємствах фармацевтичної галузі, адже чітко побудована і надійно функціонуюча система управління проектами допоможе їм уникнути проблем, що можуть виникнути в процесі реалізації проектів, пов’язаних з розробкою і виробництвом нових лікарських засобів, опануванням нових технологій і методів контролю якості, нових підходів до управління.

Список використаної літератури

1. Дубинин Е. Финансовое управление по проектам / Е. Дубинин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fd.ru.

2. Кирьякова А. Тернистый путь повышения эффективности / Алена Кирьякова // БИЗНЕС. – 2002. – № 3. – С. 24.

3. http://www.pmi.org/publictn /pmboktoc.htm

ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Думенко Т.М., Морозов А.М., Степаненко А.В., Парій В.Д.
ДП «Державний фармакологічний центр»

Мета дослідження: аналіз нормативно-правових документів, які визначають статусність формулярної системи на етапі її впровадження, а також визначення перспектив подальшого удосконалення нормативного поля вищевказаної системи.

Матеріали та методи дослідження: аналіз нормативно-правових актів державного та галузевого рівнів за період 2003 – 2010 рр. (Постанова КМУ – 2, накази МОЗ та АМН – 1, наказ МОЗ, зареєстрований в Міністерстві юстиції – 2, наказ МОЗ – 13) в контексті поставленої мети з використанням методу системного підходу, бібліографічного методу, методів аналізу наукової інформації, методу структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення: Національна політика щодо лікарських засобів (ЛЗ) направлена на забезпечення законності та стабільної діяльності галузі та має гарантувати доступність (рівний доступ населення до основних ЛЗ при їх помірній вартості), якість, безпеку та ефективність всіх ЛЗ та раціональне їх використання. Відповідно до міжнародної практики для досягнення вищевказаних цілей ефективним є комплекс управлінських методик в охороні здоров’я, що формує формулярну систему (ФС) ЛЗ. Однак розробка та впровадження в медичну практику елементів ФС можливе лише за умови створення належного нормативно-правового середовища. Об’єктивна необхідність створення умов для раціонального використання ЛЗ в Україні була реалізована шляхом прийняття першого нормативно-правового акту, який декларував необхідність створення та впровадження формулярної системи - Державної програми забезпечення населення ЛЗ на 2004-2010 рр., затвердженої Постановою КМУ від 25 липня 2003 р. N 1162. Пункт 3 цієї програми деталізує механізм створення умов для раціонального використання ЛЗ, а саме визначає напрям впровадження у лікувально-профілактичних закладах формулярів, розроблених на основі стандартів лікування, затверджених МОЗ; дослідження та аналіз щорічного використання ЛЗ, розробка навчальних планів і програм з питань раціонального використання ЛЗ, адаптованих до рекомендацій ВООЗ та ЄС і вимог ОЗ, надання медичним, фармацевтичним працівникам і населенню об'єктивної інформації про ЛЗ. На виконання Державної програми забезпечення ЛЗ на 2004-2010 рр. МОЗ України було розроблено низку заходів, які затверджено наказом МОЗ від 30.10.2003 р. №502, а саме «запровадження Державного формуляру ЛЗ за принципами раціонального використання наявних ЛЗ на підставі результатів фармакоекономічного аналізу та забезпечення його регулярного оновлення», яке доручено Державній службі ЛЗ і виробів медичного призначення та ДП «Державний фармакологічний центр». Питання раціональної фармацевтичної політики зайняли належне місце у Національному плані розвитку системи ОЗ на період до 2010 р., затвердженому Постановою КМ України від 13.06.2007 р. №815, в якому МОЗ та АМН України доручено розробку та затвердження методики створення формулярів та забезпечення закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) ЛЗ та виробами медичного призначення. В подальшому стратегія розвитку фармацевтичного сектору ОЗ представлена у Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі ОЗ України, затвердженої наказом МОЗ України від 18.12.2007 р. №838 (далі – Концепція). Серед основних напрямків реалізації Концепції є «розробка та впровадження ФС, стандартів лікування, в тому числі стандартів фармакотерапії». Реалізація Концепції супроводжувалася прийняттям нормативних документів, що визначають нові механізми регуляції фармацевтичного ринку – за Розпорядженням КМ України від 10.09.2008 № 1247-р «Про затвердження Плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом ЛЗ і виробів медичного призначення» МОЗ, АМН доручено «розробити стандарти лікування, формуляри за основними нозологічними формами захворювань». Серед критеріїв ефективності ФС є підвищення якості медичної допомоги, яке від-

повідно до міжнародної практики досягається шляхом впровадження системи медичної стандартизації. У 2008 році було розроблено та прийнято Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі ОЗ в Україні на період до 2010 року, затверджена наказом МОЗ України від 31 березня 2008 року № 166, де вперше визначено ФС як складову системи медичної стандартизації. Також Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року (наказ МОЗ України від 25 червня 2008 року № 341) розглядає затвердження методики розробки формулярів ЛЗ як фрагмент реалізації даної програми. Завдання створення концептуальних принципів розробки, перегляду, оновлення Державного формуляру ЛЗ, забезпечення його впровадження та супроводу було доручено Центральному формулярному комітету (ЦФК) МОЗ, під безпосереднім організаційно-методологічним супроводом у 2008 – 2009 рр. був розроблений перший випуск Державного формуляру ЛЗ, який затверджено наказом МОЗ України від 17.03.2009 р. №173. Також ЦФК розроблені методологічні засади впровадження ФС забезпечення ЛЗ, які реалізовані в методиці створення формулярів ЛЗ та положеннях про складові та інструменти функціонування ФС (Центральний формулярний комітет, формулярні комітети МОЗ АР Крим, управлінь ОЗ обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, фармакотерапевтичну комісію ЗОЗ, Державний формуляр ЛЗ, регіональний та локальний формуляри ЛЗ). Сьогодні чинним є другий випуск Державного формуляру ЛЗ (наказ МОЗ України від 28.01.2010 р. №59). Впровадження ФС потребує об’єктивної оцінки її дієвості. Відповідно до міжнародної практики надійним інструментом для належної оцінки будь-якої системи є моніторинг. За дорученням МОЗ України ДП «Державний фармакологічний центр» та ЦФК розробили методику моніторингу та оцінки якості ФС на етапі її впровадження, яка включає загальні положення стосовно моніторингу та оцінки дієвості ФС, визначення та обґрунтування рівнів і етапів впровадження системи, перелік і характеристики критеріїв та індикаторів оцінки якості впровадження ФС. Положення Методики відповідають рекомендаціям ВООЗ щодо розробки та впровадження національного формуляру ЛЗ, організації роботи, моніторингу та оцінки діяльності формулярних комітетів ЗОЗ, розробці, впровадженню та моніторингу національної політики щодо ЛЗ, а також чинним нормативним документам України щодо впровадження ФС. Нещодавно завершився етап громадського обговорення проекту вищевказаної методики. Належне впровадження та забезпечення дієвості ФС потребує удосконалення існуючих нормативних актів на державотворчому рівні, тобто внесення наступних змін до Закону про ЛЗ, проект якого подано на розгляд Верховної Ради України – включення до статті 1 розділу І визначення термінів «формулярна система», «формулярна стаття», «Державний формуляр», «лікарський формуляр (формуляр закладу ОЗ)»; включення до розділу ІІ нової статті «Формулярна система ЛЗ».

Висновки: Проведений аналіз свідчить, що існуючі нормативно-правові акти України сьогодні, в цілому, належним чином визначають роль та місце ФС як у фармацевтичному секторі, так і в секторі практичної ОЗ. Представлена нормативно-правова база медичної галузі являє собою адекватну правову основу для вперше створеної в українській системі охорони здоров’я ФС, що розвивається на державному, регіональному та локальному рівнях. Проте із становленням ФС, з появою її нових функцій буде формуватися потреба в удосконаленні існуючих або в появі нових нормативно-правових актів, що є закономірним явищем для системи, що зазнає постійного розвитку. Вже сьогоднішній день підказує перспективу у подальшому вирішенні питань внесення змін до державотворчих актів, зокрема Закону про ЛЗ; нормативного регулювання моніторингу та оцінки дієвості ФС; створення повноцінної розгалуженої мережі регіональних формулярних комітетів та фармакотерапевтичних комісій закладів охорони здоров’я, що сьогодні перебувають на початковому етапі свого розвитку.

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ РОЗВИТКУ І ВИКОРИСТАННЯ ПЕРСОНАЛУ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЗГІДНО З ВИМОГАМИ GDP ТА GPP

Дьякова Л.Ю., Немченко А.С.
Національний фармацевтичний університет

На зламі третього тисячоліття соціальний аспект є об'єктивним і обов'язковим атрибутом діяльності фармацевтичної галузі України. Він став невід'ємною частиною розв'язання соціальних потреб сьогодення та зумовив незаперечну необхідність дотримання аптечними закладами вимог належної практики дистрибуції (GDP) і належної аптечної практики (GPP). При цьому розвиток аптечних закладів закономірно детермінований і взаємопов'язаний з особливо актуальними питаннями усвідомлення значущості людських ресурсів, розвитку їх потенціалу, а також постійного вдосконалення якості на основі синергізму управління персоналом і управління якістю.

Впровадження й дотримання сучасних стандартів якості неможливе без активної участі в цьому процесі персоналу та залучення до забезпечення якості кожного працівника аптеки чи оптової фармацевтичної ланки (фірми). Серед усіх організаційних ресурсів саме людський потенціал містить у собі найбільші резерви для вдосконалення роботи аптечного закладу. Назріла потреба зіставлення й уніфікації функцій управління персоналом з підсистемами системи забезпечення якості (СЗЯ) та розширення категоріальних меж трудової діяльності персоналу до поняття трудова активність. Вимогою сьогодення є впорядкування і систематизація видів внутрішнього навчання та розробка процесної моделі управління розвитком персоналу аптечних закладів в емерджентному середовищі.

Тому метою роботи стало теоретичне та експериментальне обґрунтування процесів формування, розвитку і використання персоналу аптечних закладів при впровадженні вимог належних практик GDP і GPP. Методом моментних спостережень досліджено кадровий потенціал 410 аптек приватної і колективної форм власності, 103 аптек державної і комунальної форм власності, 87 дистриб'юторів лікарських засобів (ЛЗ). Дослідження масиву вибірки проводилося на прикладі аптечних закладів 17 з 27 (63% від суцільного покриття) регіонів України.

За результатами опитування керівників та анкетування працівників встановлено, що управління персоналом до цього часу залишається найбільш слабкою ланкою в загальній системі управління фармацевтичною організацією. Обов'язки по управлінню персоналом переважної більшості аптечних закладів покладені на їх завідувачів або директорів. Зовнішніх фахівців для роботи з персоналом залучають тільки 5,7% дистриб'юторів ЛЗ та 4,7% аптек. Дисбаланс між прямим та зворотним зв'язками в досліджених аптечних закладах перешкоджає оптимальному розгортанню міжфункціональних процесів, обмежує повноцінність взаємовідносин «внутрішній постачальник – внутрішній споживач», відображається на якості фармацевтичної допомоги або якості обслуговування.

Якість керівництва в аптеках державної і комунальної форм власності реалізована на 60,7%, в приватних аптеках – на 73,7%, у дистриб'юторів ЛЗ – на 76,4%. Побудовані на біполярній шкалі семантичного диференціалу графічні профілі керівництва й співпраці для державних і комунальних аптек характеризуються значним розмахом з різко протилежною широкою конфігурацією. Графічні зображення керівництва й співпраці для приватних аптек порівняно вужчі й зміщені у позитивну частину шкали. Аналогічні профілі для дистриб'юторів ЛЗ є однозначно правосторонніми, відносно згладженими та свідчать про узгодженість різних аспектів діяльності їх керівників.

Активність керівників аптечних закладів в обговоренні й розв'язанні сучасних проблем фармації зводиться до участі в семінарах і нарадах. Значно менше управлінців беруть участь у наукових конференціях. Відзначено низьку і навіть одиничну активність керівників у висвітленні своїх досягнень і проблем діяльності на сторінках періодичних видань, внесенні пропозицій до проектів нормативних актів, співпраці з фармацевтичними асоціаціями.

Лише від 8,0% до 11,5% керівників дистриб'юторів ЛЗ спрямовують своє бачення розвитку на створення міцного підґрунтя для впровадження GDP і в найближчій перспективі планують реорганізацію складських зон, автоматизацію процесів відбору й комплектації замовлень, залучення нових підходів до роботи з персоналом.

Діяльність аптек на вищому рівні керівництва має стійку орієнтацію на комерційні інтереси і вбачається такою ж у перспективі розвитку. Узагальнена оцінка професійного вміння персоналу аптек щодо вибору для пацієнта ефективних, безпечних і економічно доступних ліків становить 78,8-81,0% від максимально можливої. Вибір ЛЗ для конкретного пацієнта безпомилково здійснюють 28,0% працівників приватних аптек та лише 8,7% представників державних і комунальних аптек. Невиправдано низькими залишаються обізнаність фахівців щодо ідеології GPP, орієнтованість на якість взаємовідносин персоналу як «внутрішніх постачальників» з «внутрішніми споживачами» та обмежена доступність до засобів пошуку найновішої, об'єктивної і неупередженої інформації про ЛЗ.

Визначення спрямованості внутрішнього навчання персоналу на ефективне функціонування СЗЯ дозволило встановити, що найбільш поширеними видами внутрішнього навчання в аптечних закладах є первинне та спеціальне. Свідомо й виважено до організації періодичного внутрішнього навчання підходять 27,3% керівників аптек та 18,4% керівників дистриб'юторів ЛЗ. Лише 6,8-8,5% управлінців при виникненні організаційних збоїв проводять термінове навчання працівника або задіяної групи. Існуючий підхід керівників до організації внутрішнього навчання унеможливлює реалізацію таких принципів його проведення як безперервність, обов'язковість, дієвість і обмежує відпрацювання рольових характеристик персоналу в керованій і керуючій підсистемах СЗЯ.

У досліджених аптечних закладах відсутня раціонально відпрацьована база для оптимального входження нових фахівців у сферу професійної діяльності з урахуванням внутрішнього середовища організації. Уже на етапі найму та адаптації персоналу не враховується відповідність майбутнього фахівця філософії і стратегії організації. Вимушену організаційну прихильність мають 61,0% працівників аптек та 25,5% працівників дистриб'юторів ЛЗ. Зазначене може нівелювати практичну реалізацію впроваджуваних в організації принципів і вимог належної практики.

Наслідком зазначеного є прояв однієї з негативних характеристик сучасного фармацевтичного ринку праці – значної плинності кадрів, зумовленої, переважно, ініціативою самого персоналу. Фахівець, що працює в державній або комунальній аптеці, звільнюється в середньому 1 раз за 7,4 роки, в приватній аптеці – 1 раз за 3,2 роки, у дистриб'ютора ЛЗ – 1 раз за 4,3 роки. Управління звільненнями в роботі аптечних закладів виражається в індивідуальних, одиничних проявах і найчастіше процес звільнення зводиться до механічного виконання.

На основі проведеного системного аналізу процесів формування, розвитку і використання персоналу GDP- та GPP- орієнтованих аптечних закладів підтверджено доцільність комплексного підходу до управління персоналом зі спрямуванням на виконання соціальних завдань фармацевтичної організації. Отримані результати використані для розробки і впровадження обґрунтованих науково-методичних основ ефективного управління персоналом аптечних закладів при дотриманні вимог належних практик GDP і GPP.

МОДЕЛЮВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЦІНИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІД ФАКТОРІВ РИНКОВОГО РИЗИКУ

Євтушенко О.М., Мнушко З.М., Вельма С.В. Ольховська А.Б., Дорохова Л.П.
Національний фармацевтичний університет

В умовах зростаючої конкуренції на фармацевтичному ринку особливу увагу приділяють ціновій стратегії підприємства, яка відіграє значну роль в формуванні стійкості та конкурентоспроможності організації. Застосування раціонального механізму ціноутворення до різних груп препаратів може дати певні конкурентні переваги. У зв'язку з вищезазначеним, у роботі обґрунтовано підходи до формування ціни на ЛЗ з урахуванням джерел ризику, що мають серйозний вплив на ціну: часовий фактор, якість ЛЗ, рівень обізнаності щодо ЛЗ, наявність в аптеках, частка ринку в грошових та товарних одиницях, вартість оригінального препарату. Досліджено ринок чотирьох фармакологічних груп препаратів, які відносяться до рецептурного та безрецептурного відпуску: протигрибкові препарати для системного використання (група тербінафінів), інгібітори ГМГ КоА-редуктази (аторвастатини та сімвастатини), антагоністи Са (похідні дигідропіридину, амлодипіни). Дослідження проводились з використанням якісних та кількісних методів аналізу, зокрема, статистичного аналізу ринкових даних, методу експертних оцінок, кореляційно-регресійного аналізу. Наприкінці досліджень передбачалось отримати рівняння регресії, за яким можливо визначення адекватної ціни, що співвідноситься з показниками ринку. Так, аналізувались ціни на 39 ЛЗ, що входять до вищезазначених груп препаратів. Для проведення регресійного аналізу ціни було обрано наступні чинники: x1 – показник часового пріоритету (мах 1); x2 – рівень прийнятної якості (мах 10 балів); x3 – обізнаність лікарів та провізорів аптек, %; x4 – пенетрація (наявність в аптеках), %; x5 – частка ринку відносно вищестоячої фармакотерапевтичної групи (%), в грош. од.; x6 – частка ринку відносно вищестоячої фармакотерапевтичної групи (%), в натур. од.; x7 – оптова ціна за дозу оригінального ЛЗ, грн.; Y – ціна за дозу досліджуваного препарату. Для визначення показника часового пріоритету брався до уваги термін присутності на ринку оригінального препарату, його показник дорівнюється 1. Часовий показник препаратів-дженериків визначався як 0.5, 0.25, 0.75 в залежності від кількості років присутності на ринку за період від року реєстрації оригінального препарату до сьогоднішнього часу. Рівень прийнятної якості вимірювався за 10 - бальною шкалою. Рівень обізнаності лікарів та провізорів аптек визначався у відсотках. Наявність ЛЗ в аптеках, частка ринку в грошових та товарних одиницях визначені за даними ринкового аудиту компанії RNBC та даними моніторингу ринку системи «Фармстандарт». З використанням зазначених даних створено імітаційну модель у середовищі Excel, що дозволяє формувати ціну в залежності від ситуації на ринку та в залежності від заходів з комунікативної політики, що плануються, та проведено регресійний аналіз залежності ціни від ринкових факторів. На підставі аналізу ринку виведено рівняння залежності ціни від таких факторів ризику як: термін присутності на ринку, якість ЛЗ, обізнаність фахівців, наявність в аптеках та ціна оригінального препарату. Рівняння регресії має наступний вигляд:

$$\mathbf{Y = -3{,}57745 + 2{,}02846 \cdot x1 + 0{,}51863 \cdot x2 + 0{,}00944 \cdot x3 - 0{,}03458 \cdot x4 + 0{,}25915 \cdot x7}$$

Для перевірки отриманої моделі було використано визначені статистичні параметри, які доводять, що модель інформативна та адекватна.

Використовуючи такий варіант імітаційного моделювання, менеджмент підприємства може обґрунтувати ціну на лікарські засоби, проводити моделювання ринкової ситуації з урахуванням власних заходів та дій конкурентів.

ВИКОРИСТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ПРО ЛІКАРСЬКІ РОСЛИННІ ЗАСОБИ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ ФОРМУЛЯРІВ

Заліська О.М., Мудрак І.Г.*
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Вінницький національний університет імені М.І.Пирогова*

За даними ВООЗ використання рослинних препаратів постійно зростає, їх застосовує у Бельгії 38%, США – 42%, Австралії – 48%, у Канаді – 70%, Франції – 75% населення. В Україні використання лікарських рослинних засобів базується на історичних традиціях і знаннях про лікувальні властивості рослинних засобів. Вимоги до лікарських рослинних засобів встановлені у Європейській фармакопеї, діє спеціальна група Європейської асоціації виробників, яка визначає вимоги, принципи і критерії оцінки фітотерапевтичних засобів. У США створений Національний центр альтернативної і нетрадиційної медицини (NCCAM), який проводить рандомізовані дослідження рослинних засобів і за останні п’ять років отримані належні докази їх ефективності. В Україні затверджений Державний формуляр лікарських засобів, який включає і рослинні препарати. Тому актуальним є використання доказових даних про ефективність, результати фармакоекономічної оцінки рослинних засобів.

Нами обґрунтовано, що основні дані доказової медицини про лікарські рослини наявні у таких міжнародних базах: база Кокрана, що містить систематичні огляди про ефективність рослинних засобів і мають рівень доказів (A-D) за результатами мета-аналізу; база даних NCCAM, що містить спеціальні монографії на лікарські рослини про ефективність і побічні дії лікарських рослин за даними рандомізованих досліджень, які проводилися у США; база даних МедлайнПлас, яка має монографії про ефективність лікарських рослин за даними європейських досліджень при певних захворюваннях.

Аналіз бази даних Кокрана показав, що наявні 27 систематичних оглядів та протоколів щодо застосування рослинних засобів. У базі даних Національного центру альтернативної і нетрадиційної медицини (США) подано монографії про доказові дані щодо 39 лікарських рослин. У базі МедлайнПлас наявні дані про 52 лікарські рослини, також подається доказова інформація про неорганічні та природного походження речовини, які використовуються для лікування. Так, щодо журавлини (Vaccinium macrocarpon) отримано чисельні докази ефективності капсул і соку з рослини для профілактики інфекцій сечостатевої системи у жінок – рівень B, антибактеріальна і антигрибкова дія препаратів з журавлини – рівень C, сік з журавлини знижує рівень кальцію у сечі, підвищуючи рівні магнію, калію та оксалатів, що сприяє попередженню утворенню каменів – рівень C, проте для профілактики інфекцій у дітей з нейрогенним компонентом неефективна – рівень D. У зв’язку з наявністю наукових доказів препарати з журавлини включені у перелік лікарських засобів, витрати на які відшкодовуються (Reimbursement) страховими фондами у європейських країнах.

Для аналізу доказових даних про лікарські рослинні засоби нами виданий інформаційний лист про нововведення в охороні здоров’я (2008), який впроваджений у наукову і навчальну роботу шести вищих навчальних медичних закладів України. Опрацьовані методики фармакоекономічного аналізу гепатотропних рослинних засобів, рослинних препаратів для лікування урологічних захворювань, аденоми простати та інші (2009). Застосування даних доказової медицини і результатів фармакокономічного аналізу про лікарські рослинні засоби сприятиме раціональному використанню ефективних, безпечних та економічно вигідних рослинних препаратів при перегляді Державного формуляру лікарських засобів, створенні регіональних і локальних формулярів у лікувально-профілактичних закладах України.

АНАЛІЗ МЕТОДОЛОГІЇ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЦЕНТРУ З ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

Заліська О.М., Парновський Б.Л.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

В Україні відповідно до рекомендацій ВООЗ „Фокус на пацієнта" реалізується Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України (Наказ МОЗ України від 18.12.2007 № 838), в якій вказується на актуальність впровадження методик фармакоекономічного аналізу (ФА) для оптимізації лікарського забезпечення; перспективність інформатизації у фармації шляхом створення комп'ютерних баз даних. Слід констатувати, що в Україні були прийняті Національний перелік основних лікарських засобів (Постанова КМУ від 2006, 2009), Державний формуляр лікарських засобів (перше, друге видання 2009, 2010), що є вагомим кроком до запровадження формулярної системи. Нашою метою було провести аналіз методології (методів і методик) ФА, які були опрацьовані за останні 10 років в Україні та обґрунтувати доцільність оцінки медичних технологій (health technology assesment – HTA) для забезпечення об'єктивною інформацією про показники „витрати-ефективність" лікарських засобів при впровадженні формулярів. Джерелом інформації були публікації у наукових фахових виданнях „Фармацевтичний журнал", „Клінічна фармація", „Ліки України", „Фармацевтичний часопис", „Фітотерапія. Фармацевтичний часопис", автореферати захищених дисертацій, в яких подані результати саме наукового ФА, також матеріали конференції „Фармакоекономіка: стан і перспективи розвитку", яка проводиться у НФаУ. Наші дисертаційні дослідження за 1999-2003 рр. показали, що у вказаних виданнях кількість статей з фармакоекономіки зросла в 7,3 рази, а з 2001 року почали діяти у журналах постійні рубрики „Фармакоекономіка". За період 2004-2009 рр. опубліковані 87 статей з тематики ФА, формулярного забезпечення та освітніх аспектів фармакоекономіки. В ЛНМУ імені Данила Галицького захищені 1 докторська і 6 кандидатських дисертацій, в яких опрацьовані методики ФА, комп'ютерні бази даних. За 2008-2010 рр. кількість досліджень, представлених на тематичній конференції зросла в 1,3 рази. Основні наукові центри – це НФаУ, ЛНМУ ім. Данила Галицького, на які припадає 78 % публікацій. Провідні напрями ФА в Україні - це захворювання серцево-судинної, бронхолегеневої, шлунково-кишкової, опорно-рухової, сечостатевої систем та інші. Мала кількість методик ФА онкологічних захворювань, туберкульозу, які мають високі показники поширеності, хронічних і рідкісних захворювань, фармакотерапії дітей, геріатричних хворих, тому перспективними є такі об'єкти аналізу. Слід відзначити, що у вітчизняних дослідженнях провідними методами фармакоекономічного аналізу є „мінімізація вартості" та „вартість-ефективність". У 71 % публікацій подається методика обчислення прямих витрат, у 44% - дані доказової медицини, у 8 % - оцінка якості життя методом „вартість-користь". У європейських країнах діють HTA-центри з оцінки медичних технологій, зокрема NICE у Великій Британії, IQWIG у Німеччині, HAS у Франції, Agencja Oceny Technologii Medycznych у Польщі, які узагальнюють інформацію про медичні, соціальні, економічні та етичні аспекти при використанні медичної технології у системній, прозорій, неупередженій формі, щоб надати керівникам охорони здоров'я дані про ефективність витрат лікарського забезпечення. В Україні перспективним є створення Центру з оцінки медичних технологій, який би акумулював результати наукового ФА з формуванням комп'ютерних баз даних і впроваджував їх при перегляді Державного формуляру, регіональних, локальних формулярів, також переліків ліків для компенсації населенню.

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ МИТНОГО ОЧИЩЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ

Зарічкова М.В., Чешева М.В.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Митна діяльність - багатоаспектний процес, успішність якого залежить від успішної реалізації організаційно-психологічних аспектів. Нами методами анкетування, інтерв'ювання та безпосереднього спостереження були досліджені організаційно-психологічні аспекти при проведенні процедури митного очищення фармацевтичної продукції для забезпечення раціональної взаємодії між митним службовцем і митним декларантом (брокером) фармацевтичного підприємства.

Митні процедури, пов'язані з оформленням фармацевтичної продукції, пред'являють до сучасного співробітника митниці ряд специфічних вимог, які були виявлені в процесі наших досліджень. Найбільш важливі серед них наступні: знання основ законодавства; знання специфіки фармацевтичної продукції; знання особливостей культури держав - ведучих фармацевтичних імпортерів України.

В результаті наших досліджень було встановлено, що основними організаційними проблемами в роботі митника при митному оформленні фармацевтичної продукції в Україні є:

1.Недостатє знання законодавства, яке регулює фармацевтичну галузь, що приводить до високих ставок митних зборів; обмеженню практики застосування митних режимів для фармацевтичної продукції, окрім імпорту і експорту; труднощам у визначенні коду фармацевтичної продукції; трудомісткому і складному порядку сертифікації фармацевтичної продукції, яка не призначена для реалізації.

2.Недостатє знання номенклатури і специфіки фармацевтичної продукції (умови зберігання, транспортування, маркування та ін.).

Дослідження також показали, що повсякденне ділове спілкування митного службовця з представниками організацій і фізичними особами - учасниками зовнішньоекономічної діяльності (ЗЕД) також вимагає наступних навиків у професійно-психологічної підготовці: здатність встановлювати контакт з учасниками ЗЕД (представниками фармацевтичних підприємств); уміння налагоджувати міжособисте спілкування наразі конфлікту з представниками фармацевтичних підприємств при порушенні митних правил (за наявності субстандартної або фальсифікованої фармацевтичної продукції); здатність коректувати свої дії при виконанні службових обов'язків та знаходження компромісів; мати навики зняття стресу і поліпшення власного стану для запобігання професійному "вигоранню".

Відсутність професійних вимог до комунікативних і організаційних якостей працівників митниці має негативне значення, оскільки їх діяльність протікає в умовах гострого дефіциту часу, постійного спілкування з великою кількістю клієнтів і т.д. Окрім спеціальних знань митний інспектор повинен володіти іноземними мовами, знати економіку, товарознавство, добре розбиратися в психології спілкування.

Висновок: зважаючи на специфіку здійснення митної діяльності нами виділені основні організаційно-психологічні аспекти процедури митного очищення фармацевтичної продукції. Надалі нами буде проводиться розробка науково-обґрунтованих рекомендацій щодо діяльності при здійснені процедури митного очищення фармацевтичної продукції для працівників митниці, митних декларантів (брокерів), які будуть запропоновані для використання в процесі їх підготовки та практичній діяльності.

АМБУЛАТОРНІ ФОРМУЛЯРИ ЯК ОСНОВА РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кабачна А.В., Кабачний О.Г., Шелкова Е.В., Рогова О.Г.
Харківська медична академія післядипломної освіти

Проблема раціонального використання лікарських засобів, яка буде загострюватися в процесі впровадження медичного страхування, реорганізації охорони здоров'я на принципах сімейної медицини, в умовах дефіциту бюджетних асигнувань і невизначеності механізмів залучення позабюджетних джерел фінансування, є актуальною проблемою вітчизняної охорони здоров'я. Досвід більшості країн світу свідчить про те, що найбільш ефективним засобом раціонального і економного використання бюджетних коштів є впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛПЗ), у тому числі амбулаторій сімейної медицини, формулярної системи. Слід підкреслити, що в світовій практиці формулярна система адресно спрямована саме на лікарів первинної ланки. Теоретично лікар загальної практики – сімейної медицини може використовувати в амбулаторних умовах ті ж самі медикаменти, що і лікар стаціонару. Однак специфікою умов роботи сімейного лікаря є його участь у профілактиці та тривалій фармакотерапії хронічних захворювань в амбулаторних умовах. Саме тому довготривале професійне спілкування сімейного лікаря та пацієнта спонукає до пошуків найбільш оптимальних шляхів використання незначних фінансових ресурсів охорони здоров'я. Безперечною перевагою формулярної системи можна вважати можливість використання як оригінальних лікарських препаратів, так і генерикових. Вказаний підхід орієнтовано на різну купівельну спроможність пацієнтів і, безперечно, буде слугувати забезпеченню економічної доступності призначеної лікарем фармакотерапії. В таких умовах лікар загальної практики – сімейної медицини може брати безпосередню участь у розробці формуляра лікарських засобів, використовуючи власний досвід та досвід своїх колег, дані з літературних та Інтернет-джерел (у тому числі дані доказової медицини) тощо. Подаючи власні пропозиції на обговорення та затвердження фармакотерапевтичною комісією ЛПЗ, що здійснює організаційно-методичне керівництво амбулаторією, сімейний лікар розширює свої можливості впливати на процес ощадливого використання коштів як амбулаторії ЗПСМ, так і коштів пацієнтів. Приймаючи до уваги досить обмежені матеріальні ресурси сімей, специфіку організації медичної та медикаментозної допомоги, реально існуючу недоступність сімейних лікарів до джерел надійної та достовірної інформації про лікарські засоби, а також цілий ряд інших, не менш важливих факторів, ми, опрацювавши досвід іноземних країн, запропонували ввести в практику сімейної медицини таке поняття як рецептурний (амбулаторний) формуляр. Рецептурний (амбулаторний) формуляр – це список необхідних лікарських засобів, які призначені для профілактики і лікування в амбулаторних умовах найбільш поширених нозологічних форм захворювань. Він свідомо обмежується необхідними апробованими лікарськими засобами, які є ефективними с точки зору доказової медицини, мають мінімальні побічні реакції і доступну ціну.

Особливу увагу ми приділяємо розробці амбулаторних формулярів для пацієнтів похилого віку, хворих на цукровий діабет, ішемічну хворобу, серцеву недостатність тощо. Нашою метою є розробка обмеженого за кількістю, але раціонального за змістом переліку лікарських засобів для лікування певного захворювання з урахуванням індивідуальних особливостей кожного хворого. Для допомоги сімейному лікарю авторами підготовлено методичні рекомендації, які містять алгоритм дій лікарів ЗПСМ щодо розробки рецептурних формулярів лікарських засобів.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ КРАЇНИ ЕКСПОРТУ

Карам Ахмед, Мнушко З.М.
Національний фармацевтичний університет

В умовах високого рівня конкуренції на фармацевтичному ринку мірою підвищення загальної розвиненості галузі стає збільшення кількості виробників, конкурентоспроможних на зовнішніх фармацевтичних ринках. У багатьох країнах світу фармація є галуззю, що активно розвивається, та характеризується швидким зростанням промислового виробництва, розширенням асортименту лікарських засобів, що випускаються, розвитком науково-технічної бази, а також високим рівнем конкуренції і насиченості фармацевтичного ринку. Тому вихід країни на зовнішній ринок, збільшення експорту лікарських засобів у більшості країн розглядається як позитивна ситуація в економічному розвитку, а також є шляхом до ефективнішого використання економічного потенціалу і отримання додаткового прибутку. У свою чергу, підприємства, які планують вихід на зарубіжні ринки, зіштовхуються з проблемами, що виникають у процесі роботи з інформацією, зі споживачами ліків, компаніями, агенціями, та іншими операторами ринку, з якими працює підприємство.

При виході підприємства на зарубіжний фармацевтичний ринок головною метою є ефективна адаптація виробництва, технологій і структури фірми, а також продукції, що виводиться на зовнішній ринок, до умов ринкового середовища та вимог кінцевого споживача цієї країни. Також є необхідними дослідження таких напрямів, як зовнішнє середовище країни зарубіжного ринку, структура і динаміка зовнішнього ринку, товар та його імідж на зовнішньому ринку, поведінка і мотивація споживачів, структура можливих партнерів і конкурентів, система руху товару, стимулювання збуту і реклама, система ціноутворення та ціни на певні товари.

Отримання достовірної інформації про зарубіжні ринки є однією з головних проблем при проведенні маркетингових досліджень зарубіжних ринків, що в значній мірі обумовлено національними відмінностями окремих країн. До них відносяться мовні, культурні, (обумовлені ставленням споживачів до імпортного товару), поведінкові (пов’язані з соціальними, психологічними і економічними чинниками зовнішнього ринку), інформаційні (пов'язані з джерелами інформації).

До чинників, які визначають особливості та пріоритетність експортного співробітництва з певною країною, також можна віднести:

• відношення країни до системи ГАТТ/СОТ;

• ступінь входження країни до світової торгівлі (показники експортної, імпортної та зовнішньоторговельних квот, обсяги прямих іноземних інвестицій);

• наявність зовнішньоторговельної стратегії, її вихідні принципи та завдання, узгодженість із пріоритетами розвитку внутрішнього ринку, підтримки національного виробника всередині країни та за її межами, соціального захисту населення країни тощо;

• рівень міжнародної конкурентоспроможності національної економіки, зокрема, відповідність її експорту міжнародним стандартам та вимогам;

• участь країни в інтеграційних союзах з відповідною системою торговельного регулювання в межах об'єднаної спільноти чи поза нею;

• типову практику регулювання експортно-імпортних потоків, що історично склалася в країнах, наявність відповідного інституціонального забезпечення для її здійснення (законодавство, кадри, матеріально-технічна база).

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕРИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ФЛУКОНАЗОЛУ В ТЕРАПІЇ ШКІРНО-СЛИЗОВОГО КАНДИДОЗУ

Кириченко О.М., Кириченко О.А.
Національній фармацевтичний університет

На українському фармацевтичному ринку провідне місце належить генеричним лікарським засобам. Так, згідно з даними систем дослідження українського ринку «Фармстандарт» компанії «МОРІОН», на період із січня по липень 2009 р. частка генериків в загальному обсязі роздрібного продажу в грошових одиницях складає 34,2%, частка оригінальних препаратів - 15,4%. В натуральних одиницях ці показники відповідно складають 31,9% та 3,7%. Перш за все такий стан на ринку обумовлений значно меншою вартістю відтворених копій. Але економічна привабливість генериків втрачає значимість при їх неналежній якості, в тому числі при недостатній клінічній ефективності. Терапевтична нееквівалентність генериків призводить до нераціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я та вважається однією з причин, що стримує впровадження ефективних медичних технологій в клінічну практику. Згідно зі світовими стандартами та з огляду на реальну клінічну практику визначення терапевтичної еквівалентності відтворених копій повинно базуватися не тільки на вивченні біоеквівалентності, але і на дослідженнях клінічної ефективності та безпеки. Економічно обґрунтованим, за висновками експертів, є визначення терапевтичної еквівалентності тільки за оцінкою біоеквівалентності. Проте, тільки наявність комплексу вищезазначених досліджень дозволить провести якісну оцінку генеричних препаратів та визначити оптимальний за фармакоекономічними характеристиками лікарський засіб та в кінцевому рахунку раціонально використати грошові ресурси держави. Метою роботи було визначення оптимального за фармакоекономічними характеристиками лікарського засобу серед препаратів флуконазолу, що застосовувалися при лікуванні шкірно-слизового кандидозу у дітей перших тижнів життя. Матеріали відкритого порівняльного рандомізованого клінічного дослідження представлені в статті «Эффективность различных препаратов флуконазола при лечении кожно-слизистого кандидоза у детей первых недель жизни», Самсыгина Г.А. [http://gyna.medi.ru/ag13005.htm.]. Відповідно до стандартів лікування флуконазол як препарат першого ряду пропонується для лікування кандидозу шкіри та слизових оболонок. В аналізованому клінічному дослідженні застосовували оригінальний препарат флуконазолу – діфлюкан, (Pfizer Int, США) та генеричні – форкан, (Cipla Int., Індія), медофлюкон (Medochemie Ltd., Кіпр). Оцінка клінічної ефективності та безпеки в дослідженні проводилася за такими показниками як частота виникнення рецидивів та переносимість препаратів. За отриманими результатами клінічного дослідження препарати флуконазолу, що вивчались, виявилися не рівноефективними. Так, при використанні медофлюкона відзначали достовірно більш високу частоту виникнення рецидивів (17,2%) ніж при лікуванні форканом та діфлюканом (рецидиви кандидозу відмічались достовірно рідше – відповідно на 5% та 7,4%). За показниками безпеки препарати не відрізнялися. Порівняльну клініко-економічну оцінку препаратів флуконазолу проводили з урахуванням показників клінічної ефективності та курсової вартості лікування за методом «витрати-ефективність». Розрахунки показали, що вартість одиниці ефективності, тобто вартість лікування, що дозволяє в одного хворого з наявністю шкірно-слизового кандидозу зменшити частоту виникнення рецидивів при лікуванні діфлюканом складає 74,20 грн., при лікуванні форканом та діфлюканом – відповідно складає 32,16 та 49,43 грн. Таким чином, проведений порівняльний аналіз показників ефективності витрат дозволив встановити, що як з фармакоекономічної, так і з клінічної точок зору оптимальним є застосування генеричного препарату форкан.

АНАЛІЗ РИНКУ ДИТЯЧИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ

Кобець Ю.М., Панченко А.С.
Національний фармацевтичний університет

Існує тенденція збільшення відсотка захворюваності дітей. Тому нами були проведені дослідження з метою вивчення асортименту дитячих лікарських засобів та їх аналіз на фармацевтичному ринку. Аналіз фармацевтичного ринку України свідчить про те, що на сьогоднішній день на ньому представлені практично всі лікарські засоби для фармакотерапії дитячих захворювань. Питома вага усіх лікарських препаратів, які можуть використовуватися для дітей складає усього від 1 то 54 % від загальної кількості ліків у кожній групі. І хоча на перший погляд дефіциту лікарських засобів для дітей – немає, є вагома недостатність педіатричних форм.

Згідно результатам досліджень було виявлено, що найкращою формою для перорального застосування у дітей є суспензія, її частка на ринку не більш, ніж 22% від реальної потреби. Насамперед переважають таблетовані (67%) та ін'єкційні форми лікарських препаратів, які застосовуються в педіатрії. Не дивлячись на достатню кількість препаратів, діючих на респіраторну систему (128), антибіотиків і противірусних препаратів (50), засобів для лікування гастроентерологічних (44) і ЛОР захворювань (37), алергічних патологій (15), практично вони всі відносяться до генеричних засобів, при цьому педіатри відчувають недостатність сучасних високоефективних препаратів, які уже використовуються закордоном. Аналогічна ситуація із бідним асортиментом знеболюючих, жарознижуючих (29), антигельмінтних препаратів (8), імуностимуляторів (13), вітамінів (22).

Тому, в теперішній час фармацевтичний ринок лікарських засобів для педіатрії в Україні представлений здебільшого закордонними препаратами. Не дивлячись на високу терапевтичну ефективність, дуже часто вони виявляються малодоступними для багатьох верств населення, через високу ціну. З урахуванням структури захворювання дітей необхідно збільшити асортимент вітчизняних лікарських засобів, які використовують для лікування запалення легенів, шлунково-кишкового тракту, інфекційних та алергічних процесів, захворювання сечовивідної системи, засобів метаболічної терапії, адаптогенів.

