Національний фармацевтичний університет

Кафедра соціальної фармації

Всеукраїнська науково-практична
Інтернет-конференція
за участю міжнародних спеціалістів

«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

вул. Блюхера, 4, 61168, м. Харків, тел. (0572) 68-91-81
e-mail: socpharm@ukr.net, socpharm.nfau.in.ua

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

МАТЕРІАЛИ

всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів

(Харків, 3 квітня 2013 року)

Харків

2013

УДК: 615.15:378.145/.147

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А. (голова), доц. Суріков О. О.,
доц. Кубарєва І. В., доц. Волкова А. В., доц. Пузак Н. О.,
доц. Чмихало Н. В., ас. Черкашина А. В.

Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ № 574 від 24 вересня 2012 р.

Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. всеукр наук.-практ. інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – 350 с.

Збірник містить матеріали всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів «Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи», в яких розглянуті питання: розвитку соціальної фармації, як наукового напрямку та навчальної дисципліни; взаємозв'язку дисциплін соціальна медицина та соціальна фармація; сферам взаємодії: людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога; соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (державна реєстрація, реімбурсація, ціноутворення); нормативно-правового регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності; морально-етичних принципів фармацевтичної діяльності; соціальних аспектів управління підприємств фармацевтичної галузі, соціальних тенденції маркетингу у фармації та ін.

Матеріали подаються мовою оригіналу.
За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

УДК: 615.15:378.145/.147

ЗМІСТ

І. СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ 13

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНА НАУКА
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Суріков О.О., Волкова А.В. 14

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ
Котвіцька А. А., Суріков О. О., Кубарєва І. В., Черкашина А.В., Лобова І.О. 29

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Суріков О.О., Красуля О.І., Коробова Є.С., Карло В.В., Волкова А.В., Черкашина А.В. 40

ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО СПРЯМУВАННЯ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ КРАЇН СВІТУ
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Лобова І.О., Суріков О.О. 59

HEALTH SERVICE RESEARCH IN SOCIAL PHARMACY FOCUSED ON EFFICIENCY AND OTHER OUTCOMES OF ORGANIZATIONS PROVIDING PHARMACEUTICAL CARE
Malovecká I., Foltán V., Mináriková D. 70

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
Калинюк Т.Г., Олійник С.П. 83

БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ
Гром Я.О., Дацко А.Й., Слаба А. - М. П. 92

ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ОЦІНКИ КОРПОРАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА
Козирєва О.В. 99

ІМПОРТОЗАМІЩЕННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ ЯК ПРІОРИТЕТ СТРАТЕГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ
Дацко О.І. 109

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ НАСЕЛЕНИЮ УСЛУГ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Бочкарев Б.Г., Кабакова Т.И., Гацан В.В. 121

ЯКІСНА ОЦІНКА ЯК КРИТЕРІЙ СФОРМОВАНОСТІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИПУСКНИКІВ – ФАРМАЦЕВТІВ
Прокопенко Т.С., Коломієць І.В. 127

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТУ ТА ПРОГНОЗ ПОТРЕБИ У ФІНАНСУВАННІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЦЬОГО СТАНУ НА ПРИКАРПАТТІ
Федяк І.О, Семенів Д.В., Пустовіт А.Ю. 132

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ. БІДНІСТЬ ПРИ ДОСТАТКУ
Попович В.П., Негода Т.С., Лаврієнко Ю.В. 142

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ
Кабакова Т.И., Гацан В.В. 151

II. ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ (ЗА РУБРИКАМИ): 157

1. СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИЛІНА 158

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ ТА ЕЛЕМЕНТІВ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ДЛЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ
Заліська О.М., Парновський Б.Л., Слабий М.В. 159

THE INFLUENCE OF THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL DRUG POLICY AND ITS EFFECT AT THE ROLE OF PHARMACISTS
Огарь С.В., Жирова І.В. 161

ФАРМАЦЕВТИЧНА КУЛЬТУРА І ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА
Панасенко О. І., Гоцуля А. С., Лимаренко І. Л., Буряк В. П. 164

2. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН 167

СОЦІАЛЬНІ ОСВІТНІ ПРОГРАМИ ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МОЛОДІ
Блавацька О.Б., Лотоцька Л.Б. 168

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ
Москаленко В.Ф., Бутко Л.А., Бутко А.Ю. 171

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ
Огнев В.А., Осипенко Т.С., Мищенко А.Н. 173

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ЛЕГЕНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
Огнєв В.А., Зінчук А.М., Зінчук О.Г. 175

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ
Ольхова І.В., Трохимчук В.В. 177

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ ЯКОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ
Панасенко О. І., Лимаренко І. Л., Гоцуля А. С., Буряк В. П. 178

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Помогайбо Е.Г. 180

3. ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ – ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА – СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ 182

ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ НОМЕНКЛАТУРИ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ
Гром Я.О., Дацко А.Й. 183

РОЛЬ ТА ЗАВДАННЯ ПРОВІЗОРА У СФЕРІ ПАЛІАТИВНО - ХОСПІСНОЇ МЕДИЦИНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ПІЛОТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
Громовик Б.П., Прокіп С.Є. 186

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ, ВІКОВОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВЕРИФІКОВАНИМ ДІАГНОЗИМ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ
Заяць М.М. 189

ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ В АПТЕЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПРИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ ЛІКОВИХ ВЗАЄМОДІЙ
Зіменковський А.Б., Борецька О.Б., Денькович О.І. 191

ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
Кабачна А.В., Шелкова Е.В., Кабачний О.Г. 193

ІНФЕКЦІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА
Котвіцька А.А., Кононенко О.В., Кубарєва І.В. 196

ОСОБЛИВОСТІ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ НАСЛІДКИ
Котвіцька А.А., Пастухова О.А. 197

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ ПАЦІЄНТА У СТРУКТУРІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Котвіцька А.А., Чмихало Н.В. 200

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УКРАЇНІ
Немченко А.С., Подгайна М.В., Мінакова Д.А. 202

4. СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ, РЕІМБУРСАЦІЯ, ЦІНОУТВОРЕННЯ) 204

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІЛЬГОВИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ В КРАЇНАХ ЗАРУБІЖЖЯ ТА В УКРАЇНІ
Котвіцька А.А., Коробова Є.С. 205

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ
Котвіцька А.А., Лобова І.О. 207

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ ЩОДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Немченко А.С., Корж Ю.В. 210

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКІСНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
Прилипко Н.А. 212

КЛІНІЧНІ, ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ ПРИ ПОРУШЕННІ КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО БАЛАНСУ У ДІТЕЙ
Саханда І.В., Попович В.П., Голопихо Л.І., Шолойко Н.В. 213

5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 215

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ
Немченко А.С., Тетерич Н.В., Терещенко Л.В. 216

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ПРОЦЕСІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ
Немченко А.С., Хоменко В.М., Сушарина І.В. 218

РОЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ
Посилкіна О.В., Литвинова Е.В. 220

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ В УКРАЇНІ РАДІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
Проказюк Н.В., Левицька О.Р., Корнієнко О.М. 222

ЕТИЧНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦІЇ
Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М., Демченко В.О. 225

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ В УКРАЇНІ
Цурікова О.В., Панфілова Г.Л., Чигринова М. Г., Ігнатенко М.О. 227

СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЛІКІВ В УКРАЇНІ
Янишин У. Я., Блавацька О. Б. 230

6. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 234

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ
Музика Н.Я., Горошко О.М., Паламар А.О., Ткачук О.Ю. 235

7. СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ 237

УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНИМ РОЗВИТКОМ ПРОМИСЛОВИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ
Братішко Ю. С., Посилкіна О.В. 238

ОРГАНІЗАЦІЯ ПІДБОРУ КАДРІВ У АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ
Гончарук Н.В. 241

СОЦІАЛЬНА РОЛЬ ДЕРЖАВИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ
Котвіцька А.А., Віскова М.В. 243

СОЦІАЛЬНА РОЛЬ МЕНЕДЖМЕНТУ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ
Котвіцька А.А., Чмихало Н.В. 245

МЕНЕДЖМЕНТ У СОЦІАЛЬНИХ СФЕРАХ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ВИД ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ
Котвіцька А.А., Ященко О.А., Суріков О.О. 246

8. СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ 248

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ
Котвіцька А.А., Волкова А.В. 249

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЛОГІСТИЧНОГО АУТСОРСИНГУ В СФЕРІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
Посилкіна О.В., Хромих А.Г. 251

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІО - КУЛЬТУРНИХ ФАКТОРІВ МАКРОСЕРЕДОВИЩА НА МАРКЕТИНГОВІ ПРОГРАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФІРМ
Федурця О.В. 254

9. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ 257

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ
Бєляєва О.І. 258

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ «МІНІМІЗАЦІЯ ВАРТОСТІ» ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПОТИРЕОЗУ
Вадзюк Ю.С. 259

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ АПТЕКАХ
Винник О.В. 260

СОЦІАЛЬНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ
Заліська О.М., Матвійчук М.Є., Горбачевська Х.О. 262

ОГЛЯД ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ СТАТИНІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
Музика Н.Я., Паламар А.О., Горошко О.М., Зеленюк В.Г. 263

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ В І ФАЗУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ
Руденко В.В., Шматенко О.П., Притула Р.Л. 264

ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД МАТЕРІЇ ДО ДИТИНИ – ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ТА ФІНАНСОВА ПРОБЛЕМА
Федяк І.О., Семенів Д.В., Сорочак Н.П. 267

10. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ 269

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ВИЗНАЧЕНІ ПРОБЛЕМИ У ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ
Гудзенко О. П., Барнатович С. В. 270

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ КОРПОРАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМ ПІДПРИЄМСТВІ
Козирєва О.В. 273

СУЧАСНИЙ СТАН СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ УСТАНОВ
Котвіцька А.А., Черкашина А.В., Дзюба О.П. 276

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЙ НА ОСНОВІ ЇЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ
Посилкіна О.В., Котлярова В.Г. 278

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ
Ткаченко Н.О., Книш Є.Г., Червоненко Н.М. 281

11. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ 285

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ АПТЕЧНОЇ СПРАВИ НА ХАРКІВЩИНИ НАПРИКІНЦІ XVIII-ПОЧАТКУ XX СТ.
Котвіцька А.А., Горбаньов В.В. 286

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАКОПЕЙ
Котвіцька А.А., Горбаньов В.В. 288

ИСТОКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: ОТ АПТЕКАРСКОГО УЧЕНИКА ДО ПРОВИЗОРА
Котвицкая А. А., Политюк К. А., Суриков А. А. 290

ФАРМАЦЕВТИЧНА СИМВОЛІКА. ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ
Котвіцька А. А., Сурікова І. О., Косяшнікова Т. В. 292

ПРОФЕССОР БОКАРИУС Н.С. – ОСНОВАТЕЛЬ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ УКРАИНЫ
Огнев В.А., Трегуб П.О. 294

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ У ЛЬВІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ УПРОДОВЖ 1784-1853 рр.
Різничок С.В., Калинюк Т.Г. 296

12. ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ 300

ВЛИЯНИЕ МАЗИ С ЭКСТРАКТОМ СОЛОДКИ НА СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАНЫ КОЖИ
Березняков А.В. 301

ЛІОФІЛІЗОВАНІ КСЕНОДЕРМОІМПЛАНТАТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОПІКАМИ
Гуда Н.В., Бігуняк Т.В., Равлів Ю.А. 302

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ
Підгірний В.В. 304

ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНІ АНТИТОКСИКАНТИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ
Шумейко М.В. 306

13. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 310

ДОСЛІДЖЕННЯ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
Громовик Б.П., Панькевич О.Б., Унгурян Л.М. 311

ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ
Жиляєв С.А., Хоменко В.М. 313

ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ НАРКОМАНИИ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ
Жиляєв С.А., Хоменко В.М. 315

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЕМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ «ПРОВІЗОР – СПОЖИВАЧ»
Котвіцька А.А., Мазурець С.І. 318

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ
Кубасова Г.В., Посилкіна О.В. 320

14. ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ 323

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ
Грошовий Т. А., Стецюк І.І. 324

СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНОГО СЕГМЕНТА В ГОРНЫХ РАЙОНАХ Р. ДАГЕСТАН, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА КАЧЕСТВЕННОЙ И ДОСТУПНОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Магомедов А.М., Наркевич И.А. 326

15. ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 329

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
Бойко А.І. 330

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АПТЕЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ
Грошовий Т. А., Тригубчак О. В. 332

СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ПРИ ГОРМОНАЛЬНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ
Дорикевич К.І. 334

АНАЛІЗ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ПРО МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПЕДІАТРІЇ
Качерай Ю.В., Заліська О.М. 337

DEFINITION OF WAYS OF COMMUNICATION WITH ELDERLY CONSUMERS OF MEDICINES
Молодожонова О.О. 339

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯАПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ
Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М. 340

АНАЛІЗ ДОКАЗОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Толубаєв В.В., Заліська О.М. 342

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ – КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ ТА ЛІКАРСЬКИХ ФОРМУЛЯРІВ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ
Федущак О.А., Зіменковський А.Б 343

ОГЛЯД ТА АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
Чапран А.І. 345

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК 347

СТАТТІ

КОНФЕРЕНЦІЇ

УДК 615.1:378.145/.147

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНА НАУКА

Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Суріков О.О., Волкова А.В.

Національний фармацевтичний університет

socpharm@ukr.net

Ліки, аптека, фармацевт, провізор, рецепт, фармація, фармакотерапія, фармацевтична хімія, фармацевтичний маркетинг – ці терміни нині знайомі майже кожній освіченій людині, яка знає, що ними визначаються різні галузі фармацевтичної науки та практики. У свою чергу термін «соціальна фармація» викликає запитання не тільки у пересічного громадянина, а й у деяких фахівців охорони здоров'я та фармації, які не завжди чітко усвідомлюють й не можуть пояснити його.

Проте ***термін «соціальна фармація» інтегрує всі аспекти фармацевтичної науки і практики, їхній взаємозв'язок з умовами життя і навколишнього середовища, з комплексом соціальних, психологічних, екологічних чинників,*** оскільки визначає науку про громадське здоров'я, його залежність від вказаних чинників і комплекс науково обґрунтованих заходів, що забезпечують мінімізацію впливу негативних, несприятливих чинників. Таким чином, соціальна фармація стосується кожного і всіх – лікарів, фармацевтів та пацієнтів.

Соціальна фармація ***поєднує фармацію*** з економікою, правом, соціологією, політологією, психологією, інформатикою, наукою управління (менеджментом), а також ***є теоретичною основою організації фармацевтичного забезпечення,*** тобто системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітянського, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного та іншого характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання і лікування хвороб, подовження тривалості життя та

працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту та праці, гармонійного фізичного та психічного розвитку людини.

Оскільки одним із основних методів характеристики показників здоров'я населення та споживання ліків є статистичний, то соціальна фармація достатньо тісно пов'язана з демографією та статистикою, яка в свою чергу, математичними та статистичними методами характеризує стан здоров'я населення, діяльність системи охорони здоров'я та системи фармацевтичного забезпечення, й дозволяє визначати їх ефективність.

Охорона здоров'я та фармацевтичне забезпечення є важливим сектором реалізації соціальної політики держави й представляє собою надзвичайно важливу соціогуманітарну систему. У цілому, сфера життя суспільства – є особливим видом його життєдіяльності, в якій реалізуються ті чи інші функції суспільства. Наприклад, у виробничій сфері реалізується виробнича функція, у політичній – політична функція суспільства.

Соціальна сфера представляє собою процес функціонування та розвитку суспільства, де реалізується його соціальна функція. Галузі соціальної сфери мають своїм безпосереднім адресатом людину, її матеріальні, фізичні та духовні можливості [7].

Так, ***охорона здоров'я*** безпосередньо пов'язана з профілактикою та лікуванням хвороб, ***фізична культура*** – сприяє укріпленню здоров'я, освіта забезпечує засвоєння людьми знань та вмінь, діяльність закладів культури та мистецтва, засобів масової інформації дозволяють людині мати естетичне задоволення. ***Соціальне обслуговування*** спрямоване на задоволення повсякденних потреб людей, які розраховують на допомогу, внаслідок віку, захворюваності. ***Житлове господарство*** надає послуги з використання житла. ***Соціальне страхування*** – надання соціальних виплат, пенсійне забезпечення осіб, які втратили працездатність внаслідок віку, тимчасової непрацездатності, виробничої травми тощо.

Рис. 1. Система охорони здоров'я як важлива складова соціальної сфери

Як видно, функціонування соціальної сфери пов’язано з задоволенням соціальних потреб людини й має безпосередній зв’язок із формуванням соціальної політики держави. Окрім зв’язку із соціальною політикою, соціальна сфера є суттєвою складовою сучасної економіки. Також розвиток соціальної сфери є важливим елементом функцій соціальної політики, а її стан – важливий показник економічного та морального стану держави та народу. Особливості функціонування соціальної сфери наведено на рисунку 2.

Рис. 2. Особливості функціонування соціальної сфери

Взагалі терміни ***«соціальна держава», «соціальні права людини», «соціальний ефект»*** та їх зміст відображають соціальну спрямованість у розвитку будь-якої соціально-економічної системи. Соціальна складова європейського вибору України передбачає формування власної концепції фармацевтичного забезпечення населення, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання процесів, притаманних трансформаційному суспільству, для задоволення потреб громадян у доступній та якісній охороні здоров'я і фармацевтичній допомозі, які ґрунтуються на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

Посилення соціальної спрямованості в розвитку соціально-економічних систем, в умовах яких певна частина чистого прибутку використовується для задоволення матеріальних, фізіологічних (медична та фармацевтична допомога) та духовних потреб людини, лежить в основі соціалізації економіки [6, 8].