Маркетингові дослідження проводили у вигляді опитування. Після проведення анкетування, було встановлено що покупці, це переважно працівники віком від 21 до 30 років мали дітей віком від 1 до 3 років. У більшості випадків, для лікування дитини обирали традиційну медицину або традиційну у комбінації з народною. Майже стовідсотково батьки виконують призначення лікаря. Середня вартість покупки в аптеці складає від 50 до 100 грн. Перш за все найважливіший критерій при покупці лікарського засобу для дитини – це ефективність. Ціна займає лише четверте місце. Тому при покупці віддають перевагу імпортним препаратам. Якщо мають можливість обрати синтетичний чи рослинний препарат, то більшість обирає рослинний. Розповсюдженими дитячими лікарськими формами є супозиторії та сиропи. Це пов'язано зі зручністю у використанні.

Основними проблемами практичної педіатрії на даний момент є: розширення списку лікарських засобів, які мають конкретну дозу для дітей; збільшення кількості лікарських форм для дітей раннього віку, які не містять алкоголь; збільшення кількості ліків, які виписуються у вигляді крапель, сиропів, суспензій, супозиторіїв. Отже, український фармацевтичний ринок насичений імпортними дитячими лікарськими формами, оскільки при покупці препарату для дітей перш за все обирають ефективність та безпечність препарату, але це не задовольняє попит щодо вітчизняних лікарських засобів для дітей.

АНАЛІЗ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РИНКУ ПРЕПАРАТІВ ПРОБІОТИКІВ ТА СИНБІОТИКІВ

Кобець М.М., Попова І.О.
Національний фармацевтичний університет

На сьогоднішній день дисбіоз є глобальною проблемою. Згідно з даними світової статистики, 90% населення земної кулі хворіють на дисбіоз. Причиною стрімкого росту дисбіотичних розладів є різке погіршення екології, різноманітність дієтичних добавок, консервантів, барвників у продуктах харчування, перенесені гострі кишкові інфекції, широке застосування антибіотиків та ін. Звертає на себе увагу економічна сторона проблеми. Незважаючи на стрімке зростання сегменту пробіотичних та синбіотичних лікарських засобів на світовому фармацевтичному ринку, широкий асортимент препаратів, здатних впливати на патогенез та клінічні симптоми дисбіозу, як правило, вимагає значних фінансових витрат. На оздоровлення населення з дисбіотичними розладами в Європі та США щорічно витрачаються мільярди євро і доларів. Таким чином, велика поширеність патології диктує гостру необхідність розробки обґрунтованого підходу до корекції порушень, що виникають при дисбіотичних станах, який передбачає раціональне використання ефективних, безпечних і доступних лікарських засобів.

Метою даної роботи є маркетингові дослідження й прогнозування вітчизняного ринку пробіотичних та синбіотичних лікарських засобів для лікування дисбіозу. Згідно Наказу МОЗ України №158 від 22 лютого 2010 р. затверджений Протокол провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування дисбіозу, в якому наведено схему лікування дисбіозу та рекомендовані лікарські препарати для лікування даної патології, спираючись на які ми проводили наші подальші дослідження.

Проведено аналіз асортименту лікарських засобів досліджуваної групи. Сьогодні в Україні зареєстровано 25 торгових назв пробіотичних препаратів, що випускаються 20 фірмами-виробниками. 70% асортименту складають імпортні препарати фармацевтичних компаній із країн ближнього зарубіжжя: ЗАТ “Партнер” (Росія), ТОВ “Бакорен” (Росія), “Вітафарма” (Росія), “Мікроген” (Росія), НВРУП “Діалек” (Білорусія) та далекого зарубіжжя: “Pharmachion” (Болгарія), “Ferrosan“ (Данія), Institut Rosell Inc. (Канада), “Lek” (Словенія), “Biocodex” (Франція), “Genom Biotech” (Індія), “Sanofi-Synthelabo” (Франція), Mili Healthcare (Великобританія), “Merckle” (Німеччина). Тільки 30% займають пробіотики вітчизняного виробництва. Лікарські препарати даної фармакотерапевтичної групи представлені на ринку України у вигляді таких лікарських форм: порошки, краплі, таблетки й капсули. При порівнянні лікарських форм препаратів пробіотиків вітчизняного та закордонного виробництва, останні віддають перевагу випуску пробіотика чи синбіотика у вигляді капсул (39,13%). Переважна форма випуску препаратів вітчизняного виробництва – дозований ліофілізований порошок у флаконах (52,17%). Найбільш конкурентоспроможними є препарати лінекс і біфіформ. У результаті проведеного аналізу встановлені препарати, які мають найбільший попит у населення: лінекс “Lek” (Словенія), біфіформ “Ferossan” (Данія), лактовіт форте Mili Healthcare (Великобританія). Проведена комплексна експертна оцінка пробіотичних та синбіотичних лікарських засобів. Найбільш ефективними, за оцінками фахівців, є лікарські засоби лінекс, біфіформ, лактовіт форте, ентерол, лацидофіл.

Таким чином, пробіотичні засоби є достатньою мірою структурованим сегментом ринку, на якому працюють вітчизняні й зарубіжні виробники, що активно розвивається.

СИСТЕМНОЕ УПОРЯДОЧЕНИЕ РОЛЕВОЙ СТРУКТУРЫ КОМАНДЫ

Кожухова Т.В.
Институт повышения квалификации специалистов фармации НФаУ

Обеспечение качества лекарств связано с рядом изменений в создании, производстве и реализации продукции. Изменения могут касаться: изменений состава; изменений технологии; изменений лекарственной формы; изменений в оборудовании; изменений в производственной зоне и системах обеспечения; перенесения процессов на другой участок.

Одним из факторов, влияющих на эффективность управления изменениями, является формирование эффективной команды, где каждый сотрудник будет выполнять определенную функциональную роль. Команду рассматривают как: (1) определенную совокупность индивидов; (2) каждый из которых обладает уникальными умениями и личностными характеристиками; (3) которые работают вместе; (4) образуя определенную ролевую сетку и структуры власти; (5) стремясь достигнуть целей, выдвинутых организацией, частью которой команда является. Таким образом, группа индивидов, работающих вместе над достижением совместной цели, еще не является командой. Ведущая особенность команды в том, что ее члены взаимозависимы через выполнение определенных групповых ролей. Они определяются характером деятельности в команде и включают следующие роли (по теории М. Белбина): Лидер-Координатор, Лидер-Формировщик, Реализатор, Уборщик, Душа команды, Инноватор, Исследователь ресурсов, Аналитик, Специалист. Структура и адекватность распределения ролей в команде могут быть выявлены и оценены следующим образом:

1. Путем наблюдения за поведением. Лучшим способом оценки ролей индивидов в команде является тщательное наблюдение за их поведением на протяжении достаточно продолжительного периода в разнообразных ситуациях. 2. Посредством самооценки: существует несомненная связь между тем, как человек видит сам себя, его поведением и функционированием. Самооценка наиболее полезна в определении когнитивной или интеллектуальной роли Инноватора или Аналитика. 3. Диагностированием личности. Распределяя роли в команде, методы наблюдения и самооценки можно дополнить тестами на комплексное диагностирование особенностей личности (например, тест Кеттела).

Анализ деятельности команд, создаваемых на фармацевтических предприятиях для проектирования и внедрения изменений, показал, что команды не всегда старательно подбираются и не всегда имеют нужный баланс между необходимыми ролями. Вследствие этого возникают проблемы, связанные с наложением и незаполненностью определенных ролей, что вызывает необходимость сочетать процедуры прояснения ролей и переговоров о них с кадровым доукомплектованием команды.

Системный подход к ролевому упорядочению структуры команды включает такую последовательность действий: прояснить цели и конечный результат деятельности команды; определить конкретные пути достижения целей; решить, какие роли будут выполнять члены команды для достижения целей; пересмотреть характеристики людей в команде, чтобы определить, кто же лучше может выполнять соответствующую роль; достигнуть соглашения относительно того, кто и что будет делать, обращая особое внимание на пересечение (наложение) функций и незаполненность вакансий; приступить к выполнению работы в соответствии с договоренностями; периодически пересматривать ход выполнения работы, обращая особое внимание на недостаточно четко сформулированные аспекты и ролевые конфликты; внести коррективы и достичь новых соглашений относительно того, кто и что будет делать; продолжить процесс согласования, выполнения работ и их пересмотра.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ МЕТОДІВ

Коріневська Г.М., Тригубчак О.В., Яворська Г.П., Равлів Ю.А.
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

В останні роки спостерігається значне зростання асортименту лікарських засобів на фармацевтичному ринку України, які відрізняються складом, формою випуску, дозуванням, способом застосування, показниками ефективності, безпечності, утилітарності, вартості. Це ускладнює процес вибору і раціонального використання препаратів. З метою оптимізації лікарських призначень проводять їх фармакоекономічний аналізу.

Метою нашої роботи було за допомогою методів мінімізації витрат, витрати-ефективність, витрати-утилітарність, загальна вартість захворювання та математичного моделювання запропонувати алгоритми вибору антигіпертензивних препаратів, антибіотиків фторхінолонового та пеніцилінового ряду.

При виборі препарату для раціональної антибіотикотерапії необхідно встановити чутливість збудника, локалізацію запального процесу, можливу взаємодію з іншими лікарськими засобами. Після встановлення діючої речовини потрібно врахувати торгову назву і вартість препарату, форму випуску, дозування і тривалість терапії. Встановили, що для оптимізації застосування препаратів фторхінолонового ряду доцільно використовувати ступеневу терапію. Для препаратів ципрофлоксацину різних виробників встановили мікробіологічну ефективність. Отримані результати показали Цифран (Ranbaxy, Індія) є у 4 рази активнішим щодо E. coli, ніж до S. aureus, адже значення МІК дорівнює відповідно 0,125 та 0,5. Такою ж різницею щодо активності володіє і Ципрофлоксацин-Нортон (Norton, Канада), але його МІК щодо E. coli практично у 8 разів є меншою, ніж МІК до S. aureus, тобто і чутливість до ешерихії (ентеробактерій) є вищою, ніж до стафілококу. При порівнянні значень коефіцієнтів вартість/ефективність можна зробити висновок, що на одиницю ефективності для ірадіації збудника S. aureus необхідно затратити менше коштів при використанні препарату Ципрофлоксацин – Нортон, адже значення його коефіцієнту є нижчим у порівнянні із коефіцієнтами інших аналізованих препаратів. Щодо антибактеріальної активності відносно збудника E. coli, то з фармакоекономічної точки зору найдоцільнішим буде використання препарату Ципрофлоксацин–Новофарм для її еридикації, оскільки коефіцієнт вартість/ ефективність препарату є найменшим , що в свою чергу забезпечує мінімальні витрати для лікування бактеріальних інфекцій, викликаних саме даною ентеробактерією.

В ході вивчення антигіпертензивних засобів першого ряду встановили, що найбільш доцільно використовувати препарати з групи інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту. На основі проведених розрахунків визначили, що з фармакоекономічної точки зору перевагу слід надавати препаратам еналаприлу та лізоноприлу. В подальшому більш детально було проаналізовано лікарські засоби з діючою речовиною еналаприл під торговими назвами ренітек (Merck Sharp & Dohme Idea, Швейцарія), едніт (Gedeon Richter, Угорщина), енап (KRKA, Словенія), енам (Dr. Reddy’s, Індія), для яких коефіцієнт «витрати-ефективність» становив 0,15; 0,06; 0,11; 0,04 відповідно та лізиноприл під торговими назвами лізорил (Ipca Laboratories Limited, Індія) та диротон (Gedeon Richter, Угорщина), для яких коефіцієнти «витрати-ефективність» становили 0,51 та 0,54.

Отже, фармакоекономічні методи аналізу дозволяють оптимізувати фармакотерапію, що зменшує загальні витрати на лікування.

ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІДПРИЄМСТВА В УМОВАХ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ

Костюк Г.В.
ВАТ «Фармак»

Система управління проектами в умовах менеджменту якості, як свідчить світова практика, повинна включати 9 основних підсистем (рис.).

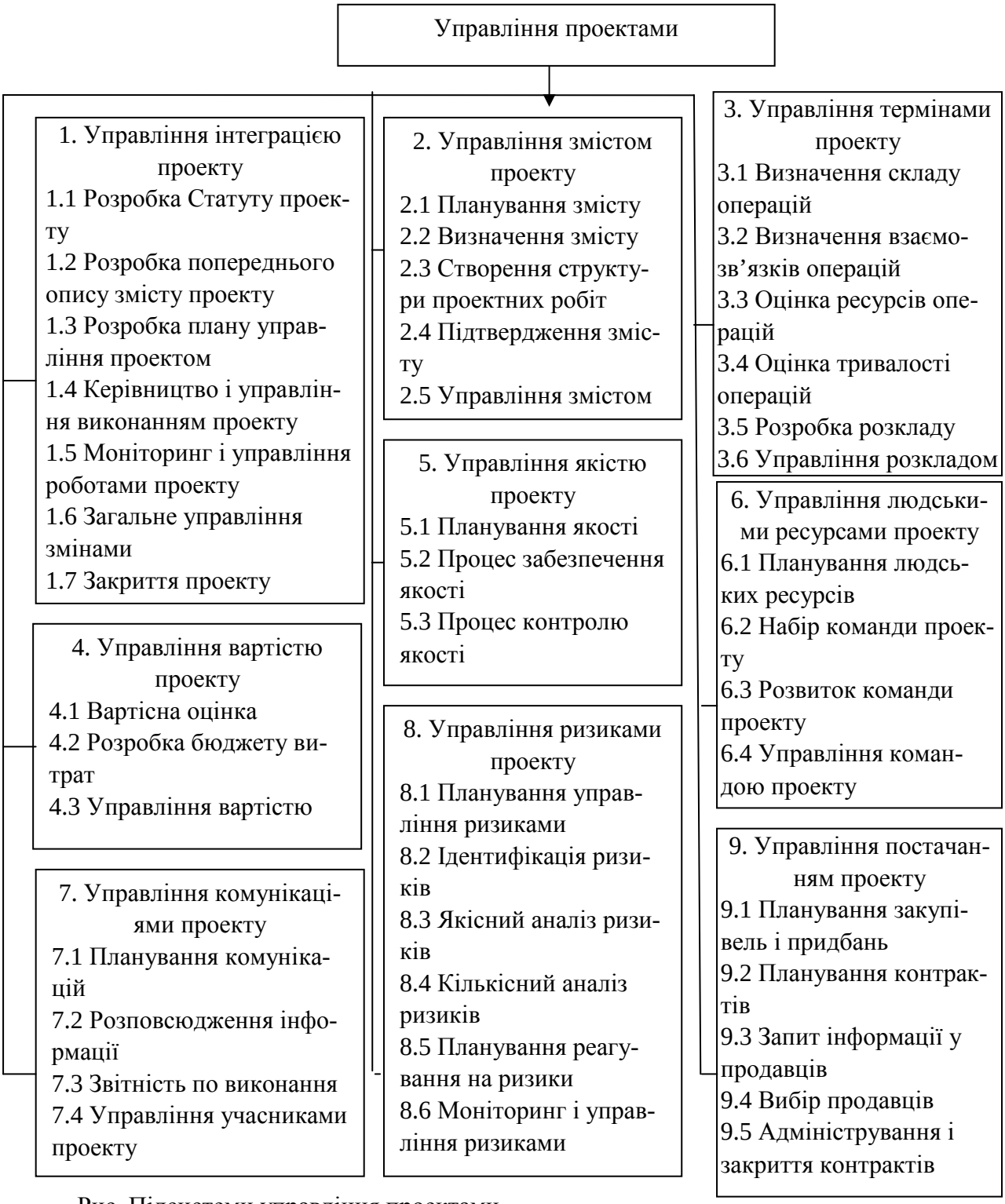


Рис. Підсистеми управління проектами

Центральною підсистемою управління проектами є саме підсистема управління якістю. Під якістю, як правило, розуміють сукупність властивостей і характеристик об'єкта, які зумовлюють його придатність задовольняти явні та неявні потреби споживачів відповідно до призначення. Управління якістю проекту слід розглядати як систему методів, засобів, дій та інструментів, спрямованих на встановлення, забезпечення і підтримку необхідного рівня якості проекту в процесі його розробки, обґрунтування та реалізації.

У практиці управління проектами прийнято виділяти чотири ключових аспекти якості:

1. Якість продукту проекту як відповідність ринковим потребам і сподіванням споживачів. Цей аспект якості досягається завдяки точному та ефективному визначенню потреб і очікувань замовників з метою їх задоволення.

2. Якість розробки і планування проекту. Цей аспект якості досягається завдяки детальній і ретельній розробці самого проекту і його продукту.

3. Якість виконання робіт за проектом відповідно до планової документації. Цей аспект забезпечується завдяки дотриманню відповідності реалізації проекту його плану, а також забезпеченню розроблених характеристик продукції проекту і самого проекту.

4. Якість ресурсів, що залучаються до виконання проекту, що досягається завдяки якісному матеріально-технічному забезпеченню проекту упродовж усього його життєвого циклу.

Практика свідчить, що одним з найважливіших методів управління якістю проектів є верифікація. У проектному менеджменті верифікація – це метод оцінки елементу або продукту наприкінці фази проекту або самого проекту з метою засвідчення того, що він задовольняє визначеним вимогам замовників.

Відповідно до запланованих заходів також повинна проводитися валідація проекту і розробки для того, щоб гарантувати, що кінцева продукція здатна задовольнити вимоги для встановленого або передбачуваного використання, якщо воно відоме. У всіх випадках, коли це є можливим, валідація повинна бути завершена до постачання або застосування продукції. Валідація – це підтвердження на основі надання об'єктивних доказів того, що вимоги до конкретного використання або застосування виконані. Повинні вестися і зберігатися записи результатів валідації і всіх необхідних дій.

Поряд з верифікацією і валідацією проекту важливим методом управління якістю є стандартизація проектної діяльності.

Також, забезпечення якості в процесі управління проектами на фармацевтичних підприємствах повинно досягатися завдяки реалізації таких напрямів:

- розробки стандартів управління проектами та їх подальшого відновлення на рівні підприємства у відповідності зі змінами, що відбуваються у зовнішньому і внутрішньому середовищі підприємства;
- впровадження стандартів в проектну діяльність підприємства;
- контролю за дотриманням вимог стандартів управління проектами.

Управління якістю в системі проектного менеджменту повинно відбуватися на всіх етапах реалізації проекту, починаючи від планування якості проектів до контролю за реалізацією проекту.

Запропонована система управління проектами в умовах менеджменту якості успішно впроваджується на ВАТ «Фармак».

ДОСЛІДЖЕННЯ НОМЕНКЛАТУРИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИГОТОВЛЯЮТЬСЯ В УМОВАХ АПТЕК

Косяченко К.Л.
Національний фармацевтичний університет,
Державна інспекція з контролю лікарських засобів

Серед причин, які призвели до значного скорочення кількості виробничих аптек − відсутність субстанцій та їх висока вартість, постійне зростання витрат (комунальних платежів, орендної плати тощо) при зменшенні обсягів екстемпоральної рецептури, слід назвати й такі як переорієнтація лікарів та пацієнтів на лікарські засоби промислового виробництва, а також агресивне нав'язування нових лікарських препаратів.

Екстемпоральні лікарські засоби ніколи повністю не можуть бути замінені ліками промислового виробництва, що пов'язане з рядом причин:

- для деяких екстемпоральних лікарських засобів немає аналогів серед препаратів промислового виробництва через нерентабельність їх виготовлення, незначну потребу в них або ж вони не мають адекватного дозування для новонароджених, дітей чи людей похилого віку;
- частина пацієнтів потребує саме індивідуального підходу до лікування їх хвороб у той час, коли ліки промислового виробництва розраховані на „середнього" споживача;
- деякі лікарські засоби не мають абсолютно еквівалентних аналогів промислового виробництва через їх нестабільність чи короткий термін зберігання (стерильні розчини для новонароджених – р-ни глюкози 5, 10, 25%, дибазолу 0,01%, кислоти аскорбінової 1% та ін.; р-ни калію перманганату 0,1-0,5%, 2-5% для застосування у новонароджених та обробки опікових поверхонь (термін придатності яких – 2 доби) тощо);
- препарати промислового виробництва містять у своєму складі стабілізатори та регулятори кислотності, використання яких неприпустимо у грудних дітей.

Слід також зазначити, що у наш час все більше уваги приділяється персоналізованій медицині, яка спрямована на лікування конкретного хворого з його індивідуальними особливостями, а не хвороби. Такий підхід до лікування сприятиме підвищенню безпеки охорони здоров'я, а також її профілактичної та клінічної ефективності. Вищевказане відкидає усі сумніви щодо необхідності збереження екстемпоральної рецептури та збереження виготовлення ліків в умовах аптеки. Отже, для збереження виробничої функції аптек слід чітко визначити, які саме ліки необхідно готувати в аптеці. А це передбачає необхідність змістовних досліджень номенклатури екстемпоральних ліків, ступеню потреби у них тощо. Нами проведено дослідження номенклатури лікарських засобів, які виготовляються в умовах аптек у ряді областей України (Запорізька, Луганська, Миколаївська, Вінницька, Рівненська, Чернігівська, Волинська, Тернопільська, Черкаська). Результати цього дослідження вказують, що найбільшу питому вагу в номенклатурі екстемпоральних ліків, що виготовляються лікарняними та міжлікарняними аптеками мають стерильні та рідкі лікарські форми для зовнішнього і внутрішнього застосування, а в аптеках, що обслуговують населення – нестерильні та нестерильні рідкі лікарські форми для зовнішнього і внутрішнього застосування. Тільки в умовах аптек виготовляються стерильні розчини новокаїну 1 і 2%, кальцію хлориду 1%, калію хлориду 7,5%,натрію хлориду 10%, фурациліну 0,01 та 0,02% на ізотонічному розчині натрію хлориду (у флаконах від 10 до 400 мл), етакридину лактату 0,1%, натрію хлориду 10%, дикаїну 1, 2 та 3%, кислоти борної 2 і 3%, а також виготовлені в асептичних умовах розчини коларголу, протарголу 3%, перманганату калію 0,1%, 5, 10% (по 10, 50, 100 та 200 мл).

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ

Косяченко К.Л., Немченко А.С., Коваленко О.В.
Національний фармацевтичний університет,
Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів

У наш час в українському суспільстві дуже гостро постає проблема забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами (ЛЗ). Таке становище значною мірою зумовлене тим, що фармацевтична галузь практично працює в ринкових умовах, тоді як система охорони здоров'я по суті все ще залишається планово-бюджетною. Реформування та ефективний розвиток вітчизняної фармації вимагає посилення державного впливу з метою забезпечення населення доступною, вчасною та ефективною фармацевтичною допомогою, особливо у період кризового стану в економіці країни. Серед комплексу методів державного регулювання (правові, адміністративні, соціальні та економічні) у фармації чільне місце займають соціально-економічні, а саме, ціноутворення на лікарські засоби та реімбурсація їх вартості.

Метою нашого дослідження визначено оцінку ефективності сучасних методів регулювання системи цін на ЛЗ та обґрунтування основних напрямків їх удосконалення.

З огляду на те, що процес формування ефективного механізму державного регулювання цін на ліки є досить складним соціально-економічним завданням, нами було визначено його чотири основні етапи: I (початковий). Встановлення граничного рівня постачальницько-збутової та торговельної (роздрібної) націнки; II (поточний). Моніторинг оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ; III (перспективний). Державна реєстрація оптово-відпускних цін на основні ЛЗ (ОЛЗ); IV (заключний). Впровадження референтного ціноутворення як метода реімбурсації вартості ОЛЗ за умов впровадження обов'язкового медичного страхування.

Наприкінці 2008 р. був введений діючий механізм державного регулювання цін на ЛЗ (I етап). До принципових змін, які можна оцінити позитивно, слід віднести: перехід від змішаного механізму (регіонального та загальнодержавного) до загальнодержавного, який розповсюджений у міжнародній практиці; розділення граничного рівня загальної торговельної націнки на постачальницько-збутову та роздрібну, що дозволило більш чітко контролювати ціни реалізації посередницьких організацій – оптових фірм та аптек; нормативно-правове визначення оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ; суттєве скорочення (більш ніж в 4 рази) Національного переліку ОЛЗ, ціни на які підлягають державному регулюванню, а також відміна дії окремого Цінового переліку.

До негативних чинників I етапу слід віднести норму, яка вивела з-під регулювання вітчизняні ЛЗ вартістю до 12 грн., що сприяло неконтрольованому підвищенню цін на окремі, як правило, найуживаніші ліки. Це підтверджується результатами моніторингу, що проводиться уже відповідно до II етапу і статус якого практично не врегульований нормативно-правовими актами, хоча проект постанови КМУ уже розроблено. Якщо загальні показники приросту роздрібних цін на ОЛЗ за період квітень-грудень 2009 р. склали 13% у середньому, то для вказаних ОЛЗ ці показники визначено на рівні від 28 до 81%% відповідно. Враховуючи, що реалізація ЛЗ звільнена від сплати податку на додану вартість, така негативна тенденція росту оптових та роздрібних цін та зниження рівня їх економічної доступності є недопустимою і потребує нагального втручання держави.

Таким чином, для реалізації основних принципів у формуванні систем оптових і роздрібних цін, а саме обґрунтованості, прозорості і гласності, основними завданнями сьогодення є: проведення систематичного моніторингу цін та показників доступності ОЛЗ; створення системи реєстрації та ведення Державного реєстру оптово-відпускних цін на ОЛЗ, формування інформаційної бази даних вітчизняних та світових цін виробників ОЛЗ.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ АПТЕЧОК ДЛЯ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Краєвська Є.В., Трохимчук О.І.
Одеський державний медичний університет

Для надання першої медичної допомоги використовуються аптечки для подорожей, службових приміщень, домашніх потреб та немовлят, які формуються в аптечках відповідно до наказу МОЗ України від 22 лютого.2010 р. №158. Проте аптечки для відпочинку в роздрібній аптечній мережі відсутні.

Метою нашого дослідження було науково обґрунтувати методологію, основні принципи формування такої аптечки та створення комп'ютерної бази даних її складових.

Нами досліджені функціональні стани відпочиваючих, при яких необхідно надавати першу медичну допомогу у вигляді само- та взаємодопомоги з використанням лікарських препаратів та засобів медичного призначення. Насамперед, надання допомоги при симптомах респіраторної і серцевої недостатності, опіках і відмороженнях, простудах, головних болях, проведення тимчасової іммобілізації кінцівок, первинної обробки ран і накладання тугих пов'язок або джуту тощо.

На базі програмного забезпечення Microsoft Excel 7.0 відпрацьовано алгоритм формування аптечки, який включає визначення місця, способу, пори року і тривалості відпочинку, об'єктивного стану здоров'я, віку, можливих нездужань, захворювань і кількості відпочиваючих. Асортимент аптечки формують перев'язувальні матеріали (бинти, пластирі, вата, серветки тощо), вироби медичного призначення (джут, термометр максимальний, ножиці, гіпотермічний пакет тощо) та безрецептурні препарати наступних груп: кардіологічні (валідол), лікарські засоби седативні рослинного походження, анальгетики, антипіретики, антигіпертензивні центральної дії (раунатин), дихальні аналептики (розчин аміаку), симпатоміметики для системного і місцевого застосування, спазмолітичні, протиалергічні (антигістамінні), для лікування шлунково-кишкових розладів (ентеросорбенти, пригнічення перистальтики), протизастудні, антисептичні для захворювань глотки і гортані, дезінфікуючі для обробки шкіри, ранозагоювальні для топічного застосування, лікарські засоби, що застосовуються при вестибулярних порушеннях, сонцезахисні засоби та репеленти перев'язувальні матеріали (бинти, вата, лейкопластирі тощо), засоби особистої гігієни. Електронна база передбачає отримання інформації про препарати для відповідального самолікування.

Запас всіх безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування розраховується для надання допомоги відпочиваючим протягом 2-3 днів. Крім того, відпочиваючі, які страждають хронічними захворюваннями, повинні постійно мати набір препаратів, що рекомендовані лікарем.

За результатами комплексних досліджень сформована комп'ютерна база даних безрецептурних лікарських засобів і виробів медичного призначення з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 7.0 для формування аптечки для відпочинку, яка дозволяє враховувати основні принципи її формування, індивідуальні потреби відпочиваючих та належної інформації щодо лікарських препаратів для відповідального самолікування.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Краєвська Є.В., Трохимчук О.В.
Одеський державний медичний університет

Розповсюдженими захворюваннями порожнини рота є стоматити, гінгівіти та пародонтити. Одним з основних етіологічних факторів цих захворювань є патологічні процеси, що супроводжуються появою запалення слизової оболонки, зубного нальоту, відкладення зубного каменю, і потребують своєчасного лікування. Дослідження фармакоекономічної складової лікувально-діагностичного процесу, що забезпечує проведення порівняльного аналізу вартості та ефективності стандартизованих схем фармакотерапії, з одночасним обчисленням витрат і переваг стоматологічного лікування є актуальним.

Метою нашого дослідження був фармакоекономічний аналіз стоматологічних лікарських засобів та створення їх оптимального переліку для надання стоматологічної допомоги. За основу нами були відібрані Протоколи надання медичної допомоги за нозологічними формами стоматологічних захворювань згідно з МКХ 10, а саме: стоматит, гінгівіт, сіалоденит, паротит, періодонтит, сифіліс ротової порожнини, актиномікоз, лейкоплакія, пародонтоз, пародонтит, карієс та ін. Далі, для лікування кожної нозологічної форми нами були складені переліки зареєстрованих в Україні лікарських засобів відповідно до Державного формуляру (2009) та Довідника лікарських засобів (2009).

Проведений маркетинговий аналіз визначених переліків лікарських засобів для стоматологічної практики за АТХ- класифікацією показав, що асортимент препаратів становить 64 найменування, з яких 27 вироблялися у зарубіжних країнах (Боснія, Герцеговина, Індія, Ірландія, Канада, Німеччина, Росія, Швейцарія та ін.). Основними пропозиціями на фармацевтичному ринку були препарати хлоргексидину біглюконату, метронідозолу, гекситидину, а також лікарська рослинна сировина (квітки ромашки, трава чистотілу, плоди софори, квітки календули, трава деревію та ін.). Вказані препарати використовуються в стоматологічній практиці у вигляді полоскань і примочок, гелів і паст.

При проведенні досліджень враховували не тільки набутий досвід експертних оцінок, але й особливості епідеміологічних показників захворюваності серед населення, здатність бюджету задовольняти потреби охорони здоров’я, рівень та специфіку надання стоматологічної допомоги у поліклінічних умовах з урахуванням чинників: територіальний принцип, об’єм, досвід лікарів–стоматологів, наявність специфічних захворювань, фактор перемішування людей, структура контингенту хворих (чоловіки, жінки, діти) та ін.

Результати проведеного аналізу цін на вивчені препарати за 2006 - 2010 роки за прайс-листами, що додаються до періодичних видань (Щотижневик „АПТЕКА”, журнал „Провізор”), показали, що з кожним роком оптові ціни майже кожного лікарського засобу зростали з ростом курсу іноземної валюти і збільшувались в середньому на 5%. Найбільш дорогими виявилися лікарські засоби зарубіжного виробництва.

Таким чином, встановлено формулярний перелік препаратів для фармакотерапії захворювань ротової порожнини, який є обмеженим і потребує розширення за рахунок створення нових високоефективних лікарських засобів аптечного виробництва у вигляді гелів, стоматологічних вкладок і паст.

АНАЛІЗ ДОЦІЛЬНОСТІ ВВЕДЕННЯ ПДВ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ

Кричковська А.М., *Громовик Б.П., Стасевич М.В., *Комар В.С., Хоменко О.І., Новіков В.П.
*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Національний університет «Львівська політехніка»

На розвиток фармацевтичного ринку України сьогодні впливає низка факторів, серед яких її вступ у СОТ, кризові явища, недосконалі механізми державного регулювання, обов'язковість стандартів GMP, урядові пріоритети збільшення джерел бюджетних надходжень. Усі вони певним чином впливають на систему ціноутворення. Однак, найважливішою є рекомендація Світового банку привести пільги зі сплати податку на додану вартість (ПДВ) на лікарські засоби (ЛЗ) і вироби медичного призначення (ВМП) у відповідність з європейськими рекомендаціями. Варто зазначити, що в Україні у 2003-2009 рр. уже були спроби законодавців та урядовці щодо впровадження ПДВ на ЛЗ і ВМП, при цьому рівень ставки коливався у межах від 5 до 17%. Вважалося, що введення ПДВ не вплине на значне підвищення цін на ЛЗ внаслідок саморегуляції фармацевтичного ринку. Переконливим доказом слугувало те, що ПДВ використовується у багатьох країнах ЄС. Проте не приймалося до уваги, що населення цих країн захищене системами компенсації вартості придбаних ЛЗ, які нівелюють негативні соціальні наслідки. Як результат, в країнах ЄС за експертними оцінками 10-20% ЛЗ населення купує за власні кошти, а в Україні - понад 80%. Ураховуючи рекомендації Світового банку та необхідність оптимізації надходжень до бюджету, урядом країни з 2011 р. планується введенням пільгової ставки ПДВ (10%) на ЛЗ і ВМП за умов запровадження механізму відшкодування їх вартості для соціально незахищених верств населення за переліком, який має визначатися КМ України.

Завданням цього повідомлення був аналіз зміни вартості ЛЗ і ВМП для кінцевого споживача при введенні пільгової ставки ПДВ та визначення груп осіб, яким показане відшкодування цієї зміни.

Запровадження механізму повного або часткового відшкодування вартості ЛЗ і ВМП для соціально незахищених верств населення потребуватиме перегляду правил виписування рецептів та визначення переліку таких осіб. Це, на нашу думку, мають бути: групи населення та особи із захворюваннями, яким показаний безоплатний або пільговий відпуск ЛЗ за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування згідно з Постановою КМ України від 17.08.1998 № 1303; особи, які отримують державну соціальну допомогу, особи, які не мають права на пенсію, та інваліди відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам»; одинокі матері (батьки), яким призначено державну допомогу відповідно до Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми»; малозабезпечені, у т.ч. багатодітні сім'ї, яким призначено державну соціальну допомогу відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям»; малозабезпечені особи, які проживають разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, та одержують щомісячну грошову допомогу на догляд за ним згідно з Постановою КМ України від 02.08.2000 № 1192; непрацюючі працездатні особи, які отримують щомісячну компенсаційну виплату по догляду за інвалідом I групи, а також за престарілим, який досяг 80-річного віку, згідно з Постановою КМ України від 26.07.96 № 832; фізичні особи, які отримують компенсацію згідно з Постановою КМ України від 29.04.2004 № 558 «Про затвердження Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги»; інші соціально незахищені верстви населення за рі-

шенням територіальних комісії з розгляду спірних питань, пов'язаних із наданням щомісячної адресної безготівкової допомоги окремим соціально незахищеним верствам населення; особи, які знаходяться на лікуванні в державних чи комунальних лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ).

Загальний обсяг продаж ЛЗ в 2009 р. склав 20,4 млрд. грн., з них 3,7 млрд. грн. (або 18,1%) були реалізовані ЛПЗ. Зростання видатків на охорону здоров'я в 2010 р. уможливить збільшення в середньому на 20% закупівлі необхідних ліків за державні кошти.

За даними Держкомстату України питома вага соціальних допомог в доходах населення за 2009 рік склала 22,3%. Унаслідок модульного вибіркового опитування Держкомстатом у жовтні 2009 року 10,5 тис. домогосподарств щодо якості життя населення встановлено, що 22% домогосподарств не змогли купити призначені лікарем ЛЗ і ВМП. При цьому частка працівників, яким нарахована заробітна плата нижче прожиткового мінімуму для працездатної особи у вересні 2009 року становила 11,4 %.

Таким чином, наведені вище дані уможливлюють допущення того, що після введенням ПДВ на ЛЗ нульова його ставка буде стосуватися 30% обсягу їх річної реалізації (20% ЛЗ хворі отримуватимуть у ЛПЗ та 10% купуватимуть в аптеках за соціальними пільгами). Для моделювання зміни вартості ЛЗ для кінцевого споживача при введенні пільгової ставки ПДВ нами обрано 10 ЛЗ, які були лідерами у 2009 р. за обсягом продажу в аптечному та госпітальному сегментах (табл.). При цьому для визначення граничних цін використані чинні принципи державного регулювання.

Модель зміни вартості ЛЗ за умови введення ПДВ

Назва ЛЗ	Обсяг продажу (млн. упак.)	Оптово-відпускна ціна без ПДВ / з ПДВ	Сума в роздрібних цінах, млн. грн.							Зміни		
			до введення ПДВ			після введення ПДВ						
			для ЛПЗ (18,1% реал. упак.)	для населення (решту)	разом	для ЛПЗ (20% реал. упак.)	для населення (10% реал. упак.)	для населення (70% реал. упак.)	разом	в сумі, млн.грн.	у %	у % для 70% упак.
Цитрамон табл. 0,5 № 6	54,9	0,88/1,07	9,6	54,2	63,8	12,9	8,0	61,9	82,9	19,1	129,9	133,8
Натрію хлорид р-н 0,9%-200 мл.	42,9	5,15/6,24	43,9	247,9	291,9	58,9	36,7	282,4	377,9	86,1	129,5	133,2
Вугілля активоване табл.0,5 №10	33,4	0,99/1,2	6,6	37,1	43,7	8,8	5,5	42,3	56,6	12,9	129,5	133,3
Анальгін табл. 0,5 №10	31,8	1,2/1,45	7,6	42,8	50,4	10,1	6,3	48,6	65,1	14,7	129,1	132,9
Аспірин табл. 0,5 № 10	24,1	0,8/0,98	3,8	21,6	25,5	5,2	3,2	24,9	33,4	7,9	130,9	134,8
Аскорбінова к-та табл.0,5 № 12	21,3	6,4/7,74	27,1	152,9	180,1	36,3	22,6	173,9	232,8	52,7	129,3	133,0
Валідол табл. 0,06 №10	17,1	0,94/1,13	3,2	18,1	21,2	4,3	2,6	20,4	27,3	6,1	128,5	132,2
Корвалол 50 мл	13,6	3,74/4,52	10,1	57,1	67,2	13,5	8,4	64,9	86,8	19,6	129,2	132,9
Цефтріаксон-КМП 1,0 №1 фл.	13,5	5,5/6,66	14,8	83,3	98,1	19,8	12,3	94,9	126,9	28,9	129,4	133,2
Перекис водню 3%-100,0 мл	13,5	1,6/1,94	4,3	24,2	28,5	5,7	3,6	27,6	36,9	8,4	129,6	133,4
Усього	х	х	131,2	739,3	870,4	175,6	109,3	841,8	1126,7	256,3	129,5	133,3

Аналіз опрацьованої моделі показує, що вартість ЛЗ з введенням ПДВ для більшості населення зросте щонайменше на 30%. Сьогодні, на думку керівництва МОЗ України, негайний перехід до загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування неможливий внаслідок необхідності формування спільної думки законодавців, громадськості, економістів та лікарів. За відсутності законодавчого поля щодо реімбурсаційної системи зазначене матиме негативні соціальні наслідки, зокрема, зростання витрат на ЛЗ за економії на інших статтях споживчого бюджету, збільшення частки людей, які не зможуть купити призначені лікарем ЛЗ, неадекватне ставлення населення до аптек унаслідок підвищення ціни ліків, зростання емоційної напруженості працівників аптек тощо.

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кустова С.П., Бойко М.О.
ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського АМН України"

Синдром діабетичної стопи є одним із пізніх ускладнень цукрового діабету, що супроводжується розвитком виразково–некротичних процесів і гангреною нижніх кінцівок. Синдром діабетичної стопи становить досить серйозну економічну проблему, як для самого хворого та його родини, так і для суспільства в цілому.

Терапія синдрому діабетичної стопи є багатовитратною і далеко не завжди ефективною. Наприклад, в США для лікування діабетичних виразок, проведення реконструктивних судинних операцій, ампутацій нижніх кінцівок та наступної реабілітації хворих щорічно витрачають понад 500 млн. доларів, у Великій Британії – 13 млн. фунтів стерлінгів. В Україні для терапії лише трофічної виразки в області нижніх кінцівок пацієнту з цукровим діабетом необхідно близько 3000 грн. на місяць, тривалість госпіталізації якого становить в середньому 86–91 день, це на 47% більше, ніж стаціонарне лікування інших ускладнень діабету. Вартість терапії не обмежується лише терміном перебування в клініці, а й включає в себе амбулаторне спостереження. Кількість амбулаторних пацієнтів у 7 разів більша, ніж стаціонарних. Не є секретом той факт, що використання превентивної стратегії лікування пацієнтів на цукровий діабет з високим ризиком дерматологічних ускладнень покращує не тільки загальну якість їх життя, але й знижує вірогідність утворення нових виразкових уражень та кількість ампутацій. Одна з таких стратегічних ланок включає в себе використання топічних засобів з вираженою ранозагоювальною дією, що прискорюють процеси репарації. Згідно досліджень, проведених у хірургічних відділеннях клінік США та Європи, на курс лікування топічним засобом на основі тромбоцитарного фактору росту пацієнту необхідно витратити лише 42 долари, при цьому потреба у препараті складає в середньому 1,5 туби.

Слід відмітити, що застосування інноваційних методів лікування синдрому діабетичної стопи в різних країнах значно варіює. На сьогодні на фармацевтичному ринку України для профілактичного догляду за шкірою стоп у пацієнтів на цукровий діабет та лікування тріщин або гіперкератозів є лише імпортні креми "Геволь" та "Бальзамед", що виробляються фармацевтичними фірмами Німеччини, вартість останніх в середньому становить близько 5 доларів за одиницю. Але використання вищенаведених засобів в Україні при відсутності державної програми щодо лікування пацієнтів з синдромом діабетичної стопи та медичного страхування стає недоступним для більшості пацієнтів з цукровим діабетом. Таким чином, дуже актуальним залишається створення вітчизняних місцевих засобів для профілактики та лікування синдромом діабетичної стопи, а також впровадження їх у медичну практику.

В ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського АМН України" було синтезовано та всебічно вивчено оригінальну сполуку фенсукцинал, яка виявляє комплексну антидіабетичну дію. На основі фенсукциналу розроблено мазь, що має виражений протизапальний та ранозагоювальний ефект за умов цукрового діабету. Мазь фенсукциналу є практично нетоксичною та не чинить будь-якого пошкоджуючого впливу на загальний стан та функцію окремих органів і систем експериментальних тварин. На підставі доклінічного вивчення мазь фенсукциналу може бути запропоновано як для попередження розвитку виразкових уражень шкіри за наявності цукрового діабету, так і для їх терапії. Термін лікування маззю становить 25–30 діб, а орієнтовна її вартість – 10 гривень, що є найбільш прийнятним для вітчизняного пацієнта.

ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ СТАНДАРТУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ДИТЯЧІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ТА СТВОРЕННЯ ФОРМУЛЯРА ДЛЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Майнич Ю.В., Заліська О.М.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Раціональне використання ліків і фармацевтична опіка дітей є актуальними в Україні, оскільки інформація про дитячі лікарські засоби (ДЛЗ) базується в основному на інструкціях для медичного застосування. Нами проведено аналіз 350 інструкцій на антибіотики і виявлено значні відмінності в інформації про показання, протипоказання, побічні реакції на препарати різних виробників, їх дозування залежно від віку, маси тіла, стадії захворювання, що ускладнює надання фармацевтичної допомоги дітям. В Україні Наказом МОЗ України від 17.03.2009 року № 173 прийнятий Державний формуляр лікарських засобів, проте, у даному формулярі наявні препарати більшості виробників, що зареєстровані у фармацевтичному ринку, а це утруднює їх раціональний вибір. Також представлена мала кількість ДЛЗ у дозуваннях для новонароджених і немовлят, які особливо необхідні для фармакотерапії маленьких пацієнтів. Вищенаведене актуалізує створення стандарту інформації про ДЛЗ та Формуляра для дітей, який включатиме обґрунтовано відібрані препарати певних виробників у дитячих дозуваннях, формах. Метою нашої роботи було обґрунтувати структуру стандарту інформації про лікарські засоби для дітей з урахуванням даних Британського національного формуляру для дітей (БНФд), який є зразком для європейських країн. БНФд містить сучасну інформацію для раціонального призначення та використання лікарських засобів за даними доказової медицини і ґрунтується на стандартах лікування, забезпечує належне інформаційне забезпечення лікаря і провізора про схеми лікування, особливості прийому лікарських засобів, їх взаємодію, а також включає ціну препарату, яка є основою для фінансування у системі Національної охорони здоров'я країни. Нами вперше запропонована структура стандарту інформації про ДЛЗ, яка повинна містити такі складові: 1. Дозування препарату залежно від: а) кількості тижнів для новонароджених (до 1 місяця) з урахуванням доношеності плоду; б) маси тіла немовлят з чіткою градацією кратності прийому; в) однократного введення добової дози; г) дозування для кожної дитячої лікарської форми (порошки, таблетки, супозиторії, суспензії, сиропи, розчини, ін'єкції та ін.). 2. Взаємодія з окремими препаратами та групами лікарських засобів. 3. Моніторинг при порушенні функції печінки та нирок у дітей, при вагітності та лактації. 4. Протипоказання з указанням конкретних захворювань. 5. Побічні реакції залежно від частоти виникнення: часто, рідко. 6. Показання та дози: частота прийому для всіх вікових груп дітей залежно від ваги. 7. Особливості розчинення та введення препарату. 8. Міжнародна непатентована назва, лікарська форма, колір, покриття, діючі та допоміжні речовини. 9. Генеричні назви лікарського препарату, які наявні на фармацевтичному ринку України, лікарська форма, діючі речовини (для рідких форм у мг/мл), дані про наявність цукру. За результатами дослідження підготовлені інформаційний лист, який був впроваджений у діяльність Державного фармакологічного центру МОЗ України та Головних управлінь охорони здоров'я Львівської та Івано-Франківської обласних державних адміністрацій, а також наукова пропозиція для включення у Реєстр галузевих нововведень МОЗ України за 2009 рік. Запропоновану структуру стандарту інформації про ДЛЗ доцільно використати при створенні Формуляра для дітей, щоб забезпечити проведення раціональної фармакотерапії, зменшення помилок при призначенні доз препаратів дітям, побічних реакцій та оптимізацію лікарського забезпечення лікувально-профілактичних закладів педіатричного профілю.

СУЧАСНІ ПЕРСПЕКТИВИ ТА ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ ДЛЯ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

Медведєва Ю. П., Должнікова О. М.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Доступність мережі Інтернет, а також все зростаюча потреба в медичній та фармацевтичній інформації призводить до того, що все більша кількість споживачів віддає перевагу цьому інформаційному джерелу.

Також мережа Інтернет має значний потенціал як середовище для дистанційної реалізації засобів аптечного асортименту. Стрімке проникнення фармацевтичного бізнесу в мережу Інтернет створює багато питань стосовно розробки відповідного правового середовища для цього виду діяльності і викликає багато дискусій.

Такий вид електронної комерційної діяльності як дистанційний продаж лікарських засобів (ЛЗ) та інших товарів аптечного асортименту через інтернет-аптеки є досить розповсюдженим в багатьох країнах світу і надає ряд істотних переваг усім учасникам фармацевтичного ринку.

Основна цільова група пацієнтів, які користуються зараз послугами таких аптек за кордоном – це люди з хронічними захворюваннями, яким необхідне постійне лікування, а також споживачі, які мешкають у віддалених районах. З цілого ряду проблем стосовного цього виду діяльності можливо виділити наступні, які потребують подальшого вирішення: порядок ліцензування інтернет-аптек; складність здійснення ефективного контролю і вилучення з асортименту таких аптек фальсифікованих і незареєстрованих ЛЗ; комплекс питань, пов'язаних з дотриманням правил відпустку ЛЗ і заборони на продаж рецептурних ЛЗ без рецепту; попередження порушень, пов'язаних з вільним продажем наркотичних та сильнодіючих ЛЗ; продаж фармацевтичних товарів в інші держави без дотримання законодавчо затверджених для даної країни правил відпуску; порушення режимів зберігання і, відповідно, якості ЛЗ при поштових пересилках; загострення конкурентної боротьби між «реальними» і «віртуальними» аптеками.

На даний час законодавством багатьох країн, в тому числі і вітчизняним, не визначено правовий статус і порядок рекламування та промоції ЛЗ і інших товарів аптечного асортименту через мережу Інтернет, не розроблено та не затверджено вимоги до фармацевтичної інформації, що надається таким чином, а також не існує визначення, яку інформацію, що розміщено в мережі Інтернет, вважати за рекламну. Оскільки значна кількість вітчизняних споживачів відноситься до інтернет-аптек з деякою підозрою, то найбільш популярною та такою, що не викликає питань з правової точки зору, на даний час вважається іміджева реклама, яка розміщена на інтернет-ресурсах реально існуючих аптек. Така реклама спрямована головним чином на підвищення довіри потенційних клієнтів та містить інформацію про наявність ліцензії, адресу аптеки, контактні телефони та інше.

Окремим питанням є розміщення інформації деяких представництв фармацевтичних компаній в соціальних мережах та блогах, контроль за розповсюдженням фармацевтичної інформації, а також правила ведення двохстороннього діалогу зі споживачами через ці мережі, оскільки не існує стратегії урегулювання таких правових питань і досвіду розробки методів спостереження за обміном інформацією в соціальних мережах.

Висновок: Одним з важливих термінових завдань, над яким на даний час необхідно працювати науковцям та урядам багатьох країн, є розробка правил належної практики ведення електронного фармацевтичного бізнесу.

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Мендрік О.А., Заліська О.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В Україні, як і в інших державах, захворюваність злоякісними новоутвореннями лімфоїдної та кровотворної тканини (за МКХ-10 С81-С96) залишається високою. За даними бюлетеню Національного Канцер-Реєстру України №10 (2009), показник захворюваності на лейкемію на 100 000 населення у 2007 році становив 7,9, неходжкінські лімфоми – 4,4, хворобу Ходжкіна – 2,4, множинну мієлому – 1,6. Поширеність та високий рівень смертності, демографічне охоплення різних вікових груп визначають соціальну значимість онкогематологічних захворювань, зокрема, таких як хвороба Ходжкіна та гостра мієлоїдна лейкемія серед вікової групи 15-29 років та хронічна лімфоцитарна лейкемія і множинна мієлома серед людей похилого віку, що зумовлює їх значний фінансовий тягар у структурі витрат системи охорони здоров'я. Забезпечення найбільш раціонального розподілу ресурсів на лікування онкогематологічних захворювань можливе при застосуванні результатів фармакоекономічного аналізу лікарських засобів специфічної дії.

У міжнародних дослідженнях при вивченні антинеопластичних та антианемічних засобів (за АТС-класифікацією L01-L04 та B03) найчастіше використовуються методи фармакоекономічного аналізу «витрати-ефективність» та «витрати-корисність». Аналіз „мінімізації витрат" в онкології застосовується рідко, так як інноваційні розробки в цій галузі, як правило, мають доведену ефективність за одним або кількома показниками. Аналіз «витрати-вигода» використовується рідко через складність оцінки кількості років життя у грошових одиницях.

За даними літератури критерієм ефективності антинеопластичних препаратів у міжнародних фармакоекономічних дослідженнях найчастіше є середня кількість прожитих років у зв'язку з лікуванням. Роки якісного збереження життя (quality adjusted life years, QALYs) – найбільш часто використовуваний параметр аналізу «витрати-корисність». Визначення якості життя проводиться, як загальними опитниками (SF-36, SIP, I-HRQL, NHP), так і специфічними, які більш детально вимірюють специфічні аспекти якості життя, асоційовані з онкологічними захворюваннями (EORTC QLQ-C30, RSCL, FACT scale, CARES) чи певним захворюванням (QLQ-LEU та QLQ-LEU-BMT при лейкемії, EORTC QLQ-MY20 при множинній мієломі). Важливим і складним аспектом є оцінка якості життя хворих на лейкемію, чи інші онкозахворювання, коли діти займають значну питому вагу серед пацієнтів. Діти, які беруть участь у таких дослідженнях, можуть оцінювати стан здоров'я по іншому, ніж дорослі. Крім того, суспільство може мати різну шкалу цінності життя дитини та дорослого пацієнта. Онкогематологічні захворювання є значним соціальним тягарем, який впливає не тільки на інтереси хворого, але і його родичів, широкі соціальні кола, тому фармакоекономічне дослідження повинно включати в себе соціальну перспективу аналізу. Витрати повинні включати як витрати лікувального закладу, так і витрати пацієнта (включаючи неофіційні платежі), а також витрати на непрофесійну допомогу та підтримку сім'ї, в тому числі «нематеріальні витрати», наприклад, психологічні втрати у зв'язку зі стражданнями. Не зважаючи на те, що досліджень з соціальною перспективою досі проводиться мало через їх комплексність та складність, кількість і якість методик економічного аналізу антинеопластичних препаратів постійно зростає. Проте збільшення зарубіжних фармакоекономічних досліджень не може замінити необхідності в адаптації міжнародних даних, що визначає потребу у проведенні вітчизняних фармакоекономічних досліджень антинеопластичних препаратів.

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

Міщенко І.В.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Світовий досвід, а також дослідження в галузі управління персоналом, які проводяться на кафедрі УЕФ ІПКСФ НФаУ протягом останніх років, показують, що важливим елементом професійної компетенції спеціалістів практичної фармації є знання і уміння з психології. Формування бази професійних навичок починає відбуватись на рівні додипломної підготовки у вищих навчальних закладах. Отже і психологічні аспекти професійної діяльності фармацевтичних працівників мають враховуватись у навчальних планах і програмах їх базової підготовки.

Протягом 2008-2010 років на кафедрі УЕФ ІПКСФ НФаУ вивчалась психологічна складова навчальних програм додипломної і післядипломної підготовки спеціалістів фармації. Об'єктом даних досліджень були 38 навчальних планів і програм з підготовки спеціалістів фармації, які проходять навчання у НФаУ (станом на 1.01.2009 року).

Проведений аналіз показав, що питання психологічної підготовки фахівців ураховуються щодо всіх спеціальностей фармацевтичної галузі: 6.03.06.01. – менеджмент; 7.11.02.01. – фармація; 7.11.02.02. – технологія парфумерно-косметичних засобів; 7.11.02.04. – технологія фармацевтичних препаратів; 8.00.00.05. – педагогіка вищої школи; 6.03.05.07. – маркетинг; 7.11.02.06. – клінічна фармація; 6.12.01.02. – лабораторна діагностика; 7.05.02.00. – економіка підприємства; 7.09.29.01. – промислова біотехнологія; 7.00.00.01. – якість, стандартизація та сертифікація, - як на денній так і на інших формах навчання (вечірній, заочній).

Вивчення переліку програм показує, що студенти НФаУ навчаються за 12 психологічними дисциплінами. Серед них представлені як предмети, що стосуються основ психологічних знань - основи психології та педагогіки, основи психології, основи професійної психології, основи соціальної психології, психологія; психологія та педагогіка та професійна психологія, так і конкретних розділів психології прикладного характеру: конфліктологія, психологія управління, психологія спілкування, комунікативні процеси у навчанні. Таким чином, на першому етапі досліджень можна було дійти висновку, що студенти отримують достатньо повний спектр знань стосовно психологічної компетенції, потрібної їм для успішної професійної реалізації.

Проте детальний розгляд змісту навчальних програм показав, що вони містять в основному загальні основи психологічних знань, а також окремі аспекти психології особистості та міжособистісної взаємодії. Для засвоєння базових положень наукових знань з цих питань такий підхід є доцільним.

Однак в змісті програм не зазначаються окремо психологічні аспекти професійної діяльності в галузі фармації. На нашу думку, майбутні спеціалісти мають ознайомлюватись з ними на самих ранніх етапах підготовки, щоб вони могли своєчасно набути достатнього рівня компетенції для самостійної професійної діяльності. Тому було зазначено, що досліджувані навчальні плани і програми потребують подальшого удосконалення за змістом.

Аналіз кількості навчальних годин показав, що у загальному обсязі навчального часу за 1 навчальний рік питома вага окремих психологічних дисциплін складає від 2,97% до 6,29%. Хоча в сумарному вигляді відсоток дещо зростає, кількість навчального часу, що відводиться на опанування психологічних знань студентами з кожної спеціальності, лишається незначним, тому що в програмі їх підготовки передбачається вивчення від 1 до 3, але не бі-

льше різних психологічних дисциплін.

Враховуючи те, що психологічна компетенція спеціалістів фармації потрібна на всіх функціональних ділянках їх праці, незалежно від їх спеціалізації і посади, доцільно було б викладати психологічні дисципліни комплексно і у кількості, однаковій для всіх різновидів фармацевтичних спеціальностей.

Форма контролю знань за досліджуваними програмами передбачається у вигляді диференційованого заліку і дуже рідко - іспиту. Слід зазначити, що для оцінки рівня психологічної компетенції першочергове значення має визначення сформованості практичних навичок, у тому числі уміння логічно відтворювати процеси моделювання професійної поведінки. Тому на нашу думку, є важливим удосконалення форм контролю знань і умінь з практичної психології: збільшення кількості навчальних годин на диференційовані заліки й іспити, застосування тестових випробувань тощо.

Під час вивчення структури викладення навчального матеріалу за досліджуваними програмами привертає увагу значна кількість навчального часу, відведена на самостійне вивчення психологічних дисциплін на денній формі навчання. І зовсім не відводиться часу на практичні заняття. Якщо для заочної форми навчання така ситуація є адекватною, то для стаціонарного навчання, це вбачається непродуктивним підходом.

Загалом, така форма роботи, як самостійне опрацювання навчальної програми має певні переваги, але у випадку вдосконалення психологічної компетенції це вбачається недоцільним, тому що студенти не мають певної базової психологічної освіти і через це потребують інтенсивного контакту з досвідченими спеціалістами - носіями знань та практичного досвіду. Також необхідно звернути увагу на відсутність в програмах виділених окремо питань стосовно психологічних особливостей професійної діяльності фахівців фармації.

Підсумовуючи результати аналізу програм додипломної підготовки спеціалістів фармації стосовно психологічної підготовки нами було зазначено ряд напрямків її удосконалення – кількісних, структурних і якісних, зокрема:

1. збільшити кількість навчальних годин на набуття психологічних навиків і умінь для спеціалістів різних фармацевтичних спеціальностей в рівній мірі;
2. в структурі розподілу навчального часу на вивчення навчальних дисциплін зменшити кількість годин на самостійну роботу і збільшити – на практичні і семінарські заняття;
3. збільшити кількість навчального часу на періодичну оцінку рівня психологічної компетенції, зокрема через удосконалені форми контролю знань, умінь і практичних навичок;
4. паралельно з диференційованими заліками та іспитами застосовувати адекватні форми тестового контролю складових психологічної компетенції;
5. деталізувати конкретний зміст програм за рахунок включення до них ряду питань, які конкретизують психологічні чинники щодо успішної діяльності на різних фармацевтичних посадах. Зокрема було рекомендовано залучення низки елементів, що входять до програм циклів удосконалення спеціалістів фармації.

Висновки: вивчення психологічної складової навчальних програм додипломної підготовки спеціалістів фармації дозволило визначити ряд напрямків її удосконалення.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ СПОЖИВАННЯ ДЕЯКИХ ГРУП АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ІНСУЛЬТІВ, НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Міщенко О.Я., Адонкіна В.Ю.
Національний фармацевтичний університет

Гострі та хронічні форми судинно-мозкової недостатності є однією з головних причин інвалідизації та летальності пацієнтів і становлять як медичну, так і соціальну проблему. В даний час в Україні зареєстровано більше 3 млн. осіб з різними формами цереброваскулярних хвороб, серед яких доля інсульту складає біля 4%. Складність цієї проблеми піднімає актуальність питання ефективних методів профілактики і лікування інсультів. Первинна профілактика інсультів полягає у зменшенні факторів ризику їх розвитку, зокрема вчасне лікування АГ за допомогою ефективних антигіпертензивних препаратів, серед яких значну частину в призначеннях лікарів займають засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему: інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента (ІАПФ) і антагоністи рецепторів ангіотензина II (АРА). У контексті фармакоекономічної оцінки ефективності витрат на лікування цереброваскулярних захворювань доцільним є дослідження обсягу споживання антигіпертензивних препаратів (АГП), зокрема ІАПФ і АРА, і аналіз їх рівня доведеної ефективності для профілактики і лікування інсультів, що і склало мету даної роботи.

Дослідження динаміки споживання АГП, що впливають на ренін-ангіотензинову систему (ІАПФ, АРА), проводили протягом 2006 – 2008 років з використанням ATC/DDD методології. При аналізі рівня доведеної ефективності аналізуємих АГП були використані результати таких фармакоепідеміологічних досліджень: HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation Study), PROGRESS, (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study), ACCESS (Acute Candesartan Cilexetil Therapy in Stroke Survivors Study), Swedish Trial in STOP-Hypertension (Old Patients with Hypertension), та дані мета-аналізу BPLTTC (2003 р.).

Аналіз даних баз доказової медицини свідчить, що засоби, які впливають на ренін-ангіотензинову систему, сьогодні відносяться до найбільш досліджуваних АГП. У більшості клінічних досліджень використовували ІАПФ і АРА як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з діуретиками. Накопичені протягом останніх років дані свідчать, що засоби, які впливають на ренін-ангіотензинову систему, не тільки знижують артеріальний тиск, але й запобігають розвитку несприятливих серцево- і церебро-судинних подій. Результати аналізу споживання груп препаратів, які впливають на ренін-ангіотензинову систему, показали що обсяги споживання ІАПФ значно перевищують обсяги споживання АРА. У групі препаратів АРА споживання залишається стабільно низьким на рівні 0,32–1,38 DDDs/1000/d. Аналіз структури споживання ІАПФ свідчить, що споживання комбінованих препаратів протягом аналізуємого періоду становить 45%-46%. Обсяг споживання комбінацій ІАПФ з діуретиками становить у групі каптоприлу – 86%-91%, еналаприлу – 27,4%-32,5%, лізиноприлу відповідно – 12,3%-17,4%.

Таким чином, встановлені за допомогою ATC/DDD методології обсяги споживання АГП в Україні за 2006-2008 рр. свідчать про значну долю споживання засобів з доведеною ефективністю при АГ, тобто препаратів, що впливають на ренін-ангіотензинову систему. Обсяги їх споживання зростають переважно за рахунок більш комплаєнтних комбінованих препаратів. За абсолютним значенням обсяги споживання інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, як більш дешевих, значно перевищують обсяги споживання антагоністів рецепторів ангіотензина II, вартість яких перевищує вартість ІАПФ.

ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ РИНКУ ОРФАННИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ

Мнушко З.М, Ларченко А.В
Національний фармацевтичний університет

На разі в Україні немає ринку орфанних препаратів, навіть не зареєстровано жодного препарату за вказаною категорією. «Орфанні ліки» — це ліки, призначені для терапії рідкісних захворювань. Лікарським препаратам такого статусу характерно також те, що витрати на їх розробку та виведення на ринок зазвичай не покриваються прибутком від продажів.

Метою даної роботи є вивчення передумов створення ринку орфанних препаратів в Україні.

Критерії привласнення статусу орфанного препарату дещо відрізняються у США та ЄС. Вони полягають у визначенні кількості осіб, які страждають рідкісними захворюваннями і є споживачами цих ліків. У США число таких хворих не повинно перевищувати 200 тис. чоловік ,що живуть в цій країні, а в ЄС — 228 тис. чоловік. Термін винятковості перебування на ринку орфанного препарату в ЄС — 10 років, а в США—7 років. Створення таких лікарських препаратів стимулюється в США наданням податкових знижок у 50% на клінічні дослідження та пільг їх оплат ухвалення рішення за представленим препаратом. У ЄС діє компенсація витрат на процес маркетингового схвалення. В Європі та США перше місце за частотою вживання ліків із статусом «орфанні ліки» займають онкогематологічні хвороби, потім йдуть спадкові патології: акромегалія, хвороба Фабрі, хвороба Гоші, мукополісахаридоз. На третьому місці — природжені і спадкові захворювання центральної нервової системи. Виходячи з критерію поширеності, до рідкісних захворювань відносяться гемобластози і такі пухлини, як рак нирок, надниркових залоз, стравоходу.

З 1983 року до теперішнього часу в США на ринок виведено більше 200 ліків із статусом «orphan drug» До 2010 року в Європі офіційний статус орфанних ліків придбали 569 препаратів (32% онкологія, 16% гематологія, 26% ендокринологія або хвороби обміну речовин, 12% — серцево-судинні захворювання). Гемофілія, муковісцидоз, синдром Дауна, фенілкетонурія, нервово-м'язова дистрофія, целіакія — це найпоширеніші захворювання із списку рідкісних. Загальне число інших рідкісних захворювань коливається від 6 до 8 тисяч в Європі, 80% з них мають генетичне походження, і вони також є хронічними і представляють загрозу для життя. Список рідкісних захворювань постійно збільшується з двох причин: вдосконалення методів діагностики і погіршення екологічної ситуації.

Починаючи з 2001 року, дозвіл на переведення до комерційного продажу було надано близько 50 лікарським засобам в ЄС. Деякі з них були зареєстровані в Україні, але не за статусом «орфанні ліки». Більша частина хворих на рідкі захворювання завозить з інших країн орфанні ліки для особистого користування або через благодійні організації.

Таким чином, з огляду на цільові сегменти споживачів орфанних препаратів формування їх окремої категорії в Україні має соціальне значення. Проблему забезпечення населення орфанними препаратами можна вирішити лише спільно — державою, бізнесом і зусиллями громадських організацій.

МАРКЕТИНГОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ПРИВАБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Мнушко З.М., Ольховська А.Б.
Національний фармацевтичний університет

Важливим засобом створення потужного виробничого підприємства, впровадження передових технологій, розроблення та впровадження антикризових заходів, досягнення стійкого економічного росту є інвестиції. Сьогодні більшість вітчизняних фармацевтичних підприємств відчувають певний дефіцит інвестиційних ресурсів. Цим зумовлюється необхідність створення сприятливих умов до залучення внутрішніх та зовнішніх інвестицій. Зазвичай інвестора цікавлять усі аспекти діяльності підприємства: його соціально-економічне середовище, наявність виробничих потужностей, кадровий склад, рівень менеджменту та маркетингу тощо. Бажання інвестора вкладати свої кошти в розвиток та удосконалення виробництва, збуту, просування лікарських засобів залежить від інвестиційної привабливості суб'єктів господарювання фармацевтичного ринку. Факторами інвестиційної привабливості фармацевтичного підприємства є: цілеспрямованість на інноваційність виробництва; фінансова стійкість; забезпечення соціальної спрямованості; обґрунтована асортиментна політика; конкурентоспроможність лікарських засобів; орієнтація на розширення в майбутньому своєї частки ринку; позитивний імідж та репутація; наявність широкої мережі дистриб'юторів тощо. Знання структури інвестиційної привабливості підприємства дозволить виявити переваги та нівелювати недоліки підприємства, які перешкоджають залученню інвестицій.

Однією зі складових інвестиційної привабливості фармацевтичного підприємства є його маркетинговий потенціал – складові маркетингової системи, яка забезпечує постійну конкурентоспроможність підприємства, економічну та соціальну кон'юнктуру його товару або послуги на ринку, завдяки обґрунтованому плануванню та проведенню ефективних маркетингових заходів у сфері товарної, цінової, збутової та комунікативної політики, а також організації стратегічного планування та контролю. Сутність маркетингового потенціалу полягає в максимальній можливості застосування підприємством усіх інноваційних розробок у сфері маркетингу.

Маркетинговий потенціал передбачає використання різноманітних маркетингових ресурсів та консолідований характер аналітичної, виробничої, збутової, комунікативної складової. Аналітична складова маркетингового потенціалу фармацевтичного підприємства включає маркетингові дослідження зовнішнього та внутрішнього маркетингового середовища, маркетингової інформаційної системи, фірмової та товарної структури ринку, вивчення споживчої поведінки, вибір цільових ринків. Виробнича складова передбачає організацію виробництва нових товарів, розробку нових технологій, управління якістю та конкурентоспроможністю продукції. Збутова складова маркетингового потенціалу – це обґрунтована організація системи товаропросування, сервісу, проведення цілеспрямованої товарної і цінової політики підприємства, формування бренду. Наявність бренду залучає до підприємства не тільки покупців, але й інвесторів. Препарати-бренди сприяють збільшенню коштів підприємства за рахунок повторних покупок лояльними клієнтами. Комунікативна складова передбачає організацію системи формування попиту та стимулювання збуту, персональних продаж, рекламної діяльності, формування громадської думки. Вищевикладене зумовило наші подальші дослідження щодо розробки та впровадження методик аналізу та оцінки маркетингового потенціалу виробничих, оптово-посередницьких фармацевтичних підприємств з метою підвищення їх інвестиційної привабливості.

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ У ФАРМАЦІЇ

Мнушко З. М., Рогуля О. Ю.
Національний фармацевтичний університет

Забезпечення конкурентоспроможності фармацевтичних підприємства ґрунтується на поєднанні принципів цільової маркетингової стратегії, системності та комплексності управління. З позицій маркетингу у фармації пріоритетним є дослідження конкурентоспроможності підприємства і товару.

Конкурентоспроможність — це складна характеристика, яка потребує розроблення як концептуальних засад оцінки, так і базових альтернативних підходів для суб'єктів фармацевтичного ринку з різними формами підприємницької діяльності. Наукове обґрунтування напрямів забезпечення конкурентоспроможності фармацевтичного підприємства передбачає таку послідовність управлінських дій: визначення потенційних конкурентних переваг, оцінку ринкових позицій підприємства, аналіз отриманих результатів, оцінку проблем, визначення цілей та пошук резервів підвищення конкурентоспроможності.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що досить складно визначити універсальний критерій конкурентоспроможності. Складовими конкурентоспроможності підприємства доцільно вважати адаптивність підприємства та швидкість реакції на зміни у зовнішньому середовищі; стійкість власного розвитку і своєчасні позитивні зміни у внутрішніх бізнес-процесах; показники виробничої, маркетингової, фінансової, інноваційної діяльності, кадрової роботи, ефективність організації збуту та просування товару; системне спрямування діяльності на ринковий успіх та утримання конкурентних переваг.

Запропоновано конкурентні переваги класифікувати як зовнішні та внутрішні. Серед зовнішніх необхідно враховувати ємність ринку та її зростання, структуру конкуренції, галузеву норму прибутку, соціальну роль ринку, вплив на навколишнє середовище, відомість торгової марки, репутацію (імідж), юридичні обмеження та ін.. Внутрішніми є якість та характеристики продукції, відсутність аналогічних препаратів, ефективність менеджменту та маркетингової діяльності, клієнтоорієнтованість, якість обслуговування, швидкість відвантаження товару, зручність розрахунків, наявність патентів, ліцензій, квот, інноваційні можливості, ділова активність та адаптивність, кваліфікований персонал та ін..

На відміну від конкурентних переваг резерви є невикористаними можливостями підприємства, а тому процес перетворення резервів у конкурентні переваги є напрямом підвищення конкурентоспроможності. Враховуючи те, що конкурентоспроможність фармацевтичного підприємства є результатом інтеграції елементів виробничо-технологічного та торгівельно-збутового потенціалу, організаційного, фінансово-кредитного, іміджу, бенчмаркингу, товарних ресурсів та якості товарів, інноваційного, інвестиційного, кадрового, управлінського та інформаційно-аналітичного потенціалів, пошук резервів рекомендовано проводити в межах зазначених потенціалів з урахуванням ринкової ситуації на фармацевтичному ринку. Отже, необхідно виконати кількісний аналіз (визначення ринкової позиції підприємства), провести моніторинг показників виробничої, інноваційної, комерційно-збутової діяльності, оцінити наявну ресурсну базу, обрати стратегію розвитку.

Досить часто ускладнення пов'язані зі змінами у зовнішньому або внутрішньому середовищі, з неякісним оперативним управлінням бізнес-процесами. Отже, для досягнення стійкої конкурентної переваги фармацевтичні підприємства повинні комбінувати елементи маркетингових стратегій та ув'язувати з ними ринкову поведінку.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СПОЖИВАННЯ НАСЕЛЕННЯМ АНТИДЕПРЕСАНТІВ

Мнушко З.М., Тіманюк І.В.
Національний фармацевтичний університет

Виходячи з визначення ВООЗ, депресія є поширеним психічним розладом, якому притаманне пригнічення настрою, втрата інтересу або задоволення, почуття провини або низької самооцінки, порушення сну й апетиту, низька енергія і погана концентрація уваги. Депресія є провідною причиною втрати років життя через інвалідність в Європі. Останнім часом антидепресанти стають найбільш споживаними ліками у світі. За даними ВООЗ лікарі всього світу виписують антидепресанти частіше, ніж препарати проти високого тиску, підвищеного рівня холестерину та астми. У 2007 році в США з 2,4 мільярда рецептів 118 мільйонів припадали на ліки від депресії. Для порівняння, на препарати, що допомагають нормалізувати артеріальний тиск, рецептів було виписано лише на 113 мільйонів. Споживання антидепресантів за останнє десятиріччя зросло майже втричі. Проведені дослідження дають змогу встановити ряд факторів та тенденцій, які характерні депресії: 1) депресія приймає масштаб епідемії, на цей час нею вражене близько 121 мільйонів людей в усьому світі; 2) депресія є однією з провідних причин інвалідності в усьому світі; 3) депресія може бути надійно діагностована і вилікувана в первинної формі; 4) лише 25% населення мають доступ до ефективного лікування. В ході дослідження встановлені основні бар’єри, що виникають на шляху надання населенню своєчасної, кваліфікованої допомоги при психічних розладах: відсутність ресурсів (низька платоспроможність населення, відсутність необхідних лікарських засобів, відсутність кваліфікованої медичної допомоги); відсутність високоякісних лікарських засобів у країні (в більшості країн нові високоякісні антидепресанти не пройшли реєстрацію); відсутність соціального страхування (в деяких країнах випадки на захворювання розладами психіки підпадають під державне соціальне страхування, і всі витрати, пов'язані з лікуванням, держава бере на себе). Відповідно до звіту компанії «IMS Health» загальний обсяг продажу антидепресантів за 12 місяців з грудня 2008 по листопад 2009 р., склав 481,3 млрд. дол. США. Лідером за обсягом продажів на світовому фармацевтичному ринку серед груп АТС-класифікації третього рівня була група С10А «Гіполіпідемічні препарати, монокомпонентні». Стабільно на 2-му місці знаходяться препарати А02У «Засоби для лікування пептичної виразки і гастроезофагеальної рефлюксної хвороби», на 3-му – N06A «Антидепресанти». В ході проведення дослідження однією з цілей був аналіз застосування антидепресантів у різних країнах, а саме Франція, Німеччина, Великобританія, Росія та Україна. В більшості країн спостерігається високий рівень лікування, але воно є неприйнятним з точки зору його тривалості або дозування. Так, 65% пацієнтів в Німеччині, які страждають від важкої депресії, отримують неадекватне лікування в порівнянні з 47% в Великобританії. Нами проведено аналіз використання різних активних речовин, на базі яких виготовляються антидепресанти в різних країнах. Отримані дані свідчать про те, що в Україні зареєстрована сама низька кількість діючих речовин; ні в Росії, ні в Україні не зареєстровано діючих речовин N06AF (інгібітори моноаміноксидази, не вибіркові). Одним із основних чинників, що впливають на рівень споживання антидепресантів, є державне регулювання обігу лікарських засобів в країни. Нами виділені окремі чинники, що найбільше впливають як на рівень споживання антидепресантів, так і на рівень їх доступності, та проведено аналіз за різними країнами (Німеччина, Україна, Росія та Мороко). Отримані дані свідчать, що лише в Німеччині існує достатньо суворий контроль за обігом антидепресантів, що пояснює низький рівень захворюваності в цій країні.

ОБГРУНТУВАННЯ ЦІЛЬОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Мнушко З.М., Тутутченко О.В., Пестун І.В., Сотнікова Н.В.
Національний фармацевтичний університет

Стратегічне планування – це особливий вид наукової та практичної діяльності, який полягає в розробці стратегічних рішень, реалізація яких забезпечує ефективне функціонування підприємств у довгостроковій перспективі. Розробка і реалізація стратегії припускає системний аналіз ситуації на підприємстві, що дає можливість керівникові в процесі управління підприємством в реальному часі використовувати нові ринкові можливості, підвищувати конкурентоспроможність і мінімізувати ризики, що виникають в ході розвитку підприємства.

Реалізація стратегічного плану організації є основною умовою ефективної роботи аптечного підприємства в межах довгострокової перспективи. Для цього доцільно в якості інструмента впровадження розробленого стратегічного плану використовувати збалансовану систему показників (ЗСП). Між складовими ЗСП існують чіткі причинно-наслідкові зв'язки, які забезпечують взаємозв'язок стратегічних цілей організації. Після ідентифікації цілей необхідно визначити способи їх досягнення та виявити показники ефективності, що дозволяють відстежувати хід реалізації стратегії й коректувати її, а також забезпечують основу для планування й оцінки діяльності кожного співробітника в аптеці. Залежно від сфери оцінки розрізняють показники ефективності за фінансовою складовою (загальні обсяги продажів, обсяги продажів за сегментами, групами товарів аптечного асортименту, у розрахунку на кожного співробітника, рентабельність продажів, витрати і таке інше); клієнтською складової (кількість клієнтів, частка ринку, середня сума чека, індекс задоволеності клієнта, кількість скарг, наявність програми лояльності клієнтів і таке інше); бізнес-процесами (адміністративні витрати, ступінь запровадження управлінського обліку, кількість інформаційних баз даних, рівень сервісу і таке інше); навчання й розвитку. (кількість співробітників, індекс задоволеності співробітників, плинність кадрів, питома вага співробітників зі спеціальною освітою і таке інше).

Цільові показники ефективності складових ЗСП мають свої особливості, зокрема: цільові показники є своєрідними еталонами, до яких повинна прагнути організація; оцінку цільових показників ефективності необхідно проводити за якісними та кількісними параметрами; при розробці цільових показників доцільно орієнтуватися на показники ефективності лідерів в досліджувальній галузі; цільові показники можуть задаватися на різні періоди; система показників є системою координат, в якій визначається мета у вигляді бажаних значень показників, а план дій відбивається як траєкторія руху до мети, розгорнена в часі. Розробка ЗСП призводить до зміни всього процесу реалізації корпоративної стратегії. Концепцію ЗСП слід розглядати не тільки як систему показників, а як комплексну систему управління, що складається з наступних стратегічних напрямів: досягнення загального розуміння при розробці стратегії; концентрація зусиль всіх співробітників; розвиток лідерства та стратегічного бачення; розповсюдження стратегії на всі організаційні ланки; навчання та розвиток персоналу; постановка стратегічних завдань; створення системи зворотного зв'язку. Слід зазначити, що в процесі реалізації ЗСП необхідно постійно вдосконалювати комунікативні зв'язки між структурними підрозділами в аптечному підприємстві, використовувати систему зворотного зв'язку, а також ефективно мотивувати співробітників.

МАРКЕТИНГОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ОРАЛЬНОДЕЗИНТЕГРИРУЕМЫЕ ТАБЛЕТКИ

Могилюк В. В.
Фармацевтическая корпорация Артериум

Орально дезинтегрируемые таблетки (ОДТ), известные как «orally disintegrating tablets» (FDA) и «orodispersible tablets» (EMEA) представляют собой лекарственную форму (ЛФ), которая используется в качестве системы доставки активного фармацевтического ингредиента (АФИ). В США, Европе и Японии доля рынка фармацевтических препаратов с быстрым высвобождением действующего вещества в полости рта с начала этого десятилетия стремительно выросла и продолжает расти. В 2002 г., по данным «IMS», объем мирового рынка OTC и Rx ЛС составлял приблизительно 850 млн. долл. США. По данным «Choongwae Pharma Corporation» (CWP) на мировом фармацевтическом рынке в 2004 г около 92 % ОДТ препаратов были представлены тремя АТС классами: средства, действующие на нервную систему (50 % в денежном выражении); средства, влияющие на пищеварительную систему (29 %); средства, применяемые при онкологических заболеваниях (13 %). По информации консалтинговой компании «Technology Catalysts International» (TCI), на мировом рынке (состоянием на 2008 г.) более 200 оригинальных и генерических ЛС представлены в форме ОДТ. Согласно информации, которую предоставляет TCI, мировой рынок ОДТ в 2004 г был оценен в 2,4 млрд. долл. США и 3 млрд. долл. — в 2006 г. Основываясь на текущих мировых тенденциях роста, TCI прогнозирует, что емкость мирового рынка ОДТ в 2010 г составит 8 млрд. долл. США. Эта информация согласуется с информацией CWP, со ссылкой на другие информационные источники (Pharm. Commerce; IMSplus). Данные CWP могут служить примером различий темпов роста мирового рынка ОДТ по сравнению с национальными рынками: с 2003 г. по 2006 г. мировой рынок увеличился почти в 2 раза, а рынок Южной Кореи — в 5 раз. В Китае также отмечена активность в разработке и регистрации ОДТ. Как сообщает «Asia Manufacturing Pharma» (7 октября 2008 г.), с конца 2006 г регуляторное одобрение в стране получили 23 препарата в форме ОДТ.

Предлагается взглянуть на ОДТ с точки зрения одного из признанных подходов к принятию решений с помощью маркетинга – с точки зрения среды. Среди элементов среды фармацевтического рынка необходимо отметить нужды и потребности пациента, удовлетворение которых является ключевым, что отмечается в многих общепризнанных определениях (American Marketing Association, 1985; Е.Дж. Мак Карти, У.Д. Перро; Drucker, 1993; The Chartered Institute of Marketing, in Jenner, 2000) такого емкого понятия как «маркетинг».

Для того, чтобы ЛС удовлетворяло нужды и потребности пациентов и при этом было конкурентоспособным, необходимо, чтоб оно имело привлекательный клинический профиль (КП). КП можно декомпозировать на: эффективность; безопасность и побочные эффекты; режим дозирования и способ применения; цену. Все вышеперечисленные составляющие КП сравниваются с КП существующих на рынке препаратов. Использование ЛФ ОДТ, произведенной по соответствующей технологии, дает возможность улучшать составляющие КП для ряда АФИ.

Управление жизненным циклом продуктов (в том числе генерических ЛС) является одной из важных стратегией фармацевтических компаний для удержания рыночной доли и увеличения доходов. С этой целью часто используются системы доставки АФИ, в том числе и ОДТ. ЛФ ОДТ, представляется относительно простым и зачастую мало рискованным инструментом для разработки как генерических версий, так и продуктов, расширяющих линейку

существующих продуктов. Система доставки «ОДТ» может быть использована после окончания срока патентной защиты оригинального препарата, как собственниками оригинального препарата, так и их конкурентами. После окончания срока патентной защиты оригинального препарата из-за вывода на рынок генерических версий оригинальных препаратов по более низкой, конкуренция обостряется. Для увеличения продаж и минимизации конкуренции между подобными генериками, можно использовать различные опции, в том числе: расширение показаний; реформуляцию; перевод из Rx в OTC-группу. Каждая из выбранных стратегий имеет сильные и слабые стороны и определяет тактические действия и направление разработки ЛС.