Рис. 3. Соціальна спрямованість у розвитку соціально-економічних систем

Основні цілі функціонування системи охорони здоров'я, як складової соціальної сфери, полягають у покращенні здоров'я населення, що визначається у забезпеченні доступності медичної й фармацевтичної допомоги, й виступає однією з головних задач та стратегічною ціллю кожної держави. ***Охорона***

здоров'я та фармацевтичне забезпечення, як соціальні системи, у своєму складі мають медико-соціальну, економічну та політичну складові (рис. 4).

Рис. 4. Позиціонування системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення в соціальній сфері

Розглядаючи ***фармацевтичне забезпечення населення як інтегровану систему, яка включає фармацевтичну інформацію, фармацевтичну стандартизацію, фармацевтичну профілактику, фармацевтичну опіку та безпосередньо забезпечення лікарськими засобами,*** можна стверджувати, що «фармацевтичне забезпечення» передбачає не тільки забезпечення лікарськими засобами (лікарське забезпечення, яке є однією із складових фармацевтичного забезпечення), а й сукупність складових, які формують відповідну систему.

Цілі та критерії загальної соціальної ефективності розкривають результати функціонування системи фармацевтичного забезпечення в цілому. Такі критерії, з одного боку, об'єктивно пов'язані з потребами, інтересами й цілями суспільного розвитку, а з іншого – дають можливість бачити міру їх задоволення, що досягається за допомогою функціонування системи забезпечення населення лікарськими засобами. Наприклад, критеріями ефективності системи охорони здоров'я й фармацевтичного забезпечення населення можуть бути такі: ***доступність медичної й фармацевтичної***

допомоги, їх якість; раціональне використання ресурсів охорони здоров'я і фармації; раціональне використання лікарських засобів (рис. 5) [5].

Рис. 5. Фармацевтичне забезпечення як соціально-економічна система

На сьогодні залишається відкритим питання, яким чином побудувати дійову і, що головне, ефективну систему охорони здоров’я й фармацевтичного забезпечення? Для відповіді на це питання, необхідно чітко з'ясувати та усвідомити що є соціальною ефективністю складних ієрархічних систем, до яких належать охорона здоров'я та фармацевтичне забезпечення.

Ефективність – показник того, наскільки повно зусилля, витрачені суб'єктом і суспільством на розв'язання поставлених проблем, реалізовані в соціально значущих кінцевих результатах. Таким чином, категорія «ефективність» визначається через такі поняття, як «суспільні цілі», «результати», «суспільні потреби та інтереси».

Ефективність діяльності системи охорони здоров’я та фармацевтичного забезпечення визначається станом здоров’я людей у суспільстві, ступенем захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання й рівнем задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров’я й фармацевтичній допомозі.

Розрізняють такі ***види ефективності функціонування системи охорони здоров’я та фармацевтичного забезпечення***:

- ***медична ефективність*** - оцінюється якістю й ступенем досягнення позитивного результату тієї або іншої методики, технології лікування, схеми фармакотерапії, профілактики, діагностики або реабілітації;
- ***економічна ефективність*** - полягає в одержанні максимуму можливих благ від наявних обмежених ресурсів, тобто оптимізація витрат на медичне та фармацевтичне обслуговування, економічне обґрунтування заходів щодо охорони здоров'я, економічний аналіз використання лікарських засобів;
- ***соціальна ефективність*** - оцінює не тільки кількість випадків збереження життя, збільшення кількості осіб економічно активного віку за рахунок зниження захворюваності, інвалідності й смертності, але й доступність для всіх верств населення медичної та фармацевтичної допомоги (рис. 6) [5, 6, 9].

Рис. 6. Види ефективності функціонування системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення

Загальновідомим є факт, що діяльність системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення зокрема, перш за все, залежить від суб'єктів, що взаємодіють на фармацевтичному ринку України. Так, станом на 01 березня

2013 року, у Державному реєстрі України ***зареєстровано 13 387 лікарських засобів, серед яких 29,3 % ЛЗ вітчизняного виробництва, 70,7 % ліків іноземного виробництва.***

Серед основних суб'єктів фармацевтичного ринку України, станом на 01.01.2013 р., відзначається 116 фармацевтичних заводів, 498 аптечних складів, 15 102 аптек, серед структурних підрозділів яких є 5 248 аптечних пунктів та 23 аптечних кіоски [11].

Рис. 7. Система фармацевтичного забезпечення населення України

Зміни економічного, політичного та соціального становища в Україні, що відбуваються останнім часом, вимагають кардинальних змін у практичній фармації і, відповідно, у фармацевтичній освіті. Процеси соціально-економічного реформування, що охопили всі сфери життєдіяльності населення України, значною мірою повинні змінювати соціальну ситуацію в країні шляхом впровадження нових форм фармацевтичного забезпечення, критеріїв та показників соціально-ефективної роботи фармацевтичних організацій. Втілення зазначених принципів у практичне життя залежить насамперед, від якості та спрямованості підготовки кадрів для соціально-орієнтованих галузей економіки, зокрема охорони здоров'я та фармації.

У зв’язку із цим роль фармацевтичного працівника щодо безпечного і раціонального використання ліків, розширилася, й можна стверджувати, що суттєво змінилася. Для ефективного виконання свого обов’язку, фармацевт повинен бути певним чином підготовлений до контакту з пацієнтом, враховуючи його поведінку та психологію. Розуміння соціоповедінкових аспектів в процесі лікування є важливим для досягнення оптимальних клінічних та гуманістичних результатів від терапії.

Сьогодні ми усі відчуваємо, що ***відбувається зміна практичної фармації від ліки-орієнтованої на пацієнт-орієнтовану.*** Незважаючи на величезний прогрес в медичній технології впродовж останніх десятиліть, здоров’я багатьох людей у всьому світі ще далеко від досконалого. Не викликає сумніву, що здоров’я населення будь-якої країни значною мірою залежить від соціально-економічних і політичних чинників, як окремого індивідууму, так і нації в цілому [12, 13].

Однією з головних функцій аптечного закладу є соціальна функція. На сьогодні проблема «людина – ліки» постає як ніколи гостро. Якщо раніше, у випадку коли лікар прописував пацієнту ліки, той відправлявся в аптеку, отримував необхідні ліки, приймав їх згідно призначень лікаря – то сьогодні усе значно складніше.

Фармація сьогодні перетворилася у самостійний соціальний інститут зі складною багаторівневою структурою. Кількість лікарських засобів значно збільшилась, а попит на них не зменшився. Здоров’я – перш за все цінність власно кожної людини, а в іншому випадку – здоров’я – цінність соціальна, враховуючи ті великі збитки, які хвороби завдають суспільству поряд із тероризмом, політичними та економічними кризами, війнами.

Можна лише уявити собі, що могло статися з людством, якщо у 1928 році Олександр Флемінг не відкрив пеніцилін, а Грегорі Пінкас у 1951 році не розробив таблетку прогестерона, у якості протизаплідного засобу, а Джонас Солк з Альбертом Сабин не створили вакцину проти поліомієліту у 1954 році.

Тобто фармакотерапія соціально небезпечних захворювань, інфекцій знаходиться у площині інтересів, як людини, так і всього суспільства.

Становлення фармації як самостійного соціального інституту характеризується:

- створенням крупних науково-дослідних центрів з розробки ЛЗ;
- створенням принципово нової системи підготовки фармацевтичних кадрів;
- виникненням крупних фармацевтичних фірм та компаній;
- виникненням фармацевтичного ринку з усіма ринковими механізмами;
- створенням потужних рекламних та маркетингових служб;
- виникненням фармацевтичного законодавства;
- переорієнтацією масової свідомості щодо споживання ЛЗ.

Знання про лікарські засоби та їх вплив виступають основною складовою професійного досвіду фармацевтичного працівника. Згідно з традиційним підходом, серцевиною знань фармації є хімія, біохімія, біологія, фізика та фізіологія. Однак, ***практична діяльність передбачає взаємодію із людьми, й люди виступають у ролі замовників, пацієнтів чи споживачів, які у свою чергу пов'язані сім'ями, організаціями системами*** (рис. 8).

Рис. 8. Взаємодія фармації та суспільства

Таким чином, зрозумілим є те, що природні науки не в змозі надати адекватного та ефективного механізму, щоб зрозуміти, змінити практичну фармацію. Тому їх необхідно доповнити знаннями з тих дисциплін, які мають справу з людьми, системами, іншими словами з гуманітарних та соціальних

наук. І саме в цьому аспекті на перший план виходить ***соціальна фармація***. Передумови виникнення соціальної фармації представлено на рисунку 9.

Рис. 9. Передумови виникнення соціальної фармації

Саме ***соціальна фармація вивчає лікарські засоби у соціальному, науковому, гуманітарному напрямку***. Якщо розглядати людину та фармацію в межах суспільства, то з боку людини, вивчається вплив усіх соціальних факторів на використання ЛЗ, на підходи у фармакотерапії, а також ставлення пацієнтів до ЛЗ та норми використання ЛЗ [1, 3, 13].

З боку фармації, вивчаються соціальні аспекти щодо лікарських засобів, а саме: дослідження та розробка, виробництво та розподіл, виписування та відпуск, контроль якості ЛЗ. Таким чином, можна стверджувати, що соціальна фармація вивчає соціальні проблеми в фармації та фармацевтичні проблеми в суспільстві та в інших науках.

Рис. 10. Сутність соціальної фармації

Сфера вивчення та пошуку відповідей на деякі з основних питань в межах розгляду соціальної фармації, а також стосовно загальних понять фармації, й окремо кожного пацієнта, представлено на рисунку 11.

Рис. 11. Сфера вивчення та пошуку в межах соціальної фармації

Враховуючи сфери вивчення соціальної фармації, її взаємозв'язок з практичною фармацією, на сьогодні соціальну фармацію можна розглядати як міждисциплінарну та міжгалузеву науку, яка поєднує фундаментальні, клінічні

та соціологічні науки й надає можливість реалізуватися фармацевтичним професіям, брати на себе відповідальність та безпосередню участь у сфері ЛЗ на соціальному рівні. ***Коло питань, які розглядає соціальна фармація достатньо широке. До основних належать:***

- вплив законодавства на розробку нових ЛЗ;
- вплив введення нових ЛЗ на здоров'я населення та економіку країни;
- вплив рівня підготовки та наявності фахівців на здоров'я населення;
- визначення ролі фармацевтичного працівника у суспільстві;
- комплаєнтність пацієнта;
- організація та процес надання фармацевтичної допомоги (рис. 12).

Рис. 12. Соціальна фармація як міждисциплінарна та міжгалузева наука

Як відомо фармацевтична практика розглядається у тісному поєднанні з фармацевтичною освітою та наукою. Фармацевтична освіта забезпечує необхідні знання та навички, які у подальшому використовуються фахівцями фармації під час своєї практичної діяльності.

Основна мета досліджень у соціальній фармації полягає у вивченні основних питань фармацевтичної практики та різних аспектів використання лікарських засобів. Фактично соціальна фармація являє собою гібридну сферу

дослідження, яка застосовує теорії та методи з різноманітних соціально-наукових, гуманістичних дисциплін з метою вивчення усіх аспектів фармацевтичної практики.

Соціальна фармація регулярно опрацьовує такі дисципліни, як соціологія, соціальна психологія, психологія, політологія, економіка, історія та інші, зокрема з питань суспільного здоров'я та соціальної політики.

Враховуючи достатньо динамічний розвиток фармації останнім часом, зміни, які відбуваються у суспільстві в усіх країнах світу, вважаємо, що майбутнє соціальної фармації, її розвиток, як складової системи фармацевтичного забезпечення населення, а також її міждисциплінарний та міжгалузевий характер, тісно пов'язані зі змінами у соціально-економічному, політичному, культурно-освітянському житті України.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Болокіна Н. Право на соціальне забезпечення в Україні: проблеми термінів і понять / Н. Болокіна // Право України. – 2000. – № 4. – С. 35–39.
2. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко. – Тернопіль, 2000. – С. 578–597.
3. Дема Д.У. Державне регулювання соціального захисту населення в країнах із ринковою економікою / Д.У. Дема // Фінанси України. – 2000. – № 9. – С. 59–62.
4. Косова Т.Д. Сутність і критерії ефективності системи соціального захисту / Т.Д. Косова, І.В. Басанцов // Фінанси України. – 2000. – № 8. – С. 26–32.
5. Котвіцька А.А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення : дис. докт. фармац. наук / А.А. Котвіцька. – Х., 2008. – 371с.
6. Котвіцька А.А. Методологія соціальної справедливості фармацевтичного забезпечення населення // Фармацевтичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 8–12.
7. Москаленко В.Ф. Системы здравоохранения: современный контекст – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320с.

8. Немченко А.С. Наукове обґрунтування принципів функціонування системи лікарського забезпечення населення та визначення її соціальної ефективності / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармаком. – 2007. – № 2. – С. 94–99.
9. Немченко А.С. Концепція пріоритетного розвитку соціально – ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення та впровадження національних стандартів належних практик GDP та GPP / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармац. журн. – 2006. – № 4. – С. 3–9.
10. Немченко А.С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно міжнародних норм та стандартів / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармац. журн. – 2007. – № 5. – С. 11–19.
11. Реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.portal.diklz.gov.ua
12. Anderson C. Social pharmacy: the current scenario. Indian J Pharm Pract 2008; 1;1 – 5.
13. Dayrit M.M, Dolea C. The health workforsce crisd are the pharmacist. Int J pharm Pract 2006; 20:5 – 8.

УДК 615.15:378.145/.147: 312-053.3

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

Котвіцька А. А., Суріков О. О., Кубарєва І. В., Черкашина А. В., Лобова І. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

У статті представлено дослідження становлення та розвитку соціально-біхевіористичних наук в фармацевтичній освіті різних країн. Проаналізовано міжнародний досвід формування дисципліни соціальна фармація та спектру її наукових досліджень, представлено ключові тенденції, фактори, події, місця та імена у її становленні. Проведено аналіз та узагальнення програм викладання соціальної фармації у різних країнах.

Ключові слова: соціальна фармація, науковий напрямок, фармацевтична освіта.

За даними історичних джерел дії фармацевтичних працівників, як правило були зосереджені, на виготовленні ліків, їх розподілом між лікувально-профілактичними закладами та населенням. Проте швидке зростання фармацевтичної промисловості у другій половині XX сторіччя, практично нівелювало функцію виготовлення ліків в аптеці. Оригінальна упаковка препарату, промислове фасування, інструкція з медичного застосування, що надає інформацію про дозування, частота використання, можливі побічні реакції, разом зі швидким розповсюдженням комп'ютерної техніки та спеціальних програм в аптеках, призвели до перегляду ролі фармацевтів та провізорів [6, 7, 8].

Вплив технологій, зміна вимог до професійної діяльності фармацевтичних працівників на їх професійну роль вже наприкінці 70-х та на початку 80-х років XX сторіччя відчувалася у Великобританії. За дослідженнями Eaton та Webb (1979 р.) встановлено, що на той момент,

професійні знання фармацевтів використовувалися не в повному обсязі, що розцінювалося, як неефективні витрати суспільних коштів на підготовку фахівців.

У відповідь на встановлені факти, Комісія з фармації Сполученого Королівства Великої Британії замовила незалежне дослідження для визначення «справжньої та перспективної ролі аптеки, та її потенційного внеску в охорону здоров'я». Звіт комітету Nuffield висунув на перше місце важливість розширення ролі фармацевтів, що було інноваційним на той час та стало каталізатором змін у галузі охорони здоров'я та фармації [8, 14].

Розширення ролі фармацевтів передбачало консультування пацієнтів у разі нескладних захворювань та симптомів, ведення обліку фармакотерапії, надання послуг за місцем проживання, надання порад лікарям та проведення нескладних діагностичних операцій (вимірювання артеріального тиску, показника глюкози в крові та рівня холестерину). У разі надання даних послуг фармацевту передбачалася винагорода, що певним чином впливало на рентабельність установ. Дані тенденції мали вигоди як для лікарів так і для пацієнтів. Так лікарі отримували можливість більш якісного догляду за хворими, пацієнти – можливість отримання кваліфікованих консультацій, з подальшим визначенням ефективності призначення ліків, що на сьогодні є загальною практикою більшості аптек у Британії (майже 96 %) [11, 16]. Такі нововведення посилили позиції фармацевтів, що дозволило їм інтегруватися в систему охорони здоров’я, а також сприяли підтримці здоров'я пацієнтів.

Проте, такі заходи висвітлили проблеми професійної конкуренції, як приклад – надання послуг в аптеці та формування звітів про лікування, суперечили професійним обов'язкам та інтересам лікарів. У результаті діяльність фармацевтів вимагала роз’яснень, як для лікарів, так і для організацій з захисту прав пацієнтів. У скаргах, що надходили на адресу фармацевтів, зазначалося, що вони не в змозі ідентифікувати потенційно небезпечні захворювання, призначати відповідне лікування, спрямовувати пацієнтів до лікарів [2].

Тенденції, що мали місце в практичній фармації спричинили низку змін в освіті фармацевтичних фахівців. За результатами проведених досліджень було встановлено сфери фармацевтичної практики, які необхідні у навчанні фармацевтів та є корисними у професійній діяльності. Так до програм навчання фахівців фармації було введено соціальні та поведінкові науки, а також додано один рік навчання перед здачею ліцензійного іспиту (інтернатура) [1]. Такі трансформації призвели до формування нової на той час дисципліни – соціальної фармації [4].

Проте найбільш ранні згадування про соціальні та біхевіористичні напрямки у фармації відзначаються у ***Сполучених Штатах Америки***. Так у 1950 р. в університеті Вісконсіна, де після закінчення фармацевтичного факультету та Школи бізнесу працював Dr William Apple, якому було запропоновано участь у програмі уряду із дослідження післядипломної освіти фармацевтичних фахівців. Майже одночасно в ***університеті Пердью*** м. Уест-Лафайєтт, штат Індіана, після закінчення Школи бізнесу працював Dr Robert Evanson, який викладав курс фармації з акцентом на роздрібну реалізацію ліків та управління малим бізнесом на відміну від загального маркетингу та управлінської орієнтації, що викладалися в інших університетах. Приблизно в цей же час Dr Joseph McEvilla запровадив програму з фармацевтичної економіки в ***університеті Пітсбурга в Пенсельванії***, яка була розрахована на студентів вищих курсів та використовувалася для дослідження фармацевтичної промисловості. В ***Мічігані*** під керівництвом Dr Stephen Wilson була запроваджена програма з історії фармації [3, 6, 15]. Як свідчить міжнародний досвід саме ці імена, дати, міста, університети сформували основу для викладання соціально-поведінкових дисциплін та запровадження ступеня магістра природних наук, що стало прообразом соціальної фармації.

Визначною подією у формуванні соціальної фармацій, як науки була конференція, яка відбулася у Медисоні, у 1969 р. за участю й організацією Dr Sonnendecker [3]. Під час конференції обговорювалися проблеми, переваги та можливості викладання та дослідження суспільних наук у фармації.

Взагалі програма навчання тих часів мала два основних напрямки: адміністративно-організаційний та соціологічний. Саме через такий стан викладання дисциплін у 1977 р. ***в університеті Міннесоти*** відбулася реорганізація та формування відділу Соціальної та адміністративної фармації, у складі якого працювали соціальний психолог, медичний соціолог та економіст, які повинні були привнести новий досвід для фармацевтичної практики [15].

Однією із найбільш значимих подій того часу стало опублікування першого підручника «Фармацевтична практика: соціальні та біхевіористичні аспекти» (Pharmacy practice: social and behavioral aspects) авторів Albert I. Wertheimer та Mickey C. Smith, перше видання якого вийшло у 1974 р. Вказане видання виступало універсальним підручником, який включав оригінальні статті та скорочені варіанти перевиданих літературних джерел. За допомогою вказаного підручника й відбувалося викладання соціальної фармації в навчальних закладах багатьох країн світу. Друге видання підручника вийшло у 1980 р., третє – 1989 р. Так у 1972 р. у Філадельфійському фармацевтичному коледжі відбувся перший випуск магістрів фармації, у 1974 р. – кандидатів наук, докторів філософії [3].

З 1974 по 1990 р. загальний випуск кандидатів наук склав 60 осіб, що було рівним випуску магістрів за вказаний проміжок часу. Більшість випускників знайшли роботу в освіті та науці, зокрема на фармацевтичному факультеті, решта в медичних школах, фармацевтичній промисловості, страхових організаціях та контролюючих органах, а також в Управлінні з контролю за харчовими продуктами та ліками (Food and Drug Administration). Деякі з фахівців стали членами професійних асоціацій та товариств, консультантами, виконували громадські обов'язки.

Враховуючи етапи становлення та розвитку соціальної фармації, можна стверджувати, що місце соціальної фармації в навчальних планах багатьох країн світу стає все більш вагомим. Глибоке розуміння проблем, пов’язаних з соціальною фармацією, допомагає фахівцям фармації спеціалістам у подальшому поліпшенню стану здоров'я. За думкою фахівців охорони здоров'я та фармації для забезпечення визнання ролі соціальної фармації серед інших спеціалістів охорони

здоров'я, як окремого напрямку у фармацевтичній освіті, вимагає розкриття її змісту, завдань та сфери наукових досліджень.

У багатьох країнах навчальні плани з соціальної фармації відрізняються один від одного, враховуючи істотну відмінність у професійній ролі фармацевтичних фахівців. Однак одним з основних обов’язків фармацевтів в усіх країнах є реалізація лікарських засобів та надання інформації щодо застосування ЛЗ пацієнтам, враховуючи психологічні та поведінкові аспекти взаємодії.

Таким чином, знання з соціальної фармації сприяють підвищенню значимості фармацевтичних фахівців у суспільстві, сприяють раціональному використанню лікарських засобів та вирішують питання взаємодії фармації та суспільства.

Встановленим фактом є те, що соціальна фармація буде завжди залишатися вкрай необхідною та пріоритетною для досліджень у сфері фармації, поки будуть існувати ЛЗ та людина. Проте й до цього часу соціальна фармація у порівнянні з іншими науками та дисциплінами є достатньо новою в галузі охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення, й потребує постійного розвитку, підтримки та стимулювання. ***Пріоритетними напрямками досліджень в полі зору соціальної фармації є фармакоекономіка, фармакоепідеміологія, фармацевтичний нагляд, соціально-поведінкові аспекти здоров'я та ліків, дослідження якості життя, управління фармацевтичною сферою, маркетинг та економіка у фармації*** [5]**.**

У контексті соціальної фармації, наука це діяльність, яка спрямована на пояснення природних та соціальних явищ через використання систематичного нагляду, експериментування, реєстрацію спостережень та їх аналізу [10, 13].

Таким чином, головною метою наукової діяльності з позиції соціальної фармації є удосконалення фармацевтичної практики та системи охорони здоров'я шляхом емпіричних досліджень та теоретичного аналізу. Наукова діяльність з соціальної фармації забезпечує міжнародну та міждисциплінарну взаємодію, обговорення та поширення знань, що пов’язані зі здоров'ям та системою й практикою охорони здоров'я. Найбільш авторитетними періодичними виданнями в галузі соціальної фармації є наступні:

- Research in Social and Administrative Pharmacy (RSAP);

- International Journal of Pharmacy Practice (IJPP);
- International Journal of Clinical Pharmacy (IJCP).

Соціальна фармація – нова дисципліна для нашої країни, тому під час формування структури та змісту навчальних програм та наукових досліджень обов'язковим є врахування національних особливостей розвитку фармацевтичного ринку та фармацевтичної освіти. Стрімкий розвиток світової економіки, медичних наук та технологій, покращення життєвого рівня багатьох країн, впливають на віддаленість медичної допомоги та потреби охорони здоров'я, які стають все більш значними, у тому числі й в Україні. Окрім того у світовому просторі існує зростаюча потреба в розробці нових препаратів, їх дослідженні та оцінці використання.

Зазначені тенденції, швидкий розвиток фармацевтичних наук та технологій, викликають підвищення вартості лікарських засобів, що разом з ірраціональним їх використанням викликають низку соціальних проблем.

На сьогодні ці проблеми є досить значимими для багатьох країн та їх урядів, для вирішення яких вони разом із науково-дослідними інститутами мають розробляти програми з проведення всеохоплюючих та системних досліджень соціальних проблем, пов'язаних з лікарськими засобами та їх використанням [9, 13].

Соціальна фармація, як науковий напрямок досліджень в багатьох країнах є достатньо розвинутою. Тому для вітчизняної системи охорони здоров'я та фармації важливим є вивчення міжнародного досвіду з вивчення формування соціальної фармації.

Необхідно зазначити, що соціальна фармація навіть за кордоном є новим науковим напрямком, який включає методології та теорії соціально-психологічних наук, з метою дослідження більш широкого діапазону фармацевтичної діяльності. При цьому головними напрямками для досліджень є *юридичні, етичні, економічні, політичні, соціально-психологічні проблеми використання лікарських засобів* [12]. Головною метою дослідження та вивчення соціальної фармації є безпечне та раціональне використання лікарських засобів.

З метою виявлення відмінностей у підготовці фармацевтичних фахівців за соціальним спрямуванням в Україні та за кордоном, нами було проведено аналіз викладання соціальної фармації у різних країнах [5, 7, 14]. Дослідження проводилося шляхом узагальнення програм та формування повного переліку тем та змісту дисципліни «Соціальна фармація» представлено у таблиці 1.

Таблиця 1.

Структура програми соціальної фармації

Тема	Зміст
Здоров'я та захворювання	визначення, індикатори, охорона здоров'я, моделі систем охорони здоров'я, роль фармацевтичних працівників, соціальний розподіл хвороб
Фармацевтичні кадри	професії, реєстр фармацевтів, професійні стандарти, професійна діяльність
Медицина, призначення та застосування ліків	активний фармацевтичний інгредієнт, фармацевтичний ринок, лікар та фармацевтична інформація, фактори що впливають на споживання лікарських засобів, проблеми використання ліків
Безпека лікарських засобів	визначення побічної дії, прояви побічних реакцій, типи побічних ефектів, помилки при прийомі ліків, взаємодія лікарських засобів, роль фармацевтичних працівників в ідентифікації та запобіганні помилок
Соціальна фармація, клінічна фармація, фармацевтична опіка	визначення, історія, проблеми у наданні фармацевтичної опіки
Етика, ділова етика, медична етика	визначення, джерела проблем, інформована згода пацієнта, етика у фармацевтичній практиці, відповідальність
Вступ до психології, комунікацій	визначення, індивідуальні характеристики особистості, характер, емоції, співчуття, комунікаційні моделі, комунікаційні стадії
Комунікації у фармації, зв'язок між фахівцями	напрямки консультацій, комунікаційні бар’єри особливості призначення ліків різним соціальним групам – дітям, особам похилого віку, хворим на хронічні захворювання
Введення у фармацевтичний нагляд	проблеми осіб похилого віку та хронічних хворих, поліпрагмазії, сприяння раціональному застосуванню, співпраця з медичними працівниками
Фармацевтична	визначення, історія фармацевтичної інформації,

інформація, просування та реклама лікарських засобів	особливості призначення та використання безрецептурних препаратів, інформація про ліки в інтернеті, інструкції про медичне застосування ліків
Фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я	види аптек, показники діяльності аптек, інтернет-аптеки, електронні призначення
Проблеми наркоманії	політика боротьби з наркоманією
Лікарська політика	визначення, філософія, торгівельний маркетинг, сервісний маркетинг, планування маркетингу, маркетингові комунікації
Торгівельний маркетинг	сутність, визначення, комплекс маркетингу (продукт, ціна, місце, просування)
Поведінка споживачів, реалізація та сервіс	визначення, просування, стимулювання збуду, задоволення потреб споживачів
Фармацевтичний маркетинг	інноваційні ліки, інноваційне обслуговування – головні цілі та задачі, планування стратегій

Окрім сприйняття соціальної фармації як навчальної дисципліни, вона розглядається як науковий напрямок при підготовці на поза дипломному рівні й передбачає вивчення наступних аспектів з наукової точки зору [11, 13]:

- вступ до соціальної фармації (історія, визначення, вивчення дисципліни, зв'язок з іншими дисциплінами, складові сталого розвитку фармацевтичного сектору);
- соціальні дослідження у фармації (фармацевтичні школи у світі, соціальні дослідження фармації, історія досліджень, теоретична та практична фармація);
- методи досліджень у соціальній фармації I (дизайн дослідження, інструменти дослідження достовірність та надійність, інтерв'ю, фокус-групи, включене спостереження);
- методи досліджень у соціальній фармації II (оцінка фармацевтичних послуг – дизайн, структура, методи та вимірювачі);
- взаємозв'язок дисциплін (зв'язок соціальної фармації, клінічної фармації, фармацевтичної допомоги та професійної етики).

Таким чином за результатом проведеного дослідження становлення та розвитку соціальної фармації, визначено, що дана дисципліна є необхідною для підготовки фармацевтичних фахівців, а також проведення багатьох наукових

досліджень. В історичному аспекті зародження соціальної фармації майже одночасно відбувалося в 70-80-х роках XX століття в Сполученому Королівстві Великої Британії та Сполучених Штатах Америки.

У Сполучених Штатах формування соціальної фармації відбувалося шляхом впровадження у навчальний процес фармацевтичних фахівців соціально-орієнтованих дисциплін та поступової їх трансформації до соціальної фармації, у Великобританії – як наслідок наукових досліджень соціальних потреб населення, рівня розвитку системи охорони здоров'я та визначення пріоритетних напрямів у підготовці фармацевтичних фахівців.

Одночасно з розвитком навчальної дисципліни, соціальна фармація формувалася і як науковий напрямок, були визначені пріоритетні напрямки досліджень, видано підручники та засновано спеціалізовані періодичні видання.

Вивчення навчальних програм підготовки фармацевтичних фахівців, показує, що деякі з тем та питань курсу Соціальної фармації, що викладаються в наших навчальних програмах входять до інших дисциплін, проте залишаються й такі які для нас є новими чи не повністю впроваджені в навчальний процес. Тому вважаємо за необхідне подальше постійне вивчення міжнародного досвіду викладання дисциплін соціального спрямування, що, до речі, й здійснюється кафедрою соціальної фармації, та поступове впровадження тематики й окремих питань з Соціальної фармації в наші навчальні програми.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Anderson C. Social pharmacy: the current scenario / C. Anderson. – Indian J Pharm Pract. – 2008. – №1. – P.1-5.
2. Chen T. A Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review / T. Chen, de Almeida Neto. – Phar World Sci. – 2007. – №29. – P. 574-576.
3. Dolinsky D. Social/behavioural pharmacy in the united states – the state of the art / D. Dolinsky. – Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. – 1990. – №15. – P. 155-163.
4. Harding G. Defining social pharmacy / Harding G, Taylor K. – Int J Pharm Pract. – 1995. – №2. – P. 62-63.

5. Harding G. Teaching social pharmacy: the UK experience / G. Harding, K. Taylor. – Pharm Educ. – 2006. – №6. – P. 125-131.
6. Johnson C A. Behavioural pharmacy / C A Johnson, A I Wertheimer. – American Journal of Pharmacy Education. – 1979. – №43. – P. 257-261.
7. Manasse H R. Pharmacy administration and its relationship to education, research and practice / H R Manasse, T D Rucker. – Journal of Social and Administrative Pharmacy. – 1984. – №2, P. 127-135.
8. Nuffield Committee of Inquiry into Pharmacy. Pharmacy: A report to the Nuffield foundation. London: Nuffield Foundation, 1986. – Режим доступу: http://hansard.millbanksystems.com/lords/1986/jun/04/pharmacy-nuffield-foundation-report#S5LV0475P0_19860604_HOL_165.
9. Pauline T. Norris. Challenges facing social pharmacy / Pauline T. Norris. – Research in Social and Administrative Pharmacy. – № 5 – 2009. – P. 195-196.
10. Richard R. Cline. Science, Innovation, and Innovation in the Science of Pharmacy / Richard R. Cline, Marcia M. Worley, Salisa C. Westrick, Jon C. Schommer. – INNOVATIONS in pharmacy. – 2010. – № 1.
11. Ryan K. Teaching social sciences to undergraduate pharmacy students: an international survey / Ryan K, Bissell P, Anderson C, Morgall Traulsen J, Sleath B. – Pharm Educ. – 2007. – №.7. – P. 1-9.
12. Shane L. Scahill Placing “culture” at the center of social pharmacy practice and research / L. Shane. – Research in Social and Administrative Pharmacy. – №1. – 2013. – P. 1-3.
13. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education / Hassali MA, Shafie AA, Al-Haddad MS, Abduelkarem AR, Ibrahim MI, Palaian S, Abrika OS // Res Social Adm Pharm. – 2011. – №4. P. 415-420.
14. Svarstad BL. Development of behavioral science curricula and faculty in pharmacy: some issues requiring attention / BL. Svarstad. – Am J Pharm Educ. – 1994. – №54. – P. 177-183.
15. Wertheimer A. Social/behavioural pharmacyd: the Minnesota experience / A. Wertheimer. – J Clin Pharm Ther. – 1991. – №16. P. 381-383.
16. Working Party on Social and Behavioural Science Report. London, UK: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Режим доступу: www.rpsgb.org.uk/pdfs/coun0408-C-60.pdf.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ

Котвицкая А. А., Суриков А. А., Кубарева И. В., Черкашина А. В., Лобова И.А.
Национальный фармацевтический университет

Резюме: В статье представлено исследование становления и развития социально-бихевиористических наук в фармацевтическом образовании разных стран. Проанализирован международный опыт формирования дисциплины социальная фармация и спектра её научных исследований, представлены ключевые тенденции, факторы, места и имена в её возникновения. Проведено анализ и обобщение программ преподавания социальной фармации в разных странах.

INTERNATIONAL EXPIRIENCE OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF SOCIAL PHARMACY

Kotvitska AA, Surikov OO, Kubareva IV, Cherkashina AV, Lobova IO
National University of Pharmacy

Summary: The article presents the study of the formation and development of social and behavioral sciences in the pharmaceutical education in different countries. Analyzed international experience in the discipline of social pharmacy and its range of scientific research, are the key trends, the factors, the place and the names of its occurrence. The analysis and synthesis of teaching of the social pharmacy programs in different countries.

УДК: 615.1: 615.22; 615.1:336.645.3:312-053.3/.4

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

А.А. Котвіцька, І.В. Кубарєва, О.О. Суріков, О.І. Красуля, Є.С. Коробова, В.В. Карло, А.В. Волкова, А.В. Черкашина

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

У статті визначено освітянські та науково-практичні аспекти першої в Україні кафедри соціальної фармації (СФ) Національного фармацевтичного університету (НФаУ). Представлено навчальні дисципліни, що викладаються на кафедрі, контингент студентів кафедри СФ. Наведено основні наукові напрямки досліджень та результати наукових досліджень кафедри СФ НФаУ за період 2011-2012 рр. Результати представлено відповідно до визначених об'єктів та предмету досліджень, а саме: удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на соціально-значущі захворювання, такі як псоріаз, інфаркт серця й мозку, гастроентерологічні та офтальмологічні захворювання, хвороби органів дихання, а також удосконалення фармацевтичного забезпечення пільгових категорій населення, в першу чергу, дітей віком до 3-х років, осіб похилого та старечого віку, ін.