Логично предполагать, что прогнозируемый рост мирового рынка ОДТ будет происходить за счет национальных рынков. На сегодняшний день фармацевтический рынок Украины еще не насыщен ЛС в форме ОДТ. Согласно мировым тенденциям, расширение использования известных АФИ значительно превосходит использование новых химических соединений. По мнению аналитиков, окончание патентной защиты многих препаратов-бестселлеров в ближайшие годы будет сопровождаться усилением конкуренции на рынке генериков. А отечественные производители, как правило, ориентированы именно на производство генерических препаратов. Уместное использование системы доставки ОДТ при разработке препаратов с дополнительными преимуществами, на фоне однотипных генериков, может позволить производителям выгодно дифференцировать (Джек Траут) свои продукты, т. е. создать объективные причины, в соответствии с которыми потребитель сможет выбирать именно этот продукт, а не продукт конкурентов.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Немченко А.С., Жирова І.В., Кубарєва І.В., Берестова А.І.
Національний фармацевтичний університет

Вперше питання про «рідкісні захворювання» було порушене у 80-х роках минулого століття. На сьогодні ця проблема вкрай актуальна. На планеті нараховується приблизно 1,4 млн. хворих на рідкісні захворювання, тому проблема забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) таких хворих стала життєво важливою для багатьох країн світу.

Рідкісне (орфанне) захворювання – це життєзагрозливе або хронічно прогресуюче захворювання, без лікування якого – летальний кінець чи інвалідизація хворого. У різних країнах межа захворювання, до розряду яких відносять рідкісні, різниться та коливається від 1:9000 до 1:11000 населення. Статистика досліджуваного питання неоднозначна і непередбачувана, тому відсутня. Міжнародні експерти акцентують увагу на тому, що у світі відомо про існування від 5000 до 8000 рідкісних захворювань, для лікування яких практично відсутні ЛЗ, а медичне обслуговування досить дорого коштує. В ході дослідження нами було визначено основні проблеми з якими стикаються пацієнти із рідкісними захворюваннями, а саме: необізнаність про рідкісні захворювання; неправильне визначення діагнозу; надання некваліфікованої медичної допомоги; тривалість очікування перших симптомів; незначна кількість центрів, які можуть діагностувати захворювання; брак соціальної допомоги. Проблеми медичного та фармацевтичного забезпечення існують через такі обставини: недосвідченість медичного персоналу; дорожнеча надання медичних послуг; низька фізична та економічна доступність орфанних ЛЗ, причиною чого є відсутність їх реєстрації в країні, значна вартість лікування й відсутність її реімбурсації.

Під час аналізу законодавчих актів різних країн було визначено сучасні підходи підтримки розвитку орфанних препаратів в країнах Європи та США, що містять: державне субсидування клінічних досліджень; податкові стимули та пільги виробникам; посилений захист патентних та маркетингових прав; створення урядового підприємства для участі у дослідженнях та розробках ЛЗ, що застосовуються для лікування сирітських захворювань (орфанні ЛЗ) та ін. В Україні такі законодавчі акти взагалі відсутні.

Нами також було проаналізовано кількість зареєстрованих орфанних препаратів в країнах Європи (729), в Україні (13) та Росії (66), що свідчить про неможливість задовольнити попит пацієнтів на орфанні ЛЗ, особливо в Україні, та наявність проблеми фармацевтичного забезпечення таких хворих.

Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволило визначити шляхи вирішення порушеної проблеми в Україні, що полягають у створенні, насамперед, законодавчих актів та програм щодо забезпечення хворих на рідкісні захворювання; створенні необхідної інфраструктури, яка забезпечить чітку скоординовану роботу всіх складових системи охорони здоров'я з питань рідкісних захворювань; поліпшенні доступу пацієнтів до лікування і якісного надання медичної та фармацевтичної допомоги; розвитку національної і міжнародної співпраці щодо рідкісних захворювань; збільшенні обсягу знань медичних працівників про епідеміологію рідкісних захворювань; стимулюванні досліджень та інновацій з рідкісних захворювань; розробці нових препаратів і методів лікування; розробці та впровадженні національних протоколів і стандартів діагностики, лікування та моніторингу рідкісних захворювань; розробці програм навчання, що стосуються рідкісних захворювань.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСОГО СТАНУ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПРОБЛЕМ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ АПТЕКИ

Немченко А.С., Косяченко К.Л.
Національний фармацевтичний університет,
Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів

Виготовлення ліків в аптеках має глибокі історичні корені, оскільки саме воно протягом багатьох віків було першим і основним завданням аптек. І сьогодні відмовлятися від нього невчасно та помилково. Аптека, яка не займається виготовляє лікарських засобів не є класичною згідно з історичними традиціями та вимогами сьогодення. Нажаль, у нинішній час виготовленням ліків за індивідуальними прописами лікарів займаються тільки у незначній кількості державних та комунальних аптек. Приватні ж аптеки займаються, як правило, тільки реалізацією лікарських препаратів промислового виробництва. Нормативно-правове регулювання виготовлення екстемпоральних лікарських засобів в Україні здійснюється відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2004 р. № 626 „Про затвердження Правил виробництва лікарських засобів в аптеках", від 19.07.2005 р. № 361 „Про затвердження Змін і доповнень до Правил виробництва (виготовлення) лікарських засобів в аптеках", статті „Екстемпоральні лікарські засоби" (Доповнення 2 до Державної фармакопеї України), а також „Вимог до виготовлення нестерильних лікарських засобів в умовах аптек" та „Вимог до виготовлення стерильних та асептичних лікарських засобів в умовах аптек" (затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3.08.2005 р. № 391). Однією з нормативно неврегульованих на цей час проблем є порядок реєстрації лікарської сировини (субстанцій), використання допоміжних матеріалів і матеріалів первинної упаковки при виготовленні лікарських засобів в умовах аптеки. Отже є нагальна потреба в нормативному акті (такому як, наприклад, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України „Перелік допоміжних речовин і барвників, дозволених до застосування у виробництві лікарських засобів"), який визначає перелік матеріалів, дозволених до застосування при екстемпоральному виготовленні лікарських засобів. З метою визначення сучасного стану аптечного виготовлення лікарських засобів нами було проведене експертне опитування керівників державних та комунальних аптек ряду областей України (Вінницька, Рівненська, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Чернігівська, Волинська, Тернопільська та Черкаська). Всього у вибірку для дослідження потрапило 65 аптек (у т.ч. 9 лікарняних та міжлікарняних). За результатами дослідження встановлено збільшення частки товарообігу по екстемпоральних лікарських засобах у загальному товарообігу вказаних аптек. Так у середньому по аптеках, що обслуговують населення за 2008 і 2009 рр. вона збільшилася на 0,4% (з 6,9 до 7,3%). У лікарняних та міжлікарняних аптеках збільшення частки товарообігу по екстемпоральних лікарських засобах за той же період становило 1,4% (з 15,9 до 17,3%). Дослідженням думок керівників аптек відносно негативної тенденції зменшення кількості виробничих аптек та кількості екстемпоральної рецептури встановлено, що основними причинами такого стану є відсутність підтримки вказаних аптек з боку держави, збитковість та, здебільшого, нульова або низька рентабельність виготовлення екстемпоральних лікарських форм, неможливість створення умов для виготовлення ліків згідно з новими нормами і правилами, особливо в аптеках, розташованих у сільській місцевості, значне зменшення офіційно зареєстрованих субстанцій, що використовуються для виготовлення ліків в умовах аптек. Також слід зазначити, що до виготовлення ліків в аптеці повинні застосовуватися не вимоги Належної виробничої практики (як до лікарських засобів промислового виробництва), а вимоги Належної аптечної практики.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УКРАЇНІ

Косяченко К.Л., Немченко А.С., Коваленко О.В.
Національний фармацевтичний університет,
Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів

У наш час в українському суспільстві дуже гостро постає проблема забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами (ЛЗ). Таке становище значною мірою зумовлене тим, що фармацевтична галузь практично працює в ринкових умовах, тоді як система охорони здоров'я по суті все ще залишається планово-бюджетною. Реформування та ефективний розвиток вітчизняної фармації вимагає посилення державного впливу з метою забезпечення населення доступною, вчасною та ефективною фармацевтичною допомогою, особливо у період кризового стану в економіці країни. Серед комплексу методів державного регулювання (правові, адміністративні, соціальні та економічні) у фармації чільне місце займають соціально-економічні, а саме, ціноутворення на лікарські засоби та реімбурсація їх вартості. Метою нашого дослідження визначено оцінку ефективності сучасних методів регулювання системи цін на ЛЗ та обґрунтування основних напрямків їх удосконалення. З огляду на те, що процес формування ефективного механізму державного регулювання цін на ліки є досить складним соціально-економічним завданням, нами було визначено його чотири основні етапи: I (початковий). Встановлення граничного рівня постачальницько-збутової та торговельної (роздрібної) націнки; II (поточний). Моніторинг оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ; III (перспективний). Державна реєстрація оптово-відпускних цін на основні ЛЗ (ОЛЗ); IV (заключний). Впровадження референтного ціноутворення як метода реімбурсації вартості ОЛЗ за умов впровадження обов'язкового медичного страхування. Наприкінці 2008 р. був введений діючий механізм державного регулювання цін на ЛЗ (I етап). До принципових змін, які можна оцінити позитивно, слід віднести: перехід від змішаного механізму (регіонального та загальнодержавного) до загальнодержавного, який розповсюджений у міжнародній практиці; розділення граничного рівня загальної торговельної націнки на постачальницько-збутову та роздрібну, що дозволило більш чітко контролювати ціни реалізації посередницьких організацій – оптових фірм та аптек; нормативно-правове визначення оптово-відпускних та роздрібних цін на ЛЗ; суттєве скорочення (більш ніж в 4 рази) Національного переліку ОЛЗ, ціни на які підлягають державному регулюванню, а також відміна дії окремого Цінового переліку. До негативних чинників I етапу слід віднести норму, яка вивела з-під регулювання вітчизняні ЛЗ вартістю до 12 грн., що сприяло неконтрольованому підвищенню цін на окремі, як правило, найуживаніші ліки. Це підтверджується результатами моніторингу, що проводиться уже відповідно до II етапу і статус якого практично не врегульований нормативно-правовими актами, хоча проект постанови КМУ уже розроблено. Якщо загальні показники приросту роздрібних цін на ОЛЗ за період квітень-грудень 2009 р. склали 13% у середньому, то для вказаних ОЛЗ ці показники визначено на рівні від 28 до 81%% відповідно. Враховуючи, що реалізація ЛЗ звільнена від сплати податку на додану вартість, така негативна тенденція росту оптових та роздрібних цін та зниження рівня їх економічної доступності є недопустимою і потребує нагального втручання держави. Таким чином, для реалізації основних принципів у формуванні систем оптових і роздрібних цін, а саме обґрунтованості, прозорості і гласності, основними завданнями сьогодення є: проведення систематичного моніторингу цін та показників доступності ОЛЗ; створення системи реєстрації та ведення Державного реєстру оптово-відпускних цін на ОЛЗ, формування інформаційної бази даних вітчизняних та світових цін виробників ОЛЗ.

АНАЛІЗ РЕНТАБЕЛЬНОСТІ ВИРОБНИЧИХ АПТЕК В УКРАЇНІ

Немченко А.С., Косяченко К.Л., Чернуха В.М.
Національний фармацевтичний університет,
Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів

Загальновідомо, що основною метою будь-якого виду економічної діяльності є отримання прибутку, причому у сучасних умовах, які характеризуються обмеженням усіх видів ресурсів, такий прибуток повинен бути максимально можливим. Однією з основних проблем виготовлення ліків в умовах аптеки протягом багатьох років залишається збитковість або вкрай низька рентабельність вказаного виду діяльності. Ця проблема загострюється за умов відсутністю будь-якої державної підтримки виробничих аптек.

Нами проведено дослідження рентабельності 65 виробничих аптек у Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Вінницькій, Рівненській, Чернігівській, Волинській, Тернопільській та Черкаській областях нашої країни. При цьому встановлено, що середня рентабельність виробничих аптек, які обслуговують населення у 2008 р. становила 1,68%, а в 2009 р. – 1,92% (приріст за рік – 0,24%). У досліджуваних виробничих аптеках, які обслуговують як населення, так і лікувально-профілактичні заклади за вказані роки виявлена тенденція зменшення середньої рентабельності з 3,39% у 2008 р. до 2,75% у 2009 р. (зменшення за рік – 0,64%). Додатково нами також була проаналізована саме рентабельність виготовлення ліків у вказаних аптеках. Більшість з аптек, що обслуговують населення і які надали відповідну інформацію – мають нульову рентабельність чи збитки за підсумкам виробничої діяльності. Так, наприклад, по Запорізькій області у 2008 р. з 10 аптек – 5 мали нульову рентабельність виготовлення ліків в умовах аптеки, у 2009 р. одна з цих аптек мала рентабельність 2%, а чотири так і не почали отримувати прибутку від виробничої діяльності. По Рівненській області 3 з 19 аптек, що досліджувалися, у 2008 р. були збитковими, а 13 – мали середню рентабельність на рівні 4,5%. Не змінилася ситуація й у 2009 р. За перший квартал 2010 р. середня рентабельність аптечного виготовлення ліків у Рівненській області становила 3,8%. У Волинській області у 2009 р. середня рентабельність аптечного виготовлення ліків становила 0,3%. Про нерентабельний характер виготовлення лікарських засобів в аптеках свідчать і дані аптек Луганської та Тернопільської областей. При цьому була виявлена тенденція зростання середньої частки виробничих витрат у загальних витратах аптек. По аптеках, що обслуговують населення вона зросла з 11,7% у 2008 р. до 12,70% у 2009 р. (на 1%), а по аптеках, що обслуговують і населення, і лікувально-профілактичні заклади – з 17,3% до 20,2% (на 2,9%).

В завдання дослідження також входив аналіз тарифів за виготовлення екстемпоральних лікарських засобів. З 65 досліджуваних аптек 4 відомчі та міжлікарняні аптеки не користувалися тарифами (м. Київ, Чернігівська та Черкаська області). 16 аптек (26,2%) користувалися тарифами, розробленими самостійно, а 45 (73,8%) – використовували тарифи розроблені обласними комунальними підприємствами „Фармація”. На сьогодні, згідно з Господарським кодексом України (ст. 67, ч.3), аптеки як юридичні особи встановлюють ціни на свою продукцію самостійно. У нинішніх, дуже мінливих економічних умовах, аптеки мають переглядати свої тарифи з періодичністю один раз на рік. Як свідчать наші дослідження, 31,8% аптек не переглядали свої тарифи три й більше років (у 6,8% аптек діють тарифи розраховані ще у 1996-1998 рр.), 36,4% аптек останній раз переглядали тарифи два роки тому і тільки 31,8% аптек переглядали їх минулого року.

На нашу думку, виходячи з того, що аптек, які займаються виготовленням екстемпоральних ліків залишилася невелика кількість у кожній області, слід переходити спершу до розрахунку регіональних (обласних) тарифів, а надалі – до впровадження загальнодержавних тарифів за виготовлення ліків в умовах аптеки.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Немченко А.С., Назаркіна В.М.
Національний фармацевтичний університет

Сучасний етап розвитку України характеризується значними динамічними змінами у політичній, соціально-економічній сфері, трансформацією суспільних відносин, що супроводжується реформуванням організаційної структури державного управління та нормативно-правової бази. Недосконалість чинного законодавства у сфері фармації, неврегульованість та неузгодженість дій органів державного управління на загальнодержавному та регіональному рівні, дублювання органами влади контрольних функцій справляють негативний вплив на організацію та регулювання фармацевтичної діяльності, що врешті-решт, відбивається на ефективності та якості фармацевтичного забезпечення населення.

Фармацевтична галузь є стратегічно важливою складовою макроекономічного комплексу України. Фармацевтична діяльність за своєю сутністю є значущою як для соціальної сфери, так і для розвитку економічного потенціалу і забезпечення національної безпеки країни. Особливості організації та регулювання фармацевтичної діяльності в Україні обумовлені різними чинниками, у тому числі геополітичним статусом держави. Україна фактично є часткою європейського простору, одночасно виступаючи учасником СНД. Процеси глобалізації певною мірою торкнулися фармацевтичного ринку України, багатополярна структура світової економіки диктує необхідність гармонізації стандартів якості на базі передового досвіду Європи, Росії, США. На нашу думку, основною проблемою державного регулювання фармацевтичної діяльності в Україні є відсутність системного підходу до обґрунтування сучасних принципів та механізмів, адекватних соціально-економічній ситуації, що склалася.

Аналіз принципів організації закордонних систем охорони здоров'я і фармації свідчить про значні відмінності у механізмах державного регулювання та контролю фармацевтичної діяльності. При формуванні ефективної державної політики у сфері обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності важливо використовувати позитивний досвід різних країн з обов'язковим урахуванням національних особливостей, стану розвитку економіки, а також пріоритетів у соціальній сфері.

Таким чином, пріоритетними напрямками оптимізації системи державного регулювання та контролю фармацевтичної діяльності виступають:

використання системного підходу у практиці державного регулювання фармацевтичної діяльності (на загальнодержавному та регіональному рівні), забезпечення зворотного зв'язку між суб'єктами та об'єктами управління;

створення ефективної системи стандартизації, ліцензування та постліцензійного нагляду у сфері обігу ЛЗ та фармацевтичної діяльності;

впровадження міжнародних стандартів регулювання фармацевтичної діяльності в контексті інтеграції вітчизняної фармації до світового співтовариства,

створення ефективної системи нагляду за функціонуванням систем забезпечення якості на всіх етапах обігу лікарських засобів (GMP,GDP.GPP,GLP,GCP,GRP); приєднання України до міжнародної системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S).

Враховуючи відсутність поняття «фармацевтична діяльність» у національних нормативних документах та виходячи з важливості формування наукових підходів до розуміння його сутності для підвищення ефективності державного регулювання, нами внесено даний термін до проекту Закону України «Про лікарські засоби».

МЕТОДИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ СТРАХОВОЇ РЕЦЕПТУРИ ЯК ВАЖЛИВОГО ПОКАЗНИКА РОБОТИ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЗА УМОВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Немченко А. С., Панфілова Г. Л., Хіменко С. В., Єрко О. К.
Національний фармацевтичний університет

У вітчизняній охороні здоров'я аптечним закладам традиційно була притаманна досить активна позиція у збереженні та підтримці здоров'я громадян незалежно від їх соціального та матеріального статусу в суспільстві. За умов існуючої бюджетно-адміністративної моделі фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я і фармації хронічний дефіцит коштів, необхідних для реалізації державних гарантій з надання безоплатної та пільгової фармацевтичної допомоги соціально незахищених верствам населення, призвів до повної втрати аптеками соціальної функції. У свою чергу запровадження нових з організаційно-правової та соціально-економічної точок зору страхових відносин може мати досить непередбачувані для аптечних закладів наслідки. Тому розробка організаційних засад ефективного функціонування аптек як суб'єктів страхових відносин за умов медичного страхування має важливе соціально-економічне значення.

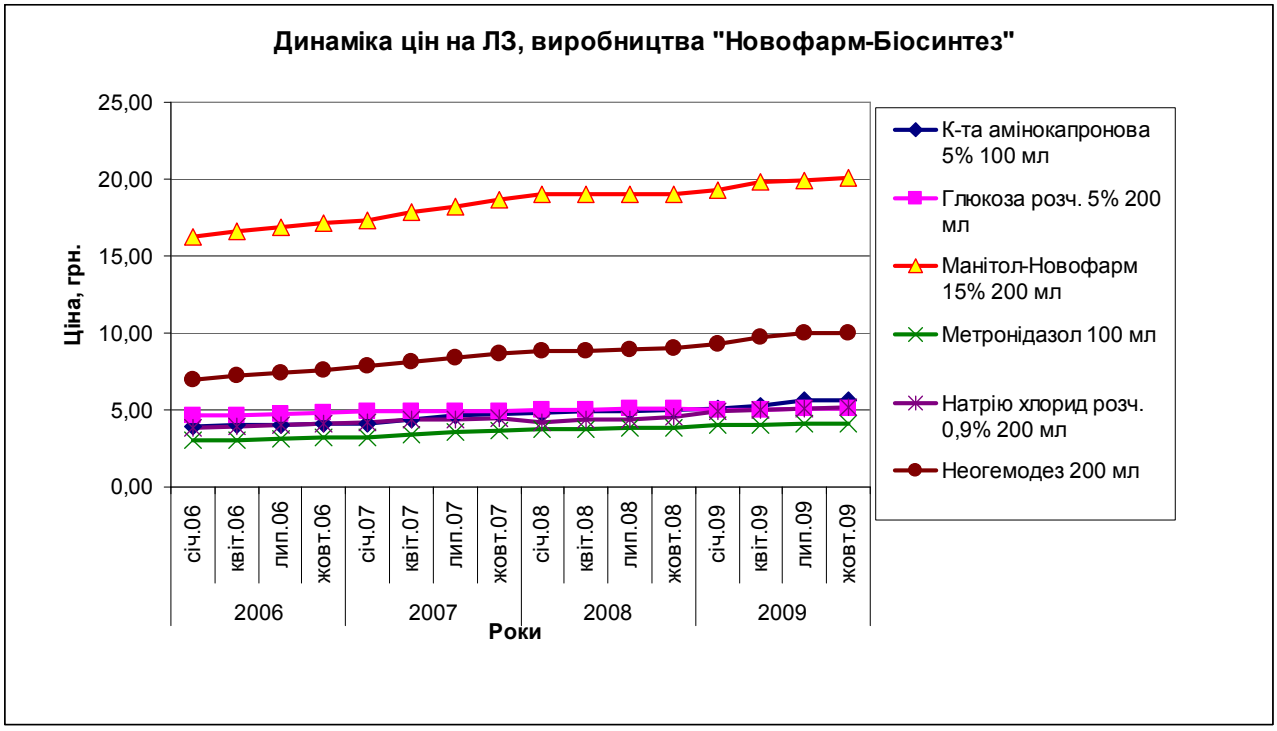
Метою наших досліджень є розробка методики функціонування страхової рецептури за умов впровадження обов'язкового та функціонування добровільного медичного страхування. У 1992 році колективом науковців під керівництвом проф. Немченко А.С. запропонована концепція забезпечення населення ліками в Україні в умовах страхової медицини, до основних складових якої відносилася й модель функціонування страхової рецептури. На жаль, унаслідок дії об'єктивних політичних і фінансово-економічних чинників вона так і не була реалізована. На підставі вже згаданої концепції забезпечення населення ліками в Україні в умовах страхової медицини та із урахуванням сучасного стану організаційно-економічних досліджень, що проводяться науковцями на кафедрі ОЕФ нами опрацьована методика функціонування страхової рецептури. Методика функціонування страхової рецептури складається з двох підсистем: організаційно-структурної та ресурсно-адміністративної. Домінуючий характер реалізації у розробленій методиці страхової рецептури має така складова фармацевтичної допомоги й послуги, як «процес забезпечення населення ЛЗ і ВМП», тобто рецептурний відпуск ліків і ВМП за повну вартість, безоплатно та на пільгових умовах за страховими рецептами відповідно до законодавчо затверджених переліків груп населення і категорій хворих. До допоміжних складових за характером їх реалізації у запропонованій методиці належать «фармацевтична етика й деонтологія», «фармацевтична опіка» з її складовими – «фармацевтичною діагностикою» та «фармацевтичною профілактикою». Перша підсистеми розробленої методики функціонування страхової рецептури містить законодавчо-нормативну, адміністративно-управлінську, організаційну, фінансово-економічну, просвітницьку, кадрову та інформаційно-статистичну складові. Друга підсистема має назву «Ресурсно-адміністративної» і передбачає на меті розробку шляхів ефективної реалізації вищенаведених складових першої підсистеми запропонованої методики функціонування страхової рецептури. Впровадження методики функціонування страхової рецептури дозволить будувати ефективні відносини між суб'єктами страхових відносин за умов впровадження обов'язкового та функціонування добровільного страхування. Соціальне значення має функціонування ефективних механізмів реімбурсації вартості використаних ЛЗ відповідно до стандартів фармакотерапії, що формують основний страховий перелік ліків.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ВИРОБНИЦТВА ТОВ «НОВОФАРМ-БІОСИНТЕЗ»

Немченко А.С., Подколзіна М.В., Заріцька Г.М.
Національний фармацевтичний університет

Ціноутворення на лікарські засоби завжди було актуальною темою для вивчення, а під час фінансової кризи привертає особливу увагу науковців та практиків. Додатково до проблеми ціноутворення на лікарські засоби була привернута увага усього суспільства під час пандемії грипу H1N1 у грудні 2009р., коли роздрібні ціни на ліки різко були підняті, а на окремі препарати вони стрімко зросли у декілька раз, що потребувало негайних дій уряду по стриманню цього процесу.

Ціна на лікарські засоби у аптеці залежить від початкової ланки – оптово-відпускної ціни виробника або імпортера, тому нами досліджені зміни цих цін на таку продукцію виробництва ТОВ «Новофарм-Біосинтез»: кислота амінокапронова розч. 5%-200 мл; глюкози розчин д/інф. 5% - 200 мл; натрію хлориду розч. д/інф 0,9% - 200 мл; манітол-Новофарм 15% - 200 мл; метронідазол 0,5% 100 мл та неогемодез 200 мл. за останні чотири роки.



За даними графіку, ціни на лікарські засоби, виробництва «Новофарм-Біосинтез» зростали поступово та без різких коливань. Коефіцієнт росту ціни по роках становив у 2006 році - 1,02; у 2007 - 1,027; у 2008 - 1,011; та у 2009 - 1,018 відповідно, а середній темп зростання цін склав 1,019.

В той же час індекс інфляції по роках дорівнював у 2006 р - 111,6; 2007 - 116,6; 2008-122,3, та 2009 - 112,3. Таким чином темпи зростання цін на лікарські засоби виробництва «Новофарм-Біосинтез» були нижчими за темпи інфляції протягом усього досліджуваного періоду на 10-16%.

Дослідження динаміки об’єму продажів розчину глюкози 5% - 200 мл та натрію хлориду 0,9% - 200 мл, у 2008-2009 роках показало, що попит на ці номенклатурні позиці був стабільний і об’єми їх продажу мали тільки сезонні коливання.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ СТЕНОКАРДІЇ

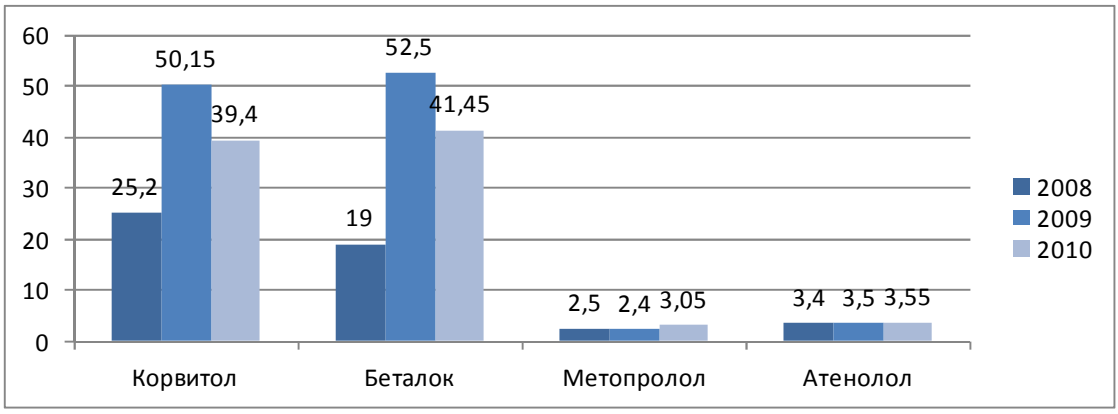
Немченко А.С., Подколзіна Р.І., Подколзіна М.В.
Національний фармацевтичний університет

Розповсюдженість захворювань серцево-судинної системи посідає друге місце серед пацієнтів, які вперше захворіли, поступаючись лише захворюванням дихальних шляхів. Тому, дослідження забезпеченості хворих доступними ліками є актуальною проблемою.

Для вивчення була обрана динаміка цін на периферичні вазодилататори (нітропрепарати) та бета-блокатори, які застосовуються у схемах фармакотерапії стенокардії, ІХС та інших захворювань серцево-судинної системи.

Серед бета-адреноблокаторів були досліджені ціни на препарати зарубіжного Корвітол (Berlin Chemie), Бетолок (Astra Zeneca) та вітчизняного Метопролол (Фармак), Атенолол (Здоров'я) виробництва за останні три роки.

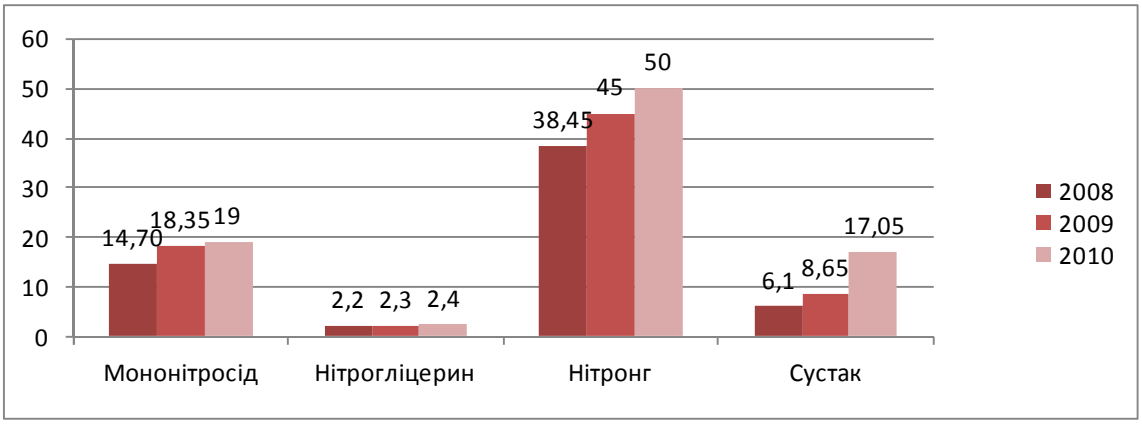
Динаміка цін на бета-блокатори



За даними графіку, ціни на вітчизняні препарати зазнали незначних змін, а ціни на імпортні ЛЗ у період 2008/2009 р.р. зросли майже в два рази, а в 2010 році дещо знизились, в середньому на 20%.

З групи нітропрепаратів були розглянуті ціни на препарати вітчизняних і закордонних виробників: Мононітросід (Борщагівський ХФЗ), Нітрогліцерин (Технолог), Нітронг (Farmos), Сустак (KRKA).

Динаміка цін на нітропрепарати



За отриманими даними, ціни на нітропрепарати мають тенденцію до поступового зростання з середнім темпом 4,4% на вітчизняні і 13% на ЛЗ імпортного виробництва.

ФОРМУВАННЯ СТРАХОВОГО ПЕРЕЛІКУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Немченко А.С., Стрельникова Ю.С.
Національний фармацевтичний університет

Найважливішим інструментом медичного страхування у процесі реімбурсації є основний та додатковий страхові переліки (СП). При розробці СП основними принципами є ефективність фармацевтичної допомоги, реалізація якої передбачає обов'язкове використання фармаекономічних методів та критеріїв доступності, якості та раціонального застосування лікарських препаратів (ЛП).

СП повинні бути обов'язково узгоджені як з Національним переліком основних лікарських засобів (НП ОЛЗ), що є пріоритетним, так і з формулярним переліком ЛП для лікування хворих на розсіяний склероз (РС). Таким чином, одним з етапів розробки СП є порівняльний аналіз діючих регулюючих переліків лікарських засобів (ЛЗ):

Національний перелік ОЛЗ (Постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення);

Бюджетний перелік ЛЗ (БП ЛЗ) (Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами, що фінансуються з бюджету: постанова КМУ від 05.09.1996р. № 1071 із змінами та доповненнями);

Нами був проведений порівняльний аналіз діючих регулюючих переліків на наявність лікарських препаратів (ЛП) для лікування хворих на РС, що були рекомендовані нами для включення до формулярного переліку (табл.).

Таблиця

Порівняльний аналіз формулярного переліку ЛП для лікування РС з діючими регулюючими переліками.

ФП, INN	НП ОЛЗ	БП ЛЗ	ФП, INN	НП ОЛЗ	БП ЛЗ
Вітамін В1 разом з В6 або В12	_	_	Циклофосфамід	+	+
Токоферола ацетат	+	+	Інтерферон бета – 1 а	_	_
Тіоктова к-та	+	+	Інтерферон бета – 1 б	_	_
Преп. гідроксіетилірованого крохмалю	_	_	Глатірамера ацетат	+	+
Триметилгідрозинію метіонат	+	+	Циклоферон	+	_
Нікотинова кислота	+	+	Азатіоприн	_	_
Пентоксіфілін	_	+	Пірацетам	+	+
Дексаметазон	_	+	Вінпоцетин	+	+
Метилпреднізолон	+	+	Гідролізати та деривати тканей	+	_
Імуноглобулін людини нормальної	+	_	Гліцин	_	+
Метотрексат	+	+	Мексідол	+	+

За даними досліджень з Національним переліком ОЛЗ співпало 12 INN, з Бюджетним переліком ЛП співпало 15 INN. Таким чином, співпадання в усіх переліках (Формулярний, Національний ОЛЗ, Бюджетний) складає 9 INN.

За результатами порівняльного аналізу формулярного переліку з регулюючими діючими переліками ЛЗ, враховуючи інші критерії включення ЛП до СП, можливо визначити страховий перелік ЛП патогенетичної терапії хворих на РС.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМНИХ ФУНКЦІЙ MS EXCEL ПРИ ВИКЛАДАННІ ЕКОНОМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Немченко А.С., Тітяєв В.І., Беліченко А.В.
Національний фармацевтичний університет

Викладання економічних дисциплін органічно пов'язане з необхідністю обчислення великої кількості числових показників. З метою інтенсифікації обчислювальних процедур при викладанні курсів та проведенню практичних занять з аналізу та планування діяльності аптек, бухгалтерського обліку, аудиту і ін. в останні роки викладачі все частіше звертаються до використання електронних таблиць Ms Excel. Проте, обчислення певних масивів економічних показників, що обмежувалось лише арифметичними діями, було притаманним на початкових стадіях впровадження комп'ютерів.

Згодом, в міру все більшого накопичення викладачами та студентами досвіду в якості користувачів ПЕОМ, використання електронних таблиць Ms Excel при викладанні економічних дисциплін набуде якісно нового рівня. Поряд з обчисленням економічних показників при розв'язанні складних задач студенти почали використовувати все більшу кількість статистичних й фінансових функцій, які входять до стандартного пакету програм Ms Excel. В залежності від дисципліни та тематики занять студенти-магістри наразі добре орієнтуються та вміють самостійно виконувати дії з такими, наприклад, функціями як: «АПЛ» - розраховує величину амортизації активу за один період, визначеної прямолінійним методом; «АСЧ» - розраховує величину амортизації активу за даний період, визначеної методом «суми річних чисел (кумулятивним методом)»; «БДПРОИЗВЕД» - перемножує значення в стовпці списку або бази даних, які задовольняють заданим умовам; «ВСД» - розраховує внутрішню ставку прибутковості для ряду грошових потоків, представлених їхніми чисельними значеннями; «ДИСПРА» - обчислює дисперсію для генеральної сукупності; «КОРРЕЛ» - розраховує коефіцієнт кореляції між двома масивами статистичних показників; «ОСПЛТ» - розраховує величину платежу в погашення основної суми по інвестиції за даний період на основі сталості періодичних платежів і сталості процентної ставки.

Слід зазначити, що системне уведення електронних таблиць Ms Excel на кафедрі ОЕФ в практику викладання теоретичних питань та проведення практичних занять використання у курсах аналізу та планування, бухгалтерського обліку та аудиту сприяло значному покращенню якості та підвищенню ефективності учбового процесу.

Разом з тим, аналіз потенційних можливостей використання комп'ютерних технологій дозволяє викладачам внести в навчальний процес студентів максимум творчих елементів. Відомо, що надзвичайно важливою перевагою електронних таблиць Ms Excel є властивість їх «зшивання» шляхом використання нескладних програмних команд. «Зшиті» в одну книгу таблиці мають таку особливість, яка дозволяє в результаті отриманих від користувача (студента) ПЕОМ команд в автоматичному режимі виконувати відповідні розрахунки одночасно по всім таблицям даної книги. Наприклад, при вивченні аудиту фінансового стану аптеки можна розробити книгу, яка буде включати три таблиці: «Баланс аптеки за формою № 1», «Звіт про фінансові результати аптеки за формою № 2» і «Фінансові коефіцієнти: коефіцієнт абсолютної ліквідності (cash ratio), оефіцієнт швидкої ліквідності (quick or acid test ratio), коефіцієнт загальної ліквідності (current ratio) і т.д.). Застосування викладеного методу проведення аудиту фінансового стану аптек позбавить студентів від рутинного розрахунку кожного коефіцієнта (більше 20).

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ РЕЄСТРАЦІЇ СПЕЦІАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ

Немченко А.С., Чернуха В.М., Міщенко В.І.
Національний фармацевтичний університет

Обіг спеціальних харчових продуктів – біологічно активних добавок (БАД) в Україні регулюється Законом «Про безпеку і якість харчових продуктів». Цей Закон регулює відносини між органами виконавчої влади, виробниками, продавцями (постачальниками) та споживачами харчових продуктів і визначає правовий порядок забезпечення безпечності та якості харчових продуктів, що виробляються, знаходяться в обігу, імпортуються, експортуються. Він визначає БАД як спеціальний харчовий продукт, призначений для вживання або введення в межах фізіологічних норм до раціонів харчування чи харчових продуктів з метою надання їм дієтичних, оздоровчих, профілактичних властивостей, для забезпечення нормальних та відновлення порушених функцій організму людини.

Головним регуляторним органом на вітчизняному ринку БАД-парафармацевтиків є Державна Санітарно Епідеміологічна Служба України. В її компетенцію входить регламентація виготовлення, легалізація та контроль за якістю парафармацевтичної продукції під час її обігу. Метою нашого дослідження стали проблеми реєстрації спеціальних харчових продуктів та розширення основних напрямків співпраці громадських організацій, пов’язаних з виробництвом та реалізацією спеціальних харчових продуктів і медичними та фармакологічними громадськими організаціями у питаннях охорони та подальшого реформування системи охорони здоров’я.

Порядок проведення державної реєстрації БАД регламентується постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку проведення державної реєстрації спеціальних харчових продуктів державної санітарно-епідеміологічної експертизи на продовольчу продукцію» від 1.01.2005 р. № 924. Ця постанова повинна була набути чинності з 1 січня 2005 р., але до її проекту було запропоновано внесення достатньо великої кількості пропозицій і внесення поправок, що й до сьогоднішнього часу в Україні продовжується її обговорення.

На цей час Міністерство охорони здоров'я України не дає дозвіл на проведення на місцях санітарно-епідеміологічних експертиз БАД, посилаючись на те, що в столиці створений спеціальний структурний підрозділ – «Центр реєстрів державної санітарно-епідеміологічної служби України» (м. Київ), який і займається дослідженням і реєстрацією цієї продукції. Експертиза включає доклінічні дослідження безпеки (вимоги щодо змісту токсичних елементів, залишкової кількості пестицидів, мікотоксинів, радіонуклеїдів, мікробіологічні дослідження), а також клінічні дослідження на ефективність БАД-парафармацевтиків. Офіційно клінічні дослідження проводити на своїй базі також мають право тільки київські організації (перелік експертних установ затверджений Наказом Державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України від 23.01.2005 р. № 1), що в організаційному і фінансовому плані значно ускладнює реєстрацію БАД-парафармацевтиків, виробнича база яких знаходиться в інших областях України. На думку багатьох вчених, що займаються розробкою цього питання, таке нововведення ніяк не впливає на розвиток підприємництва у вказаній галузі. Оскільки, для оформлення всіх необхідних документів підприємець зобов'язаний витрачати достатньо велику кількість часу і фінансових ресурсів для поїздок з регіонів до Києва.

На нашу думку, представники громадських організацій мають направити до Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров’я пропозиції залишити існуючий порядок проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи, а реєстрацію БАД-парафармацевтиків проводити за результатами проведених на місцях досліджень.

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ ВИНИКНЕННІ НС

Немченко А.С., Юрченко Г.М.
Національний фармацевтичний університет

Для оптимізації діяльності лікувально-профілактичних закладів, відділень Державної служби медицини катастроф (ДСМК), раціоналізації використання лікарських препаратів (ЛП), підвищення якості надання невідкладної лікарської допомоги (НЛД) при виникненні надзвичайних ситуацій (НС) в Україні, лікування потерпілих, покращення рівня життя людей, організації соціального захисту населення, що гарантоване державою, нами були проаналізовані переліки Законів, Указів Президента України, Постанов Кабінету Міністрів та наказів МОЗ України, інструктивно-методичних матеріалів Цивільної оборони (ЦО) та служб медицини катастроф, що мають правити за основу розбудови сучасної системи лікарського постачання при НС.

З проведеного аналізу законодавства України і нормативно-правових документів ми з'ясували, що державою передбачені гарантії щодо забезпечення громадян медичною та лікарською допомогою. Але на цей час дотримуються ці гарантії не в повному обсязі. Для обґрунтування виходу з існуючого становища і створення умов для забезпечення доступності ЛП для надання НЛД постраждалим у НС в існуючих економічних умовах нашої країни, нами вивчено досвід країн з розвиненою економікою та різними системами організації ОЗ та лікарського забезпечення, взято до уваги рекомендації ВООЗ з напрямків розвитку й забезпечення гарантій щодо організації лікарської допомоги постраждалим у НС.