Доведено необхідність впровадження комплексного підходу до розв'язання питань удосконалення фармацевтичного забезпечення соціально-незахищених верств населення у сучасних умовах розвитку держави й фармацевтичного сектору галузі ОЗ, що ґрунтується на інтеграційних процесах соціальної фармації та потребах кожної людини, держави та суспільства в цілому.

Ключові слова: Національний фармацевтичний університет, соціальна фармація, фармацевтичне забезпечення, соціальна спрямованість, соціально-значущі захворювання, пільгові категорії населення.

За сучасних умов перебування переважної кількості країн світу у перманентній економічній кризі, питання виконання державою своїх соціальних гарантій та зобов'язань постає достатньо гостро. Однією зі стратегічних та соціально значущих галузей економіки є охорона здоров'я й фармацевтичний сектор. Актуалізація соціальних аспектів освітньої та наукової діяльності у фармації є одним із основних завдань кафедри ***соціальної фармації*** (СФ) ***Національного фармацевтичного університету*** (НФаУ), яку створено на виконання «Програми розвитку Національного фармацевтичного університету у 2011-2017 роках» на підставі рішення Вченої ради від 01 липня 2011 р.

Необхідно зазначити, що ***кафедра соціальної фармації*** є першою в Україні та на пострадянському просторі, що в свою чергу демонструє, що НФаУ завжди не залишається осторонь проблем фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я.

На кафедрі соціальної фармації викладаються 16 навчальних дисциплін для спеціальностей «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфюмерно-косметичних засобів», «Технологія фармацевтичних препаратів», «Якість, стандартизація та сертифікація», «Економіка та підприємництво», «Маркетинг», «Лабораторна діагностика» для освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр, спеціаліст і магістр денної, заочної та дистанційної форм навчання. Зокрема для спеціальності «Фармація» кафедрою СФ викладаються наступні навчальні дисципліни: *Історія медицини і фармації*, *Екстремальна медицина*, *Фармацевтичне законодавство*, *Соціальна економіка у фармації*, *Менеджмент та маркетинг у фармації* (освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст», «бакалавр» за напрямом «Фармація»), *Організація та економіка у фармації* (освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст», «бакалавр» за напрямом «Медицина» заочної форми навчання).

Наукові дослідження кафедри **соціальної фармації** спрямовані на удосконалення фармацевтичного забезпечення населення в сучасних умовах та проводяться за напрямками, що мають безперечну актуальність та практичне значення, а саме:

- Обґрунтування соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (впровадження системи обов'язкового медичного страхування та реімбурсації вартості лікарських засобів);
- Людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога – сфери взаємодії;
- Нормативно-правове регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності;
- Морально-етичні принципи фармацевтичної діяльності;
- Соціальні аспекти управління підприємств фармацевтичної галузі;
- Соціальні тенденції маркетингу у фармації;
- Фармакоекономічні аспекти лікування соціально-значущих захворювань;
- Соціальна відповідальність бізнесу в фармації;
- Історичні аспекти медицини та фармації в Україні;
- Організація фармацевтичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій;
- Соціально-психологічні аспекти фармацевтичної діяльності;
- Проблеми організації фармацевтичного забезпечення сільського населення;
- Фармацевтична інформація – сучасний стан інформаційного забезпечення фармацевтичної діяльності;
- Аналіз медико-соціальних вимірювачів та показників здоров'я населення.

Відповідно до вищенаведених наукових напрямків на кафедрі СФ заплановано та виконується 7 кандидатських дисертаційних робіт, які досліджують актуальні соціально-економічні проблеми організації фармацевтичного забезпечення населення країни.

Основними об'єктами дослідження обрано систему фармацевтичного забезпечення хворих на соціально-значущі захворювання та пільгові категорії населення країни **(**рис 1).

Рис. 1 Основні напрямки наукових досліджень кафедри соціальної фармації НФаУ

Невід'ємною частиною соціальної політики нашої держави є пільгове лікарське забезпечення окремих категорій населення. Актуальність проблеми значно зростає в умовах обмеженого ресурсу фінансування охорони здоров'я для забезпечення якісної та доступної лікарської допомоги населенню, зокрема його пільговим категоріям [6, 12, 14, 17, 22]. З огляду на зазначене нами було досліджено та визначено:

- динаміку та структуру показників захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого контингенту населення (ДКН) за останні 5 років;
- структуру захворюваності дітей за регіонами країни;
- тенденції, що мають місце у наданні фармацевтичної допомоги дітям до 3-х років на прикладі окремих регіонів.

За результатами дослідження визначено тенденцію до зростання показників темпів росту захворюваності та поширеності хвороб серед ДКН у середньому на 4% та на 3% відповідно (рис. 2).

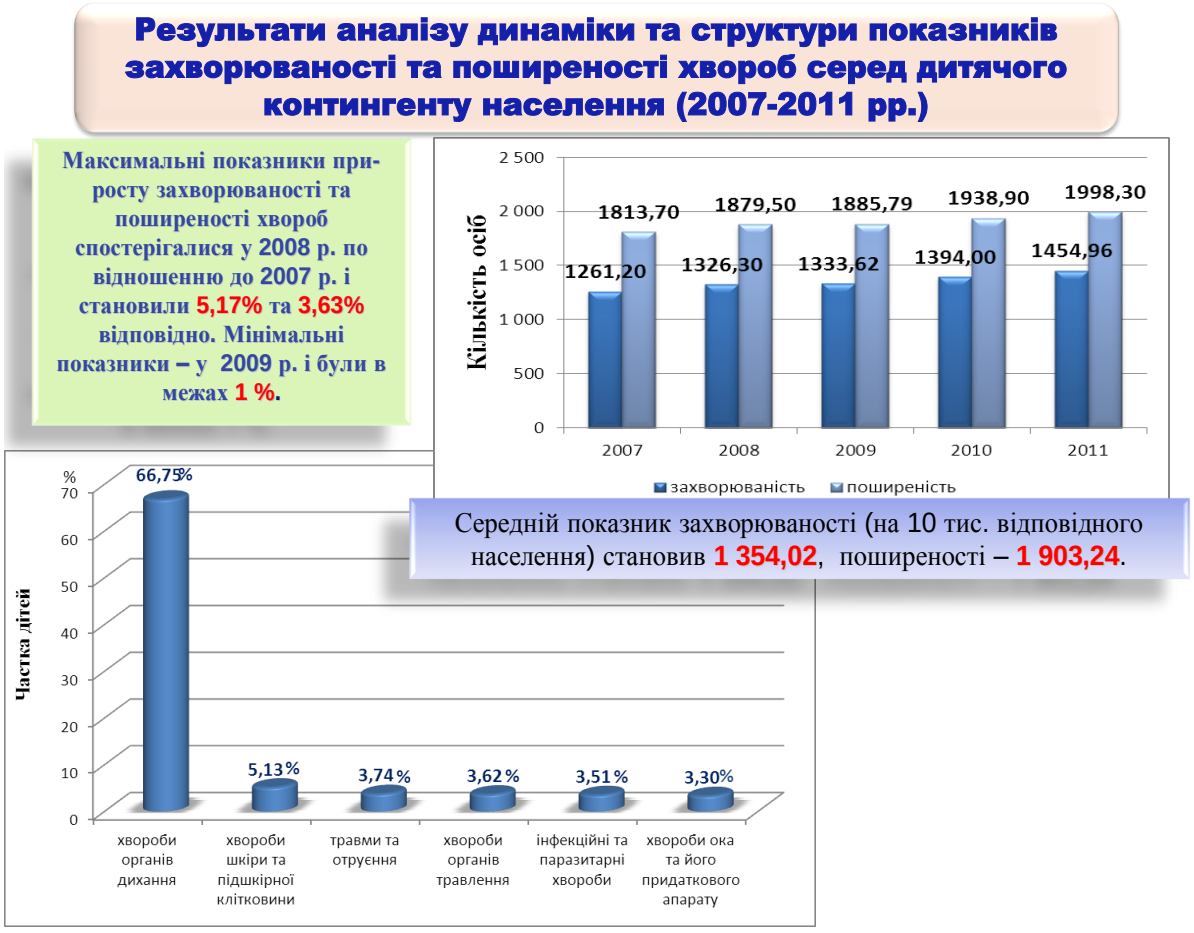


Рис. 2 Результати аналізу основних епідеміологічних показників серед ДКН за період 2007-2011 рр.

У структурі захворюваності вказаного контингенту населення у 2011 році переважали хвороби органів дихання, частка яких становила близько 67 %, зокрема питома вага інших захворювань у загальній структурі складали менше 5 %.

Як свідчить, середній показник захворюваності дитячого населення у 2011 році в середньому по Україні становив 1.354,02 на 10000 дітей віком від 0 до 17 років, при чому в окремих регіонах, зокрема Київ та Київська обл., Черкаська, **Харківська** обл., відповідні показники перевищували середньоукраїнський. Навпаки в **Івано-Франківській**, Миколаївській та

Сумській областях такі показники виявилися нижчими за середньоукраїнський показник (рис. 3), що потребувало подальшого дослідження.

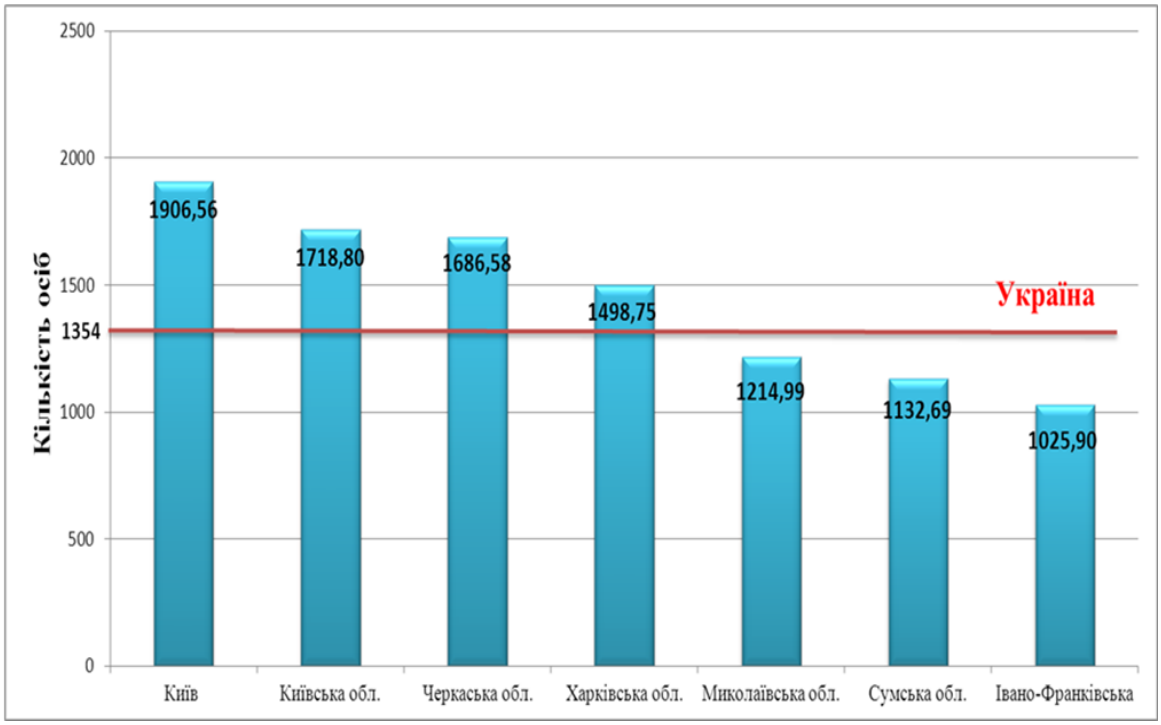


Рис. 3 Результати аналізу показника захворюваності ДКН на регіональному рівні

Наступним етапом наших досліджень став аналіз сучасного стану надання фармацевтичної допомоги контингенту дітей віком до 3-х років на прикладі м. Харкова на пільгових умовах, як одного з найбільш несприятливих міст за показниками захворюваності ДКН в країні. Питому вагу пільгової категорії ДКН протягом 2008-2012 рр. нами було визначено на базі Харківської міської лікарні № 1. За результатами аналізу визначена щорічна тенденція збільшення пільгового ДКН, як в абсолютних, так і у відносних показниках, зокрема за рахунок збільшення кількості дітей віком до 3-х років. Таким чином встановлено, що за п’ять років (з 2008 по 2012 рр.), відбулося збільшення кількості дітей віком до 3-х років на 15,8 % (рис. 4).

Рис. 4. Стан фінансування фармацевтичної допомоги ДКН у Харківському регіоні (2008-2012 рр.)

Разом з тим, кількість населення, яке скористалося своїм правом на безоплатний відпуск ЛЗ практично не змінюється. Так у 2008 р. лише 7 дітей отримали ЛЗ за безоплатними рецептами, а в 2011 р. така кількість дорівнювала 6 осіб. За перший квартал 2012 р. своїм правом на безоплатний відпуск ЛЗ скористалися лише 4 дитини.

Таким чином, можна зробити висновок про недостатню обізнаність населення щодо своїх прав на пільги та недостатньо ефективну функцію лікарів з інформування населення про державні гарантії у сфері фармацевтичного забезпечення.

Аналіз стану фінансування пільгового забезпечення ЛЗ контингенту дітей віком до 3-х років відповідно до показників потреби за останні п’ять років свідчить,

що планові грошові видатки на лікарське забезпечення дітей до 3-х років за досліджуваний період постійно зменшуються. Навпаки кількість осіб зазначеної категорії невпинно зростає, що є вкрай негативною тенденцією сьогодення.

Отримані данні підтверджені результатами оцінки сучасного стану надання фармацевтичної допомоги ДКН з використанням анкетного опитування. Так узагальнений портрет респондента, який брав участь в опитуванні, виглядає наступним чином: працююча жінка 20-30 рр., яка має дитину віком до 3-х років і витрачає на закупівлю ліків від 30 до 60 грн. щомісячно.

У результаті анкетного опитування споживачів ЛЗ встановлено, що:

- лише 51,7 % хворих дітей у повному обсязі забезпечені усіма необхідними ЛЗ. Решта не може придбати необхідні ЛЗ через скрутний матеріальний стан родин;
- своїм правом на придбання ЛЗ за безоплатними рецептами користуються лише 10,4 % дітей віком до 3-х років. При цьому 54,2 % респондентів не поінформовані про систему відшкодування вартості ЛЗ пільговим категоріям та групам населення.

Також з'ясовано, що при призначенні лікування дітям до 3-х років лише 2,3 % лікарів пропонують скористатися ЛЗ з «Бюджетного переліку», що відпускаються за безоплатними рецептами;

- своє право на безоплатний та пільговий відпуск ЛЗ респонденти оцінюють у середньому на 5 %;
- 59,3 % опитаних стверджують, що існуюча в Україні система відшкодування вартості ЛЗ потребує удосконалення, перспективними напрямками, на думку респондентів, при цьому є удосконалення системи бюджетного фінансування та впровадження ОМС.

Таким чином, можна стверджувати, що на сьогодні бюджетне забезпечення вказаних категорій населення залишається на недостатньому рівні. Крім того лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) не мають на сьогодні єдиної законодавчо затвердженої методики розрахунку потреби у фармацевтичній допомозі.

Відповідно до визначених тенденцій у фармацевтичному забезпеченні населення, нами було обґрунтовано та запропоновано сучасні підходи до визначення показників потреби ЛЗ у ЛПЗ, що містять 7 етапів і враховують медичні, організаційні та соціально-економічні фактори у формуванні зазначених показників (рис. 5).

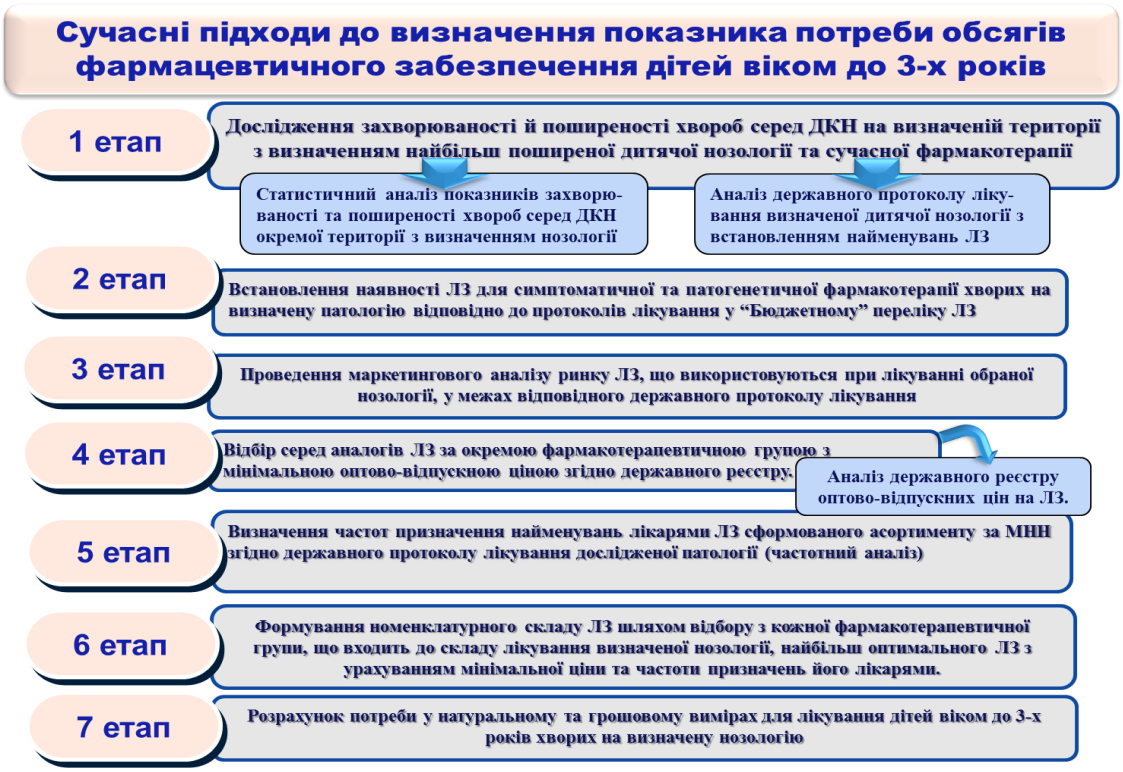


Рис. 5 Підходи до визначення показника потреби у фармацевтичній допомозі ДКН країни

Наступним важливим аспектом удосконалення вітчизняної системи фармацевтичного забезпечення населення є обґрунтування переліків ЛЗ для лікування соціально значущих захворювань, вартість яких підлягає реімбурсації [16, 17]. Серед обраних нозологій нами досліджуються інфаркт міокарда (ІМ) і мозку, псоріаз, офтальмологічні та гастроентерологічні захворювання.