Економічна ситуація в Україні зумовлює необхідність вирішення проблем додаткового фінансування ОЗ. Нами запропоновані деякі джерела фінансування, які дозволять на нашу думку покращити становище з можливості надання НЛД потерпілим у НС. Додатковим джерелом фінансування, згідно з аналізу досвіду країн з розвиненою економікою, є через впровадження медичного страхування. З цього приводу в першу чергу необхідно було б розробити моделі фармацевтичного формуляра.

Проаналізувавши літературні джерела, було визначено, що до пріоритетних напрямків оптимізації лікарської допомоги в останнє десятиріччя у світовій практиці віднесено розробку національних формулярів, які є шляхом до раціонального використання ЛП. В Україні ще не створено законодавчої бази для функціонування формулярної системи, тривають дослідження спрямовані на розробку стандартів лікування.

Формуляр створюється на підставі переліку основних лікарських засобів (ОЛЗ). Рішення про те, які саме препарати необхідно включити в національні програми, повинні прийматися національними органами ОЗ. Національний перелік ОЛЗ уже затверджений в Україні, тому на даному етапі реформування особливо актуальним є створення формуляра.

Обґрунтування певних формулярних переліків можливе на основі вивчення і узагальнення фактичного досвіду застосування ЛП, за даними проведення маркетингових досліджень ринку, а також експертної оцінки асортименту препаратів.

Методика вирішення завдання щодо створення моделі фармацевтичного формуляра ЛП базується на логічному поєднані результатів аналізу фахової літератури, визначення маркетингових характеристик препаратів, вивчення фактичного стану надання лікарської допомоги потерпілим у НС.

Рішення цих завдань дозволить планувати використання ЛП за асортиментом на різних рівнях управління лікарською допомогою населенню при виникненні НС.

МЕТОДИКА МАРКІВСЬКОГО МОДЕЛЮВАННЯ СТУПЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Немченко О.А.
Національний фармацевтичний університет

Принципова особливість багатьох реальних систем в медицині та фармації полягає в тому, що процес їх функціонування є послідовністю переходів з одного стану пацієнта в інший. Математична модель динаміки станів таких систем, що традиційно використовується – марківський випадковий процес. Випадкова тривалість перебування в кожному стані описується експоненціальним розподілом, що задається єдиним параметром – інтенсивністю переходу. Для опису еволюції системи в цілому достатньо задати матрицю інтенсивностей переходів. Разом з тим, для багатьох систем в медицині та фармації припущення про експоненціальність тривалостей перебування в кожному із станів є абсолютно нереалістичним. У цьому випадку аналіз системи із застосуванням марківської моделі може давати непрогнозовану погрішність. Причина в характері випадкової величини, яка задає тривалість перебування в кожному стані пацієнта, не є експоненціальною, головним чином, тому що на її значення непрогнозованим чином впливає велика кількість різноманітних соціально-економічних та медико-фармацевтичних чинників. Ці обставини викликають необхідність використання математичних моделей, толерантних відносно закону розподілу випадкових величин. Відповідний випадковий процес називається напівмарківським (НМП).

Мета дослідження: розробити методику моделювання НМП ступеневої терапії хворих на бронхіальну астму (БА), а також встановити чи є статистично значуща відмінність в ефективності комбінованих протиасматичних препаратів. Розглядались три стратегії фармакотерапії (S1, S2, S3) в спеціально відібраних групах хворих на БА з використанням ЛП Серетид (S1) та Сімбикорт (S2), а також контрольна група хворих, що приймали некомбіновану терапію (S3). До кожної групи (30 хворих) увійшли по 20 та 10 хворих Ш й IV ступенів БА відповідно, з них 20 жінок та 10 чоловіків, 11 працюючих й 19 непрацюючих, 15 інвалідів II та III груп. У кожній групі були усі вікові категорії хворих БА, середній вік котрих складав 42 – 43 роки. Вибірка хворих БА формувалась на базі Харківської міської спеціалізованої лікарні №13.

Для кожного пацієнта за даними безпосередніх спостережень будувався динамічний ряд переходів з одного стану в інший із вказівкою тривалостей перебування в кожному стані до виходу з нього. За цими даними для кожної з груп розраховувалася матриця $N_k = \left(n_{ij}^{(k)}\right)$ частот переходів з одних станів в інші. Тут $n_{ij}^{(k)}$ - частота переходу пацієнта k-ой групи із стану i в стан j ($i = 1,2,3,4$, $j = 1,2,3,4$, $k = 1,2$). При цьому $i = 1$ відповідає стан Р– стан ремісії; $i = 2$ відповідає стан А- пацієнт проходить амбулаторне лікування; $i = 3$ стан С – пацієнт проходить лікування у стаціонарі; $i = 4$ стан Ш – пацієнту надається швидка медична допомога; $k = 1$ відповідає групі пацієнтів, в ході терапії яких використовувався препарат Серетид; $k = 2$ відповідає групі пацієнтів, для лікування яких застосовувався препарат Сімбикорт. Аналізувалось 11 можливих перехідних станів: РА, РС, РШ, АР, АШ, АС, СР, СА, ШР, ШС, ША для кожної групи хворих. Довжина циклу була до 3 міс., максимальний горизонт часу – 1 рік. Враховуючи значну складність у підготовці вхідних даних для марківського моделювання та розрахунків характеристичних показників, нами разом зі спеціалістами була розроблена експертна система, яка включає спеціальну програму "Half Markov". В основу цієї системи була покладена розроблена нами методика марківського моделювання ступеневої

теми була покладена розроблена нами методика марківського моделювання ступеневої терапії БА, яка складається з наступних етапів: підготовка статистичних даних для моделювання: послідовність перехідних станів хворих на БА (Р, А, С, Ш), їх тривалостей, контрольовані показники піку швидкості видиху та ін. у форматі EXCEL; побудова динамічного ряду можливих переходів одного стану в ін. для кожної групи хворих на БА ; розрахунок матриці частот переходів з одних станів в інші для кожної з груп вибірки Nk = (nijk); побудова гістограм тривалостей перебування в кожному із можливих станів до переходу в ін. по кожній групі вибірки; аналіз гістограм та нормування частот розподілу процесів перехідних станів хворих БА; розрахунок параметрів $\theta_1, \theta_2, \theta_3, \theta_4$ та нормуючого коефіцієнта А функцій сімейства розподілів f(x); апроксимація нормованих гістограм на основі 4-х параметричного сімейства розподілів f(x); визначення характеристичних показників на основі побудованих моделей напівмарківських ланцюгів для кожної групи хворих БА. На початковому етапі дослідження будувалися гістограми тривалості перебування в кожному із станів до переходу в інший стан. Результати безпосередніх розрахунків були зведені в матриці:

$$N_1 = \left(\begin{array}{c|cccc} & P & A & C & Ш \\ \hline P & 0 & 0.056 & 0.117 & 0.827 \\ A & 0.843 & 0 & 0.009 & 0.148 \\ C & 0.903 & 0.075 & 0 & 0.022 \\ Ш & 0.935 & 0.058 & 0.006 & 0 \end{array}\right), \qquad N_2 = \left(\begin{array}{c|cccc} & P & A & C & Ш \\ \hline P & 0 & 0.091 & 0.117 & 0.792 \\ A & 0.85 & 0 & 0.009 & 0.142 \\ C & 0.905 & 0.053 & 0 & 0.042 \\ Ш & 0.943 & 0.053 & 0.004 & 0 \end{array}\right)$$

Безпосередній візуальний аналіз нормованих гістограм показує, що жоден з традиційно вживаних розподілів (експоненціальне, нормальне, релеївське) не може забезпечити якісну адекватну апроксимацію. У зв'язку з цим для вирішення задачі було використано універсальне чотирьохпараметричне сімейство розподілів, що має вигляд:

$f(x) = A\left[1 + \theta_4 \frac{(x-\theta_1)^2}{2\theta_2^2}\right] exp\left[-\frac{(x-\theta_1)^2}{2\theta_2^2}\left(1 + \theta_3\, sgn(x-\theta_1)\right)\right]$, де A- коефіцієнт за умов $\int_{-\infty}^{\infty} f(x)dx = 1$, θ_1-параметр, визначаючий математичне очікування x, θ_2-параметр, визначаючий дисперсію x, θ_3-параметр, визначаючий асиметрію x, θ_4-параметр, визначальний ексцес x. Програмно проводиться пошук набору $\theta_1, \theta_2, \theta_3, \theta_4$, що однозначно задає розподіл $f(x)$, для якого сума квадратів відхилення значень щільності розподілу від реальних частот мінімальна. Оптимізація функціонала проводилась з використанням методу Нелдера-Міда). Було проведено розрахунок середнього часу перебування в кожному стані до виходу перша група - $T_A^1 = 3.09$, $T_P^1 = 11.85$,, $T_C^1 = 13.18$; друга група - $T_A^2 = 2.83$, $T_P^2 = 12.58$,, $T_C^2 = 13.23$, а також фінальної вірогідності перебування пацієнтів в кожному із станів для груп - перша:

$$\Phi^{(1)} = \left(\begin{array}{cccc} P & A & C & Ш \\ \hline 0.854 & 0.026 & 0.12 & 0 \end{array}\right), \text{ друга: } \Phi^{(2)} = \left(\begin{array}{cccc} P & A & C & Ш \\ \hline 0.862 & 0.027 & 0.111 & 0 \end{array}\right).$$

Наведені дані свідчать про дещо більш високу ефективність препарату Сімбикорт.

ВПЛИВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ЗБУТОВОЇ ПОЛІТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Оккерт І.Л., Чмихало Н.В., Софронова І.В.
Національний фармацевтичний університет

Збут, як завершальна стадія господарсько-комерційної діяльності, є важливим важелем забезпечення конкурентоспроможності підприємства. Формування цілей і завдань збутової політики вимагає дослідження факторів, що обумовлюють їх якісний та кількісний склад, визначення можливостей їх коректування з урахуванням варіантів розвитку ринкової кон'юнктури. Крім того, підприємство-виробник фармацевтичної продукції повинно постійно враховувати соціальну значущість лікарських засобів як товару і разом з метою отримання прибутку виділяти, формувати мету з стовідсоткового задоволення потреб споживачів її платоспроможного попиту.

На організацію збутової діяльності на підприємстві та її ефективність на макро- та мікроекономічних рівнях впливають три групи факторів: за сферою впливу, за характером впливу та за тривалістю впливу. За сферою впливу виділяють зовнішні (на рівні фармацевтичної діяльності, галузі, регіону), базові (визначають організацію системи збуту на макро- та мікроекономічному рівнях та її ефективність), доповнюючі (коригують елементи збутової системи, підвищують її ефективність) та внутрішні (на рівні підприємства, структурного підрозділу, робочого місця) фактори. За тривалістю впливу вони можуть бути постійними та тимчасовими. За характером впливу виділяють економіко-фінансові, організаційно-правові та соціально-психологічні фактори. Слід підкреслити, що збутова політика, яка сформульована на засадах цілей та завдань збуту, повинна відповідати загальній бізнес-концепції підприємства та прийнятому курсу (орієнтиру) дій останнього. Більш того, збутова політика підприємства повинна служити базою для розробки його постачальницької, виробничо-технологічної, інноваційної та фінансової політик. Нами розроблено дерево цілей і завдань з формування ефективної збутової політики фармацевтичного підприємства в ринкових умовах господарювання, які віддзеркалюють генеральну мету підприємства і служать гарантом її здійснення. Генеральна мета підприємства деталізована такими складовими як максимальна стійкість і ефективність функціонування; задоволення матеріальних і духовних потреб суспільства і задоволення матеріальних і духовних потреб безпосередньо керівництва підприємства та персоналу. У складі генеральної мети збутової політики було виділено дві підцілі першого рівня: 1) зростання обсягів збуту і частки ринку; 2) забезпечення стабільного економічного становища підприємства, а також три підцілі другого рівня: 1) задоволення споживчого попиту; 2) досягнення переваг над конкурентами; 3) збереження частки ринку. Данні цілі мають рівну значущість для збутової діяльності і надалі конкретизуються напрямками їх вирішення, конкретними завданнями та підкріплюються контролем результатів формування збутової політики. Враховуючи те, що обрана політика формує ефективну збутову діяльність підприємства, ми пропонуємо ряд показників, які дають можливість оперативно оцінювати ефективність основних операцій збуту як комерційних (торгових), так і технологічних, пов'язаних з товарорухом транспортування, складування, підготовка продукції до відгрузки покупцеві та ін. До таких показників ми віднесли: частку валового доходу, частку чистого прибутку, частку витрат на здійснення збуту та чистий прибуток у розрахунку на 1 тис. грн. обсягу реалізації. Для моніторингу економічної ефективності збутової діяльності підприємство може розраховувати усі запропоновані показники або вибрати окремі, які служать індикатором ринкової ситуації та відображають стан збуту на період, який аналізується.

МАРКЕТИНГ-АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ДІТЕЙ

Ольхова І. В., Трохимчук В.В.
Одеський державний медичний університет

На сьогодні в Україні впроваджуються медичні стандарти, що передбачають уніфікацію вимог до обсягів та якості медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах на галузевому рівні за єдиними науково обґрунтованими вимогами, методологією та структурою. Проблема ефективного лікування хронічних гастритів, гастродуоденітів, виразкової хвороби 12-палої кишки у дітей має на даний час велику медико-соціальну значимість. За даними МОЗ України поширеність гастроентерологічних захворювань серед дітей за останні роки має тенденцію до зростання. Сучасний фармацевтичний ринок препаратів для лікування шлунково-кишкових захворювань постійно зростає, тому сьогодні пріоритетним завданням вітчизняної фармацевтичної галузі є раціональне забезпечення населення лікарськими засобами для стандартизованої фармакотерапії.

Метою роботи було проведення маркетингового дослідження вітчизняного ринку лікарських засобів для визначення оптимального переліку препаратів, що необхідні для надання медичної допомоги для лікування дітей хворих на хронічний гастрит та гастродуоденіт згідно з клінічними протоколами лікування, які використовуються в лікувально-профілактичних закладах.

Для дослідження використані дані Державного формуляру лікарських засобів (2009), Довідника лікарських засобів України (2009) та Протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія» (2007).

За даними аналізу стандартизованих схем фармакотерапії дітей, що хворіють на гастрит, в Україні зареєстровано 28 препаратів під 146 торговими назвами, які експортуються із 26 країн, серед яких лідерами є Індія і Німеччина. З цих препаратів 44 асортиментні позиції представлені 15 українськими фірмами-виробник, що пропонують 30,1% від загальної кількості препаратів.

В результаті проведених досліджень виявлено співвідношення груп препаратів. Так, найбільший вибір представляється серед препаратів-антагоністів Н2-рецепторів – 22,92 %, макроліди займають 22,2 % , а нітроімідазоли – 15, 28 %, пеніциліни – 13,89 %, антациди – 10,42 %, вітаміни та мінерали – 2,78 %, транквілізатори та спазмолітики (папаверин та його похідні) – по 2, 08 %, асортиментних позицій. Інші препарати для лікування пептичної виразки та гастроезофагальної рефлюксної хвороби та стимулятори перистальтики (пропульсанти) складають по 1,39 %, М1–холінолітики, стимулятори шлункової секреції, комплексні препарати, що містять кислоти та травні ферменти, в’яжучі, обволікаючі та антацидні засоби, спазмолітичні засоби, які розслаблюють гладкі м’язи кровоносних судин, а також бронхів та інших внутрішніх органів, седативні засоби, різні біогенні препарати та синтетичні імуномодулятори - по 0,69 % від загальної чисельності препаратів.

Встановлено, що основними групами ЛЗ для фармакотерапії хелікобактерасоційованих захворювань шлунку є: антациди, блокатори Н2-гістамінових рецепторів, ІПН, препарати вісмуту, селективні М-холіноблокатори, комбінації препаратів для ерадикації H.pylori, сукральфати тощо. Вітчизняною фармацевтичною промисловістю взагалі не освоєно випуск комбінованих ЛЗ для ерадикації пілорічного мікробу. Серед вітчизняних виробників позиції лідерів займають ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» та ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров’я».

РЕКЛАМНО-ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Ольхова І. В., Трохимчук В.В.
Одеський державний медичний університет

Проблема надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги населенню України в останні роки набуває першочергового медико-соціального значення. Це зумовлено тенденцією до зростання поширення хвороб органів травлення. Недостатня доступність лікарів до інструкцій для медичного застосування препаратів, вони не мають своєчасної інформації як щодо стандартів лікування, так і щодо наявності певних лікарських засобів на ринку України, відповідних схем застосування, що негативно впливає на якість лікування. За такої ситуації науково-медичні і практичні журнали мають важливе значення в рекламно-інформаційному забезпеченні процесу просування лікарських засобів. Вони є достатньо продуктивним комунікаційним засобом, оскільки займають третє місце після фармацевтичних представників фармацевтичних фірм та наукових семінарів і конференцій серед 12 каналів отримання інформації.

Метою роботи було вивчення активності рекламодавців в українському науково-практичному журналі «Сучасна гастроентерологія» за період з 2001 по 2010 р.

Нами було проведено моніторинг реклами в 3 напрямках: визначення кількості рекламних звернень; аналіз рекламодавців, їх активність; визначення препаратів, яким присвячена найбільша кількість рекламних звернень.

Кількість рекламних звернень на рік за аналізований період характеризувалася одним невеликим зниженням та загальною перспективою до загального підвищення. Аналіз реклами на сторінках досліджуваного журналу показав, що у загальній сукупності рекламних звернень група препаратів для лікування кислотозалежних захворювань займають 36 % . Далі було виявлено препарати, які найчастіше рекламувалися. Лідерами серед препаратів стали Де-Нол таблетки 120 мг № 112 (Astellas) - Нідерланди та Ланзап капсули 30 мг № 20 (Dr. Reddy's) - Індія, реклама про яких розміщувалася на сторінках журналу «Сучасна гастроентерологія» 32 і 21 разів відповідно.

Серед всіх компаній, що подавали інформацію про свої препарати, були визначені найактивніші рекламодавці. У формуванні рекламної кон'юнктури брали участь 13 фармацевтичних компаній, серед яких одне українське підприємство – корпорація Arterium. Лідером серед іноземних компаній стала індійська фірма Dr. Reddy's, що за весь термін дослідження 41 раз розміщувала рекламу на лікарські засоби для лікування кислотозалежних захворювань.

Встановлено, що рекламна продукція в досліджуваному журналі є недостатньо інформативною для лікарів-гастроентерологів, рекламодавці мало приділяли уваги рекламним проспектам, скорегованим на основі нових клінічних даних, отриманих на практиці, особливо для тих лікарських засобів, які вже тривалий час застосовуються у фармакотерапії гастроентерологічних хворих.

Таким чином, доцільно створення єдиного інформаційного поля у фармації для забезпечення виробників фармацевтичної продукції, оптовопосередницьких підприємств, аптечних закладів, медичних та фармацевтичних, науково-педагогічних працівників, споживачів об'єктивною, оперативною, повною, обґрунтованою, доказовою та доступною інформацією, спрямованою на якісне медикаментозне обслуговування населення.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИН-ПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Панфілова Г.Л., Корж Ю.В.
Національний фармацевтичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з основних чинників ранньої інвалідизації та смертності населення в різних країнах світу. Тому проблема використання сучасних та більш ефективних методів ранньої діагностики, лікування та профілактики АГ постає як актуальне питання медичного й соціально-економічного змісту. В Україні на сьогоднішній день розроблена «Національну програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». Одним із завдань цієї програми є забезпечення населення ефективними антигіпертензивними ліками. До таких ефективних препаратів, на думку спеціалістів, в першу чергу належать інгібітори ангіотензин-перетворюючі ферменти (АПФ). Тому метою наших досліджень було проведення фармакоекономічної оцінки схем інгібіторів АПФ, а саме генериків еналапрілу , що широко застосовується при лікуванні хворих на АГ. При дослідженні використовували метод “вартість-ефективність” (cost-effectiveness analysis - CEA). Ефективність генериків еналапрілу (Енап «KRKA», Енам «Dr. Reddy’s») визначалась за показниками відсотка зниження систолічного артеріального тиску (САТ) та діастоличного артеріального тиску (ДАТ) (табл. 1). Дані показники були приведені у результатах оригінального клінічного дослідження С.Ш. Сулейманов, Т.Л. Гувва, Н.В. Кирпичникова, Е.В. Слободенюк, С.В. Дьяченко. У дослідженні взяли участь 568 пацієнта з діагнозом АГ II ступеня. Тривалість дослідження склала 2 місяці.

Таблиця 1

Показники ефективності застосування еналапрілу в залежності від середньої дози

Торгова назва препарату	Фірма-виробник	Середня добова доза, мг	Зниження САТ, %	Зниження ДАТ, %
Енап	KRKA	18,6	17,55	12,28
Енам	Dr. Reddy’s	21,9	16,03	7,92

Під час фармакоекономічних досліджень були використані середні добові дози (табл. 1). Для вартісної оцінки використовувались середньозважені роздрібні ціни торгових назв препаратів Енап (KRKA) табл. 20 мг №20 – 27,14 грн., Енам (Dr. Reddy’s) табл. 10 мг №20 - 10,60 грн. Таким чином, вартість добової дози для Енапу склала 1,26 грн, для Енаму цей показник дорівнював 1,16 грн. Вартість лікування хворих на АГ протягом двох місяців препаратом Енап (KRKA) становила 75,60 грн., а Енам (Dr. Reddy’s) - 69,64 грн.

Далі нами був розрахований обсяг коштів, що зменшують рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску на 1% відсоток протягом двох місяців. З цією метою нами був обчислений коефіцієнт витратної ефективності (cost-effectiveness ratio, CER). Отже, CER (Енап) становив 4,31 грн. на 1% зниження САТ протягом двох місяців, для зниження ДАТ – 6,16 грн. В свою чергу, CER (Енам) для зниження САТ – 4,34 грн., а для ДАТ – 8,79 грн.

Фармакоекономічний аналіз за методом «вартість-ефективність» показав, що застосування Енап (KRKA) при лікуванні хворих на АГ є більш ефективним і менш витратним ЛЗ.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПАЦІЄНТІВ-ЧЛЕНІВ БЛАГОДІЙНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ «ЛІКАРНЯНА КАСА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ»

Парій В.Д., Грищук С.М.
Благодійна організація «Лікарняна каса Житомирської області»

Вступ. Одним із напрямків реформування галузі, що виник як реакція на обмежені можливості системи охорони здоров'я щодо якісного і доступного медикаментозного забезпечення, стала солідарна участь населення в співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас, основною метою діяльності яких є забезпечення членів організації медикаментами та виробами медичного призначення. На території Житомирщини благодійна організація «Лікарняна каса Житомирської області" (ЛК) функціонує майже десять років. Станом на 01.01.2010 року вона об'єднує понад 190 тисяч громадян (15% від загальної кількості населення). За 2009 рік в закладах охорони здоров'я області за рахунок ЛК було надано медичну допомогу населенню в понад 311 тис. випадків, на що витрачено понад 18 млн. грн. При наданні медичної допомоги членам ЛК відсутні обмеження щодо розміру витрат та кількості випадків лікування, в структурі витрат медикаменти та вироби медичного призначення займають понад 82%, а порівняно невеликі членські внески (3% від розміру мінімальної заробітної плати) зумовлюють необхідність пошуку шляхів їх оптимального використання. З цією метою нами постійно проводяться фармакоекономічні дослідження призначення медикаментів за допомогою ABC-VEN аналізу.

Матеріали та методи. Дане дослідження проводилося шляхом автоматизованої обробки 9218 листів призначень членів ЛК з хворобами органів дихання (J00-J99), пролікованих в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах лікувальних закладів Житомирської області за 5 місяців 2010 року. У листах призначень зазначалися діагноз та його шифр за МКХ-10, медикаменти та вироби медичного призначення з їх кількістю та вартістю. Вони вносилися в базу даних, розроблену на основі модифікованої програми „1С-Бухгалтерія – 7.7." Для аналізу використовувалися звітні форми, розроблені за допомогою програми „Microsoft Access".

Результати дослідження. Для лікування було використано 684 найменування лікарських засобів, загальні витрати на їх придбання склали 873 688 грн. В групу А (80,2% витрат) ввійшли 54 препарати, в групу В (15,0% витрат) – 122 препарати, групу С (4,8%) – 508 препаратів. На закупівлю життєво необхідних препаратів (категорія V, 245 найменувань) було витрачено 67,3% коштів (в т.ч. на цефтріаксон в дозі 1,0г. – 11,3%, тієнам в дозі 0,5г – 5,9%), необхідних (категорія Е, 152 найменування) – 6,8% коштів, витрати на другорядні лікарські засоби (категорія N, 287 найменувань) становили 25,9%. В структурі витрат на другорядні препарати переважають засоби, що використовуються при кашлі та застудних захворюваннях – 45,3% коштів, 67 найменувань. Висока частка витрат на придбання засобів цієї групи зумовлена їх наявністю у протоколах лікування. На другому місці перебувають розчини для внутрішньовенного введення – 35,6% коштів, 10 найменувань, на третій позиції – препарати, що використовуються при хворобах горла – 9,7% витрат, 20 найменувань.

Висновки. Проведення ABC-VEN аналізу використання препаратів дозволяє визначати шляхи оптимізації закупівлі лікарських засобів та покращувати якість медичної допомоги. Результати аналізу необхідно застосовувати при створенні та впровадженні лікарських формулярів – переліків медикаментів, які можуть призначатися в закладах охорони здоров'я різних рівнів

МОНІТОРИНГ АСОРТИМЕНТУ ТА СПОЖИВАННЯ ПРОТИГРИБКОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Парновський Б.Л., Гром О.Л., Гром Я.О.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В плані підготовки до впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування актуальним є розробка методичних підходів до формування переліків ЛЗ, фармацевтичних формулярів та створення стандартів терапії окремих нозологій. В умовах ринкової економіки у кращому економічному становищі є той суб'єкт підприємницької діяльності, який уміє своєчасно і правильно визначити ринкову нішу ЛЗ, розробити раціональну тактику товарної та цінової політики. Актуальність розробки методичних підходів до формування фармацевтичних формулярів та створення моделей стандартів фармакотерапії дерматологічних грибкових захворювань зумовили мету наших досліджень, а саме - на основі аналізу динаміки асортименту, товарної та цінової кон'юнктури ринку дерматологічних протигрибкових (ПГЛЗ) дати оцінку попиту, перспективності, ефективності та доступності окремих груп ПГЛЗ і обґрунтувати рекомендації щодо формування складу ПГЛЗ в нормативних переліках та формулярних довідниках. При маркетинговому вивченню ринку протигрибкових препаратів (ПГЛЗ) дотримувались АТХ класифікаційної системи, відповідно до якої ЛЗ для лікування грибкових захворювань відносяться до групи Д01 «Протигрибкові препарати для застосування в дерматології», котра на даний час налічує 56 міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських засобів. Станом на 01.06.2009 р. в Україні зареєстровано та дозволено до використання лише 35,8% світового арсеналу ПГЛЗ (ЛЗ 20-ти МНН). Ядерну групу в сукупності 137 зареєстрованих торгових назв ПГЛЗ становлять препарати похідних імідазолу та тріазолу (група D01AC – 38,7%) та ЛЗ групи D01AE «Інші протигрибкові препарати для місцевого застосування» - 32.1%, найменш чисельна (1,5%)група D01AA «Антибіотики». Диференційовано за лікарськими формами 54,7 % зареєстрованих торгових назв ПГЛЗ це мазі, креми і гелі, 18,3 %, - розчини для зовнішнього застосування (переважно спиртові). 27,0 % - таблетковані ПГЛЗ для системного застосування. Позиціонування країн виробників ПГЛЗ показало, що у 2009 р. український ринок ПГЛЗ формували виробники з 17 зарубіжних країн та України.. Домінуючу сукупність зареєстрованих імпортних ПГЛЗ у 2009 р. складала продукція виробників з Індії (26 ЛЗ), Туречини (11 ЛЗ), Німеччини (8 ЛЗ), Швейцарії та Ізраїлю, відповідно 7 та 5 торгових назв ЛЗ. 27,0 % - таблетковані ПГЛЗ для системного застосування. 34,3%. зареєстрованих ПГЛЗ це продукція вітчизняних виробників. Необхідно відмітити, що 27% вітчизняних ПГЛЗ це спиртові розчини та мазі на основі саліцилової кислоти. На даний час в Україні не виготовляють ПГЛЗ груп: біфоназол, оксиконазол, фентіконазол, омоконазол, сертаконазол, нафтифін, комбіновані ліки з клотримазолом і міконазолом. Основними виробникам вітчизняних ПГЛЗ є фармацевтичні фабрики - 23,4 % ЛЗ, Борщагівський ХФЗ – 10,6 % ЛЗ, ВАТ Київмдпрепарати – 12,7 % ЛЗ, ВАТ «Фармак» - 12,7 % ЛЗ. З метою встановлення особливостей споживання ПГЛЗ та оцінки перспективності окремих підгруп ЛЗ в плані попиту на них проводили аналіз динаміки товарного асортименту ПГЛЗ, зареєстрованих в Україні в1999р., 2004р., та 2009 роках. В ході аналізу диференційовано для кожної підгрупи ПГЛЗ визначали кількість торгових назв ЛЗ, зареєстрованих та пропонуємих гуртовими і роздрібними оператори вітчизняного ринку, коефіцієнти росту асортименту групи ПГЛЗ (КР) за різні періоди, а також коефіцієнт використання сукупності зареєстрованих ЛЗ (Кв). Загальна чисельність асортименту зареєстрованих в Україні в 2009 р. ПГЛЗ у порівнянні з 1999р. зросла в 1,28 рази.. В першій половині аналізованого періоду (1999р.-2004р.) мало місце зростання асортименту в 1,38 рази, а в другій половині періоду навпаки відмічався не-

значний спад росту (Кр = 0,94). Динаміка асортименту ПГЛЗ для місцевого застосування діаметрально відмінна від динаміки асортименту ПГЛЗ для системного застосування. Так, для групи ПГЛЗ для місцевого застосування характерне незначне зменшення чисельності зареєстрованих ЛЗ за 10 років, хоча в перші п'ять аналізованих років їх чисельність зросла в 1,2 рази. Разом з тим, в аналізованому періоді спостерігався інтенсивний ріст асортименту ПГЛЗ для системного застосування (I2009\1999 = 19). особливо в перше п'ятиріччя (I 2004/1999 = 8). В групі D01A "Протигрибкові препарати для місцевого застосування" різні темпи росту арсеналу ЛЗ підгруп четвертого та п'ятого рівня. Найбільший спад чисельності зареєстрованих ЛЗ мав місце в найменш чисельній підгрупі ПГЛЗ "Антибіотики". Так, з семи зареєстрованих в 1999р. торгових назв ЛЗ даної групи у 2009 році дозволені до використання лише мазь ністатинова 100 000 ОД (ВАТ "Лубнифарм") та крем Пімафуцин 2% 30г ("Астеле, Нідерланди"). Зменшення чисельності зареєстрованих торгових назв ПГЛЗ даної групи дозволяє зробити припущення про їх неперспективність. З коефіцієнтом використання не менше 60%. практично стабільною була чисельність асортименту ЛЗ підгрупи Е «Інші протигрибкові засоби для місцевого застосування» (В даній підгрупі не змінювалась чисельність ЛЗ на основі ундециленової та саліцилової кислот. В різні роки аналізованого періоду були зняті з реєстрації ЛЗ циклопіросу, аморолфіну, толкіцату та комбіновані ЛЗ, натомість щорічно значно збільшувався асортимент ЛЗ на основі тербінафіну і нафтифіну (значення індексів росту коливалося в межах від 2 до 19, при коефіцієнті використання не менше 70%). Особливо високі темпи росту (Ір=13) характерні для ПГЛЗ на основі тербінафіну. Якщо, в 1999 році в Україні пропонувався тільки Ламізил аерозоль 1% фл. 30мл (Сандос Фарма), то у 2004 році пропозиції аналогів цього ЛЗ збільшились в 13 раз. Зростання попиту і тим самим перспективності препаратів тербінафіну можна пояснити їх ефективністю та безпечністю при доступній ціні. За аналізований період стабільною була чисельність зареєстрованих в Україні ЛЗ підгрупи С "Похідні імідазолу і тріазолу" (відповідно 51, 54 та 53 торгових назв ЛЗ). Ядерну групу в сукупності ПГЛЗ цієї підгрупи становлять ЛЗ клотримазолу (28,4%), кетаконазолу (34%). Найбільш інтенсивний ріст асортименту ПГЛЗ спостерігався в групі D01AB "Протигрибкові засоби для системного застосування", особливо ЛЗ на основі тербінафіну, які вперше з'явились на вітчизняному ринку на початку третього тисячоліття. Так, в реєстрі 2004р. було 14 ЛЗ, а в реєстрі 2009р. вже 36 ЛЗ (ІР=2,6). Розраховані коефіцієнти використання арсеналу ПГЛЗ дозволяють стверджувати, що найбільшим попитом користуються препарати клотримазолу, кетоконазолу, тербінафіну, саліцилової кислоти, міконазолу, біфоназолу, ністатину та оксиконазолу. Серед препаратів системного застосування найбільшим попитом користуються ЛЗ тербінафіну. З метою встановлення економічної доступності ЛЗ проводили аналіз цінової кон'юнктури гуртового ринку ПГЛЗ у 2006 році та у 2009 році. В 2006 році завдяки відносній стабільності курсу гривні сезонна варіація цін гуртових операторів ринку протягом року була незначна. Значення Klig практично усіх ПГЛЗ коливалося в границях 0,02-0,25, що свідчить про стабільність цін, коректність та етичність гуртових операторів при ціноутворенні на ЛЗ даної групи. В 2009 р. спостерігалася значно більша варіація оптових та роздрібних цін ПГЛЗ. Так, якщо у 2006 р. про некоректність і неточність у ціноутворенні мала місце лише у випадку 3% ПГЛЗ, то у 2009 році сукупність таких ПГЛЗ зросла майже до 40 %. За аналізований період середні оптові та роздрібні ціни на ПГЛЗ зросли в середньому у 1,3 рази. В структурі представлених на українському фармацевтичному ринку ПГЛЗ майже 44 % становлять низьковартісні препарати, 48% це середньо-вартісні препарати. На основі позиціонування кількості пропозицій гуртових та роздрібних операторів ринку, з врахуванням економічної доступності, виділена ядерна група ПГЛЗ найбільшого попиту.

ТЕРМІНОЛОГІЯ – ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ЧИННИК ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Перцев І.М.
Національний фармацевтичний університет

У контексті сучасної глобалізації міжнародних відносин, інформатизації суспільства та стрімкого розвитку науки особливого значення набуває вироблення чітких, логічно і професійно обґрунтованих національних та міжнародних термінів-стандартів. На особливу увагу заслуговує фармацевтична термінологія саме на сьогодні, коли в країні удосконалюється законодавча база і одночасно відбувається її гармонізація з державами ЄС. Проте термінологія фармацевтичної галузі має багато невирішених питань. Відсутність єдиних методичних підходів до визначення та утворення термінів у чинному законодавстві обумовила практику їх довільного створення, сформувала зневажливе ставлення і недостатню увагу при вивченні фармацевтичної термінології, що відбилося на законотворчості та виданні фахової літератури.

На нашу думку, у фармацевтичній галузі, як складовій системи охорони здоров'я, недопустимо використання неконкретних та двоїстих за змістовним значенням таких узагальнювальних термінів, як «медикамент», «лікарський засіб» тощо, які поєднують такі поняття, як лікарська субстанція, що є вихідною сировиною при виготовленні ліків, так і лікарський препарат – готовий фармацевтичний продукт. Поєднання в єдиному терміні «лікарський засіб» продукції, що має різні характеристики та призначення спричиняє певну плутанину, незручність і принижує значущість фармації – важливої соціальної складової охорони здоров'я. Фахова термінологія, як понятійний інструмент інформації повинна найбільш вдало відбивати зміст та рівень розвитку галузі.

Фармацевтична термінологія характеризується наявністю численних термінів-синонімів. Так, у значенні терміна «фармацевтичний препарат» часто використовують препарат: лікарський, фармакологічний, медикаментозний, терапевтичний, хіміко-фармацевтичний і т.п., а замість терміна «активна, лікарська та діюча речовина» – термін «субстанція». Ця негативна тенденція порушує однозначність термінології і свідчить про відсутність необхідного державного нагляду з цієї проблеми і недотримання рекомендацій ВООЗ щодо боротьби з синонімією у фаховій термінології. В країнах ЄС уже багато років замість численних синонімів (активна, діюча, лікарська речовина) використовують термін «активний фармацевтичний інгредієнт», а стосовно готового фармацевтичного продукту – «фармацевтичний препарат». Адже за їх створення, вивчення, виробництво, контроль якості, зберігання, реалізацію, своєчасне забезпечення населення тощо несуть відповідальність спеціалісти фармацевтичної галузі. Упровадження у медичну практику і широке використання комп'ютерної техніки та уніфікованих класифікаційних систем викликає труднощі у визначенні багатьох проблемних питань стосовно ліків, наприклад, маркетингу ЛП на ринку, обсягу оптимального використання ЛП, класифікації їх побічної дії та ін., що вимагає точного визначення дефініцій базових фармацевтичних термінів.

Фармацевтичну термінологію слід розглядати як понятійно-термінологічний апарат передачі інформації та правову основу для прийняття рішень, організації виконавчих дій, яка водночас відбиває досягнення галузі, забезпечує розвиток і взаємодію з дотичними галузями та адаптацію Національного законодавства до міжнародних норм ВООЗ. Одним із шляхів стандартизації фармацевтичних термінів ми вважаємо шлях створення єдиних фахових довідникових посібників – галузевої фармацевтичної енциклопедії та енциклопедичного словника фармацевтичних термінів, які підготовлені до видання науковцями НФаУ.

МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ ЗАХОДІ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Пестун І.В., Бондарєва І.В., Мнушко З.М.
Національний фармацевтичний університет

Моделювання процесу адаптації ФП до змін зовнішнього середовища включає наступні етапи: проведення моніторингу та фіксація змін у зовнішньому середовищі, опрацювання стохастичної моделі адаптації та оцінку ефективності проведених заходів та коригування дій.

Метою даної роботи є дослідження методів оцінки ефективності проведених адаптивних заходів для фармацевтичних підприємств.

Для виміру ефективності адаптації ФП до змін у зовнішньому середовищі доцільно використовувати наступні методи: порівняльний аналіз планових показників із фактично отриманими внаслідок проведення адаптації, що дозволяє оцінити кількісні співвідношення між різними показниками діяльності ФП і таким чином дозволяє об'єктивно оцінити ступінь досягнення ним поставлених цілей; комплексна оцінка стану ФП на основі системи збалансованих показників дозволяє проводити аналіз за чотирма напрямками: фінанси, клієнти, внутрішні бізнес-процеси, розвиток і навчання. Основна сфера його застосування – великі підприємства, які здатні організувати спеціальну проектну групу, що буде проводити аналіз і відповідати за правильність його результатів.

Для окремого ФП оцінку ефективності проведених адаптивних заходів та коригування дій нами здійснено з використанням ще двох методів аналізу ефективності адаптаційних дій: методики стратегічної оцінки ФП та порівняльного аналізу показників діяльності ФП з урахуванням та без урахування адаптації. Методика стратегічної оцінки ґрунтується на використанні експертних оцінок для аналізу динаміки функціонування підприємства за напрямками (загальна оцінка ФП, ресурси, знання, використання ресурсів та знань для досягнення стратегічних цілей) та передбачає виставлення інтегрованої стратегічної оцінки за кожним з вказаних напрямків та за підприємством в цілому за 5-бальною шкалою. Стратегічна оцінка в цілому для обраного ФП у 2008 р. склала 3,7 балів, а у 2009 р. – 4,0 бали, що свідчить про покращення ситуації на ФП порівняно з попереднім періодом, хоча окремі показники (виконання маркетингової стратегії та забезпеченість і професіоналізм персоналу) погіршилися у 2009 р. порівняно з 2008 р., відповідно на -0,6 та -0,1 бали, що є наслідком недостатньої мотивації персоналу щодо досягнення цілей ФП.

Спільною рисою вищенаведених методик є те, що вони вимірюють ефективність адаптивних дій через ступінь виконання стратегії. Наступний метод – порівняльний аналіз показників діяльності ФП з урахуванням та без урахування адаптації дозволяє відокремити в значеннях показників ту їхню частину, яка обумовлена проведенням адаптації. Даним ФП проведено адаптивний захід - активізація рекламної діяльності (рекламну кампанію за двома препаратами), що раніше не було характерним для нього. Результат виконання стратегії з її урахуванням є фактичним підсумком діяльності ФП, а значення результатів виконання стратегії без проведення адаптації виставлено за допомогою експертних оцінок. Порівнюючи суму прибутку, отриманого завдяки проведенню адаптації, з витратами на її проведення визначають доцільність здійснення пристосування – за результатами досліджень адаптація для ФП була необхідна, оскільки через відмову від пристосування воно б не тільки не отримало прибутку, а навіть стало збитковим (валовий прибуток без проведення адаптації складав би - 18000 грн.). Таким чином, знаходить своє підтвердження теза про необхідність адаптації.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ СПОЖИВАЧІВ ЛЗ ТА ПРОВІЗОРІВ (ФАРМАЦЕВТІВ) ДО ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА САМОЛІКУВАННЯ

Пестун І.В., Нессонова М.М.
Національний фармацевтичний університет

Проблема самолікування серед населення є зараз гострою і некерованою. Існують позитивні та негативні аспекти даного явища. З одного боку, самолікування підвищує відповідальність людини за своє здоров'я, зменшує навантаження на лікувальні заклади і бюджет системи охорони здоров'я, дозволяє в деяких випадках здійснювати самодопомогу і уникати серйозних ускладнень. З іншого боку — виникає багато ризиків, пов'язаних із самодіагнозом, відсутністю усвідомлення споживачами можливих негативних наслідків самостійного прийому ліків, резистентності мікрофлори (особливо у випадках безконтрольного вживання антибіотиків), переходом хвороби у хронічну форму. Серед найбільш поширених негативних наслідків, за даними Державного фармакологічного центру МОЗ України, є алергічні реакції — 84,3% (серед них реакції з боку шкіри — 44,3%, набряк Квінке — 21,5%, інше — 34,2%), анафілактична реакція (5,2%), ураження травневого тракту (3,1%), реакція на місці введення (1,1%), ураження ЦНС (4,2%), ураження дихальних шляхів (2,1%)

Метою нашою роботи було дослідження проблеми самолікування шляхом анкетування споживачів і провізорів (фармацевтів). Результати розглядалися у попередніх публікаціях. Завданням математичного аналізу даних анкетування було виявити визначальні характеристики, описати поведінку і ставлення до самолікування респондентів кожного з двох класів: тих, хто стикалися з негативними наслідками, і таких, що не стикалися або не помічали негативних наслідків. А також двох груп фахівців: тих, хто вважає, що провізор повинен нести відповідальність, і таких, хто явно або побічно перекладає відповідальність на споживача.