З метою удосконалення фармацевтичного забезпечення стаціонарних хворих, зокрема на ІМ, нами обґрунтовано та розроблено науково-методичні підходи до формування локального формуляру ЛПЗ стаціонарного типу відповідно до вимог чинного законодавства, які містять три основні етапи, а саме: аналіз основних показників роботи ЛПЗ та аналіз ефективності витрат на

ЛЗ у ЛПЗ в цілому та в окремих відділеннях, а також аналіз ефективності витрат на ЛЗ за окремими нозологіями [3, 7-9, 13,1921, 24]. (рис.6).

Рис. 6 Науково-методичні підходи до формування локального формуляру ЛЗ у ЛПЗ стаціонарного типу

У подальшому нами було опрацьовано запропоновані підходи на прикладі ЛПЗ стаціонарного типу м. Києва та запропоновано впровадження комп'ютерної інформаційно-аналітичної системи (КІАС) у закладах ОЗ, яка спрямована на оптимізацію проведення КЕА, підвищення його ефективності з отриманням співставних результатів КЕА для різних суб'єктів господарювання або їх структурних підрозділів [10, 23, 25-28].

Як зазначалося раніше, одним із напрямків наших наукових досліджень є оптимізація фармацевтичного забезпечення хворих на соціально-значущі

захворювання. Зокрема нозології, які обрані нами, мають тяжкий характер перебігу та значно впливають на якість життя хворих.

Необхідно зазначити, що ще за стародавніх часів проблемам діагностики та лікування хворих на псоріаз приділялась значна увага (рис. 7).

Рис. 7 Історичні аспекти діагностики та лікування хворих на псоріаз

Так, актуальність проведення досліджень з оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих на псоріаз за умов впровадження системи реімбурсації визначається низкою факторів, а саме:

- збільшення кількості дерматологічних захворювань, зокрема псоріазу, в останні роки;
- поширенням дерматозу (на псоріаз страждає від 2 до 5 % населення світу);
- особливістю клінічного перебігу (хронічний плин, часті рецидиви, короткі періоди ремісії);
- погіршенням якості життя пацієнтів;

- зниженням професійної активності і соціальної адаптації хворих (соціальна ізоляція);
- надзвичайно високою вартістю лікування;
- збільшенням кількості випадків тривалої непрацездатності й інвалідизації пацієнтів як результатом несвоєчасної або необґрунтованої фармакотерапії захворювання;
- низьким рівнем обізнаності населення щодо захворювання [1, 2, 4, 5].

Сьогодні фармакоепідеміологічні характеристики захворювання вказують на псоріаз як на значну медико-соціальну проблему для систем ОЗ та суспільства в цілому (рис. 8).

Поширеність псоріазу в країнах світу

№ п/ч	Країна	Чисельність населення країни, чол.	Кількість хворих*, %	Кількість хворих, чол.	Кількість хворих*, чол.	Ранг
1.	Австралія	23 444 000	2,6	609 544		VIII
2.	Бельгія	11 041 266	2-3	276 031		X
3.	Болгарія	7 364 570	3	220 937		XII
4.	Данія	5 580 516	1,5-4,2	161 835		XIV
5.	Іспанія	46 163 116	1,4-3	1 015 589		VI
6.	Канада	33 676 000	1,8-2,7	774 548	> 1 000 000	VII
7.	Литва	2 988 400	2-4	89 652		XVII
8.	Нідерланди	16 805 350	1,8-5	571 382		IX
9.	Німеччина	81 843 809	3-6,5	3 519 283	3 000 000	II
10.	Норвегія	5 049 500	3-4,8	196 930		XIII
11.	Польща	38 208 618	3	1 146 259		V
12.	Словенія	2 062 680	1-2	30 940		XVIII
13.	США	315 172 000	2,4	7 564 128	7 000 000	I
14.	Україна	45 560 255	0,21*	98 544*		
			3	1 366 807	1 500 000	IV
15.	Фінляндія	5 426 500	2-3	135 663		XVI
16.	Франція	63 468 168	2-4,7	2 157 918	2 000 000	III
17.	Швейцарія	7 952 600	2	159 052		XV
18.	Швеція	9 540 065	2-3	238 502		XI
	Загальна кількість	721 347 413	$\Sigma_{сер.}$=2,8	20 235 000		

За даними Української асоціації псоріазу

Рис. 8 Поширеність псоріазу в країнах світу

Однією з ефективних складових у розробці рекомендацій з удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на соціально значущі захворювання є впровадження елементів соціального маркетингу [11]. До хвороб, які можна віднести до соціально-значущих, відносяться гастроентерологічні захворювання, серед яких одне з провідних місць займає гастроезофагеальна рефлексна

хвороба (ГРХ). Науковцями кафедри СФ проаналізовано асортимент ЛЗ для лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби в Україні станом на 2012 р.

За результатами аналізу встановлено, що ЛЗ досліджуваної групи представлені 85 торговими марками та 48 фірмами-виробниками з 21 країни світу. Аналіз пропозицій препаратів на вітчизняному ринку свідчить про переважну кількість зарубіжних виробників, питома вага пропозицій яких складає – 86,3 %, у порівнянні з 13,7 % пропозицій вітчизняних виробників у загальній кількості препаратів на ринку України.

На наступному етапі дослідження нами було проведено оцінку рівня попиту на ЛЗ досліджуваного асортименту за допомогою «середньозважених» бальних оцінок з урахуванням компетентності експертів. Встановлено, що жоден препарат не отримав самого високо балу експертів. Препарати стабільного попиту становлять 37 %, препарати з низьким попитом – 19 % та 6 % - препарати, що взагалі не користуються попитом.

Також відповідно до завдань дослідження, нами було визначено джерела інформації фахівців про нові ЛЗ досліджуваного асортименту. Так, за результатами дослідження встановлено, що 78,2 % опитаних володіють достатньою інформацією про ЛЗ досліджуваної групи.

Як свідчать результати дослідження, абсолютна більшість експертів (89,1 %) отримує інформацію про нові ЛЗ від медичних (фармацевтичних) представників фармацевтичних компаній, 62,8 % експертів знаходять інформацію в фахових журналах та, а 57,2 % у результаті участі у науково-практичних конференціях.

На підставі інформації інформаційно-аналітичних компаній за 2012 р., нами проведено оцінку конкурентоспроможності гастроентерологічних лікарських засобів групи інгібіторів протонної помпи та здійснено короткострокове прогнозування обсягів продажів гастроентерологічних ЛЗ з використанням математичного методу змінних сум на прикладі вказаної групи препаратів, враховуючи їх найбільший попит у цільової аудиторії.

Отримані результати досліджень, на нашу думку, доцільно використовувати з метою розробки комплексного підходу з визначення показників потреби у фармацевтичній допомозі в системі державних закупівель та реімбурсації вартості ЛЗ.

За умов постійного дефіциту бюджетного фінансування, питання забезпечення доступності медичної й фармацевтичної допомоги населення є невід'ємним у співпраці науковців, представників практичної фармації з державними органами влади, населення та соціально-відповідального бізнесу (СВБ).

Дослідження проблем становлення та розвитку СВБ в Україні та за кордоном є одним з перспективних напрямків наукової роботи кафедри СФ.

На сьогодні у даному напрямку кафедрою СФ проведено оцінку веб-сайтів фармацевтичних компаній України стосовно рівня розкриття інформації з корпоративної соціальної відповідальності за методологією Індексу прозорості й встановлено, що лідером є Корпорація "Артеріум", сайт якої найбільше відповідає вимогам оцінювання (рис. 9).

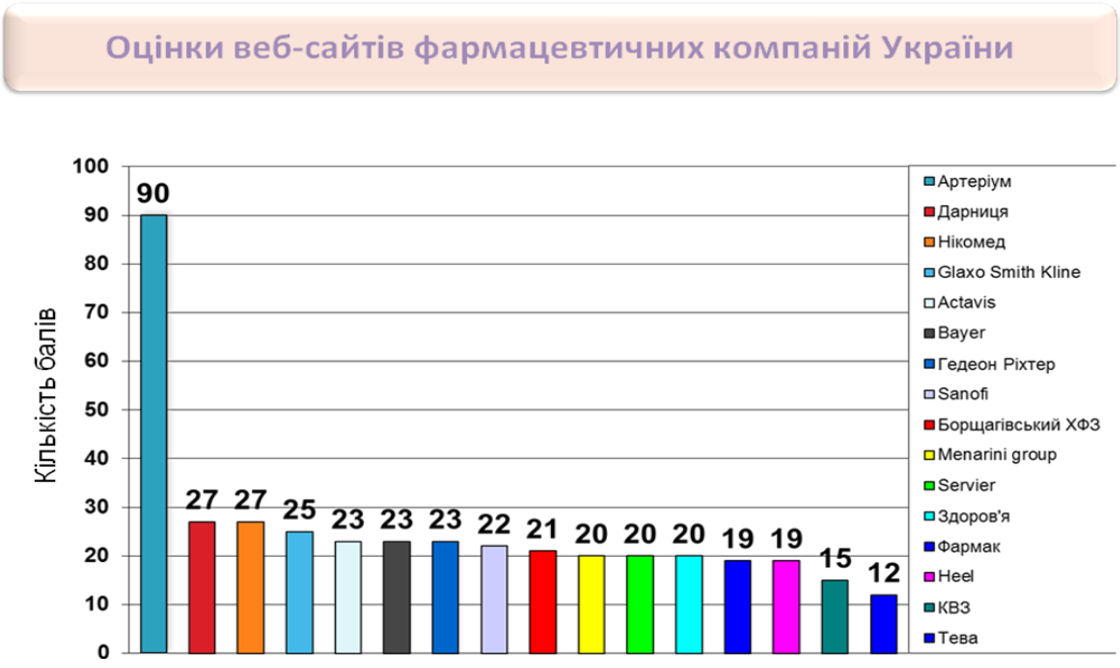


Рис. 9 Результати оцінки веб-сайтів фармацевтичних компаній України

Нами проаналізовано сучасний стан соціальної відповідальності аптечних закладів на прикладі 7 аптек Донецької області, як регіону який має високу бізнес-активність, та визначено, що досліджувані підприємства мають значний

показник соціальної відповідальності, що відповідає викликам сьогодення, враховуючи значне суспільне навантаження на аптеку як роздрібну ланку у системі фармацевтичного забезпечення населення країни.

Узагальнюючи вищенаведені результати наукових досліджень кафедри СФ НФаУ вважаємо, що впровадження комплексного підходу до розв'язання питань удосконалення фармацевтичного забезпечення соціально-незахищених верств населення, у т.ч. хворих на важкі та хронічні захворювання, за сучасних умов розвитку держави й фармацевтичного сектору галузі ОЗ є вкрай необхідним для вирішення питань створення ефективної системи соціального захисту у суспільстві, яка ґрунтується на інтеграційних процесах соціальної фармації та потребах кожної людини, держави й суспільства в цілому.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Андрашко Ю. В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе / Ю. В. Андрашко, Б. В. Литвиненко // Український журнал дерматології, венерології та косметології. – 2009. – № 1. – С. 16-19.
2. Белоусова Т. А. Наружные глюкокортикостероидные препараты: критерии выбора с позиции эффективности и безопасности / Т. А. Белоусова, М. В. Горячкина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 6. – С. 93-100.
3. Воробьев П. Формулярная система в России – вчера, сегодня, завтра / П. Воробьев, М. Сура, М. Авксентьева // Ремедиум. –2005. – № 10. – С. 47.
4. Гайдучок І. Г. Псоріатична хвороба (лускатий лишай) як повільна інфекція. Погляди на етіологію, патогенез та лікування псоріатичної хвороби: гіпотези, факти, рекомендації та їх інтерпретація / І. Г. Гайдучок. – Л. : Вид-во Мс, 2007. – 256 с.
5. Генетические аспекты псориаза / Н. Л. Каганова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 4. – С. 20-26.
6. Гудзенко О.П. Організаційні особливості лікарського забезпечення пільгових категорій населення в умовах ринку / О.П. Гудзенко, В.М. Толочко // Вісник фармації. – 2002. – № 3. – С. 58–61.

7. Державний формуляр лікарських засобів – новий етап раціонального застосування ліків в Україні / Т. М. Думенко, А. М. Морозов, В. Д. Парій [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 184–185.
8. Заліська О. М. Фармакоекономіка: термінологія, методи і законодавчі вимоги до фармакоекономічного аналізу у провідних країнах світу / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, І. Г. Мудрак // Рациональная фармакотерапия. – 2008. – № 1.– С. 40–43.
9. Котвіцька А.А. Науково-практичні підходи до створення локального формуляру лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах стаціонарного типу / А.А. Котвіцька, О.І. Красуля, І.В. Кубарєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. - №6. – С. 70 – 75.
10. Красуля О. І. Опрацювання науково-методичних підходів до створення локального формуляру лікарських засобів / О. І. Красуля, А. А. Котвіцька, І.В. Кубарєва // Практичні аспекти впровадження оцінки технологій охорони здоров'я в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 05-06 березня 2013 г. – С. 219-220.
11. Мнушко З.Н., Пестун И.В. Ценовая политика фармацевтических фирм. // Фармацевтический маркетинг. - 2005. - №5. -с.12
12. Наказ МОЗ України від 13.09.2010 № 769 "Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки " – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1006-10.
13. Національна формулярна система як етап медичної стандартизації в період реформування системи охорони здоров'я України / М. Л. Сятиня, А. Б. Зіменковський, В. Я. Сятиня // Ліки України. – 2003. – № 11. – С. 83–85.
14. Немченко А.С. Методологічні підходи щодо удосконалення лікарського забезпечення пільгових груп та категорій населення в Україні / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармаком. – 2006. – № 4. – С. 9–102.
15. Немченко А.С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно міжнародних норм та стандартів / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал – 2007. – № 5. – С. 11–19.

16. Немченко А. С. Методологічне обґрунтування сучасних принципів реімбурсації та ціноутворення на лікарські засоби / А. С. Немченко, І. В. Кубарєва, А. А. Котвіцька // Фармац. журн. – 2007. – № 3. – С. 3 – 9.
17. Немченко А. С. Методологічні принципи розробки соціально-економічних регулюючих переліків лікарських засобів та виробів медичного призначення: метод. рек. / А. С. Немченко, І. В. Кубарєва. – Х., 2008. – 28 с.
18. Немченко А. С. Фармакоэкономика как важнейший инструмент формирования национальной лекарственной политики / А. С. Немченко, А. Л. Панфилова // Провизор. – 2003. – № 22. – С. 3–5.
19. Опрацювання локального формуляру лікарських засобів на прикладі окремого лікувально-профілактичного закладу стаціонарного типу: проблеми та можливі шляхи їх вирішення / Ю.С. Настюха, А.Б. Зіменковський, О.О. Фільц // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – №34 стр. – 91-98.
20. Положення про локальний формуляр лікарських засобів закладу охорони здоров'я. /Наказ МОЗ N 529 від 22.07.2009 р. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1006-09.
21. Пономаренко В. М. Формулярна система України: концептуальні підходи розробки та впровадження: метод. рекомендації / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський, О. Ю. Грем. – К., 2005. – 31 с.
22. Постанова КМУ від 5 вересня 1996 р. № 1071 – [Електронний ресурс] – Режим доступу:http://www.apteka.ua/article/64839.
23. Шумаков В.О. .Медикаментозне та хірургічне лікування гострого коронарного синдрому/ В.О. Шумаков // Практична ангіологія – 2008 - № 2 (13) - С.24-28.
24. Яковлєва Л.В. Формулярная система – прогрессивный поход в организации медицинской помощи / Л.В. Яковлєва // Вісник фармакології та фармації. – 2007. – № 7.– С. 19–23.
25. Weitz J.I. Low-molecular-weight heparins/ J.I. Weitz // N Engl J Med. - № 337. - 2007. – P. 688-698
26. Fragmin during Instability in Coronary Artery Disease (FRISC) Study Group Low-molecular-weight heparin during instability in coronary artery disease// Lancet. - № 347. - 2006. - P.561-568
27. Low molecular weight heparin in acute coronary syndrome: evidence for superior or equivalent efficacy compared with unfractionated heparin. [електронний

ресурс] / Sanjay Kaul, Prediman K Shah - Режим доступу: http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1126499.

28. Warkentin T.E. Heparin-induced thrombocytopenia in patients treated with low-molecular-weight heparin or unfractionated heparin/ Warkentin T.E, Levine M.N, Hirsh J et al.// N Engl J Med. - № 332. - 2005. – P. 1330 - 1335.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А.А. Котвицкая, И.В. Кубарева, А.А. Суриков, О.И. Красуля, Е.С. Коробова, В.В. Карло, А.В. Волкова, А.В. Черкашина

Национальный фармацевтический університет

Резюме. В статье определены образовательные и научно-практические аспекты первой в Украине кафедры социальной фармации (СФ) Национального фармацевтического университета (НФаУ). Представлены учебные дисциплины, которые преподаются на кафедре, контингент студентов кафедры СФ. Приведены основные научные направления исследований и результаты научных исследований кафедры СФ НФаУ за период 2011-2012 гг. Результаты представлены в соответствии с определенными объектами и предметом исследований, а именно: усовершенствование фармацевтического обеспечения больных на социально-значимые заболевания, такие как псориаз, инфаркт сердца и мозга, гастроэнтерологические и офтальмологические заболевания, болезни органов дыхания, а также усовершенствования фармацевтического обеспечения льготных категорий населения, в первую очередь, детей до 3-х лет, лиц пожилого и старческого возраста, и др.

Доказана необходимость внедрения комплексного подхода к решению вопросов совершенствования фармацевтического обеспечения социально-незащищенных слоев населения в современных условиях развития государства и фармацевтического сектора отрасли ЗО, основанная на интеграционных процессах социальной фармации и потребностях каждого человека, государства и общества в целом.

Ключевые слова: Национальный фармацевтический университет, социальная фармация, фармацевтическое обеспечение, социальная направленность, социально-значимые заболевания, льготные категории населения.

SCIENTIFIC PRACTICAL ACTIVITIES OF THE DEPARTMENT OF SOCIAL PHARMACY OF NATIONAL UNIVERSITY OF PHARMACY

A.A. Kotvitska, I.V. Kubarieva, A.A. Surikov, O.I. Krasulya, E.S. Korobova, V.V. Karlo, A.V. Volkova, A.V. Cherkashina

National University of Pharmacy

Summary. The article defines the educational and scientific practical aspects of Ukraine's first Department of Social Pharmacy (SPh) of the National University of Pharmacy (NUPh). Subjects, that are taught at the department, and the contingent of students are presented. The basic directions of scientific research and the results of research for the period 2011-2012 years are given. Results are presented in accordance with certain objects of the research, namely the improvement of pharmaceutical patients with socially significant diseases such as psoriasis, myocardial heart and brain, gastrointestinal and ophthalmic diseases, respiratory diseases, as well as improvement of pharmaceutical privileged population, primarily children under 3 years old, elderly and senile, and others.

The necessity of implementing a comprehensive approach to tackling the improvement of social pharmaceutical vulnerable in the current conditions of the state and the pharmaceutical sector in the field of health care, based on the integration processes of social pharmacy and needs of each individual, state and society in general was proved.

Key words: National University of Pharmacy, social pharmacy, pharmaceutical providing, social orientation, socially significant diseases, preferential groups of the population.

УДК:615.1:378.115:378.4

ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО СПРЯМУВАННЯ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ КРАЇН СВІТУ

Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Лобова І.О., Суріков О.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Резюме У статті досліджено закордонний досвід 16 країн світу з викладання 84 навчальних дисциплін організаційно-економічного спрямування за спеціальністю «Фармація» у 31 медичному та фармацевтичному вищому навчальному закладі. Проведено порівняльний аналіз викладання навчальних дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування в країнах світу та в Україні. Визначено обсяг дисциплін соціального спрямування у навчальних планах закордонних вищих навчальних закладів й основні тенденції у світовому освітянському просторі до підготовки провізорів.

Ключові слова: *міжнародний досвід, організаційно-економічні дисципліни, дисципліни соціального спрямування, фармацевтична освіта, навчальні плани.*

Вступ

Практична фармація і, відповідно, фармацевтична освіта останнім часом істотно змінилася у відповідь на різкі зміни економічного, політичного і соціального середовища. У зв’язку з цим, роль фармацевта щодо раціонального використання ліків розширилася. Враховуючи зміни, що відбуваються, достатньо гостро постає проблема підготовленості фармацевта до взаємовідносин з пацієнтом, враховуючи його поведінку та психологію [7].

Сьогодні у світовій практиці послуги фармацевтів і їх участь в медичній допомозі, орієнтованої на пацієнта, пов’язують з поліпшенням медичних і економічних результатів, із зменшенням випадків побічних ефектів лікарських засобів, поліпшенням якості життя і зниженням захворюваності та смертності, що в свою чергу є результатом поступового розширення традиційних ролей кожного з учасників процесу фармакотерапії [5,8]. Однак, потенціал

фармацевтів у впливі на досягнення охорони здоров'я та суспільства в Україні залишається більшою мірою нереалізованим.

У багатьох країнах світу відбулися значні зміни у відносинах між системами охорони здоров'я та фармацевтичною професією. Роль фармацевта мала свій розвиток від посередника і постачальника фармацевтичної продукції до ролі постачальника послуг і інформації, а в подальшому до фахівця, що забезпечує допомогу пацієнту. У зв'язку з тенденціями, що мали місце на світовому фармацевтичному ринку, виникла гостра необхідність перегляду навчальних програм підготовки фармацевтів. Відповідно до змін, які відбувалися як в освітньому, так і практичному фармацевтичному просторі, у 1999 р. Європейська асоціація факультетів фармації запропонувала зміни в програмі фармацевтичного навчання - від лабораторно-орієнтованих у бік практичних, соціальних, адміністративних і клінічних наук [3, 6].

Однак, навчальні плани підготовки фахівців фармації в країнах, що розвиваються, й зокрема в Україні, тривалий час ігнорувалися багатьма освітніми закладами, що призвело до недооцінки статусу фармацевта в секторі охорони здоров'я. У традиційній фармацевтичній освіті навчальні плани були більш орієнтовані на технічні аспекти фармації, а не на професійну практику [2].

Метою нашого дослідження стало вивчення міжнародного досвіду викладання навчальних дисциплін організаційно-економічної та, зокрема, соціальної спрямованості для подальшого вдосконалення якості вітчизняного навчального процесу шляхом запровадження сучасних стандартів навчання.

Результати та їх обговорення

Нами було опрацьовано закордонний досвід 16 країн світу з викладання 84 навчальних дисциплін організаційно-економічного спрямування за спеціальністю «Фармація» у 31 медичному та фармацевтичному вищому навчальному закладі (ВНЗ), зокрема Австралії, Австрії, Чехії, Польщі, Іспанії, Італії, Росії, Великобританії, Болгарії, США, Португалії, Фінляндії, Ірландії, Данії, Узбекистану та Канади.

Першим етапом дослідження стало вивчення послідовності викладання дисциплін організаційно-економічного спрямування в іноземних ВНЗ та в Національному фармацевтичному університеті (НФаУ) (табл. 1).

Таблиця 1

Послідовність викладання навчальних дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування

№ з/п	ВНЗ	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	Загальна кількість років навчання
1	Медичний Університет, Болгарія	+		+	+	+	4
2	Санкт-Петербурзька державна хіміко-фармацевтична академія федеральної агенції з охорони здоров'я та соціального розвитку	+		+	+	+	4
3	Віденський Університет, Австрія				+	+	2
4	Інсбрукський Університет, Австрія	+			+		2
5	ГенуйськийУніверситет, Італія				+	+	2
6	Неаполітанський Університет імені Фрідріха, Італія				+	+	2
7	Міланський Університет, Італія					+	1
8	Римський Університет Ла Сапієнца, Італія				+	+	2
9	Болонський Університет, Італія			+	+	+	3
10	Університет Астона, Великобританія				+	+	2
11	Університет Манчестера, Великобританія	+	+	+	+		4
12	Університет Рідінга, Великобританія	+	+		+		3
13	Університет Роберта Гордона, Великобританія	+		+	+		3
14	Копенгагенський Університет, Данія	+	+	+	+		4
15	Хельсинський Університет, Фінляндія			+			1
16	Монреальський Університет, Канада	+	+	+	+	+	5
17	Манітобський Університет, Канада			+			1
18	Університет Лаваля, Канада	+			+		2
19	Университет Beira Interior, Канада	+	+	+			3
20	Барселонський Університет, Іспанія	+		+	+	+	4
21	Університету Країни Басків, Іспанія	+		+			2
22	Університет Алькала-де-Енарес, Іспанія	+			+	+	3
23	Університет Сантьяго-де-Компостела, Іспанія	+				+	2
24	Гранадський Університет, Іспанія	+	+			+	3
25	Брновський Університет Ветеринарних та Фармацевтичних Наук, Чехія		+			+	2
26	Карлов Університет, Чехія	+	+	+	+	+	5
27	Університет Джеймса Кука, Австралія	+		+	+	+	4
28	Квінслендський Університет, Австралія	+			+		2
29	Познанський університет медичних наук, Польща	+	+	+	+		4
30	Гданський медичний університет, Польща			+	+	+	3
31	Вроцлавський Медичний університет, Польща	+			+	+	3
	Національний Фармацевтичний Університет	+		+	+	+	4

Як свідчить міжнародний досвід, в цілому, послідовність викладання дисциплін організаційно-економічного спрямування у НФаУ відповідає світовій практиці.

Проведені дослідження показали, що лише у двох ВНЗ з 31, організаційно-економічні дисципліни викладаються на кожному році навчання. Звертає на себе увагу протилежний підхід до викладання, що склався у трьох ВНЗ, де зазначені дисципліни вивчаються тільки під час одного з п’яти років підготовки магістрів фармації.

У 11 ВНЗ дисципліни організаційно-економічного спрямування викладаються протягом двох років і в 8 ВНЗ - впродовж трьох років. У переважній більшості ВНЗ (19) дані дисципліни вивчаються в останній рік навчального плану.

Таким чином, можна стверджувати, що в більшості ВНЗ протягом всього навчання підтримується викладання дисциплін організаційно-економічного спрямування, що свідчить про їх важливість і практичну значущість у сучасному суспільстві та в освіті фармацевтичного фахівця. Вивчення організаційно-економічних дисциплін та дисциплін соціального спрямування на останніх роках навчання забезпечує, на нашу думку, повне й адекватне їх сприйняття студентами, які вже мають розуміння своєї професії, ролі в суспільстві й забезпечують неперервність й цілісність набуття знань й навичок своєї майбутньої професії.

У зв’язку з тим, що в останні роки в розвинених країнах світу відбулась переорієнтація фармацевтичного сектору на пацієнта, роль та функції фармацевта зазнали кардинальних змін, що в свою чергу призвело до зміни напрямку підготовки фахівців, який набув суттєвого соціального спрямування.

Таким чином, наступним етапом дослідження стало дослідження обсягу дисциплін соціального спрямування у навчальних планах закордонних ВНЗ (рис. 1).

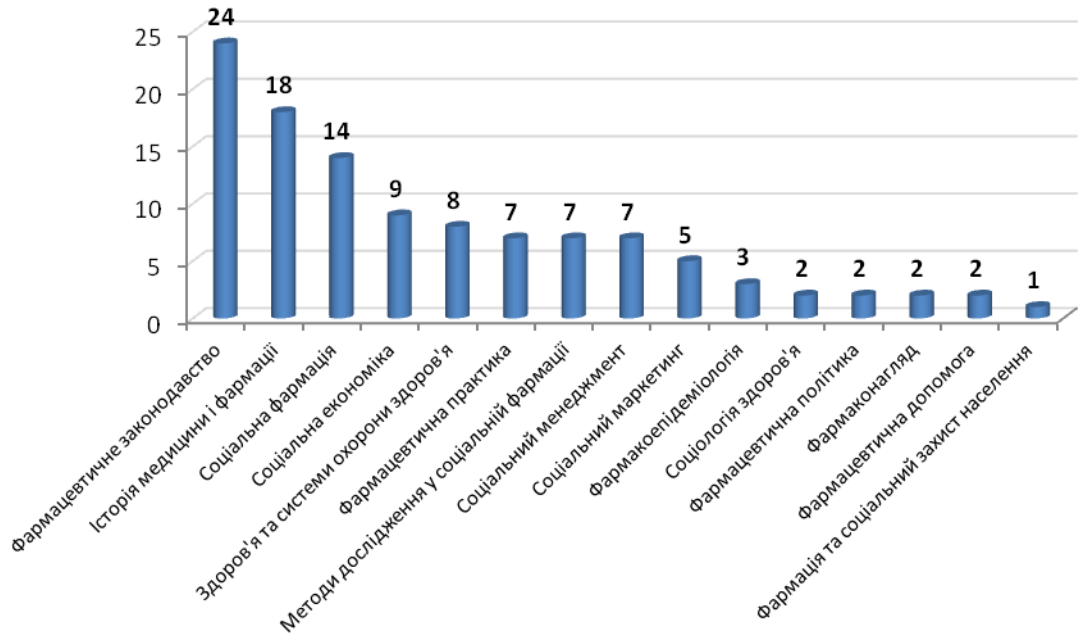


Рис.1. Рейтинг соціальних дисциплін за навчальними планами іноземних ВНЗ

Так, найбільш часто у навчальних планах закордонних ВНЗ зустрічається дисципліна «Фармацевтичне законодавство», яка, як правило, викладається на 3-4 курсах навчання у 24 з 31 досліджуваного ВНЗ, що складає 77 %. Відповідно до змісту навчальної програми, вказана дисципліна викладається з метою підготовки майбутніх фахівців до відповідальних керівних посад в аптечних закладах, у наукових, промислових або громадських організаціях. Під час вивчення дисципліни, студенти отримують необхідні системні знання з правових норм, що регулюють фармацевтичну діяльність, а також знання з основ фармацевтичної етики.

Навчальна дисципліна «Історія медицини і фармації», яка поєднує соціальні, поведінкові, історичні та етичні аспекти фармації, вивчається в перший рік навчального плану у 18 ВНЗ (або у 58 % досліджуваних ВНЗ).

Дисципліна «Соціальна фармація», до змісту якої включено вивчення демографічних, етичних, статевих, соціально-економічних, епідеміологічних характеристик, які мають прямий і непрямий вплив на соціальну структуру країни та світу, що дозволяє аналізувати, прогнозувати, та моделювати сценарії розвитку системи охорони здоров’я, визначати вектори впливу держави на

найбільш складні ланки цієї системи, показники потреби лікарських засобів на перспективу, ефективність фармацевтичної допомоги та розподілу ресурсів у галузі, є у навчальних планах майже 45 % ВНЗ. Достатньо цікавим є те, що в навчальних планах 23 % досліджуваних ВНЗ самостійною навчальною дисципліною представлено «Методи дослідження у соціальній фармації», що свідчить про особливості методології проведення наукових досліджень соціального спрямування та їх практичну значущість у сучасному суспільстві.

«Соціальна економіка», як дисципліна, яка поєднує вивчення національної політики у фармації та стратегічного менеджменту, зустрічається у 23 % ВНЗ.

Стосовно дисциплін «Соціальний менеджмент» та «Соціальний маркетинг», встановлено, що вони викладаються у досліджуваних ВНЗ переважно в останні 2 роки навчальної програми з акцентом на соціальну складову та формування ефективного бізнесу, у 23 % та 16 % досліджуваних ВНЗ відповідно.

Дисципліна «Здоров'я та системи охорони здоров'я», до змісту якої включено вивчення демографічних, соціально-економічних, статевих характеристик населення, а також впливу поведінки, емоційного стану, способу життя людини на його здоров'я, викладається у 26 % ВНЗ.

«Фармакоепідеміологія», як дисципліна яка надає змогу майбутнім фахівцям аналізувати, прогнозувати епідеміологічні характеристики населення країн світу та України, викладається в середині навчальної програми у 10 % ВНЗ, що досліджувалися.

На всіх роках навчальної програми у 23 % ВНЗ студенти мають фармацевтичну практику, яка на різних рівнях надає студентам можливість пізнати та розуміти свою майбутню професію.

Необхідно зазначити, що особливу цікавість викликають дисципліни соціального спрямування, що викладаються за кордоном та відсутні в навчальному плані Національного фармацевтичного університету. Вважаємо, що дисципліни, які відсутні, можуть бути запроваджені до наших навчальних планів з метою формування професійно-важливих навичок щодо орієнтації

діяльності фармацевтів на виконання соціальної функції та надання якісної фармацевтичної допомоги. До таких належать: «Соціальна фармація», «Соціальні та професійні аспекти фармації», «Фармакоепідеміологія», «Методи дослідження у соціальній фармації», «Здоров'я та системи охорони здоров'я», «Фармація та соціальний захист населення», «Соціологія здоров'я».

На нашу думку, фармацевтичні працівники в сучасних умовах виступають надійним джерелом інформації та порад щодо раціонального використання лікарських засобів. Аналогічної думки дотримуються й експерти ВООЗ, які наполягають на залучені фармацевтів до роботи системи охорони здоров'я та усіх її складових на макро- та макрорівнях й відзначають, що зміна ролі фармацевтів у процесі фармакотерапії мають бути відображені в їх базовій та післядипломній освіті.

Також достатньо цікавим є те, що в багатьох навчальних планах у самостійну навчальну дисципліну виділено «Корпоративну соціальну відповідальність», яка дає розуміння майбутнім фахівцям загальних закономірностей взаємодії бізнесу та суспільства, основ їх використання в управлінні організаціями, формує базові знання з теорії та практики корпоративної соціальної відповідальності та у подальшому забезпечує формування соціально-відповідальної поведінки.

Необхідність введення такої дисципліни підтверджена сучасними тенденціями розвитку суспільства та держави, так Центром «Розвитку корпоративної соціальної відповідальності» з 2009 р. запроваджено проект, спрямований на включення мінімум 2 - 4 годин викладання цієї дисципліни у навчальні плани з менеджменту, економіки підприємства та ін. Підтримку ідеї запровадження дисципліни «Корпоративна соціальна відповідальність» у навчальні плани ВНЗ України визначили 72% опитаних під час проведення дослідження «ІСО 26000 – в регіони», яке було проведено у 2008 р. [4].