При побудові дерева класифікацій споживачів як вхідні предиктори використовувалися показники, що визначають ставлення пацієнтів до самолікування і їх рівень інформованості про нього: ступінь впливу реклами в ЗМІ на ухвалення рішення про самолікування; оцінка власного рівня інформованості про методи самолікування; як пацієнтом визначається причина хвороби при самолікуванні; з ким консультується пацієнт при виборі ЛЗ для самолікування; відношення до нових ЛЗ; які симптоми респондент вважає за можливе лікувати самостійно; частота самолікування. До другої групи показників увійшли змінні, що характеризують (за оцінками споживачів) поведінку провізорів при зверненні до них покупців за безрецептурними ЛЗ для самолікування: як часто провізори рекомендують звернутися до лікаря; як часто провізори ставлять покупцям безрецептурних ЛЗ питання про симптоми хвороби при придбанні ЛЗ без рецепту; як часто провізори рекомендують додаткові препарати для комплексного лікування захворювання.

Для вирішення поставленого завдання був використаний повний перебір дерев з одновимірним галуженням по алгоритму CART з мірою Джіні (Gini) для оцінки якості згоди моделі з початковими даними. Важливість кожного з предикторів, використаних для класифікації, оцінена алгоритмом за 100-бальною шкалою. Найбільшу важливість для правильної класифікації мають змінні, які характеризують відношення провізорів до покупців, що придбають безрецептурні ЛЗ для самолікування, а також консультації при виборі цих ЛЗ.

Так, споживачі, що стикалися з негативними наслідками і вважають, що вони мають уривчасту інформацію про методи самолікування, в тому або іншому ступені довіряють рекламі в ЗМІ і відзначають, що провізори не часто (дуже рідко) ставлять питання про симптоми їх захворювання при купівлі безрецептурних ЛЗ. У той же час вони не вважають, що без кон-

сультації лікаря можливе лікування болю різної локалізації і зміцнення імунітету. З одного боку, можна зробити висновок, що дуже важлива роль провізора. З іншого — можна сказати, що при негативних наслідках ці пацієнти всю вину намагаються перекласти на провізора і рекламу, а не на самостійно встановлений діагноз.

У правому галуженні, що відходить від другого листового вузла (тобто в підгрупі пацієнтів, які не вважають, що мають уривчасту інформацію про методи самолікування), класифікація практично повністю визначається змінними, що характеризують поведінку провізорів. Іншими словами, для цієї підгрупи пацієнтів наявність або відсутність негативних наслідків самолікування повністю залежить від поведінки провізора, його консультацій і кваліфікації.

При побудові дерева класифікації спеціалістів за їх ставленням до відповідальності за наслідки самолікування у якості предикторних змінних використовувалися наступні: посада респондента; добовий товарообіг аптеки; порядкова змінна «частина відвідувачів, що придбавають безрецептурні препарати»; п'ять номінальних дихотомічних змінних, відповідних можливим причинам самолікування населення; з семи номінальних дихотомічних змінних, відповідних варіантам поведінки провізора при обслуговуванні покупця, який придбаває безрецептурні ЛЗ, через існуючі значущі досить сильних парних і множинних взаємозв'язків між ними доцільним виявилося використання тільки одного показника – рекомендація звернутися до лікаря; з причини, аналогічної попередній, з визначальних чинників при рекомендації ЛЗ хворому ми опустили все окрім двох: платоспроможність покупця і ефективність, на думку провізора, рекомендованого препарату; аналогічно, із способів залучення клієнтів в аптеку достатньо використовувати одну бінарну змінну – наявність і дотримання стандартів обслуговування в аптеці; номінальна змінна, що відображає думку щодо необхідності провізорам стандарту рекомендацій у випадку окремих захворювань.

Найбільшу значущість при класифікації працівників аптек за їх ставленням до відповідальності за рекомендацію ЛЗ при самолікуванні має думка з приводу необхідності стандарту рекомендацій для окремих захворювань. На другому місці за важливістю йдуть наявність і дотримання стандартів обслуговування в аптеці і величина добового товарообігу. Якнайменше важливим показником при класифікації є посада респондента.

Узагальнюючи ситуацію з готовністю провізорів брати на себе відповідальність за рекомендацію ЛЗ у випадках самолікування споживачів, можна виділити:

в аптеках з добовим товарообігом понад 10 тис. грн. (крупних) всі співробітники одностайні в думці, що відповідальність за рекомендовані ЛЗ несе провізор;

в аптеках, де дотримуються стандартів обслуговування і є чітка думка (неважливо, позитивна або негативна) щодо необхідності провізорам стандарту рекомендацій, більшість співробітників також вважає, що відповідальність лежить на провізорі; правда, в окремих випадках це думка тільки керівників, а самі провізори не схильні брати на себе відповідальність і вважають, що їм необхідний стандарт рекомендацій для окремих захворювань;

в аптеках, де відсутні стандарти обслуговування і (або) у працівників немає чіткої позиції з приводу необхідності стандарту рекомендацій, провізори в більшості своїй не схильні брати на себе відповідальність за рекомендацію ЛЗ пацієнту, якщо його діагноз не встановлений лікарем. Проте в окремих випадках керівники вважають, що провізор повинен нести відповідальність за рекомендовані ним препарати для самолікування.

ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЗАГАЛЬНОТОНІЗУЮЧИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Повстенко С.Ю., Губін Ю.І.
Національний фармацевтичний університет

Метою наших досліджень є вивчення пропозицій на фармацевтичному ринку України загальнотонізуючих лікарських засобів. На шляху до досягнення цієї мети було встановлено завдання проаналізувати стан сучасного ринку у відповідності до даних Державного Фармакологічного центру (ДФЦ).

При формуванні сукупності досліджуваних препаратів систематизація проводилася відповідно до міжнародної класифікаційної системи АТС (Anatomical Therapeutical Chemical Classification), згідно до якої препарати, що досліджувались, відносяться до групи А13А «Загальнотонізуючі засоби».

За даними ДФЦ станом на 01.04.2010 р. в Україні було зареєстровано (перереєстровано) 42 найменування готових лікарських засобів (32 торгові назви) групи А13А «Загальнотонізуючі засоби», які випускаються 28 компаніями-виробниками.

Більша частина (53 %) представлених на фармацевтичному ринку України загальнотонізуючих засобів (17 торгових назв) належить вітчизняним виробникам. Інші лікарські засоби (15 торгових назв) зареєстровані компаніями інших країн.

Лідерами асортименту загальнотонізуючих лікарських засобів серед вітчизняних компаній-виробників є ВАТ «Біолік» (Україна), ВАТ «Лубнифарм» (Україна), ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика» (м. Житомир), ВАТ «Тернофарм» (Україна). З відривом у рейтингу за кількістю зареєстрованих торгових назв серед іноземних фірм йдуть компанії Queisser Pharma GmbH & Co. KG (Німеччина), ФАТ ОРС та «FITO PHARMA Co., Ltd» (В’єтнам).

Таким чином, на вітчизняному ринку загальнотонізуючих лікарських засобів не існує значної залежності від імпорту, що можна оцінити як позитивну тенденцію.

Терапевтична ефективність при застосуванні загальнотонізуючих лікарських засобів значною мірою залежить від їх лікарської форми. Тому доцільним є аналіз асортименту загальнотонізуючих засобів за представленою лікарською формою. Так, встановлено, що найбільша кількість препаратів цієї групи представлена рідкими лікарськими формами, такими як настойка, екстракт, бальзам, розчин, сироп, еліксир, мікстура (78,6 %), на другому місці – тверді лікарські форми – таблетки та капсули, лікарська рослинна сировина (19 %), а третю позицію займають м’які форми у вигляді пасти (2,4 %).

Треба зазначити, що якісне різноманіття асортименту обумовлюють переважно імпортні препарати (капсули, таблетки, пасти, сироп, мікстура), у той час як 95,45 % від усіх вітчизняних загальнотонізуючих лікарських засобів випускаються у вигляді рідких лікарських форм. Це пов’язано з тим, що вітчизняні підприємства тільки частково відповідають вимогам щодо організації виробництва високотехнологічної лікарської форми. Наслідком цього є не повномірна реалізація потенціалу рослин, які зазвичай використовуються при виробництві загальнотонізуючих засобів. Ця обставина, як правило, пов'язана з некоректним вибором цільової групи речовин і нераціональною технологією їх отримання.

Аналізуючи стан сучасного фармацевтичного ринку України з точки зору асортименту загальнотонізуючих лікарських засобів перспективним для досліджень є створення інноваційного лікарського засобу з науковим обґрунтуваннями складу, фізико-хімічних властивостей сполук та технології отримання, який при коректному виборі цільової групи речовин матиме широкий спектр комплексної фармакотерапевтичної дії.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ЕКОНОМІКО-МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ПРОЦЕСІ АТЕСТАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Посилкіна О. В., Братішко Ю. С.
Національний фармацевтичний університет

В умовах впровадження на сучасних фармацевтичних підприємствах (ФП) міжнародних стандартів якості важливим інструментом управління розвитком персоналу є його атестація. Сьогодні оцінка та атестація персоналу ФП являє собою складний, багатогранний процес. Це обумовлено, в першу чергу, специфікою функціонування фармацевтичної галузі та особливими вимогами до персоналу ФП, а, по друге, вимогами, які висуваються до персоналу міжнародними стандартами якості. Як показали проведені дослідження, одним із найбільш вагомих чинників, які обумовлюють побудову ефективної системи управління персоналом на ФП в умовах впровадження менеджменту якості, є наявність ефективної системи індивідуальної та колективної оцінки та атестації персоналу. За цих умов необхідною стає розробка комплексної системи атестації персоналу, заснованої не лише на оцінці його кваліфікаційного та професійного рівня, але й на врахуванні ділових характеристик особистості, здатності працівника до самоменеджменту та рівня його відповідності корпоративній культурі підприємства. Сьогодні проведення атестації має спиратися на використання сучасних методів оцінки персоналу, що сприятиме точності отриманих результатів. За цих умов доцільним є використання комплексу методів, зокрема: методу «360 градусів» для оцінки працівником самого себе, колегами та керівником; таксономічного аналізу для визначення узагальненого показника рівня професійних, ділових якостей, оцінки рівня самоменеджменту персоналу та відповідності рівню корпоративної культури; та методу кластеризації для визначення кадрового резерву ФП. Запропонована програма атестації заснована на комплексному підході до оцінки персоналу ФП та здійснюється за чотирма напрямками: оцінка рівня професійних якостей працівників, їх ділових якостей, рівня здатності персоналу до самоменеджменту та рівня його корпоративної культури. За кожним напрямком атестації для кожного працівника необхідно розраховувати комплексні та інтегральний таксономічний показник, які відбивають узагальнений рівень його компетенцій. Інтегральний (узагальнюючий) показник професійної компетенції працівника розраховується на підставі таксономічного аналізу за наступною моделлю:

$$\hat{E}_{\text{³íòåãð}}^{\text{ïðîô .êîìïåíò}} = f(\hat{E}_{\text{êîìïë}}^{\text{ïðîô .ÿêîñòåé}}; \hat{E}_{\text{êîìïë}}^{\text{äªë.ÿêîñòåé}}; \hat{E}_{\text{êîìïë}}^{\text{ñàìîìåíåäæ}}; \hat{E}_{\text{êîìïë}}^{\text{êîðïîð .êóëüò}}), \quad (1)$$

де К проф.якостей компл – комплексний показник рівня професійних якостей працівника;
К діл.якостей компл – комплексний показник рівня ділових якостей працівника;
К самоменедж компл – комплексний показник рівня самоменеджменту працівника;
К корпор.культ компл – комплексний показник рівня корпоративної культури працівника.

За результатами атестації з використанням методу кластерного аналізу доцільно визначати групу працівників, оцінні показники яких відповідають вимогам займаної посади; групу працівників, оцінні характеристики яких не відповідають займаній посаді, та групу працівників, яких доцільно зараховувати до кадрового резерву. Запропонована методика була опрацьована на одному з ФП. Результатами проведення атестації управлінського персоналу та його угрупування за допомогою методу кластеризації стало наступне. Виділені три кластери управлінського персоналу: перший – працівники, які формують кадровий резерв; другий – працівники, які відповідають вимогам займаної посади; третій – працівники, які не

відповідають вимогам займаної посади. Результати групування атестованого персоналу наведені у табл. 1 та на рис. 1.

Таблиця 1

Узагальнення результатів проведення атестації управлінського персоналу досліджуваного фармацевтичного підприємства

Номер атестованого працівника	Комплексний показник професійних якостей	Комплексний показник ділових якостей	Комплексний показник рівня самоменеджменту	Комплексний показник рівня корпоративної культури	Інтегральний показник професійної компетенції	Номер кластеру
1	0,0258	0,4780	0,4870	0,0280	0,1390	3
2	0,0258	0,4950	0,4940	0,0400	0,3340	2
3	0,0260	0,5090	0,4630	0,0160	0,3580	2
4	0,0263	0,5090	0,4920	0,0150	0,6830	1
5	0,0258	0,5370	0,4570	0,0170	0,2810	3
6	0,0258	0,5370	0,4630	0,0360	0,5520	2
7	0,0540	0,5210	0,5310	0,0010	0,0860	3
8	0,0490	0,1640	0,6200	0,0020	0,4640	2
9	0,0420	0,1610	0,5740	0,0030	0,3340	2
10	0,0390	0,1720	0,6080	0,0040	0,4470	2
11	0,0530	0,1520	0,5970	0,0040	0,6360	1
12	0,0510	0,1550	0,6740	0,0030	0,7110	1
13	0,0940	0,5800	0,5680	0,0003	0,2630	3
14	0,0890	0,3070	0,6140	0,0007	0,4020	2
15	0,0480	0,3320	0,6010	0,0013	0,3660	2
16	0,0490	0,3360	0,5880	0,0020	0,4840	2
17	0,0540	0,3260	0,5380	0,0010	0,3690	2
18	0,0550	0,3160	0,4630	0,0007	0,0280	3
19	0,3290	0,0170	0,2070	0,4990	0,0990	3
20	0,3300	0,0150	0,1940	0,5170	0,3350	2
21	0,3320	0,0190	0,1830	0,4960	0,2480	3
22	0,3310	0,0250	0,1830	0,4970	0,1620	3
23	0,3320	0,0210	0,1890	0,5040	0,4370	2
24	0,3350	0,0170	0,1890	0,5130	0,4500	2

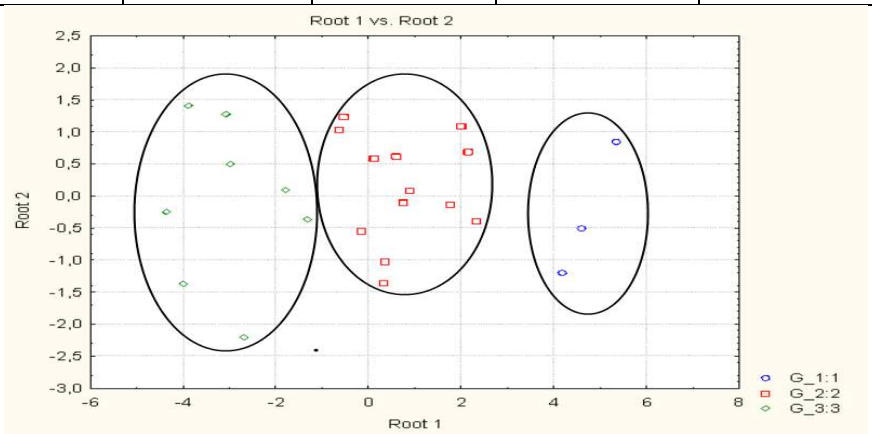


Рис. 1. Результати кластеризації управлінського персоналу ФП за рівнем інтегрального таксономічного показника атестації

Таким чином, до складу кадрового резерву увійшли три працівника, а групу працівників, які не відповідають займаній посаді склали вісім осіб.

МІСЦЕ ЛОГІСТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ КЛІЄНТІВ В СИСТЕМІ ПАРТНЕРСЬКИХ ВІДНОСИН ПРОМИСЛОВИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Посилкіна О.В., Горбунова О.Ю.
Національний фармацевтичний університет

Соціальна значущість продукції фармацевтичної галузі визначає місію всіх суб'єктів фармацевтичного ринку, що полягає у забезпечені ефективності, безпечності, якості та доступності лікарських засобів (ЛЗ). В той же час функціонування в умовах ринкової конкуренції примушує підприємства шукати шляхи підвищення економічної результативності своєї діяльності.

Отже, виникає необхідність встановлення компромісу між задоволенням комерційних інтересів та виконанням соціальної місії промислових фармацевтичних підприємств (ПФП) (рис. 1).

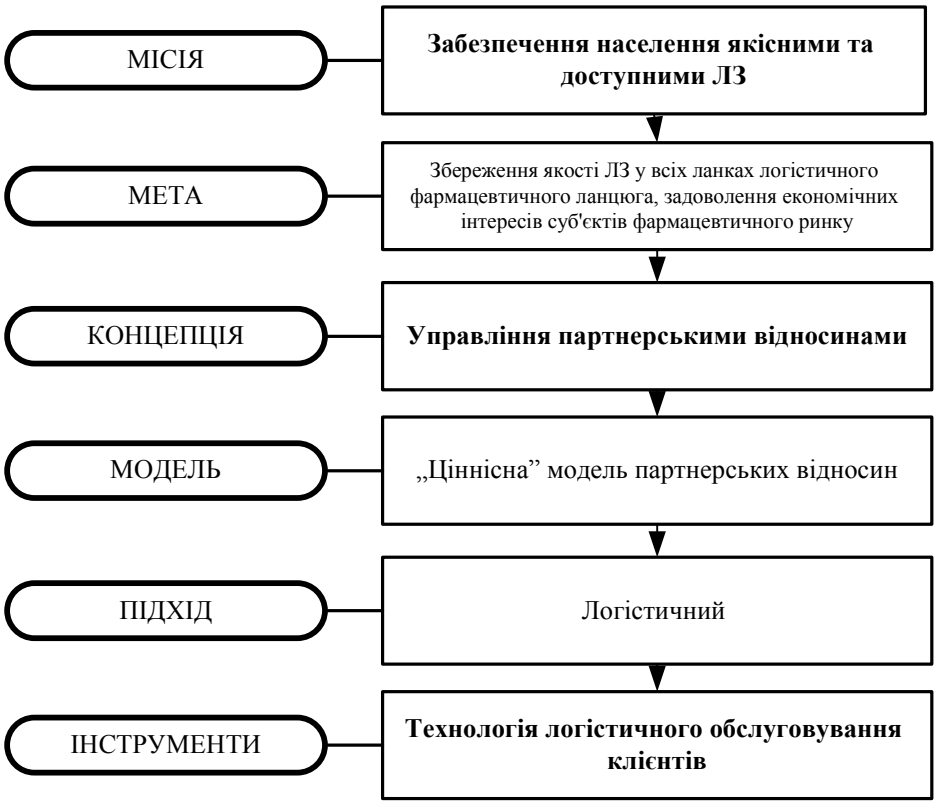


Рис 1. Роль логістичного обслуговування клієнтів в досягненні місії ПФП

Перспективним напрямком отримання двостороннього ефекту для партнерів та забезпечення якості ЛЗ є використання концепції управління партнерськими відносинами, в основі якої покладена модель збереження цінності ЛЗ та створення цінності партнерських відносин.

Актуальність використання саме цієї концепції в діяльності ПФП зумовлена тим, що кінцевий споживач не може об'єктивно оцінити величину та рівень цінності, отриманої від використання ЛЗ за критеріями якості, ефективності, корисності, отже, вся відповідальність за створення та забезпечення вказаних параметрів переноситься на учасників процесу розробки, виробництва, розподілу та доставки ЛЗ до кінцевого споживача. Ефективні партнерські відносини гарантують, що «на вході» ПФП отримає необхідні якісні та доступні за ціною ре-

сурси, створить додаткову цінність всередині своєї логістичної системи, передасть «на виході» клієнту якісні та доступні ЛЗ, а клієнт, в свою чергу, збереже їх цінність в процесі доставки до кінцевого споживача. Таким чином, величина цінності, яку отримує як кінцевий споживач ЛЗ, так і партнери, залежать від рівня сформованості та ефективності партнерських відносин.

В свою чергу використання технології логістичного обслуговування, як інструмента управління партнерською взаємодією, дозволяє оптимізувати витрати шляхом доставки необхідних ресурсів в необхідній кількості в необхідне місце в необхідний час необхідному клієнту, що сприяє реалізації комерційних цілей ПФП та його партнерів.

Система партнерських відносин ПФП, з точки зору логістичного фармацевтичного ланцюга, складається з ланок прямого впливу – відносини з постачальниками сировини, напівфабрикатів, обладнання, та непрямого – партнерські відносини з кінцевими споживачами. При розгляді ПФП як суб'єкта розвитку партнерських відносин, місцем прямого впливу на партнерську взаємодію є ланка «підприємство-клієнт» (рис. 2).

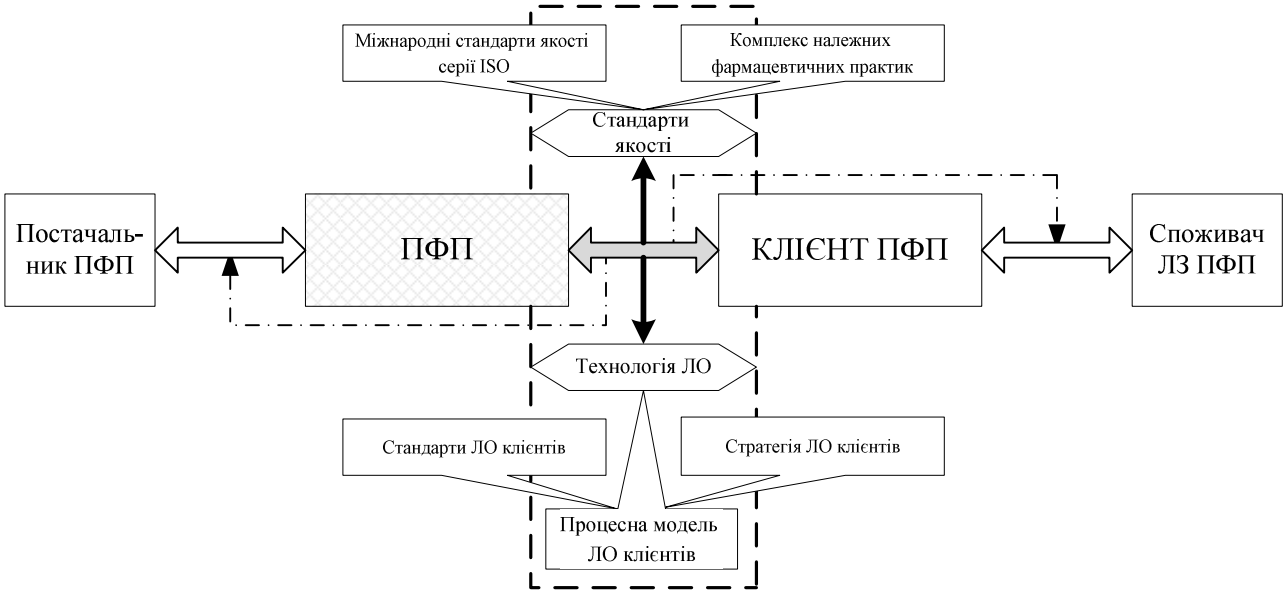


Рис 2. Місце технології логістичного обслуговування в системі партнерських відносин ПФП

Одночасно ефективність партнерських відносин в цій ланці опосередковано вливатиме і на інші напрямки партнерської взаємодії ПФП.

Як вже зазначалося, ефективність партнерства з клієнтами сприяє збереженню якості та доступності ЛЗ для кінцевих споживачів, отже гарантує їх задоволеність. До того ж від цього залежить кількість повторних закупівель клієнтами ПФП, відповідно до цього збільшуються обсяги виробництва, отже, зростає потреба в сировині та матеріалах, що призводить до підвищення частоти закупівель у постачальників ПФП.

Слід зазначити, що невід'ємним елементом в управлінні партнерськими відносинами на етапі переходу вітчизняних ФП до систем менеджменту якості є міжнародні стандарти якості. З одного боку, вони частково виступають регламентуючими документами партнерських відносин, оскільки підкреслюють необхідність налагодження партнерства та використання процесного підходу до нього. Вимоги GDP, GSP виступають керівними документами стосовно зберігання та транспортування ЛЗ в процесі логістичного обслуговування клієнтів. А з іншого – ефективне логістичне обслуговування клієнтів ФП слід розглядати як важливу умову переходу ПФП до інтегрованих систем менеджменту якості.

МОНІТОРИНГ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В УКРАЇНІ

Посилкіна О.В., Літвінова О.В.
Національний фармацевтичний університет

Моніторинг патентної документації – це безперервний процес законного й етичного збору й аналізу інформації, який включає виявлення конкурентів, визначення джерел потрібної інформації, а також методів отримання й інтерпретації знайдених відомостей. Результат цієї роботи може використовуватися при розробці стратегії забезпечення конкурентних переваг компанії на певному ринковому сегменті.

Мета: аналіз динаміки отримання патентів на винаходи і корисні моделі, об'єктом яких є лікарські засоби і способи лікування в Україні протягом 2005-2010 рр.

Матеріали і методи: проведені патентні дослідження з використанням бази даних Українського патентного відомства в мережі Інтернет (www.ukrpatent.org).

Результати: в результаті проведених патентних досліджень (2005-2010 рр.) виявлено активне патентування лікарських препаратів в Україні зарубіжними фармацевтичними компаніями, що свідчить про наявність їх комерційних інтересів на даній території. За вказаний період зарубіжними фармацевтичними компаніями одержано ціла низка патентів на лікарські препарати в Україні: AstraZeneca – 126, Janssen Pharmaceutica – 66, Servier – 62, Boehringer Ingelheim Pharma – 44, Lilly Co Eli – 36, Squibb Bristol Myers company – 33, Lundbeck – 32, Sanofi Aventis – 27, Pfizer – 26, Solvay Pharmaceuticals – 26, Schering AG – 23, Merck & Co Inc – 14, KRKA – 13, Zentiva – 7, Richter Gedeon Vedieceti djar – 7, Takeda – 6, Glaxo Group LTD – 4, Lek – 1. На основі моніторингу патентної інформації виявлені основні напрями досліджень зарубіжних фармацевтичних компаній.

Діагностовано стратегія диверсифікація інноваційної діяльності зарубіжних фармацевтичних компаній, яка полягає в патентній охороні препаратів різних фармакотерапевтичних груп, а також нових лікарських форм з покращеними фармакокінетичними властивостями, біотехнологій, багатокомпонентних препаратів, кожен з компонентів яких є препаратом з доведеною ефективністю та безпекою.

Серед вітчизняних заявників у 2005-2010 рр. найбільш висока інноваційна активність виявлена серед вищих навчальних закладів.

Так, Національним фармацевтичним університетом одержано 181 патент на винаходи і корисні моделі в галузі фармації; Одеським державним медичним університетом – 104; Харківським державним медичним університетом – 52.

Проте вітчизняні навчальні заклади не завжди мають могутню виробничу базу для випуску готових лікарських форм і можливість комерціалізації своїх винаходів. Слід зазначити придбання виняткових майнових прав на власні розробки науково-дослідними установами: інститут фармакології та токсикології АМН України – 25, ДП «Державний науковий центр лікарських засобів та медичної продукції» – 15, Інститут органічної хімії НАН України – 12, Інститут біохімії ім. О.В.Палладіна НАН України – 11, Інститут мікробіології і вірусології ім. Д.К.Заболотного НАН України – 9. Винахідники вітчизняних фармацевтичних компаній також володіють значною кількістю патентів на винаходи і корисні моделі, які одержані за період 2005-2010 рр., в Україні: ВАТ „Фармак” – 26, ВАТ «Червона зірка» – 22, ТОВ „Фармацевтична компанія „Здоров'я” – 15, ЗАТ «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод» – 8, ТОВ „Фарматрон” – 8, ТОВ „Фарма Старт” – 7, АТ «Галичфарм» – 2, ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» – 2.

Слід зазначити, що іноземні фармацевтичні компанії отримують в Україні патенти на винаходи, користуючись міжнародним Договором про патентну кооперацію (PCT|). Відповідно до цього елементу міжнародної системи охорони промислової власності єдина патентна заявка, що подана до патентного відомства будь-якої країни-учасника, може бути дійсною в усіх інших країнах-учасниках за вибором заявника.

Переваги цієї процедури полягають в наступному: подача на початковому етапі заявки на одній мові, за результатами міжнародного пошуку можна вибрати коло країн патентування, отримання сильного патенту, який важко оскаржити.

За системою PCT економічно доцільно патентувати винахід більш ніж у 5 країнах. Українські заявники, як правило, одержують патенти на корисні моделі, термін дії яких складає тільки 10 років. Однією з причин такої патентної тактики є підвищення розмірів зборів при придбанні прав на винахід і підтримку в силі патентів для національних заявників.

У теперішній час реальний сектор фармацевтичного ринку в Україні більшою мірою заповнюють іноземні виробники.

Згідно інформації, яка представлена на сайті Державного фармакологічного центру України, в останній час кількість зареєстрованих імпортних лікарських препаратів в Україні значно перевищує кількість вітчизняних препаратів.

Ці дані узгоджуються з результатами проведених патентних досліджень. Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що в умовах жорсткої конкуренції ефективна стратегія управління інтелектуальною власністю дозволяє фармацевтичним компаніям займати найзручніші ринкові позиції, використовуючи сучасні технології у виробництві своєї продукції й послуг; удосконалювати фінансову діяльність, виявляючи патентні активи для одержання нових доходів.

Висновок. Таким чином, проведений моніторинг фармацевтичного ринку інтелектуальної власності в Україні свідчить про необхідність управління комерціалізацією вже створених вітчизняними розробниками об'єктів інтелектуальної власності.

З метою підвищення рівня забезпеченості населення України життєво необхідними лікарським засобами, а також препаратами для лікування рідкісних захворювань необхідне стимулювання розробки і виробництва інноваційних лікарських засобів вітчизняного виробництва.

Для реалізації цього підходу необхідне вирішення наступних завдань: розробка методології та методологічних підходів до обґрунтування і реалізації ефективної інноваційної стратегії розвитку фармацевтичних підприємств, збільшення синтезу нових субстанцій вітчизняного виробництва, заміщення імпортних лікарських засобів вітчизняними, особливо тими, що входять до переліку життєво необхідних, стимулювання розробки і виробництва вітчизняних інноваційних лікарських засобів.

З метою підвищення ефективності інноваційної діяльності необхідне подальше стимулювання співпраці вітчизняних фармвиробників з університетами і НДІ, створення науково-дослідницьких альянсів, оскільки стратегічна прибутковість бізнесу кожної компанії залежить від таких складових, як: розробка та захист інтелектуальної власності, відстеження діяльності конкурентів та ідентифікація порушників, обмін інтелектуальною власністю.

УПРАВЛІННЯ ТОВАРНИМИ ЗАПАСАМИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Посилкіна О.В., Новицька Ю.Є.
Національний фармацевтичний університет

Регулювання обсягу товарних запасів на торговельному підприємстві дозволяє скоротити витрати, збільшити прибуток і вивільнити оборотні кошти. Навчитися управляти запасами і впливати на процес руху товару –ос завдання будь-якого менеджера. Для її вирішення потрібні певні економічні знання і використання сучасних методів управління.

Управління запасами можна вважати успішним, якщо в кожний певний момент часу підприємство в своєму розпорядженні має достатній для реалізації його стратегії обсяг запасів. Всім відомо невгамовне бажання багатьох провізорів та керівників торговельних фірм мати в асортименті всі зареєстровані в Україні препарати в кількості, необхідній для місячного продажу. І саме цей показник вважається за еталонний при оцінці ефективності політики управління запасами. Тим не менш, з економічної точки зору це недозволена розкіш і недоцільна для будь-якої української фірми.

Формування торговельного асортименту – складна задача, при розв'язанні якої необхідно враховувати вимоги фармацевтичного ринку, економічні можливості та маркетингові цілі фірми. Ця тема вимагає окремого розгляду. А ефективність регулювання запасів - це похідна від ефективності вибору асортименту. Тому, в даному досліджені розглядаються варіанти вирішення проблеми регулювання запасів на базі обґрунтованого асортименту, будь то 100 чи 1500 найменувань препаратів.

Таким чином, перед менеджером постає завдання – забезпечити такі умови, щоб на складі товару було не більше й не менше, а саме стільки, скільки потрібно споживачам і необхідно для забезпечення функціонування фірми. Передбачаючи реакцію провізорів, які наполягають на винятковості і неповторності, специфічності фармацевтичної продукції і, отже, нереальності такої ситуації, слід зазначити, що не варто винаходити велосипед спеціально для фармацевтичної галузі. Адже з подібними проблемами (широкий асортимент, велика кількість виробників, постачальників і торгових точок, обмежений термін придатності) стикаються і учасники ринку косметичних засобів, і ринку продовольчих товарів. Небажання вчитися на чужих помилках і використовувати методи логістики та маркетингу штучно подовжує «дитячий період» розвитку дистрибуції на фармринку.

Високоефективна торгівля в даний час можлива тільки за умови:

- системної організації збуту;
- управління запасами на основі наукових методів;
- організації управлінського обліку;
- комп'ютеризації обліку, статистики, аналізу, прогнозу та обробки інформації.

Це дозволить не лише оптимізувати запаси, знизити витрати на зберігання, вивільнити оборотні кошти, а й значно прискорити обслуговування клієнтів. Слід зазначити, що за мірками розвинених країн рівень управління запасами в нашій країні досить низький. У період «економічної кризи» про ефективність управління запасами в Україні мало хто замислювався всерйоз. Питання про те, як ефективно управляти запасами сьогодні, коли маржинальний прибуток від діяльності підприємств знижується, доступ до позикових коштів погіршується, а конкуренція зростає, набуває особливої актуальності.

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМИ

Притула Р.Л., Гринчук І.Г., Семенченко Г.Б., Скворцова О.В., Жукова О.В.
Українська військово-медична академія

Медикаментозна терапія хворих з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) — комплексна. В ній поєднуються лікарські засоби етіотропного, патогенетичного та симптоматичного характеру. Якщо на лікувальному етапі медикаментозній терапії відводиться пріоритетне місце, то на етапі власне санаторно-курортного лікування медикаментозна терапія має менше значення. Однак, саме використання лікарської терапії є фоном для призначення, а в подальшому й для розширення арсеналу інших заходів санаторно-курортного лікування. Метою нашого дослідження було визначення основних груп лікарських засобів (ЛЗ) для реалізації якісної та повної системи реабілітаційних заходів постраждалих з ЧМТ. Встановлено, що фармакотерапія ЧМТ в умовах санаторіїв повинна бути: диференційованою (передбачає використання її окремих компонентів в залежності від конкретного стану хворого), своєчасно розпочатою і адекватною по дозуванню та тривалістю (з урахуванням особливостей біотрансформації препаратів та швидкості репарації порушеного метаболізму); етапною (визначення провідного на даному етапі посттравматичного періоду патогенетичного фактору з одночасною спадкоємністю лікування). Згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» для санаторно-курортного лікування потерпілих з ЧМТ використовуються такі групи препаратів, як ноотропні засоби, препарати, що покращують мозковий кровообіг та ангіопротектори. Але аналіз фахової літератури та вивчення думок фахівців свідчать, що асортимент ЛЗ, які використовуються для лікування хворих на санаторно-курортному етапі значно ширший і включає більший асортимент ліків. Зокрема, з цією метою у клінічній практиці широко застосовуються амінокислоти, метаболічні препарати, біогенні стимулятори, міотропні спазмолітики, а також антиоксиданти та антигіпоксанти. Тому виникає потреба у проведенні маркетингового аналізу усіх найбільш вживаних фармакотерапевтичних груп ЛЗ для реабілітації постраждалих з ЧМТ.

Аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку показав, що наведені вище групи для реабілітації постраждалих з ЧМТ нараховують 251 препарат, які виготовляються в 19 країнах світу, серед яких лідером є Австрія. Ця країна постачає 9% від загальної кількості зазначених ЛЗ в Україні. Всі країни Європи постачають 135 асортиментних позицій. Найменшу кількість ліків надходить з Італії, Словацької Республіки, Таїланду, Великобританії та Кіпру. За отриманими в результаті маркетингового аналізу даними Україна займає перше місце по виробництву ЛЗ для реабілітації хворих з ЧМТ. Пропозиції 20 вітчизняних фірм-виробників складають 118 найменувань обраних препаратів. Перші місця займають такі підприємства, як ВАТ «Фармак» (Київ), ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (Київ), ЗАТ «Борщагівський ХФЗ» (Київ) та ВАТ «Галичфарм» (Львів). Найменшу кількість препаратів поставляють ЗАТ «Біофарма» (Київ) та ТОВ «Авант» (Київ).

Нами також проведений аналіз широти асортиментних позицій ЛЗ за фармакотерапевтичними групами. Встановлено, що ноотропні засоби налічують 75 препаратів, ЛЗ, що покращують мозковий кровообіг – 76, міотропні спазмолітики – 16, ангіопротектори – 20, амінокислоти – 10, метаболічні препарати – 32, біогенні стимулятори – 16, антиоксиданти та антигіпоксанти – 6. Таким чином, визначені основні фармакотерапевтичні групи ЛЗ, сегмент ринку кожної групи, а також місце вітчизняних виробників серед загального асортименту ліків, що застосовуються на етапі реабілітації постраждалих з ЧМТ.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО МЕТОДУ АНАЛІЗУ ВИТРАТ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Притула Р.Л., Страшний В.В., Семенченко Г.Б., Приходько Т.В., Бєлозьорова О.В.
Українська військово-медична академія

Після зрощення перелому кістки завжди спостерігається порушення функції кінцівки, виражене у різній мірі. Як правило, розвиваються контрактури суглобів, гіпотрофія м'язів різного ступеня в залежності від локалізації, характеру перелому і способу знерухомлення відламків кістки. Тому основним завданням на етапі відновлення та реабілітації таких категорій хворих є відновлення фізичної працездатності, зниження рівня інвалідності осіб працездатного віку, підготовка постраждалих до самостійного життя і виробничої діяльності.

Застосування в санаторних закладах різних міністерств та відомств стандартів якості санаторно-курортного лікування, протоколів фармакотерапії хворих з різною патологією і переліку обов'язкових медичних послуг для реабілітаційних, зокрема санаторно-курортних установ сприяє підвищенню якості медичної допомоги, що надається при проведенні медичної реабілітації. Цими заходами у санаторіях та профілакторіях створюються оптимальні умови для комплексної реабілітації постраждалих за допомогою психотерапії, лікувальної фізкультури, фізіотерапії, медикаментозній терапії у поєднанні з лікувально-охоронними руховим режимом і дієтичним лікуванням. При цьому істотна перевага санаторного реабілітаційного комплексу перед медикаментозною монотерапією - відсутність алергізації організму, побічних реакцій, а також звикання до препаратів. У результаті власних досліджень нами було проаналізовано клінічну картину полісегментарних переломів, зокрема, їх реабілітаційний період лікування, виявлено нераціональне використання коштів з причини значної широти асортименту лікарських засобів (ЛЗ) та відносної дороговизни більшості з них.

Встановлено, що для усунення зазначених недоліків доцільним є використання методів та підходів фармакоекономічного аналізу, що дозволило зіставити витрати та переваги альтернативних медичних технологій, а також обрати серед них найбільш оптимальні з позиції раціонального розподілення обмежених фінансових ресурсів, зокрема бюджетних. При проведенні досліджень доведено, що одним із провідних показників є оцінка якості життя як характеристика загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться, а також прогностичних критеріїв завершення перебігу захворювання.

Проведений аналіз медикаментозної складової медичної реабілітації хворих з переломами кінцівок у санаторно-курортних умовах дозволив виділити загальні та скорочені переліки ЛЗ у розрізі фармакотерапевтичних груп, серед яких: анальгезуючі і протизапальні, міорелаксанти периферичної дії, хондропротектори, біогенні стимулятори, вітаміни, препарати кальцію тощо. Для дослідження використовувались результати анкетування медичних фахівців профільних санаторно-курортних закладів різних форм власності та підпорядкування, основні показники статистичного бюлетеня санаторно-курортних послуг за 2009 рік, а також середні роздрібні ціни у аптечних мережах за даними прас-листів щотижневика «Аптека». Крім того, проведені анкетування лікарів-травматологів, реабілітологів дозволили отримати показники ефективності препаратів вищезазначених груп ЛЗ. Таким чином, для проведення досліджень нами були обрані фармакоекономічні методи аналізу «вартість – ефективність» та «вартість – користь», за допомогою яких вдалося оптимізувати та скоротити перелік медикаментів у 2,5 рази, а також науково обґрунтувати доцільність внесення змін до формулярних переліків ЛЗ для реабілітації травмованих з переломами кінцівок.

ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ ІННОВАЦІЙНО-ІНВЕСТИЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Рогуля О.Ю., Малик В.О., Ольховська А.Б.
Національний фармацевтичний університет

Формування товарної інноваційної політики виробничого фармацевтичного підприємства ґрунтується на комплексному вирішенні завдань, пов'язаних з плануванням та розробленням інвестиційно привабливих нових товарів, забезпеченням їх якості, стимулюванням попиту на інновації, мінімізацією інноваційних ризиків. Пріоритетним є планування орієнтованого на ринок продуктового портфелю, який сформовано на основі відбору найбільш перспективних та раціональних інноваційних пропозицій. Проблема отримання конкурентних переваг при впровадженні товарних інновацій ускладнюється дисбалансуючим впливом мікро- та макросередовища, що призводить до ринкової невдачі нової фармацевтичної продукції. Найчастіше причинами провалу товарних інновацій є маркетингові помилки та форс-мажорні обставини. Ці дві групи факторів впливають на успішність інновацій в будь-якій галузі, і тому є об'єктами системного моніторингу. Також причинами втрати конкурентних переваг нових фармацевтичних товарів є відсутність маркетингового обґрунтування доцільності інновації, нечітке визначення ринкової новизни та часу виходу на ринок, помилки у визначенні потенціалу цільового ринку, що призводить до низької окупності інвестицій, недостатній рівень фінансування розробки інноваційного товару. Окремо слід визначити можливе зниження рівня конкурентоспроможності підприємства внаслідок неефективної структури маркетингового комплексу. Це може бути обумовлено помилками при позиціонуванні товару, формуванні цінової, збутової та маркетингової комунікативної політики. Уникнути або мінімізувати негативний вплив можна використовуючи адекватні маркетингові стратегії. Залежно від величини інноваційного потенціалу підприємствам рекомендовано обирати наступальну, захисну або змішану стратегію, реалізація яких потребує різного рівня фінансування. Одним із напрямів підтримання конкурентоспроможності є використання стратегії диверсифікації, за допомогою якої підприємство може швидко проникнути на багато ринків та поступово збільшувати свою присутність на них. Найчастіше застосовується горизонтальна (концентрична); вертикальна; латеральна (поздовжня) диверсифікація. Горизонтальна (концентрична) дозволяє оновити традиційний товарний асортимент продукцією, що виготовляється з використанням тих самих технологій або потребує тих самих маркетингових можливостей. Виробництво препаратів, наприклад, в нових для підприємства лікарських формах відповідає стратегії вертикальної диверсифікації. При латеральній диверсифікації проводиться порівняльний аналіз діяльності підприємств галузі, до якої підприємство прагне ввійти, та робиться висновок про ефективність такого входження. Реалізація такої стратегії пов'язана зі значним ризиком, так як нова діяльність не має нічого спільного з його традиційною виробничою та маркетинговою діяльністю. Використання запропонованих стратегій дозволяють отримати конкурентні переваги.

Таким чином, практична реалізація формування конкурентних переваг у товарній інноваційній політиці фармацевтичного підприємства повинна будуватися на принципах пріоритетності рішення найбільш актуальних проблем загальної соціальної політики галузі; цілеспрямованості раціональної інвестиційної політики на реалізацію цілей та завдань маркетингової діяльності підприємства; збалансованості інтересів усіх суб'єктів фармацевтичного ринку, які задіяні в інвестиційному процесі розробки, виробництва, просування фармацевтичного товару на ринок тощо.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЮ ЛОГІСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Сагайдак-Нікітюк Р.В.
Національний фармацевтичний університет

На сьогоднішній день одним з найважливіших завдань логістичного менеджменту є постійний розвиток логістичної системи та фармацевтичного підприємства (ФП) в цілому. Це пов'язане зі швидкою зміною стану умов діяльності ФП, що може призвести до зниження ефективності та результативності його діяльності.

Проведені дослідження виявили, що на більшості ФП до теперішнього часу не використовуються підходи до визначення логістичної результативності, що призводить до необґрунтованого зростання логістичних витрат і, відповідно, собівартості ЛЗ. Тому виникає необхідність визначення результативності логістичної діяльності ФП.

Аналіз літературних джерел висвітлив, що категорія «результативності логістичної системи» в них відсутня. Отже, на підставі проведених досліджень визначено, що під результативністю логістичної діяльності ФП слід розглядати результат функціонування логістичної системи, який характеризує рівень досягнення її цілей шляхом виконання необхідних робіт з мінімально можливими витратами.

Результативність логістичної діяльності є багатокритеріальною величиною, тому побудова показників результативності логістичної діяльності ФП повинна ґрунтуватися на певних методологічних принципах:

результати та витрати, що використовуються з метою формування відповідних показників результативності логістичної діяльності, повинні порівнюватися як їх співвідношення або різниця;

результат діяльності, що вимірюється кількісно, має бути повним, тобто враховувати всі елементи, які вже не можуть повторюватися в подальших розрахунках;

поточні витрати не можуть мати в своєму складі будь-які елементи результату;

всі показники результативності логістичної діяльності доцільно поділяти на ресурсні та витратні.

Для оцінки результативності логістичної системи, результативності функціонування ФП і розробки адекватних рішень при управлінні логістичними потоками необхідно інтегрувати безліч ключових показників результативності (KPI) в один або декілька узагальнюючих показників (рис. 1). При цьому ключові показники результативності логістичної системи визначаються стратегічними цілями ФП.

Отже, результативність логістичної системи є багатокритеріальною величиною, тому необхідно вибрати такий метод її оцінки, який враховує всі складові логістичної системи, надає комплексний результат і дозволяє аналізувати зміни, що відбуваються в логістичній діяльності ФП. Як показали проведені дослідження, в умовах ФП для визначення локальних показників результативності логістичної діяльності доцільно застосовувати теорію нечітких множин. Це обумовлено тим, що багато показників результативності окремих елементів логістичної мережі мають приблизне значення або припустимий з погляду підприємства діапазон значень.

Таким чином, визначення результативності логістичної системи дозволить ФП підвищити ефективність діяльності підприємства, збільшити рівень досягнення цілей його функціонування та забезпечить виконання соціального аспекту фармацевтичної галузі.

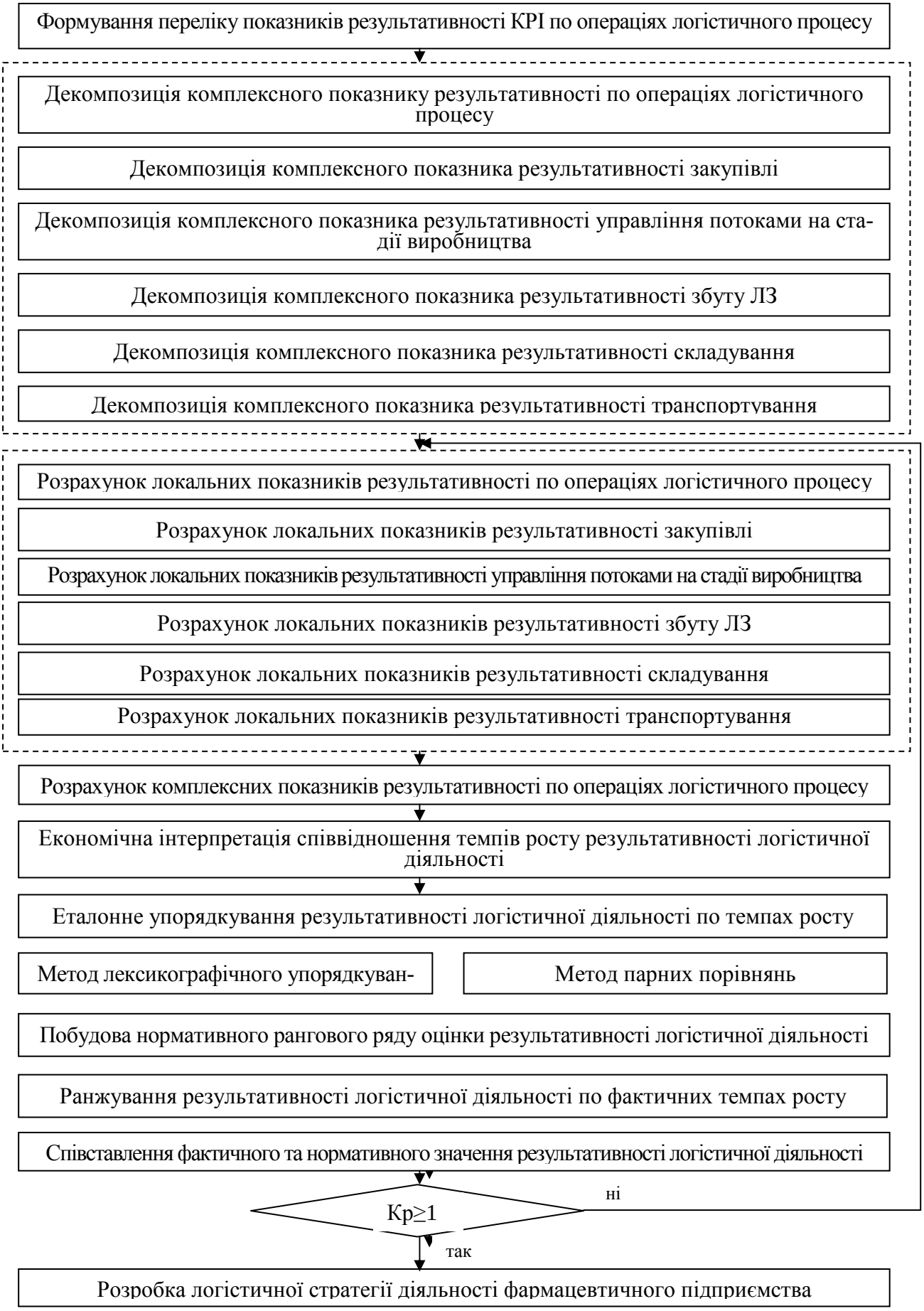


Рис. 1 Алгоритм розрахунку комплексного показника результативності логістичної діяльності ФП

МЕТОДИ РОЗМІЩЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ НА СКЛАДАХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Сагайдак-Нікітюк Р.В., Чуєшов О.В., Козирєва О.В.
Національний фармацевтичний університет, ТОВ ФК «Здоров'я»

Однією з найважливіших умов ефективного функціонування фармацевтичних організацій при переході на міжнародні правила GMP є розробка ефективної системи зберігання лікарських засобів (ЛЗ).

Процес розробки системи зберігання ЛЗ складається з декількох етапів:

1 етап. Складання попереднього переліку стандартизованих типорозмірів місць зберігання ЛЗ з урахуванням динаміки їх надходження на склад та відвантаження ЛЗ споживачам, характеру зміни обсягів запасів ЛЗ, кількості асортиментних груп, умов зберігання (температура, освітленість, сумісність при зберіганні), характеристики вантажних одиниць, габаритних і вагових характеристик упаковок, конструкції складу тощо.

2 етап. Визначення коефіцієнтів заповнення ЛЗ вибраних стандартних місць зберігання (коефіцієнт заповнення місць зберігання ЛЗ за обсягом і коефіцієнт заповнення місць зберігання ЛЗ за вагою), які характеризують повноту використання місць зберігання ЛЗ і розраховуються для кожного виду ЛЗ.

3 етап. Уточнення переліку місць зберігання, при цьому вибирається місце зберігання з найбільшим коефіцієнтом заповнення, який повинен перевищувати 0,7. За умов, коли коефіцієнт заповнення менший, виникає необхідність зміни розміру упаковки, стелажів, вантажних одиниць тощо.

4 етап. Оптимізація місць зберігання ЛЗ.

На підставі проведеного дослідження діяльності фармацевтичних організацій і вивчення літературних джерел визначено, що оптимальним підходом визначення місця зберігання ЛЗ є адресна система.

Адресна система – це автоматизований процес оптимізації розміщення ЛЗ на складі з урахуванням характеристик складу (розмір, кількість комірок і т.п.), особливостей ЛЗ, виробів медичного призначення і парафармацевтичної продукції (розмір, умови зберігання і т.п.) та управління їх навантаженням/розвантаженням. Відмінною рисою цієї системи є ефективне використання для складів з широким асортиментом товарів, які зберігаються.

При виборі системи присвоєння адресу необхідно враховувати взаємне розташування зон зберігання ЛЗ, їх розмір і кількість розміщених позицій, наявність необхідних проходів між стелажами і їх шириною, затребуваність (попит) ЛЗ із різних зон зберігання.

Умовою ефективної діяльності адресного складу є чітко регламентована схема роботи складу і складського персоналу, а також розроблена система обліку ЛЗ. Для цього розробляється карта розміщення вільних місць на фармацевтичному складі. При складанні загальної схеми розміщення ЛЗ доцільно враховувати можливі зміни асортименту ЛЗ, обсягів продажів ЛЗ і обсягів запасів ЛЗ. На карті, на якій указані всі зони, стелажі та комірки складу, комірник відзначає ступень їх заповнювання. Потім за допомогою використання різних кольорів на спеціальній дошці відмічається ступень заповнення комірок. До переліку кольорів належать:

- червоний – повністю заповнена комірка;
- синій – напівзаповнена комірка;
- білий – відсутність ЛЗ в комірці.

Приклад карти розміщення ЛЗ наведено на рис. 1.

Рис. 1. Приклад карти розміщення вільних місць на складі фармацевтичної організації

Кожна комірка має свій адрес, нумерація є наскрізною для всього складу.

Для багатоповерхового фармацевтичного складу використовується наступна класифікація:

1 – номер поверху; 2 – зона зберігання; 3 – номер ряду стелажів; 4 – номер стелажу; 5 – номер полки; 6 – номер комірки зберігання ЛЗ:

1-2-3-4-5-6.

Якщо використовується одноповерховий фармацевтичний склад, то номер поверху не вказується.

Для зручності в адресну карту крім цифр вписуються букви, які відповідають певній фармакотерапевтичній групі:

А – ампульовані форми ЛЗ;

В – спиртомістячі ЛЗ;

Г – гумові вироби медичного призначення;

Л – лікарська рослинна сировина;

М – м’які форми ЛЗ (мазі, лініменти та т.п.);

П – перев'язні засоби і тканинні вироби;

Р – рідкі форми ЛЗ (очні краплі, інфузійні розчини);

С - сиропи, аерозолі;

Т – таблетована форма ЛЗ;

Ц – цукрозамінники (список А).

Крім того, в адресній системі також враховуються особливості зберігання ЛЗ:

Х – ЛЗ, що зберігаються в холодильнику;

Z – термолабільні ЛЗ (нестабільні суппозиторії і т.п.);

Y – шафа, тобто ЛЗ, що зберігаються за списком А.

Таким чином, використання адресної системи на фармацевтичних підприємствах дозволить досягти «прозорості» складських технологічних процесів, мінімізувати час розміщення на зберігання та відбір ЛЗ для комплектації, спростити процес інвентаризації, поліпшити контроль за зберіганням ЛЗ, підвищити якість обслуговування клієнтів, мінімізувати витрати на навчання персоналу, знизити кількість помилок при комплектації, а також підвищити продуктивності праці робітників складу.

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ В ПРОЦЕСІ САМОЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО КОНТИНГЕНТУ

Скрильова Н.М., Пестун І.В.
Національний фармацевтичний університет

Щодня у всьому світі мільйони людей удаються до самолікування при різних незначних нездужаннях (головний біль, простуда, розлади травлення та ін.). Раціональне використання лікарських засобів на сьогоднішній день являється однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я, що вимагає вирішення цілого ряду законодавчих, організаційних, методологічних та інших питань. Оскільки, саме нераціональне застосування призводить до виникнення побічних ефектів та неефективності самолікування. Вирішення цієї проблеми сприятиме збереженню здоров'я нації, збільшенню тривалості життя населення і поліпшенню якості життя хворих.

Метою нашого дослідження являється визначення причин та наслідків самолікування дитячого контингенту, позитивних та негативних сторін самолікування та обґрунтування науково-методичних підходів до вирішення цих проблем. Роль самолікування почала особливо зростати з 70-х років XX століття. У формуванні концепції самостійного використання ліків істотну роль зіграла Всесвітня організація охорони здоров’я (ВОЗ), яка дає визначення, що самолікування – це використання ліків споживачем для лікування порушень і симптомів, розпізнаваних ним самим також підкреслюється, що самолікування допустиме лише відносно невеликого числа розладів, що не вимагають точного діагнозу (простуда, шлунково-кишкові розлади). З 1992 року існує таке поняття, як доказова медицина, тобто лікування має відповідати сучасним вимогам з абсолютною доказовою базою. У 1994 р. Міжнародна асоціація виробників безрецептурних препаратів термін „самолікування” (self-medication) перетворила у „відповідальне самолікування” (responsible self-medication), яке передбачає самодопомогу, направлену на полегшення стану при не серйозних захворюваннях , самопрофілактику, а також здоровий спосіб життя, відмову від шкідливих звичок, правильне вживання препаратів. Нами було проведено анкетування щодо дослідження причин та наслідків самолікування дитячого контингенту для якого було розроблено два види анкет: для споживачів та для лікарів. Всього в анкетуванні прийняли участь 273 анкети споживачів та 85 анкет лікарів різної спеціальності. Самолікування у нашій країні досить розповсюджене але розвинене недостатньо, і це пояснюється багатьма причинами: і неконтрольованістю з боку держави, і відсутністю пізнавальних програм для батьків. Самолікуванням дитячого контингенту займається 30% опитаних споживачів, переважна більшість (40%) – це батьки з дітьми у віці старше 15 років, 6% – це батьки з дітьми у віці до 1 року, що досить негативно може відобразитись на здоров’ї дитини. Лікарі дуже негативно відносяться до спроби самолікування, особливо немовлят, це все пов’язано з функціональністю та розвитком дитячого організму, оскільки саме в це період відбувається формування імунітету. Поштовхом до самолікування слугують різні фактори. За даними лікарів, батьки починають займатися самолікуванням через свою недосвідченість у медицині (23%), лікарських засобах, впливу їх на організм дитини, взаємодію між собою; небажання відвідувати ЛПЗ та проходити обстеження (21%), відсутність вільного часу у батьків (16%). Головна проблема полягає в тому, що багато пацієнтів не сприймають безрецептурні препарати як ліки і не чекають від їх вживання яких-небудь побічних ефектів. Встановлено, що найбільшою популярністю безрецептурного відпуску серед споживачів користується група вітамінів (23,76%), а найрозповсюдженим препаратом являється парацетамол.

ОЦІНКА РИНКОВИХ ПОЗИЦІЙ ТОРГОВЕЛЬНИХ МАРОК ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СКЛАДОВИХ КАПІТАЛУ БРЕНДУ

Слободянюк М.М., Жадько С.В., Самборський О.С.
Національний фармацевтичний університет

На сучасному етапі важлива роль у формуванні конкурентоспроможності лікарських препаратів (ЛП) та фармацевтичних підприємств у цілому належить розвитку фармацевтичних торговельних марок (ТМ) та подальшій роботі з метою перетворення їх у бренд. Бренд розглядається як один із найбільш значущих нематеріальних активів компанії, який представляє собою сукупність стійких уявлень та очікувань споживачів стосовно окремої ТМ або компанії. Володіння фірм-виробників сильними ТМ (брендами) надає ЛП компаній додаткову, цілком реальну вартість, яка приносить відчутний прибуток. Участь фірм-виробників у конкурентному процесі та управління ТМ ліків ґрунтується на визначенні й коректуванні основних складових капіталу бренду (обізнаності про бренд, сприйнятої якості бренду, лояльності до бренду, асоціацій з брендом, показників ринкової поведінки фірми). Нами обґрунтовано застосування системи показників оцінки капіталу бренду та визначено їх особливості щодо оцінки ТМ ліків, виділено фармакоекономічні показники як специфічні у формуванні вартості бренду ЛП. Проведено комплексні дослідження окремих сегментів фармацевтичного ринку, проаналізовано складові капіталу бренду на прикладі ТМ препаратів антигіпертензивної, гіполіпідемічної, протиалергічної та ін. дії. Зокрема, проаналізовано ринкову частку ЛП та динаміку її зміни, цінові характеристики препаратів, різні рівні обізнаності фахівців про ТМ препаратів (пріоритетне згадування, спонтанне згадування, впізнавання з підказкою), присутність ЛП в асортименті аптек, рівень довіри до ЛП та фірм-виробників, оцінку фахівцями сприйнятої якості ліків та іміджу компанії-виробника, лояльність споживачів та фахівців до конкретних ТМ ліків. Опрацьовано методичні підходи до визначення конкурентних позицій ТМ ліків із застосуванням комплексу споживацьких показників, показників ефективності просування та іміджевих показників, запропоновано напрямки посилення конкурентних позицій ТМ ліків на ринку. Для оцінки ринкових позицій ТМ антигістамінних ЛП використано метод ринкового порівняння на основі річних фактичних продажів на ринку України, на прикладі ТМ лоратадину опрацьовано методику розрахунку розміру цінової премії та обсягів преміальних продажів ЛП. Найвищий рівень цінової премії (18,31 грн., або 196,25%) має ТМ Кларитин® (табл. 10мг №7 і №10) швейцарської компанії Schering-Plough. Позитивне значення цінової премії мають ТМ зарубіжних препаратів – Лорфаст (Cadila, Індія), Лоридин Рапід (Cadila Healthcare, Індія), Лорано (Hexal AG, Німеччина), Лорано (Sandoz Pharmaceuticals, Словенія), Кларидол (Shreya Life Sciences, Індія) і вітчизняного ЛП – Агістам (ТОВ «Стиролбіофарм»). Встановлено, що значна частина ТМ лоратадину мають негативне значення цінової премії, тобто продаються нижче середньозваженої ринкової ціни, що призводить до зменшення грошових потоків, які можуть акумулювати дані ТМ. Найвищий рівень преміальних продажів (8,6 млн. грн.), який формується за рахунок поєднання високої цінової премії та значних обсягів продажів у натуральних показниках (понад 470 тис. уп.) має ТМ Кларитин®. За кількістю проданих упаковок на даному сегменті ринку лідирують вітчизняні ЛП Лоратадин (ВАТ «Фармак») і Лоратадин (ВАТ «Київмедпрепарат») (понад 1,3 млн. і 777 тис. уп. відповідно). Але, зважаючи на те, що дані ТМ мають негативне значення цінової премії, преміальні продажі є також негативними (-5457,76 і -702,68 млн. грн. відповідно). Отримані результати є базою для комплексного наукового та практичного підходу щодо визначення конкурентних складових ринкових переваг ТМ та обґрунтування підходів до визначення вартості ТМ ліків та оцінки брендів як капіталу виробничого фармацевтичного підприємства.

АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ЩОДО ПОСИЛЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПРИКЛАДІ ПРОТИВИРАЗКОВИХ

Слободянюк М.М., Івченко А.В.
Національний фармацевтичний університет

З розвитком науково-технічного прогресу розширюються можливості вітчизняних фармацевтичних підприємств по виготовленню більш якісних та недорогих лікарських препаратів (ЛП). За умов ринкової економіки саме рівень конкурентоспроможність визначає комерційний успіх ЛП та підприємства в цілому. При наявності на ринку великої кількості препаратів-синонімів однієї цінової категорії для виробників постає питання індивідуалізувати свій продукт і відповідно набувають вагомості нематеріальні властивості ЛП, які більш чітко окреслюються на рівні торговельної марки (ТМ) ЛП та особливостей її просування.

Нашими попередніми дослідженнями встановлено, що процес створення конкурентоспроможної ТМ ЛП передбачає вплив на всю систему виробничо-збутової діяльності підприємства та врахування факторів конкурентної середи. Це забезпечується системою заходів, які здійснюються при розробці, клінічних випробовуваннях, виробництві, просуванні, реалізації та споживанні ЛП з метою створення його привабливості для кінцевого споживача та передбачають збалансований вплив на економічні та неекономічні показники діяльності виробника. Нами проведено порівняльний аналіз особливостей позиціонування та політики виробників щодо просування вітчизняних та закордонних ТМ ЛП на прикладі групи противиразкових засобів. Визначено, що при формуванні основних підходів до посилення конкурентних переваг ТМ досліджуваної групи ліків необхідно враховувати приналежність противиразкових ЛП до рецептурних. Відповідно цільовими аудиторіями є лікарі та провізори. Серед цільової аудиторії лікарів ефективним є розміщення інформаційних повідомлень у спеціалізованих наукових виданнях. Також набувають поширення систематичні огляди, в яких наводиться узагальнена фахівцями наукова інформація щодо ефективності використання ЛП і відповідно підвищує рівень довіри до препарату. Ще одним підходом до підвищення рівня довіри до виробника противиразкових ЛП і його продукції є проведення учбових, просвітницьких конференцій і семінарів для лікарів та провізорів з залученням відомих авторитетних вчених, лікарів-гастроентерологів, фахівців фармації та інших opinion-лідерів, повідомлення яких, як правило, підвищують інтерес до ЛП, що просувається. Позитивні результати дає поєднання інформаційної кампанії з інтернет-проектами та створенням так званих call-центрів, що набуло поширення у країнах Європи та Америки. Серед зарубіжних виробників розповсюджене створення мультимедійних презентацій ТМ з доданням електронного довідника усіх ЛП, що випускаються компанією. Останнім часом набуває все більшого розповсюдження підхід, що базується на приверненні першочергової уваги до проблеми захворювання, а не до конкретної ТМ ЛП. Лікування пептичних виразок займає тривалий час і передбачає проходження повторних курсів профілактичної терапії, а як визначено в нашому дослідженні, основною віковою групою хворих є працездатне населення країни, і підвищення чисельності хворих призведе до втрат робочого часу та людських ресурсів. Тому проведення просвітницької роботи серед населення з питань раціонального харчування та попередження виникнення виразкової хвороби дозволить зменшити чисельність хворих.

Таким чином, запорукою успішного проведення заходів щодо посилення конкурентних переваг ТМ вітчизняних противиразкових ЛП є першочергове визначення розвиток яких із базових конкурентних переваг – якісних, цінових, позиції на ринку, маркетингової підтримки або їх сукупність є більш доцільним для розвитку конкретної ТМ препарату.

ДОСЛІДЖЕННЯ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ, СПРИЧИНЕНИХ ПРОГАЛИНАМИ В ЛІЦЕНЗІЙНИХ УМОВАХ РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Стецюк С.С., Чубата І.І., Грошовий Т.А.
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Вдосконалення ліцензійних умов та правил за якими живуть аптечні заклади, є однією з найбільш актуальних тем серед фармацевтичних фахівців. Так п. 2.5.2. Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, дозволяє фельдшерським, фельдшерсько – акушерським пунктам, сільським дільничним лікарням та амбулаторіям, у разі відсутності аптеки (структурного підрозділу) в сільській місцевості, здійснювати роздрібну торгівлю лікарськими засобами за переліком, встановленим наказом МОЗ від 27.09.2005р. № 495 «Про затвердження мінімального обов'язкового асортименту лікарських засобів і виробів медичного призначення для фельдшерсько – акушерських пунктів». Але цей наказ визначає лише мінімальний асортимент, а за всіма іншими, в тому числі, життєво – необхідними лікарськими засобами сільські жителі, хворі повинні їздити за межі свого населеного пункту. Не повністю враховується соціальна складова та специфіка роботи аптечних пунктів розташованих в селах та селищах міського типу. Зокрема п. 2.5.15 Ліцензійних умов розміщує аптечні пункти у відокремлених приміщеннях лікувально – профілактичних закладів. Після скасування Постанови КМУ № 1570 від 17.11.2004р. цей пункт можна трактувати двозначно. Відокремлене і ізольоване приміщення можуть мати різні значення. Тому однозначно стверджувати чи можна тепер відкривати аптечний пункт у двох відокремлених приміщеннях (кімнатах), якщо ці кімнати не є ізольованими сказати не можна. Коли аптечний пункт розміщено у двох відокремлених кабінетах, розташованих один напроти одного через коридор ЛПЗ то жодних вимог СЕС в аптечному пункті порушено не буде. Одна кімната може використовуватись як кімната для персоналу, інша – як торговий зал. А в сільській місцевості, за умови що в приміщенні ЛПЗ відсутній аптечний заклад, така норма є вкрай необхідна.

Пункт. 2.5.9 Ліцензійних умов, встановлює загальну норму «прохід до службово – побутових приміщень не може здійснюватись через виробничі приміщення». Ця вимога створює перешкоди у діяльності аптек та доцільна лише в деяких випадках. Так, коли аптека розташована у трьох послідовно в ряд розміщених приміщеннях, схема аптеки повинна виглядати так : торговельний зал↔кімната персоналу↔матеріальна кімната, вхід в вбиральню здійснюється з кімнати персоналу. Така схема розміщення відповідає ліцензійним умовам але суперечить маркетинговим вимогам. Носити провізору ліки з матеріальної кімнати через кімнату персоналу до торговельного залу є незручно, довго, енергозатратно, крім цього втрачається оперативність відпуску ліків. Схема аптеки у вигляді послідовно в ряд розміщених приміщень: торговельний зал↔матеріальна кімната↔ кімната персоналу, вхід в вбиральню здійснюється з кімнати персоналу, є зручна, не порушує санітарних вимог, логічно побудована та доцільна, за умови, що з кімнати персоналу аптека має запасний вихід, але не можлива бо суперечить п. 2.5.9 Ліцензійних умов .

Публічне обговорення та всебічне висвітлення процесу нормотворення на офіційних сайтах регуляторних органів, із залучення до цього процесу фармацевтичних асоціацій, практичних фахівців галузі, мінімізує майбутню шкоду непередбачених наслідків і підвищує якість законодавчої і виконавчої ініціативи.

АНАЛІЗ ВАРТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ

Сятиня М.Л., Попович В.П., Коваленко Е.О., Кужель М.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

За останній час у більшості країн відмічається ріст патології вагітності, пологів та післяпологового періоду, тому дуже важливою є рання діагностика та профілактика можливих ускладнень вагітності. Тому, особливого значення набувають дослідження пов'язані з ефективністю, безпекою та економічною обґрунтованістю фармакотерапії акушерських та екстрагенітальних патологій.

Нами були проведені фармакоекономічні дослідження фармакотерапії під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Базою експериментального дослідження були Київський міський пологовий будинок №7 (КМПБ №7) та Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини (КМЦРПМ). Об'єктами дослідження були історії хвороб за 2006-2008 роки. Всього проаналізовано 1434 історії хвороб. Кожну історію хвороби аналізували за такими параметрами: вік хворої, термін перебування в стаціонарі, ускладнення під час вагітності та пологів, кількість лікарських засобів, які призначались одній хворій, вартість фармакотерапії. Далі проводили аналіз лікарських засобів за терапевтичними групами і наявністю в Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповуватися закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів.

При визначенні вартості призначених лікарських засобів виходили із середніх цін за конкретний період дослідження. Для цього використовували середні оптові ціни прайс-листів «Щотижневика Аптека» за квітень 2008 року.

У результаті статистичної обробки даних у досліджуваних стаціонарів було встановлено, що в 2008 році вартість фармакотерапії однієї пацієнтки, в середньому, склала 76, 25 грн. в КМПБ №7 та 24,1 грн. у КМЦРПМ при варіації від 5,5 грн. до 285,91 грн. у КМПБ №7 та від 5,42 грн. до 77,63 грн. у КМЦРПМ. Вартість фармакотерапії на 1 ліжко-день в КМПБ №7 склала 13,69 грн., а в КМЦРПМ – 3,11 грн. відповідно. Коефіцієнт кореляції в КМПБ №7 складає 0,32 (кореляція помірна), а в КМЦРПМ дорівнює 0,15 (кореляція слабка). У досліджуваних стаціонарах було призначено 2766 лікарських препаратів. Ці препарати були проаналізовані за груповими показниками АТС класифікаційної системи. Було визначено, що найбільшу вартість мають кровозамінники і перфузійні розчини, яка складає 38% від загальної вартості призначених препаратів у КМПБ №7 та 17% – у КМЦРПМ. Також, дороговартісними виявилися препарати для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів та лікарські засоби, що застосовуються в гінекології.

Порівнюючи призначені лікарські препарати зі згадуваним Переліком лікарських засобів з'ясували, що 21,83% із них не входять до цього Переліку, із них найчастіше призначаються Віброцил, Вібуркол, Глутамінова кислота, Канефрон та інші. Вартість цих препаратів склала, в середньому, 29,69% від вартості фармакотерапії однієї пацієнтки, тобто ця частина фармакотерапії забезпечувалася не за рахунок державних гарантій безоплатної медичної допомоги.

ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ СФЕРИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Тетерич Н.В., Котвіцька А.А, Демянік К.О.
Національний фармацевтичний університет

Кваліфікаційні характеристики провізора й фармацевта сьогодні висувають низку вимог до професійних знань та індивідуальних якостей фахівця, які мають чітко розуміти завдання фармацевтичної галузі у цілому і задачі аптек, як її основних структурних елементів, зокрема. Труднощі у реалізації ЛЗ та ВМП частіш за все обумовлені невмінням фахівця спілкуватись із відвідувачами. Психологія реалізації ліків передбачає багато різних підходів, а її ефективність, як правило, залежить у кожному конкретному випадку від фармацевтичного працівника, що пропонує аптечний товар.

Об'єктом нашого дослідження стали комунікативні властивості провізорів, а предметом – комунікативні властивості провізорів з різним рівнем професійної ефективності.

Одним з найважливіших аспектів, що визначають ефективність роботи, є комунікативна компетентність (КК) – узагальнена комунікативна властивість особистості, що включає розвинені комунікативні здібності та сформовані уміння та навички міжособистісного спілкування. Також важливим аспектом у професійній діяльності аптечних працівників є дотримання комунікативної культури, формуванню якої сприяє соціальний інтелект (СІ). Належний рівень СІ фармацевтичного працівника сприяє розумінню та прогнозуванню ситуацій міжособистісної взаємодії, подальший розвиток якого допомагає розуміти наміри, почуття, емоційний стан людини за вербальними та невербальними проявами.

За визначеними у результаті проведеного експертного оцінювання критеріями, які визначають ефективність діяльності фармацевтичних працівників, нами було сформовано дві експериментальні групи працівників аптечних закладів – група ефективних та група малоефективних провізорів.

Критерії визначення ефективності наступні: вміння встановлювати контакт з покупцем, мотивування, інформування, інструктування пацієнта, обслуговування, встановлення перспектив відношень. До групи ефективних провізорів увійшли фахівці, які відповідали усім критеріям ефективності, зазначених експертами.

Показник СІ у досліджуваних групах провізорів визначався за допомогою методики Дж. Гілфорда. На підставі результатів аналізу рівня СІ серед досліджуваних груп провізорів можна зазначити, що рівень СІ може суттєво впливати на рівень професійної діяльності провізора. З метою перевірки такого твердження нами було використано t-критерій Ст'юдента, за допомогою якого з'ясовувалась ймовірність ефективної діяльності провізорів в залежності від рівня соціального інтелекту.

За результатами розрахунків встановлено, що значення темп дорівнює 7,0769, рівень визначеності α дорівнює 0,001, що свідчить про високий рівень залежності ефективності професійної діяльності провізорів від рівня СІ.

Таким чином, підвищення рівня СІ та розвиток комунікативної сфери забезпечить підвищення ефективності професійної діяльності провізорів.

Одним з засобів розвитку СІ є тренінгові форми, які спрямовані на діяльність з упізнання елементів, класів, відношень та систем поведінки. Зазначені заходи сприяють розвитку здатності провізора до розуміння цілісних ситуацій взаємодії людей, допомагають обґрунтувати зміст їхнього поводження у конкретних ситуаціях, передбачаючи наслідки поведінки, виходячи з наявної інформації.

ПРОВЕДЕННЯ ЧАСТОТНОГО ТА АВС-АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ СПОЖИВАННЯ НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕЦІ І ЛПЗ

Ткачова О.В., Данилова С.С.
Національний фармацевтичний університет

Порушення гемодинаміки головного мозку й пов'язана з цим дисфункція центральних регуляторних систем відіграють важливу, а в ряді випадків і провідну роль у розвитку таких розповсюджених патологій, як нейроциркуляторна дистонія (НЦД), мігрень, посттравматичні стани. Відзначені порушення можуть проявлятися й у здорових осіб в умовах хронічного стресу, перевтоми, після перенесених інфекційних захворювань. Саме судинний фактор у вигляді атеросклеротичного процесу лежить в основі вікових порушень когнітивних функцій мозку - погіршення пам'яті, порушення мислення, орієнтації, координації рухів. Ноотропи - унікальна група лікарських засобів, рівною мірою затребуваних як у хворих при різних формах порушення кровообігу в судинах головного мозку, так і у здорових осіб у рамках перерахованих вище станів, насамперед тривалого психоемоційного стресу, що є найважливішим патогенетичним фактором розвитку значної кількості захворювань, переважно психосоматичної природи. Метою нашої роботи з'явилося вивчення споживання ноотропних препаратів (НП) в аптеці й ЛПЗ за допомогою частотного і АВС-аналізу. Аналіз споживання НП в аптеці був проведений за даними продажу НП протягом 6 місяців на базі приватної аптеки в м. Севастополі. Аналіз споживання НП в лікарні проводили за даними історій хвороб 40 дітей підліткового віку (13-16 років) з «вегето-судинною дистонією» (ВСД) та «НЦД». Аналіз здійснювали за листками призначення лікарських препаратів (ЛП) дітям, що проходили лікування протягом 2009 року у 23-й дитячій лікарні м. Харкова. За результатами АВС-аналізу встановлено, що із всього асортименту аптеки (близько 500 ЛП) 88 складають НП. У результаті розподілу НП по групах АВС, у групу А увійшло 38 препаратів, прибуток від яких склав 80%, у групу В - 27 препаратів, прибуток від яких склав - 15,2%, а в групу С - 23 препарати, що становить 4,8% від загальної суми. Таким чином, результати АВС-аналізу НП дозволили виділити 38 ЛП, які забезпечили 80% виторгу аптеки. З них найбільш прибутковими є препарати актовегін, солкосеріл, церебролізин, мексидол та фенотропіл, що забезпечили 24% прибутку аптеці, а це свідчить про необхідність ураховувати потребу й планувати запас НП для забезпечення прибутку аптеці та попиту споживачам. Проведений частотний аналіз споживання НП в аптеці показав, що лідером продажу був комбінований НП «Фезам», який містить 2 діючі компонента: пірацетам і цинарізин. Для встановлення факторів, які впливають на вибір НП у 43 відвідувачів аптеки було проведено анкетування. За даними анкетування, близько 55% покупців придбали НП по записці від лікаря. Серед часто затребуваних НП були – «Фезам» (54%), «Пірацетам» (50%), «Ноотропіл» (48%) та «Кавінтон» (42%). За даними анкетування споживачі придбали НП для лікування таких симптомів як запаморочення, шум у вухах, погіршення пам'яті, порушення судинного кровообігу. АВС-аналіз призначень ЛП для лікування ВСД і НЦД у дітей показав, що лікарі поряд з метаболічними ЛП досить часто призначали НП. Серед НП найчастіше призначали препарат «Фезам» (52%), що свідчить про його безпечність, доступність та обізнаність лікарів щодо сучасних ефективних НП із широким спектром фармакологічної дії, який включає як покращення мозкового кровообігу, так і поліпшення метаболічних та нейромедіаторних процесів в головному мозку.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТІВ У ПЛАНУВАННІ ДІЯЛЬНОСТІ УПОВНОВАЖЕНИХ ОСІБ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Толочко В.М., Т.О. Артюх
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Виявлення особливостей організації діяльності фармацевтичних підприємств з оптової та роздрібної реалізації лікарських засобів є необхідним етапом оптимізації системи управління якістю праці спеціалістів фармації. Також це стосується професійної діяльності уповноважених осіб фармацевтичних підприємств.

Використання методів та технологій тайм-менеджменту дозволяє підвищити ефективність використання робочого часу спеціалістів фармації. Один з головних принципів тайм-менеджменту полягає у плануванні робочого часу та є невід'ємною частиною роботи підприємств. Основні критерії ефективного планування – це визначення цілей роботи, створення списків завдань, виявлення пріоритетності серед цих завдань, строки їх виконання та зосередженість уваги на них. Планування буває довгостроковим (план на 4-5 років), середньостроковим (від декількох місяців до року), короткостроковим (план на квартал, місяць), щотижневим та планування роботи на день. Слід зазначити, що планується головним чином 60% робочого часу; 40% - це резервний фонд несподіваних і термінових справ, з яких 20% - це непередбачувана активність. Тим більше, що гнучке планування робочого часу фахівця через визначення пріоритетів адаптується під індивідуальну активність спеціаліста, потреби та вимоги фармацевтичного підприємства.