Наступним етапом нашого дослідження стало проведення порівняльного аналізу викладання навчальних дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування в НФаУ та за кордоном [1] (табл.2).

Таблиця 2

Результати порівняльного аналізу викладання навчальних дисциплін у НФаУ та за кордоном

№ з/п	Навчальна дисципліна НФаУ	К-ть годин	Країни світу, в яких викладаються	К-ть годин (у середньому)	Альтернативні назви дисциплін
1.	«Історія медицини і фармації»	54	Австрія, Італія, Чехія, Польща, Іспанія, Австралія, Росія та ін.	108 год. / 3 ECTS	«Вступ до фаху та історія фармації»; «Введення в фармацевтичні науки»; «Історія фармації та наукової методології»; «Історія фармації та фармацевтична спадщина»
2.	«Екстремальна медицина»	54	Польща	108 год. / 3 ECTS	«Надзвичайні стани та медицина катастроф»
3.	«Фармацевтичне законодавство»	72	Великобританія, Болгарія, Австрія, Чехія, Італія, Іспанія, Польща, Росія, Австралія та ін.	72-324 год. / 2-9 ECTS	«Фармацевтичне право та етика»; «Фармацевтичне законодавство та етика у системі охорони здоров'я»
4.	«Менеджмент та маркетинг у фармації»	342	Іспанія, Італія, США, Данія, Португалія, Польща, Фінляндія, Ірландія та ін.	72-342 год. / 2-9 ECTS	«Управління та планування у фармації»; «Технології управління»; «Фармацевтичний бізнес»; «Соціальний менеджмент»; «Економіка і маркетинг у фармації»; «Фармацевтичний менеджмент та маркетинг»
5.	«Соціальна економіка у фармації»	108	Австралія, Ірландія, США, Португалія, Болгарія, Данія, Фінляндія та ін.	216-360 год. / 6-10 ECTS	«Соціальна фармація»; «Соціальні та професійні аспекти фармації»; «Соціологія здоров'я»

За результатами порівняльного аналізу викладання навчальних дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування встановлено, що в цілому навчальні дисципліни, що викладаються в НФаУ, відповідають світовій практиці. Однак звертає на себе увагу відсутність у більшості опрацьованих

навчальних планів дрібних, маленьких за обсягом дисциплін. Тому вважаємо, що загальна кількість годин за однією дисципліною повинна бути не менше 72 годин (2 кредити), кількість практичних (семінарських) занять не менше 10 годин.

Висновки

- Доведено, що в умовах глобалізації, трансформації, інтеграції та реформування вітчизняної фармації та системи охорони здоров'я і зміни професійно-кваліфікаційних вимог до підготовки провізорів виникла об'єктивна необхідність введення в навчальні плани наступних дисциплін *«Соціальна фармація», «Фармакоепідеміологія», «Методи дослідження у соціальній фармації», «Здоров'я та системи охорони здоров'я», «Фармація та соціальний захист населення», «Соціологія здоров'я»*;
- З урахуванням змін у суспільстві ролі та функцій аптечного закладу та провізора, збільшення частки приватних аптек в Україні, а також з огляду на закономірності взаємодії бізнесу та суспільства, доцільним є здобуття фахівцями практичної фармації знань з теорії та практики корпоративної соціальної відповідальності бізнесу, яка може вивчатися на рівні магістратури у рамках дисципліни «Корпоративна соціальна відповідальність»;
- Як свідчить міжнародний досвід, окремі навчальні дисципліни НФаУ, такі як *«Фармацевтичне законодавство»* та *«Етика та деонтологія у фармації», «Історія медицини і фармації» та «Ознайомча практика з ОЕФ»* в закордонних ВНЗ об'єднані в одну навчальну дисципліну, що забезпечує системний підхід та полегшує процес засвоєння матеріалу студентами;
- Визначено, що в багатьох навчальних планах закордонних ВНЗ окремим розділом, або самостійною навчальною дисципліною представлено «*Методи дослідження у соціальній фармації»*, що свідчить про особливості методології проведення наукових досліджень

соціального спрямування та їх практичну значущість у сучасному суспільстві;

- Враховуючи підготовку у НФаУ фахівців за напрямом «Медицина», вважаємо за доцільне введення до навчального плану підготовки магістрів лабораторної діагностики, клінічних провізорів дисципліни *«Організація охорони здоров'я»,* яка викладається при підготовці кадрів з державного управління та лікарів, що дасть змогу майбутнім фахівцям розуміти місце та роль фармацевтичного забезпечення у наданні медичної допомоги та аналізувати стан, нові тенденції та перспективи розвитку системи охорони здоров'я та фармацевтичного сектору.

Література

1. Немченко А.С. Історичні аспекти розвитку організаційно-економічної освіти та науки / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька, І.В. Кубарєва, А.В. Волкова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. - № 3 (23). – С. 32-36.
2. Немченко А.С. Історичні аспекти та сучасні організаційно-економічні напрямки формування національної лікарської політики: термінологія, наука, освіта / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, В.М. Назаркіна, Г.Л. Панфілова, А.А. Котвіцька та ін. // Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики: матеріали II Всеукр. наук.-практ. internet конф., 14 березня 2012 р., Харків. – Х.: Вид-во НФаУ, 2012. – Т. 2. – С. 3-22.
3. Парновський Б.Л. Развитие и специализация фармацевтической науки на примере организации и экономики фармации / Б.Л. Парновський, О.Н. Залиская // Провизор. – 2005. - № 1. – С. 8-10.
4. Саприкіна М. Соціальна відповідальність в Україні: погляд різних стейкхолдерів. Регіональний аспект. - Центр «Розвиток корпоративної

соціальної відповідальності», 2008. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.csr-ukraine.org/pro_proekt.html

5. Alexandria V.A. Educational outcomes. - American Association of Colleges of Pharmacy, 2004.
6. Edmunds J., Calnan M. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and general practitioners in the United Kingdom // Social Science and Medicine. – 2001. - № 53. – P. 943–955.
7. Langley C.A., Wilson K.A., Jesson J.K., Clarke L., Hatfield K. Multidisciplinary learning in the MPharm degree. // International Journal of Pharmacy Practice. – 2005. - № 13. – P. 22.
8. Van Mil J.W., Schulz M., Tromp T.F. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. // Pharm World Sci. – Dec. 2004. - № 26 (6). – P. 303–11.

HEALTH SERVICE RESEARCH IN SOCIAL PHARMACY FOCUSED ON EFFICIENCY AND OTHER OUTCOMES OF ORGANIZATIONS PROVIDING PHARMACEUTICAL CARE

Malovecká, I . – Foltán, V. – Mináriková, D.

Faculty of Pharmacy, Comenius University Bratislava, Slovak Republic

РЕЗЮМЕ

Соціальна фармація досліджує питання, пов'язані з фармацевтичною дыяльністю, включаючи й її фінансову сторону, при цьому використовує велику кількість дисциплін, та передусім, економіку – для вивчення всіх аспектів фармацевтичної практики. Наша стаття спрямована на теоретичне пояснення фінансового аналізу, яка повинна проводитися в кожній організації. У статті розглянуті питання щодо надання фармацевтичної допомоги та аналізу фінансових показників, яких необхідно дотримуватися, щоб уникнути критичних ситуацій. Оцінка організацій здійснюється за допомогою моніторингу показників фінансової діяльності, що представляє собою сучасний економічний досвід в організації надання фармацевтичної допомоги. Результати фінансового аналізу заборгованості, ефективності, рентабельності, показники ліквідності порівнюються з рекомендованими значеннями і надають пропозиції щодо підвищення ефективності організації та її розвитку. В результаті такого підходу до оцінки діяльності, це сприяє фінансовому розвитку організації та затребуваності даних послуг у майбутньому.

Keywords: *social pharmacy research – organization providing pharmaceutical care – financial analysis – balance sheet, profit and loss statement – debt ratios, liquidity ratios – efficiency ratios, profitability ratios.*

INTRODUCTION

Pharmacy’s core knowledge base is traditionally formed by chemistry, biochemistry, physics and physiology. Knowledge of medications and their effects is the basis of the pharmacists’ professional expertise. Practising pharmacy is carried

out among human beings, the persons referred to as customers or patients or users. They are connected with one another in families, organizations and health systems in countries and cultures around the world [1].

When trying to explain, understand or change pharmacy practice, the natural sciences simply do not provide adequate tools or perspectives. They need to be supplemented with knowledge from the disciplines that deal with people and systems, i.e., the humanistic, social sciences and with economics disciplines. And this is where Social Pharmacy comes into the picture. Social Pharmacy studies the medicine sector from the social scientific, humanistic and economics perspectives. Topics relevant to Social Pharmacy consist of all the social and economic factors that influence medicine use.

The primary pursuit of Social Pharmacy research is to investigate questions and themes concerning pharmacy practice. It is a hybrid field that uses theories and methods from numerous humanistic, social and economics scientific disciplines in order to explore all aspects of pharmacy practice. Social Pharmacy leans more heavily on psychology, social psychology, sociology, political science and economics, especially as these relate to issues in public health and social politics.

Social Pharmacy or Pharmacy Practice Research is linked to the broad field known as health services research. This linkage emphasises that this is an applied field of research concerning distribution and availability of services, demand of services, organisation and process of service delivery, effectiveness and outcomes of services, improving quality of services and quality assurance, evaluations of policy and practise experiments and innovations, interface between pharmaceutical and other health services payment and remuneration for services and pharmaceuticals.

Doing pharmacy practice research on mention health services we must always think on the finances which are related to every process of providing health care services. [2] Finances are associated with every provider of pharmaceutical care services whose aim is to be prosperous and efficient. That depends on the managers who set up financial strategy and the method of money utilization. Every organization operates different and the level of revenues and costs differ either. The better the corporate finances are managed, the lower are costs of running a business, the more

money are left to provide patients with wider range of pharmaceutical care services, for even more people. At the same time it generates appropriate profit for further development of pharmaceutical care services and also the profit of the owner. This is a very complicated process in which managers must observe many financial parameters and information from the financial statements, calculate from them financial ratios and track their development. They must be aware when the evolution of financial ratios is incorrect and be prepared to make informed decisions armed with facts, not intuition to correct them [3, 4].

To better understand financial analysis we must become familiar with financial parameters by understanding organizational system that company figures. There are two basic financial relevant statements. Profit and loss statement reports on financial parameters such as business's income, expenses, and profits over a period of time and balance sheet reports on other financial parameters such as assets, liabilities and net equity of a business at a given point in time. They help the organization to provide a summary of all the relevant financial information about pharmaceutical care business.

Profit and Loss Statement is a summary of the financial performance of an organization business over time (monthly, quarterly or annually). It reflects the past performance of the organization´s business and is the report most often used by organization providing pharmaceutical care to track how it´s business is performing. Each component of the Profit and Loss statement influences the determination of net profit, and is used in the two basic equations 1. Gross profit = sales – cost of goods sold and 2. Net profit = gross profit – expenses. The main components of a profit and loss statement are revenue, cost of goods sold, gross profit, expenses and net profit [5].

Gross profit is the difference between sales and the cost of purchasing products or services before subtracting operating expenses such as wages, rent, accounting fees, or electricity. Gross profit reflects how efficiently labour and materials are used to produce goods or services. The gross profit margin is one indicator of the financial health of an organization. Larger gross profit margins are better. The higher the percentage, the more the business retains of each euro of sales for other expenses and net profit. Gross profit is used to calculate the gross profit margin ratio.

Net profit (net income) is calculated by subtracting expenses from the gross profit, showing what the organization´s business has earned (or lost) in a given period of time (usually monthly, quarterly, or annually) after both the cost of goods sold and operating expenses have been taken into account.

The Balance Sheet provides a good picture of the financial health of the organization business and is a tool used to evaluate organization´s business liquidity. The balance sheet is a statement of what an organization owns (assets) and owes (liabilities), and the value of the owner's equity (or net worth of the business) at a specific point in time.

The next stage is to analyse figures in order to gain a better understanding of the organization business. To avoid the shortfalls it is essential to convert financial data to ratios or percentages. A ratio by itself means little unless it is benchmarked, so it needs to be compared to some expected or required outcome. Financial analysis will help identify problems, implement the necessary corrective actions and improve the organization operations. To calculate the ratios there will be a need for information from annual profit and loss statements[6].

Profitability ratios measure the ability of the organization´s business to make a profit. An increase in the ratios is viewed as a positive trend. The profitability ratios for analysing the profit and loss statement are gross profit margin ratio and net profit margin ratio.

Gross profit margin ratio expresses the gross profit as a proportion of sales. The gross profit margin ratio is used as one indicator of a business's financial health. It shows how efficiently a business is using its materials and labour, in the production process and gives an indication of the pricing, cost structure, and production efficiency of the business. The higher the gross profit margin ratio the better. The gross profit margin is simply the gross profit margin ratio expressed as a percentage. Larger gross profit margins are better for businesses. The higher the percentage, the more the business retains of each euro of sales, which means more money is left over for other operating expenses and net profit. A low gross profit margin ratio means that the organization generates a low level of revenue to pay for operating expenses

and net profit. It indicates that either the business is failing in control of the inventory or that prices are set too low.

The process of calculating the price of drugs, medical devices, dietary food and special medical supplies in Slovakia is based on the officially fixed price, for which is applied the algorithm of the calculation. We have 11 price ranges differing by absolute value and the decline applied algorithm of calculation. Examples of the price calculation of drugs and dietary supplements are listed in Table 1.

Table 1

The price calculation of drugs and dietary supplements in Slovakia

Range	Basis for a maximum price of business performance	Maximum price in euros and percentages			
		for the holder of the wholesal distribution of medicines and dietary foods supplier		for the holder of the provision of pharmaceutical care in a community pharmacy	
1.range	0,00 to 2,66 including	0,00 euro	14,10 %	0,00 euro	32,90 %
2.range	2,67 to 5,31 including	0,37 euro	+ 11,10 % base exceeding 2,66 euro	0,87 euro	+ 25,90 % base exceeding 2,66 euro
3.range	5,32 to 7,97 including	0,67 euro	+ 8,10 % base exceeding 5,31 euro	1,56 euro	+ 18,90 % base exceeding 5,31 euro
4.range	7,98 to 13,28 including	0,88 euro	+ 5,10 % base exceeding 7,97 euro	2,06 euro	+ 11,90 % base exceeding 7,97 euro
5.range	13,29 to 23,24 including	1,16 euro	+ 3,30 % base exceeding 13,28 euro	2,70 euro	+ 7,70 % base exceeding 13,28 euro
6.range	23,25 to 39,83 including	1,48 euro	+ 2,70 % base exceeding 23,24 euro	3,46 euro	+ 6,30 % base exceeding 23,24 euro
7.range	39,84 to 73,03 including	1,93 euro	+ 2,40 % base exceeding 39,83 euro	4,51 euro	+ 5,60 % base exceeding 39,83 euro
8.range	73,04 to 165,97 including	2,73 euro	+ 2,25 % base exceeding 73,03 euro	6,37 euro	+ 5,25 % base exceeding 3,03 euro
9.range	165,98 to 331,94 including	4,82 euro	+ 2,10 % base exceeding 165,97 euro	11,25 euro	+ 4,90 % base exceeding 65,97 euro
10.range	331,95 to 663,88 including	8,31 euro	+ 1,95 % base exceeding 331,94 euro	19,38 euro	+ 4,55 % base exceeding 31,94 euro
11.range	Over 663,88	14,78 euro	+ 1,80 % base exceeding 663,88 euro	34,48 euro	+ 4,20 % base exceeding 663,88 euro

Net profit margin ratio is the net profit as a proportion of sales. The net profit margin ratio shows the proportion of every euro of sales that is left after all expenses has been paid and remains as net profit. The higher the net profit margin ratio the better. The net profit margin is simply the net profit margin ratio expressed as a percentage. A high net profit margin ratio demonstrates how effective a business is

at converting sales into profit. A low net profit margin ratio may mean that the organization is not generating enough sales, the gross profit margin is too low, or that organization is not keeping operating expenses under control to leave an acceptable profit. [7]

To set other ratios, information is needed both from the annual balance sheet and the profit and loss statement to calculate the debt ratios, liquidity ratios, efficiency ratios.

Debt ratios measure the ability of the business to repay long term debt. That is debt to equity ratio which indicates vulnerability of the business to risk and is often used by creditors to determine the ability of the business to repay loans. It gives a comparison of how much of the business was financed by owner's equity and how much was financed through debt or liabilities. The higher the ratio, the more the business relies on debt to finance its operations and the greater the risk to external lenders. A ratio of less than 1:1 means that debt is less than owners' equity, the business is positively geared, the external lenders are bearing less risk than the owners and the owner has a stronger financial interest in the business than external lenders. A ratio of more than 1:1 means that debt is higher than the owners' equity, the business is negatively geared, the external lenders are bearing more risk than the owners, and external lenders have a stronger financial interest in the business than the owner. Generally, a debt to equity ratio in the range of 1:1 to 4:1 is acceptable but will depend on individual business and industry circumstances. [8]

Liquidity ratios measure the capacity of the business to meet short term financial commitments as they become due. These are current ratio and quick ratio. These ratios indicate a comparison of the proportions of current assets and short term liabilities. The current ratio tells whether the business has enough current assets to meet its short term financial obligations (current liabilities) as they become due. The higher the current ratio, the better the capacity to meet short term financial commitments. The quick ratio measures the level of all assets that can be quickly convertible into cash and used to meet short term liabilities. The higher the ratio, the higher the level of liquidity for the organization’s business. The optimal quick ratio is

1:1 or higher. [9] Examples of the profitability ratios, liquidity ratios calculated on a model pharmacy in Slovakia and the comparison to ratios reached in foreign pharmacies are listed in Table 2.