Встановлено, що планування робочого дня уповноважених осіб передбачає розподіл завдань за ступенем їх важливості та терміновості, виділення пріоритетів та розташування у списку пронумерованих справ за ступенем їх значимості. Найбільш простий спосіб підвищення ефективності використання робочого часу спеціалістів фармації усередині періоду, що планується – виконання найбільш пріоритетних елементів роботи уповноважених осіб, що дає можливість отримати максимальні результати у першу чергу, а менш пріоритетних – у подальшому. Отже постає важливе питання розподілення завдань на важливі та термінові, важливі та не термінові, не важливі та термінові, не важливі та не термінові, що надасть змогу зосередити увагу на виконанні основної та додаткової роботи. Раціональна послідовність виконання робіт уповноваженою особою (з деталізацією на види та елементи роботи), яку доцільно використати при плануванні робочого періоду, була наведена нами у попередніх публікаціях. Так, до важливих та термінових можна віднести: проведення вхідного контролю якості лікарських засобів, підготовку та оформлення висновку щодо результатів контролю якості кожної серії ЛЗ, що надійшли до аптеки, надання дозволу на їх реалізацію; зупинення реалізації та надання уповноваженим органам повідомлення про виявлені неякісні та фальсифіковані лікарські засоби або про які є підозра щодо їх якості; відбір зразків ЛЗ, які підлягають обов'язковій лабораторній перевірці на відповідність їх якості показникам АНД, сумнівних ЛЗ та їх направлення до уповноваженого органу з контролю якості ЛЗ; перевірка наявності в аптеці незареєстрованих, неякісних та фальсифікованих серій ЛЗ згідно з інформацією уповноваженого органу з контролю якості лікарських засобів. Важливі та не термінові справи – забезпечення умов зберігання ЛЗ; комплектування замовлень відділів та установ; моніторинг професійної діяльності. Такі елементи роботи, як обстеження аптеки з метою оцінки стану санітарного режиму та фармацевтичного порядку; проведення дезінфекції та дезінсекції приміщень аптеки повинні бути віднесені до не важливих та термінових, так як вони не впливають безпосередньо на виконання основних обов'язків уповноважених осіб та

за наявності у штатному розкладі фармацевтичного підприємства провізора –аналітика можуть бути делеговані цьому спеціалісту, але враховуючи специфіку роботи фармацевтичних закладів ці елементи роботи повинні проводитися обов’язково у першу чергу за для беззупинного та своєчасного, якісного забезпечення населення та лікувально-профілактичних установ лікарськими засобами та іншим. Заповнення звітної документації, обговорення з постачальниками виробничих питань у телефонному режимі та створення архіву документації щодо відповідності якості лікарських засобів, що надійшли в аптечний заклад також, на нашу думку, відносяться до важливих та не термінових справ.

Ще один метод кваліфікувати справи за ступенем важливості полягає у визначенні 20% усіх справ, що надають 80% усіх результатів (правило Парето). Як було відмічено у попередніх публікаціях, хронометраж робочого часу уповноважених осіб виявив близько 20% елементів ефективної праці фахівців з усіх елементів робочого дня, а саме роботи, яку вказано вище у категорії справ важливих та термінових, що надають 80% результату роботи.

У попередніх виданнях нами були наведені рекомендації щодо створення та чергування великих та малих робочих груп з урахуванням елементів праці уповноважених осіб з контролю якості лікарських засобів. Розташування цих робочих груп по черзі за ступенем пріоритетної значимості відповідає плану робочого дня.

У зв’язку з цим, дослідження професійної діяльності уповноважених осіб фармацевтичних підприємств свідчить про необхідність впровадження методів та технологій планування робочого часу цих спеціалістів через визначення пріоритетів, зокрема для вирішення питань, пов'язаних з високою концентрацію уваги на виконання елементів основної роботи, які переважно відносяться до категорії важливих та термінових справ та потребують достатньої кількості часу.

КАДРОВИЙ АУДИТ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ

Толочко В.М., Кайдалова А.В.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

Розвиток фармацевтичної галузі в умовах ринку, що постійно змінюються, обумовлює і зміни в концепції управління персоналом. Практика показує, що управління персоналом є однією із основних складових управління організацією, оскільки реалізує основне завдання менеджменту – організацію діяльності. Управління персоналом неможливе без постійного оновлення і впровадження новітніх технологій та інструментів, завдяки яким здійснюється оцінка персоналу.

На сучасному етапі для збільшення ефективності роботи персоналу та успішному функціонуванню фармацевтичної організації стає необхідним проведення постійної оцінки персоналу. На результатах оцінки компетентності персоналу ґрунтується ряд управлінських рішень з проблем підбору кадрів, визначення вкладу кожного працівника в діяльність організації; просування працівників по вертикалі і горизонталі; покращення організаційної структури, стилю та методів управління персоналом; зміцнення взаємозв'язків керівників і підлеглих. Оцінка компетентності персоналу передбачає чітку послідовність.

У зв'язку з цим актуальною є розробка науково-методичних підходів до проведення організаційно-кадрового аудиту у фармацевтичних організаціях.

Під організаційно-кадровим аудитом слід розуміти експертизу стану системи управління персоналом, яка включає в собі систему збору інформації, її аналіз; оцінки ефективності організації, оцінки відповідності структурного та кадрового потенціалу фармацевтичної організації та регулювання соціально-трудових відношень у фармацевтичних організаціях.

Періодичність організаційно-кадрового аудиту визначає сама організація, але як показує практика, він є ефективним та результативним, коли проводиться 1 раз у 3-5 років (залежно від кадрової чисельності організації та плинності кадрів).

Основними суб'єктами організаційно-кадрового аудиту в фармацевтичній організації слід вважати:

– систему управління персоналом, а саме всі напрями діяльності фармацевтичної організації щодо персоналу: планування, набір, відбір, адаптація персоналу, оцінка трудової діяльності та мотивація персоналу;

– структуру організації, що включає в себе: організаційну структуру, склад, функціональне навантаження підрозділів, стадії життєвого циклу організації тощо;

– кадровий потенціал – сукупність працездатних працівників організації, а саме існуючий кадровий склад та кадровий потенціал фармацевтичної організації.

– організаційно-кадрову документацію, яка складається з документації по особовому складу та організаційної документації.

Нами запропоновано механізм організаційно-кадрового аудиту відповідно до встановлених суб'єктів, який передбачає моніторинг таких параметрів діяльності, як: оцінка існуючих ресурсів, аналіз цілей, умов та перспектив розвитку організації, аналіз джерел пошуку персоналу, аналіз методів відбору персоналу, оцінка результативності набору персоналу, оцінка результативності розробленої програми оціночних процедур, аналіз структури оплати праці, оцінка процесу атестації кадрів, періодичність та результати атестації, аналіз використаних процедур адаптації персоналу, виявлення конфліктів серед новачків, аналіз проблем, які виникають у період адаптації персоналу.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ КОНСУЛЬТАТИВНО - ІНФОРМАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Толочко В.М., Музика Т.Ф.
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ

В сучасних умовах, коли кількість зареєстрованих лікарських засобів та їх дженериків постійно збільшується, як ніколи актуальною становиться консультативно-інформаційна функція фармацевтичного забезпечення (ФЗ) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ). В недалекому минулому в Україні цьому питанню приділялась належна увага, зокрема існувала посада провізора - інформатора. В ЛПЗ були кабінети фармацевтичної інформації, їх мережа розширювалась, а діяльність мала правове регулювання. Це зіграло в системі охорони здоров'я свою позитивну роль. Медичні працівники були забезпечені різносторонньою фармацевтичною інформацією – від умов державної реєстрації лікарських засобів до характеристики будь-якого окремого лікарського засобу (ЛЗ). На сьогодні з різних причин такі кабінети закриті, посада провізора-інформатора не має практичного застосування, не визначено які саме фахівці повинні виконувати консультативно-інформаційну роботу, а необхідність в цих послугах для медичних працівників зростає. Саме це і визначило напрямок наших досліджень.

Вагомість даного напрямку досліджень полягає в тому, що лікарі повсякденно мають необхідність в професійних консультаціях стосовно безпосередньої інформації про особливості застосування лікарських засобів (ЛЗ), їх побічні ефекти, взаємодію з іншими ЛЗ, синоніми, наявність реєстрації в Україні тощо. Окрім цього, медичний працівник постійно стикається з питаннями правового регулювання обігу ЛЗ, особливостями виписування рецептів та реєстрації призначених ЛЗ в історіях хвороб, термінами придатності рецептурних бланків різних форм та ін.. Проте головна задача медичного працівника – ефективне лікування хворого, і правильною, на наш погляд, є така позиція, що частину інформації відносно обігу ЛЗ та самих ЛЗ йому доцільно отримувати в готовому вигляді від інших служб. До того ж носіями такої інформації повинні бути фармацевтичні фахівці - штатні співробітники ЛПЗ, або співробітники лікарняних та міжлікарняних аптек.

Як показує міжнародний досвід, в усьому світі інформаційна діяльність у сфері фармації відповідає загальним тенденціям здійснення медичних послуг. Серед основних можна зазначити такі:

- нововведення стосовно використання лікарських засобів;
- особливості обігу ЛЗ та контролю їх якості;
- вартість лікування, його фармакоекономічні аспекти.

В багатьох європейських державах лікарняні аптеки піклуються про те, щоб застосування лікарських засобів в ЛПЗ було безпечним, ефективним та рентабельним. Через швидкий розвиток фармакотерапії стали необхідні внутрілікарняні інформаційні служби. В багатьох лікарняних аптеках впровадження таких служб визнано тепер в усьому світі як окремий напрямок лікарняної фармації. Він був започаткований на основі створення простих каталогів, а в сучасних умовах вони перетворились в спеціалізовані національні та міжнародні бази даних, які допомагають в організації лікування не тільки окремого хворого, а й діяльності на рівні підприємства в цілому. Інформаційні служби з ЛЗ в тій чи іншій мірі мали вплив на розробку локальних місцевих рецептурних довідників. В окремих державах вони забезпечують також доступ до публікуємих оцінок ЛЗ, крім цього сприяють також впровадженню нових ЛЗ на трьох рівнях: держав, регіонів та окремих ЛПЗ.

В Україні, за сучасних умов роль провізора(фармацевта) в проведенні консультативно-інформаційної роботи для медичних працівників за нашими оцінками занижена. Підтвердженням цього є декілька фактів.

По-перше, в більшості ЛПЗ наявність аптек за останні роки зменшилась. Згідно чинного законодавства кількість штатних фармацевтичних фахівців ЛПЗ є обмеженою. Службові обов'язки цих спеціалістів побудовані таким чином, що на виконання консультативно-інформаційної функції не залишається часу. Це примушує медичних працівників займатись пошуком інших інформаційних джерел.

По-друге, комерціалізація медицини та високий рівень конкуренції на фармацевтичному ринку спонукає фармацевтичних виробників промотувати свою продукцію на рівні закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників з метою отримання переваг перед конкурентами та підвищення реалізації ЛЗ. Отже часто інформація виробників про ЛЗ носить обмежений характер, вона акцептує увагу на перевагу власної продукції і не завжди є вичерпною.

Аналіз практичного досвіду лікарняних аптек показує, що фармацевтична інформація, яка подається штатним фармацевтичним фахівцем, є різносторонньою, об'єктивною та вичерпною. Оцінка та порівняння ЛЗ різних груп та виробників незалежні, вони спираються на офіційні інформаційні джерела та обґрунтовані дослідження. Завдяки цьому з'являється можливість накопичення такої інформації та її систематизації. В результаті чого досягається її спрощення та зростає ефективність використання. Законодавче супроводження обігу ЛЗ та ВМП, як правило, безпосередньо входить в обов'язки фармацевтичного фахівця. Від якості виконання цих обов'язків залежать умови і якість зберігання ЛЗ, своєчасне вилучення фальсифікатів, дотримання термінів придатності, наявності реєстраційних посвідчень тощо. Тим самим, виконуючи належним чином свої повноваження по наданню систематичної інформації медичним працівникам, фармацевтичний фахівець вивільняє їм час для ефективного його використання при лікуванні хворих людей.

Проведені дослідження показують, що за межами України консультативно-інформаційна функція фармацевтичного забезпечення ЛПЗ виконується фармацевтичними працівниками. Діяльність цього напрямку коригується в залежності від національних особливостей, постійно адаптується до змін в законодавстві, отже вона постійно удосконалюється. В Україні цей напрямок ФЗ потребує законодавчого супроводження з метою визначення фаховості консультативно-інформаційних функцій для медичних працівників та нормативного регулювання основних питань взаємовідносин медичних працівників та фармацевтичних виробників з метою цивілізованої промоції окремих груп ЛЗ та доцільного розподілу функціональних обов'язків.

Висновок. Дослідження консультативно-інформаційної функції фармацевтичного забезпечення показали, що в сучасних умовах така послуга необхідна в закладах охорони здоров'я. За межами України вона відповідає загальним тенденціям відносно медичних послуг, її функції дещо розширені в порівнянні з нашою державою. В Україні консультативно-інформаційна функція ФЗ повинна мати належний фаховий рівень та цивілізований характер. Також визначено, що проведення всебічної, різносторонньої консультативно-інформаційної роботи для медичних працівників доцільно виконувати фахівцю, який є незалежним від конкретного виробника та має фармацевтичну освіту.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОЗНАК КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Толочко В.М., Шишкіна І.В.
Національний фармацевтичний університет

Сьогодні продовжуються реорганізація вітчизняної системи контролю якості лікарських засобів (ЛЗ) на державному і регіональному рівнях. Головне завдання – оптимізувати діяльність усіх його ланок, в першу чергу обласних державних інспекцій. Зауважимо, що організації контролю якості ЛЗ завжди приділялась увага, бо це важлива умова якісного фармацевтичного забезпечення населення в цілому.

Під час цих процесів виникають різні проблеми, для усунення яких необхідні відомості про ознаки організації контролю і його особливості. Вказане обумовило мету нашого дослідження, завдяки якому відібрано 19 ознак контролю якості ЛЗ.

Першочергово, методом експертних оцінок проведено їх ранжування за значимістю. У якості респондентів (біля 200 осіб) залучались фахівці трьох груп: спеціалісти обласних державних інспекцій, спеціалісти аптечних (АП) і лікувально-профілактичних (ЛПУ) установ, які за рівнем професійної компетентності і досвідом практичної роботи відповідали усім вимогам.

Встановлено, що за рангами оцінка досліджуваних ознак спеціалістами державних інспекцій (перевіряюча сторона) і спеціалістами АП і ЛПУ (об’єкти контролю) не співпадає. Наприклад, якщо фінансове забезпечення організації контролю якості ЛЗ для спеціалістів інспекції посідає перше місце (ранг (R) №1), то за думкою інших спеціалістів це R = 6 (ЛПУ і АП). Далі, штатний розпис спеціалістів – інспекторів, в першу чергу, цікавить спеціалістів державних інспекцій (R =2), а інших цікавить дуже мало (R=8 – ЛПУ і R= 14 - АП); відношення до підвищення кваліфікації з актуальних питань контролю зі сторони спеціалістів усіх груп майже однаково важливе (R = 2,1,1); таке ж, майже одностайне, відношення до ознаки матеріального заохочення спеціалістів в системі контролю якості ЛЗ (R = 6,6,4), хоча ця ознака як видно, в цілому не є першочерговою; фахові переваги в системі контрою якості вагоміше оцінюють спеціалісти об’єктів перевірок – ЛПУ (R=5) і АП (R=3), а спеціалісти контролюючої організації - державної інспекції – менше (R=7). Встановлені розбіжності в оцінці ознак й поміж спеціалістів ЛПУ і АП.

Проведені дослідження ознак контролю якості ЛЗ свідчать про наявність проблеми у відношеннях між обласними державними інспекціями (перевіряюча установа) і об’єктами контролю, (АП і ЛПУ), потребу в обґрунтуванні заходів, направлених на оптимізацію стосунків між ними, в першу чергу, з прийняття спільних рішень по усуненню зауважень до якості ЛЗ, проведення організаційно-методичної роботи, підвищення кваліфікації фахівців з питань контролю якості ЛЗ.

АВТОМАТИЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НОРМУВАННЯ ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Трохимчук В.В., Шматенко О.П.
Українська військово-медична академія

Науково обґрунтоване нормування медичного майна в Збройних Силах України є важливим і дієвим інструментом підвищення ефективності надання медичної допомоги військовослужбовцям як в мирний час, так і при виникненні надзвичайних ситуацій. Відомо, що нормування представляє собою процес, пов'язаний зі значними затратами часу на проведення розрахунків, складністю отримання необхідної достовірної інформації щодо вартості та ефективності застосування окремих видів перев'язувальних матеріалів тощо. Крім того, визначення норм постачання майна потребує серйозної фахової підготовки спеціалістів з питань раціонального вибору, оптимального застосування та прогнозування витрати ранових пов'язок. У зв'язку з цим, особливого значення набувають дослідження, пов'язані зі створенням програмних продуктів (ПП), що дозволяють автоматизувати процес нормування і раціонального використання різних груп медичного майна для подальшого прийняття ефективних управлінських рішень. Метою нашого дослідження стало створення ПП, здатного забезпечити складання номенклатури перев'язувальних засобів та визначення їх нормованої потреби в умовах військових закладів мирного та воєнного часу за оптимальними показниками вартості та ефективності. Для визначення тематики й обсягу інформації, що повинна бути закладена в програму, нами було проведено анкетування та інтерв'ювання серед військових лікарів, які у своїй повсякденній діяльності застосовують різні види перев'язувальних матеріалів. Крім того, запропонований ПП повинен відповідати ряду вимог: мати функціональну необхідність, забезпечувати своєчасне задоволення інформаційної та обчислювальної потреби, формувати відповіді на запити користувача протягом мінімального проміжку часу, забезпечувати надійність, простоту обслуговування та економічну ефективність, а також простоту і доступність освоєння прийомів роботи комп'ютерною програмою.

У методичному плані створення програмного комплексу передбачало наступні кроки: виділення загальних етапів створення ПП; визначення основних цілей та послідовність виконання завдань; вибір об'єктів та розробка структури системи (необхідного масиву даних, створення аналітичних та узагальнюючих таблиць, запитів, звітів тощо); вибір вихідних даних, алгоритм їх вводу у систему; оцінка ефективності та зручності інтерфейсу. Розроблена програма призначена для вводу, зберігання та обробки даних, аналізу принципів застосування перев'язувальних засобів для різних фармакоекономічних груп поранених та хворих. Технічною платформою автоматизованої системи є IBM-сумісний персональний комп'ютер. Для створення бази даних обрано середовище Delphi 6 та процесор баз даних Borland Database Engine, що забезпечує прямий доступ до таких джерел даних, як таблиці dBase, Paradox, FoxPro та Access. Інформація зберігаються у форматі Paradox, що визначає базу даних як каталог, а кожну таблицю як окремий файл. Автоматизацію системи функціонування реалізовано за допомогою мови програмування Pascal, що дозволяє створити зручний інтерфейс, а також дає змогу використовувати сучасні технології. Запропонована програма заснована на реляційній моделі управління даними і призначена для виконання основних груп функцій, а саме: ввід даних, їх обробка та управління. Отримана інформація систематизується і заноситься до відповідних таблиць та використовується при створенні запитів для отримання систематизованих даних або подальшого аналізу і прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛЯХІВ ПОЄДНАННЯ ДЕРЖАВНОГО ТА СУСПІЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Хоменко В.М., Сушаріна І.К.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Рівень розвитку демократії у будь-якій країні можна визначити за ступенем розвитку суспільного регулювання та контролю суспільно-політичного життя та органів влади. Дослідження можливостей і напрямків поєднання державного та суспільного регулювання у нашій країні являється актуальним через необхідність реформування існуючої системи державного управління у нашій країні. Розширення громадського контролю за діяльністю державних органів влади характерна для розвинутих країн. Наприклад, у США створена Рада по нагляду за безпекою ліків (DSB), якій передається частина функцій Управління по контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами (FDA). До складу DSB входять експерти FDA, представники інших установ, сторонні експерти та представники громадських організацій.

Метою нашого дослідження є визначення шляхів поєднання державного та суспільного регулювання у фармацевтичній галузі України шляхом передачі органами державного управління фармацією громадським фармацевтичним організаціям деяких функцій, пов'язаних з регулюванням фармацевтичної діяльності, а саме акредитації установ, закладів і підприємств фармацевтичної галузі, ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом лікарських засобів тощо. Також важливим є визначення ролі громадських фармацевтичних об'єднань у контексті їх участі у формуванні регуляторної політики у фармації та зміцненні конкурентноздатності вітчизняної фармацевтичної галузі.

На сьогодні в Україні діють фармацевтичні асоціації як на загальнодержавному (Аптечна професійна асоціація України, Фармацевтична асоціація України, Всеукраїнська аптечна асоціація та ін.), так і на регіональному рівні. До їх основних завдань відносяться сприяння розвитку фармацевтичної галузі та поліпшенню фармацевтичного забезпечення населення, співробітництво з органами державної влади та місцевого самоврядування, забезпечення представництва і захисту законних прав та інтересів своїх членів у взаємовідносинах з державними органами влади та іншими організаціями, участь у формуванні та реалізації соціально-економічної політики у фармацевтичній галузі, координація діяльності з іншими громадськими об'єднаннями, вдосконалення системи підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації фармацевтичних кадрів та ін. Роль професійних громадських організацій у суспільному житті вітчизняної фармацевтичної галузі постійно зростає. Вони все активніше включаються у процес законотворчості, беруть активну участь у громадських обговореннях нормативно-правових актів та можуть самостійно ініціювати зміни до них. Фармацевтичний ринок України за останні роки накопичив певний досвід проведення діалогу як між суб'єктами ринку, так і з регуляторними органами. Це підтверджується проведенням спільних нарад професійних фармацевтичних асоціацій з представниками різних ланок фармацевтичного ринку, що є підґрунтям для формування ними консолідованої позиції щодо вирішення основних проблем фармацевтичної галузі та взаємодії з органами державного управління нею з метою створення стабільної та прозорої системи державного контролю якості лікарських засобів і забезпечення населення України якісними та доступними ліками.

Особливо важливим досягненням останнього часу стало налагодження співпраці професійних асоціацій з Держкомпідприємництвом, завдяки участі якого у процесі опрацювання проектів щодо регулювання у фармацевтичній галузі до уряду доносилася позиція учасників ринку, яка іноді не збігалася з позицією органів державного контролю.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КЕРІВНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Хоменко В.М., Ярмола І.К., Бухтіярова І.П.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Реалізація соціальної та економічної місії фармацевтичної галузі України залежить від державної політики розвитку галузі в цілому, формування якої повинно відповідати міжнародним нормам, вимогам і стандартам менеджменту. Наразі керівники фармацевтичних підприємств відчувають нестачу теоретико-практичних основ спеціальності Health Service Management або Health Care Management, яка є основою міжнародного досвіду з підготовки спеціалістів-управлінців в країнах з розвиненою системою охорони здоров'я.

Необхідність використання управлінських засад та їх адаптація до специфіки фармацевтичної діяльності обумовили проведення аналізу управлінських теорій та моделей управління. Інформаційну основу дослідження склали результати системного та ретроспективного аналізу літературних джерел зарубіжних і вітчизняних авторів з управлінських теорій, анкетування фахівців галузі з питань використання положень управлінської теорії у практичній діяльності.

З метою визначення основної потреби управлінців фармацевтичної галузі у новітніх управлінських технологіях нами було проведено анкетування 300 фахівців, по 100 осіб з яких належали до інституціонального, управлінського та технічного рівнів управління. Встановлено, що 50,0% опитаних потребують теоретичних знань з фармацевтичного менеджменту; 72,0% зацікавлені питаннями методології управління; у 59,0% викликає інтерес організація управлінського процесу; для 89,0% респондентів лейтмотивом є потреба в управлінні людьми, владі, лідерстві.

Результати дослідження свідчать, що для 20,% керівників інституціонального рівня пріоритетним є впровадження нових інструментів підвищення ефективності менеджменту на сучасній інформаційній і технологічній основі. 40,0% респондентів цього рівня вбачають необхідність у переході від ієрархічних до горизонтальних структур управління з розробкою концепції внутрішніх ринків фармацевтичних компаній. Серед опитаних 25,0% виділяють управління всебічним розвитком і раціональним використанням людських ресурсів, а 15,0% — питання управління гендерною політикою у фармації.

Керівники середнього рівня управління надали такі відповіді: 25,0% віддають перевагу управлінню процесами соціальної відповідальності бізнесу (підприємства) у фармації та розвитком бізнесового середовища і внутрішнього фармацевтичного ринку; 40,0% — управлінню ефективним використанням всіх видів ресурсів (фінансових, науково-технічних, матеріальних, людських, інвестиційних) шляхом створення горизонтальних корпорацій або стратегічних союзів; для 25,0% респондентів пріоритетом є якість корпоративного управління та методи його оцінки; для 10,0% — вирішення проблеми гендерної політики у фармацевтичній галузі.

Серед керівників технічного рівня 75,0% потребують знань з питань управління всебічним розвитком і раціональним використанням людських ресурсів, а 25,0% з проблем гендерної політики у фармацевтичній галузі.

Результати анкетування підтвердили, що управлінська думка фармацевтичного сектору визначає значущість управління як складової ринкової економіки, як основну умову для розвитку підприємства та покращення показників економічної діяльності галузі (підприємства) в цілому.

АВС-АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ В АПТЕЦІ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

Яковлєва Л.В., Геруш О.В., Леницька О.Б., Міщенко С.С.
Національний фармацевтичний університет

Другою за частотою, після СС захворювань, звернення в аптеку до провізора або в стаціонар до лікаря є група пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема з патологією гепато-біліарної системи (ГБС). За даними ВООЗ поширеність захворювань печінки (ЗП) в Україні та країнах СНД складає 20-45%. Захворювання ГБС - одна з серйозних проблем в клініці внутрішніх хвороб. Значного медичного та соціального значення набувають ЗП, оскільки вони призводять до зниження якості життя, працездатності, викликають тяжкі наслідки: цироз печінки, гепатоцелюлярну карциному, тощо. Важливе місце в лікуванні різних ЗП належить гепатопротекторам, які об'єднують широку групу різних за своєю природою і механізмом дії лікарських препаратів.

Мета роботи - комплексна оцінка фінансових витрат на лікарські препарати гепатопротекторної дії й оцінка адекватності фармакотерапії пацієнтів з ЗП згідно з сучасними клінічними рекомендаціями по лікуванню цих захворювань на підставі інтегрованого АВС/VEN/частотного аналізу.

Ретроспективний аналіз асортименту й обсягів продажів препаратів гепатопротекторної дії проводився за період 6 місяців (з 01.09.2009 р. по 01.03.2010 р.). Для максимально коректної оцінки витрат на фармакотерапію гепатопротекторами використовували частотний, АВС і формальний VEN-аналіз.

Для оцінки вкладу окремої асортиментної позиції в загальний обсяг продажів застосовували частотний аналіз. В залежності від частки в структурі реалізації препарати розподілені за класичною схемою на три групи, а саме: група А - лікарські засоби, прибутковість від продажів яких складає близько 80%, група В – відповідно 15%, група С - 5%. Для встановлення пріоритету відбору та закупівель лікарських засобів використовували VEN-аналіз, який дозволив виділити життєво необхідні (Vital - V), важливі (Essential - E) та незначущі препарати (Nonessential - N).

За результатами АВС-аналізу безумовними лідерами виявились препарати : Ессенціале Н (5мл №5, кап.№30), Карсіл форте (90мг №30), Глутаргін40% (амп. 5 мл №10), Хофітол (р-н 120 мл), Карсіл (др.35мг №80), Сілібор (35 таб. №20), Галстена (кап.№20), Гепабене (фл. 400мг №5 р-н), Хофітол (таб.200мг.№60), частка яких складає близько 41% від номенклатури та забезпечує 75,55% виручки аптеки досліджуваної групи лікарських засобів.

Формальний VEN-аналіз виявив, що не всі препарати – «лідери продажу» в грошових одиницях наявні в Національному формулярі лише 7 з 11 препаратів. Препарати групи А, які за результатами АВС-аналізу мають питому вагу в структурі прибутку аптеки, не залучені до переліку життєво-необхідних лікарських засобів, затверджених Національним Формуляром та рекомендованих ВООЗ.

Таким чином, проведений комплексний АВС-аналіз дозволив виявити уподобання лікарів і пацієнтів, визначити препарати, продаж яких приносить аптеці найбільший прибуток серед препаратів гепатопротекторної дії, що допоможе оптимізувати асортимент аптеки та контролювати запаси цих препаратів. За результатами формального VEN-аналізу препарати лідери продажу не значаться в більшості нормативних документах представлених МОЗ України.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТУ МІЛЬГАМА® В ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

Яковлєва Л.В., Кириченко О.М., Кравчун П.П.
Національній фармацевтичний університет

В терапії таких ускладнень цукрового діабету (ЦД) як діабетична полінейропатія як препарат патогенетичної терапії поряд з іншими застосовується вітамін В1 (тіамін). На сьогоднішній час встановлені як теоретичні так і експериментальні докази позитивної дії вітаміну В1 на основні механізми метаболічних порушень, які обумовлюють дегенеративні зміни нервових волокон. На фармацевтичному ринку тіамін представлений водо- та жиророзчинною формами. За показниками терапевтичної ефективності безумовну перевагу має жиророзчинна форма тіаміну – бенфотіамін. Такі результати пояснюються тим, що водорозчинна форма тіаміну в порівнянні з бенфотіаміном не забезпечує достатньої концентрації вітаміну В1 в тканинах та значно менше впливає на активність ферменту транскетолази, що діє на процеси регенерації пошкоджених нервових волокон. На даний час лікування бенфотіаміном відносять до інноваційних методів терапії ДП. В Україні бенфотіамін представлений комплексним препаратом Мільгама®, фірми «Вьорваг Фарма ГмбХ і Ко.КГ», Німеччина.

В умовах обмежених фінансових ресурсів як держави так і пацієнтів важливим є питання цінової доступності традиційних та інноваційних методів терапії. Зважаючи на вищевказане, доречно було порівняти існуючі в клінічній практиці ДП підходи лікування з позиції їх ефективності, безпеки та економічної доцільності, що і стало метою наших досліджень. Інструментом такої комплексної оцінки є клініко-економічний аналіз, що дозволяє визначити метод лікування, який має оптимальний показник ефективності витрат.

За матеріалами клінічного дослідження, де використовували дві схеми лікування (згідно з першою схемою хворим на ДП призначали препарат Мільгама® в таблетках (100 мг жиророзчинної форми вітаміну В1 і 100 мг вітаміну В6), а з другою - ін'єкційні (в/м) водорозчинні вітаміни В1 та В6) нами розраховано (у балах) сумарний показник ефективності (СПЕ), який характеризує результат лікування за допомогою кожної зі схем лікування. Для хворих на ДП, у яких застосовували препарат Мільгама® в таблетках, СПЕ складає 22 бали, а для хворих на ДП, у яких застосовували вітаміни групи В парентерально – 8,5 балу. А також за кожною зі схем проведені розрахунки вартості курсу лікування та коефіцієнту ефективності витрат (КЕВ), який відображає вартість лікування, що дозволяє у одного хворого з ДП зменшити вираженість симптомів після курсу терапії на один сумарний бал.

Визначено, що за курсовою вартістю витрати на препарат Мільгама® незначно перевищують витрати на парентерально введені препарати вітамінів групи В, вартість же одиниці ефективності для першої схеми лікування, в якій застосовували препарат Мільгама® в таблетках складає 28,3 грн., для другої схеми, де препарати вітамінів групи В вводили парентерально – 70,3 грн.

Проведене порівняння визначених показників ефективності витрат за двома схемами лікування свідчить про значно нижчі витрати на одиницю ефективності при застосуванні жиророзчинної форми вітаміну В1 (вартість одиниці ефективності 28,3 проти 70,3 грн.), що вказує на значно вищу ефективність витрат, яка забезпечується більш виразним терапевтичним ефектом.

Отримані дані фармакоекомічного аналізу свідчать про значні переваги як з клінічної так і з фармакоекомічної точки зору препарату Мільгама®, використання якого дозволить забезпечити ефективну, безпечну та економічно обґрунтовану фармакотерапію ДП.

ПРИМЕНЕНИЕ ATC/DDD МЕТОДОЛОГИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ФТОРХИНОЛОНОВ

Яковлева Л.В., Матяшова Н.А.
Национальный фармацевтический университет

Одним из методов, который используется при проведении фармакоэпидемиологических исследований, является ATC/DDD-методология, рекомендованная ВОЗ для оценки потребления лекарственных средств на различных административных уровнях. Для каждого препарата, имеющего АТС-код, рабочей группой ВОЗ определены стандартизированные единицы измерения потребления ЛС, названные DDD. DDD (defined daily dose) – средняя суточная доза лекарственного препарата, которая применяется по основному показанию у взрослых пациентов. В настоящее время эта система широко используется как государственными органами, так и фармацевтическими компаниями во многих странах мира и позволяет выявить избыточное, недостаточное или неправильное потребление конкретного ЛС или целой терапевтической группы. Данная методология широко используется в проекте ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) или «Европейской системе по надзору за использованием антибиотиков». С 2001 г. в рамках проекта ESAC данные о количестве и структуре используемых антимикробных препаратов (АМП) собираются более чем в 30 странах Европы. С учетом того, что АМП в клинической практике нередко назначаются необоснованно, а неконтролируемое их применение приводит к развитию антибиотикорезистентности, увеличивает количество нежелательных реакций, а в конечном итоге и стоимость лечения, изучение потребления АМП должно стать неотъемлемым элементом в системе мониторинга безопасности и эффективности ЛС. Украина в данном проекте не участвует, и подобные исследования отсутствуют, а информация об уровне и структуре потребления АМП на уровне государства собиралась исключительно с коммерческой целью.

Объектами наших исследований явились фторхинолоны (ФХ) - единственный класс синтетических препаратов, способных конкурировать с природными и полусинтетическими антибиотиками. Рынок Украины представлен 10 МНН ФХ. К ним относятся: гатифлоксацин, гемифлоксацин, левофлоксацин, ломефлоксацин, моксифлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин, ципрофлоксацин. В ходе исследования с помощью ATC/DDD–методологии были получены следующие данные: у препаратов III и IV поколения в 2007 году по отношению к 2006, показатели DDDs/1000/день увеличиваются на 0,078 для гатифлоксацина; на 0,003 для спарфлоксацина; на 0,008 для левофлоксацина; на 0,005 для моксифлоксацина и на 0,034 для ципрофлоксацина. Эти же показатели уменьшились у ФХ первых поколений: пефлоксацина на 0,002, офлоксацина на 0,013 и норфлоксацина на 0,036. При сравнении потребления ФХ за 2008 год по отношению к 2007 прослеживается таже тенденция: увеличение потребления препаратов гатифлоксацина, левофлоксацина, моксифлоксацина и спарфлоксацина и снижение потребления пефлоксацина, офлоксацина и норфлоксацина. Как видно из полученных данных, именно препараты ранних ФХ теряют свою актуальность, что связано с их узким антимикробным спектром (повышенной активностью в отношении только к Гр.(-) микроорганизмам). Увеличение потребления прослеживается у ФХ III и IV поколения и в отличие от ранних ФХ, сохраняя свойственную им активность в отношении Гр.(-) микробов, они обладают повышенной активностью в отношении большинства микроорганизмов, вызывающих инфекции дыхательных путей (Гр.(+)), а также атипичных внутриклеточных микроорганизмов. Из этого следует то, что одним из факторов, влияющих на объем потребления ФХ, является широта антимикробного спектра.

ОГЛЯД ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАН

Яковлєва Л.В., Ткачова О.В., Ахмад Ібрагім Солейман
Національній фармацевтичний університет

У комплексному лікуванні гнійних ран на сьогоднішній день застосовується величезний арсенал засобів. Це активне хірургічне лікування гнійних ран в абактеріальному середовищі, переривисте активне дренування рани, використання СО2–лазера, ультразвуку низької і середньої частоти. Проте, при всіх достоїнствах і недоліках цих методів лікування, не можна недооцінювати засоби медикаментозної терапії гнійної рани. Це різні види сорбентів, протеолітичних ферментів, антибактеріальних, протизапальних і ранозагоювальних препаратів. Але, найбільшого поширення в практичній хірургії набула методика лікування гнійних ран під пов'язкою, яка на сьогоднішній день залишається основною в клінічній практиці. Вона зручна практично і вигідна економічно, оскільки має: відносну простоту застосування, можливість поєднання місцевої і резорбтивної дії, меншу кількість побічних ефектів, забезпечення на тривалий час високої концентрації діючих речовин безпосередньо в місці нанесення препарату, можливість поєднання в одному препараті декількох лікарських субстанцій різноспрямованої дії. Незважаючи на значні успіхи, що досягнуті в останні роки у лікуванні ран, місцева терапія з використанням існуючого асортименту лікарських препаратів (ЛП) є не завжди ефективною. Це пов’язано з вузькою спрямованістю дії та з невідповідністю багатьох ЛП медико-біологічним вимогам до лікування ран. З огляду на вищевикладене, обґрунтована доцільність огляду як моно-, так і комбінованих препаратів для місцевого лікування ран, які представлені на фармацевтичному ринку України у вигляді м’яких лікарських форм. Огляд ринку м’яких лікарських форм для лікування ран показав, що на фармацевтичному ринку присутньо 64 препарати у вигляді мазей (51 ЛП), крему (7 ЛП), гелю (3 ЛП), лініменту (2 ЛП) і желе (1 ЛП). Аналіз даних свідчить, що ЛП в основному представлені у вигляді монопрепаратів (51 ЛП), а кількість комбінованих ЛП для місцевої терапії ранового процесу є недостатньою (13 ЛП). В той же час 42% всього асортименту ЛП є препаратами закордонного виробництва. За ціною 60% препаратів (в тому числі всі вітчизняні) відносяться до низьковартісних (> 20 грн.), 28% та 12%, відповідно до середньо- (20-40 грн.) та високовартісних (< 40 грн.). Таким чином, є можливість задовольнити потреби пацієнтів з різним рівнем доходів. Незважаючи на достатню кількість препаратів за асортиментом, очевидною є односпрямованість дії більшості з них. Повного спектру бажаної фармакологічної активності (антимікробної, протизапальної, знеболювальної, ранозагоювальної) не спостерігається в жодного з препаратів. Отже, існує необхідність створення та впровадження в медичну практику нових вітчизняних комбінованих препаратів для місцевого застосування, що поєднують у своєму складі протизапальну, антимікробну, анальгетичну та ранозагоювальну дії. Після проведених пошукових досліджень були створені нові комбіновані ранозагоювальні мазі: «Біофлорин» і «Філетол». Склад і технологія мазі «Біофлорин» були розроблені вченими ТОВ “Лабораторія “Ірис” під керівництвом д.біол.н. І.В.Трутаєва. До складу мазі включено 2 діючих компонента: екстракт кори дуба та ефірну олію коріандру. Склад і технологія мазі «Філетол» були розроблені вченими кафедри промислової фармації НФаУ під керівництвом проф. В.І. Чуєшова. До складу мазі включено 3 діючих компонента: екстракт хлорофіліпту, етакрідина лактат і декспантенол. Склад та експериментально підібрана концентрація діючих компонентів мазей забезпечить вплив на основні ланцюги ранового процесу: запалення, інфекцію, біль та ушкодження тканин.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НАРКОЗАЛЕЖНІСТЬ

Яковлева О.С.
Запорізький державний медичний університет

Встановлено, що зловживання наркотиками, є одним з десятьох найсерйозніших факторів риску для здоров'я. Тому проблеми, які пов'язані з медичними, соціальними та економічними наслідками зловживання психоактивних речовин є актуальними для всіх країн.

Фармацевтичне забезпечення ефективного лікування хворих на наркозалежність є не тільки медико-соціальною, а також і клініко-економічною задачею, яка потребує проведення комплексного аналізу ринку лікарських засобів. Тому метою маркетингових досліджень був аналіз вітчизняного ринку лікарських засобів для патогенетично обумовленого лікування наркозалежності. Предметом дослідження були дані прайс-листів щотижневика «Аптека» на протязі 2007-2009 років.

За даними Державного фармакологічного центру в Україні станом на 01.03.2010 р. зареєстровано 148 торгових назв, з яких 60 приходить на групу нейролептиків, 55- на антидепресанти, 29- на нормотиміки, а 4 – на антагоністи опіоїдних рецепторів. З них на фармацевтичному ринку представлено 125 торгових назв (84 % від визначеного асортименту), з яких 52 становили нейролептики, 43 - антидепресанти, 27 - нормотиміки, а 2 торгові позиції - антагоністи опіоїдних рецепторів.

На імпортні лікарські засоби припадає 82% досліджуваного асортименту. Вітчизняними фармацевтичними компаніями зареєстровано 26 торгових назв. Серед вивчаємого асортименту, тільки 17 лікарських засобів мають одну торгову назву. Для 89% лікарських засобів характерна співставленість, тобто наявність чималої кількості аналогів. Так нейролептик риспeридон налічує 18 торгових назв, антидепресант міртазапін -11, нормотимік вальпроєва кислота -12.

В ході дослідження, на визначені лікарські засоби, було проаналізовано коефіцієнти ліквідності ціни. Даний показник відображає ступінь конкуренції на фармацевтичному ринку.

Таблиця

Динаміка коефіцієнтів ліквідності

	2007 рік	2008 рік	2009 рік
	Кількість препаратів (питома вага)	Кількість препаратів (питома вага)	Кількість препаратів (питома вага)
< 0,5	183 (97%)	197 (97,5%)	180 (78%)
0,5-1,0	3 (1,6%)	5 (2,5%)	35 (15%)
> 1,0	2 (1,4%)	-	17 (7%)

За результатами аналізу встановлено, що зростання коефіцієнту ліквідності ціни є наслідком нестабільної фінансово-економічної ситуації та коливання курсу валют. Тому аналіз цінових характеристик, зокрема динаміка змін оптових цін, коефіцієнту адекватної платоспроможності є предметом наступних досліджень.

Результати проведених досліджень дозволять вирішити питання стандартизації фармакотерапевтичної допомоги, обґрунтувати витрати на фармацевтичне забезпечення хворих на наркозалежність та проводити відповідну генеричну заміну препаратів.