Table 2

The profitability and liquidity ratios of model pharmacy in Slovakia and foreign pharmacies

	Analyzed model pharmacy in Slovakia	Analyzed foreign pharmacies average value	Top 25% foreign pharmacies	Top 10% foreign pharmacies
Profitability ratios				
Gross profit margin	8,24%	23,20%	25,40%	27,10%
Net profit margin	1,00%	3,00%	6,30%	8,60%
Liquidity ratios				
Current ratio	1,11	2,89	3,71	5,77
Quick ratio	0,96	1,30	2,04	2,55

Efficiency ratios measure how well the organization manages its assets. These ratios indicate how quickly a firm converts non-cash assets to cash assets. These are accounts receivable turnover ratio, accounts payable turnover ratio. [10] Accounts receivable turnover ratio shows how quickly credit customers are paying the organization. The greater the number of times receivables turn over during the year, the shorter the time between the sale and collecting of the cash for that sale. The higher the ratio, the faster the business collects its accounts receivables and the more cash it has available. A low ratio indicates inefficient management of debtors or less liquid debtors. Accounts payable turnover ratio shows how quickly the business pays its bills and how often payables turn over during the year. Trends in the accounts payable turnover ratio demonstrates how the business handles its outgoing payments and can help us assess the cash situation of the organization´s business. Examples of financial analysis ratios with explanations, calculations and recommended values are listed in Table 3.

Table 3

The financial analysis ratios with explanations, calculations and recommended values

Ratios		Explanation	Calculation	Recommended value
Profitability ratios	Gross profit margin ratio	The higher the ratio, the more the business retains of each euro of sales.	Gross profit margin ratio = gross profit ÷ income	The higher the ratio, the better. Monitor development.
	Net profit margin ratio	The higher the ratio, the more effective is business at converting sales into profit.	Net profit margin ratio = net profit ÷ income	The higher the ratio, the better. Monitor development.
Debt ratios	Debt to equity ratio	The higher the ratio, the more the business relies on debt to finance its operations and the greater the risk to external lenders.	Debt to equity ratio = total liabilities ÷ owners' equity	The 2:1 ratio is recommended value and the explanation says that the organization has 2€ loaned for every 1€ of owner's equity.
Liquidity ratios	Current ratio	The higher the ratio, the better the capacity to meet short term financial commitments.	Current ratio = current assets ÷ current liabilities	Keep the current ratio above 1:1 and as close to 2:1 as possible and the explanation says that the organization has current assets of 2€ for every 1€ of current liabilities.
	Quick ratio	The higher the ratio, the higher the level of liquidity for organization business.	Quick ratio = (current assets - inventory) ÷ current liabilities	The optimal quick ratio is 1:1 or higher, which means that current liabilities can be met from current assets without the need to sell inventory.
Efficiency ratios	Accounts receivable turnover ratio	The greater the ratio, the shorter the time between the sale and col-	Accounts receivable turnover ratio = total sales ÷ accounts	The higher the ratio, the better. Organization faster collects its accounts receivables and the

		lecting the cash for that sale.	receivable	more cash it has available.
	Accounts payable turnover ratio	Increasing trend in the ratio, the company is paying of suppliers at a faster rate.	Accounts payable turnover ratio = cost of goods sold ÷ accounts payable	The increasing trend in the ratio, the better. (The higher the ratio, the better).

CONCLUSION

The assessment of pharmaceutical care business by monitoring indicators of financial analysis will help to identify crucial financial parameters responsible for the problems in organization providing pharmaceutical care, implement the necessary corrective actions and improve organization operations. Only regularly supervised and managed financial parameters and ratios can achieve recommended industry benchmarks and organization benefits from appropriate liquidity, limited debt, acceptable prosperity and maximizing efficiency. That result in reduction of costs and increasing of incomes and more money are left for the organization providing pharmaceutical care services. That can contribute to cheaper pharmaceutical care services, procedures or medicines and more patients can be treated or wider range of pharmaceutical care services can be offered.

REFERENCES

1. Sørensen EW, Mount JK, Christensen ST. The Concept of Social Pharmacy. The chronic ill. 2003; 7.
2. Annemans N. Health Economics for Non-Economists: An Introduction to the Concepts, Methods and Pitfalls of Health Economic Evaluations. Gent: Academia Press; 2008.
3. Herist N, Rollins B, Perri M. Financial Analysis in Pharmacy Practice. London: Pharmaceutical Press; 2011.
4. Chrisholm-Burns MA, Vaillancrt AM, Shepherd M. Pharmacy Management, Leadership, Marketing and finance. Sudbury: Jones and Barlett Publishers; 2011.

5. National Community Pharmacists Association. Selling a Pharmacy. http://www.ncpanet.org/pdf/digest/digest09_financials.pdf; 2009.
6. Michalski GM. Financial Analysis in the Firm: A Value-Based Liquidity Framework (May 12, 2011). Available at SSRN: http://ssrn.com/abstract=1839367 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1839367.
7. Schroeder R, Clarc M, Cathey JM. Financial Accounting Theory and Analysis. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
8. Tootilian BH, Wertheimer AI, Mikhailitchenko A. Essentials of Pharmacy Management. London: Pharmaceutical Press; 2012.
9. Carroll J. Financial Management for Pharmacists: A Decision-making Approach, Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
10. Doucette WR, McDonough RP, Mormann MM, Vaschevici R, Urmie JM, Patterson BJ. Three-year financial analysis of pharmacy services at an independent community pharmacy. J Am Pharm Assoc. 2012; 52(2):181–187.

SUMMARY

Social Pharmacy research investigates questions concerning with pharmacy practice including its financial side. It uses numerous disciplines, including economics, to explore all aspects of pharmacy practice. Our article is focused on theoretical explanation of financial assessment which should be done in every organization providing pharmaceutical care and on financial indicators of analysis which must be followed to avoid emergency situations. The assessment of organization business is made by monitoring indicators of financial analysis that contributes to positive economic development in the organization providing pharmaceutical care. The outcomes of the financial analysis are debt, efficiency, profitability, liquidity ratios. They are compared to recommended values and the suggestions are made to improve organization´s efficiency and prosperity. The result of this approach to assessment of business will contribute to positive financial development of the organization providing pharmaceutical care and it´s maintenance or survival at the upcoming time.

РЕЗЮМЕ

Социальные исследования в рамках лекарств исследуют вопросы, связанны с фармацевтической практикой, которая включает его финансовую сторону. Они используют множество дисциплин, включая экономику, чтобы изучили все аспекты фармацевтической практики. Статья направлена на теоретическое объяснение финансовой оценки, которую должно проводить в каждой организации фармацевтической помощи и на финансовых показателях анализа, который необходимо соблюдать, чтобы избежать чрезвычайных ситуаций. Оценка организации бизнеса составляет из мониторинга показателей финансового анализа, что способствует позитивное экономическое развитие в организации, предоставляющей фармацевтическню помощь. Предлагаем рузультаты финансового анализа задолженности, эффективности, рентабельности, показатели ликвидности. Они по сравнению с рекомендованными значениями вносятся в предложения по повышению эффективности организации и его развития. Результатом приведенного подхода к оценке бизнеса будет положительное финансовое развитие организации оказавшей фармацевтическую помощь.

prof. RNDr. Viliam Foltán, PhD., a graduate of the Faculty of Pharmacy, Bratislava, Doctor of science, Candidate of Pharmacy Sciences, Professor of Public Health in 1998. He teaches at the Faculty of Pharmacy at Comenius University in Bratislava, in the years 1995 - 1997 as an external employee at the University of Veterinary and Pharmacy in Brno. The scientific and professional activities performs in the field of active drug utilization, working with SIDC Bratislava, Ministry of Health and the General Health Insurance. Over 10 years is the national representative of the ESAC project, aimed to evaluate the utilization of antibiotics in the EU. He acts as a guarantor of the project S-media, dedicated to the issues of rational use of antibiotics. He is one of the representatives of pharmacoeconomics in SR, in which actively teaches and publishes. One term he served as Associate Dean of Pharmacy Faculty, since 1998 is a head of the department. Under his leadership, graduated more than 100 master degree graduates, dozens rigor graduates, 6 PhD graduates and three docent graduates, published more than 200 works in national and international journals with 250 citations listed in the citation index, the author and co-author of 20 books and text books.

Pharm Dr. Ing. Ivona Malovecká, a graduate of the Faculty of Pharmacy, Comenius University in Bratislava and Faculty of National economy, Economics University in Bratislava. Since graduation, she worked in a community pharmacy, where she actively devoted expeditionary operations, galenic preparation, billing and management activities. From 2012 she works as an assistant of professor at the Department of Organization and Management in Pharmacy Faculty of Pharmacy Comenius University and deals with issues of social pharmacy, pharmacoeconomics and pharmaceutical services. In 2012 she entered graduate study in the field of social pharmacy and community pharmacy.

Pharm Dr. Daniela Mináriková, PhD., a graduate of the Faculty of Pharmacy, Comenius University in Bratislava, Doctor of science. For several years, she worked on manager positions in pharmaceutical companies, where actively devote marketing and management of drugs, medical devices and nutritional supplements. Since 2010 she works as an assistant of professor at the Department of Organization and Management in Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Comenius University and deals with issues of health management, public health, and pharmacoeconomics.

Contact address:
Department of Organisation and Management in Pharmacy, Faculty of Pharmacy,
Comenius University in Bratislava,
Kalinčiakova 8, 832 32 Bratislava, Slovak republic.
E: foltan@fpharm.uniba.sk
Telephone: +421 2 50117347
Mobil: 0910 226 300

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Т.Г.Калинюк, С.П.Олійник

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

РЕЗЮМЕ

Проведений аналіз сучасного стану нормативно-правового регулювання фармацевтичного обслуговування населення України та організації забезпечення населення антибактеріальними лікарськими засобами в умовах НС. Обгрунтована необхідність внесення відповідних змін до законодавчої і нормативно-правової бази з питань державного управління в галузі фармацевтичного обслуговування населення в умовах НС.

Ключові слова: нормативно-правоввова база; фармацевтичне обслуговування; антибактеріальні лікарські засоби; надзвичайна ситуація.

Отримання повноцінної медичної допомоги, яка включає доступність ефективних, безпечних та якісних лікарських засобів (ЛЗ) нарівні з іншими чинниками, є однією з головних передумов для реалізації права кожного громадянина України на охорону здоров’я, якість життя та благополуччя. Своєчасне забезпечення населення та лікувальних закладів ЛЗ є необхідною умовою надання медичної допомоги і лікування постраждалого населення в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (НС). Ця функція покладена на систему фармацевтичного обслуговування населення (СФО), основними елементами якої є аптечні заклади. У сучасних умовах запровадження ринкової системи, незадовільного бюджетного фінансування охорони здоров’я і відсутності достатніх резервів ЛЗ для ліквідації наслідків НС існує невирішена проблема щодо нормативно-правового забезпечення ефективності

функціонування СФО в умовах НС і особливо організації своєчасного забезпечення населення антибактеріальними лікарськими засобами (АЛЗ) [4].

Напружена санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні останніми роками, виявляє тенденцію до погіршення. Існування на території країни природних вогнищ інфекційних захворювань, спільних для тварин і людей (лептоспіроз, туляремія, сибірська виразка), високий рівень захворюваності на гострі кишкові інфекції, відсутність вітчизняних діагностичних та профілактичних імунобіологічних препаратів, незадовільний рівень благоустрою населених місць, забруднення довкілля підвищують ризик виникнення епідемій в умовах НС [8]. Аналіз ліквідації наслідків відомих НС свідчить про те, що в цих умовах на функціонування аптечних закладів будуть впливати різноманітні чинники, до яких належать: кількість постраждалого населення; хімічна, радіаційна та епідеміологічна обстановка у зоні НС; функціонування мереж електропостачання, водопостачання, опалення, каналізації; стійкість будівель аптечних закладів до впливу чинників НС; місце розміщення аптечних закладів на території регіону, забезпеченість аптечних закладів засобами зв'язку і транспортування ЛЗ, що вимагає нормативно-правового регулювання фармацевтичного обслуговування населення в умовах НС [3].

Наукові роботи останніх років присвячені обґрунтуванню формулярних переліків ЛЗ для забезпечення постраждалих в умовах НС та фармакоекономічних проблем створення резерву АЛЗ для ліквідації осередків особливо небезпечних інфекційних хвороб [2,7]. Окремі роботи стосуються особливостей державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС [6]. Незначна кількість наукових досліджень щодо оптимізації нормативно-правового регулювання фармацевтичного обслуговування населення в умовах НС зумовили актуальність даного дослідження.

Аналіз сучасного стану нормативно-правового регулювання фармацевтичного обслуговування населення України в умовах НС та особливостей організації своєчасного забезпечення населення антибактеріальними ЛЗ.

У процесі дослідження застосовані методи контент-аналізу і узагальнення. Об'єктами досліджень були: закони України і нормативні документи МОЗ України, які стосуються фармацевтичного обслуговування населення України в умовах НС.

Аналіз чинного законодавства України з питань організації державного управління в галузі медичного забезпечення населення в умовах НС свідчить, що в Україні створено і законодавчо затверджено чотири загальнодержавні системи, до складу яких одночасно входять органи управління, сили та засоби центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, на які покладається реалізація державної політики у сфері захисту населення і територій від НС техногенного, природного та воєнного походження. До них належать: Державна система органів управління, сил і засобів, для організації і забезпечення захисту населення від наслідків НС техногенного, екологічного, природного та воєнного походження, створена у відповідності до вимог Закону України «Про цивільну оборону України» N 2975 від 03.02.93 року; Єдина державна система запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру (ЄДС НС) створена згідно з постановою КМ України № 1198 від 3 серпня 1998 року, із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ України N 1402 від 04.09.2003 року; Єдина державна система цивільного захисту населення і територій (ЄСЦЗ), створена у відповідності до вимог Закону України № 1859 від 24 червня 2004 року «Про правові засади цивільного захисту»; Система екстреної медичної допомоги, створена відповідно до вимог Закону України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081 від 05.07.2012 року.

Законодавче закріплення паралельного існування чотирьох державних систем призводить до дублювання функцій кожною із систем, нераціональної витрати фінансових і матеріальних засобів та зниження рівня відповідальності органів управління. Ситуація, яка склалась, потребує внесення відповідних змін до чинного законодавства України з метою створення та врегулювання

діяльності єдиної державної системи, на яку покладатиметься захист населення і територій від НС природного, техногенного та воєнного походження.

Відповідно до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про лікарські засоби», «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», основним нормативним актом, яким встановлюються кваліфікаційні, організаційні, технологічні та інші вимоги для провадження господарської діяльності аптечними закладами, як основними елементами СФО є «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами», затверджені Наказом МОЗ України № 723 від 31.10.2011 року (далі – Ліцензійні умови) [9]. Необхідність проведення аналізу і вдосконалення вимог Ліцензійних умов викликана тим, що вони визначають відповідність матеріально-технічної, нормативно-правової бази та кваліфікації персоналу аптечних закладів вимогам до провадження фармацевтичної діяльності, яка буде здійснюватись як у стаціонарних умовах, так і в умовах НС. Проведені нами дослідження свідчать про те, що в умовах НС забезпечення населення ЛЗ залежить від того, наскільки надійно будуть функціонувати усі її елементи. Для підвищення ефективності функціонування СФО Ліцензійні умови потребують внесення змін щодо підвищення стійкості функціонування аптечних закладів в умовах НС шляхом обов’язкового проведення заздалегідь визначених нормативних заходів у всіх аптечних закладах, незалежно від форми власності.

На наш погляд, потрібно внести зміни до Закону України «Про лікарські засоби» щодо терміну ексклюзивного захисту ЛЗ, введеного в українське законодавство згідно вимог міжнародної Угоди про торгівельні аспекти прав інтелектуальної власності (TRIPS) [1]. Враховуючи те, що виникнення НС не завжди передбачуване для держави, актуальною є розробка та впровадження у законодавство дієвого механізму виходу ЛЗ (особливо АЛЗ) із патентного захисту. У світі застосовується практика, коли інноваційний АЛЗ виходить із патентного захисту у випадку загрози виникнення НС — епідемії, стихійного

лиха тощо. Такий препарат повинен випускатись вітчизняним виробником в обсягах, передбачених державним замовленням.

Наявність розвиненої фармацевтичної промисловості в Україні ще не забезпечує виробництва необхідного асортименту АЛЗ, оскільки практично усі виробники АЛЗ є приватними підприємствами, а тому самостійно визначають асортимент продукції, яку виробляють. Це призводить до того, що підприємства керуються власними інтересами і не враховують потреби вітчизняної системи охорони здоров'я. Тому, одним із основних напрямків вирішення проблеми імпортозаміщення та зменшення залежності України від імпорту ЛЗ і фармацевтичних субстанцій є оптимізація нормативно-правової бази з питань вітчизняного виробництва АЛЗ. Забезпечення населення України якісними та доступними АЛЗ в умовах НС неможливе без відновлення їх вітчизняного виробництва. Нагальною потребою є розробка механізму державного управління функціонуванням медичних і аптечних закладів в умовах НС з урахуванням того, що ліквідація системи державних аптек призвела до відсутності взаємодії лікувальних і аптечних закладів.

Резерви ЛЗ для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС техногенного і природного походження, передбачені Наказом МОЗ України № 331 від 10.08.2001 року, були створені до 1 січня 2004 року і з того часу їх асортимент і кількість не переглядались [10].

Відповідальність за створення регіональних і місцевих резервів покладено на начальників управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, які не мають фінансових можливостей для їх створення і повністю залежать від можливостей регіонального бюджету. Потребує перегляду та узгодження з Національним переліком ЛЗ номенклатура відомчого, регіонального та місцевих резервів ЛЗ для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС з подальшим їх доповненням препаратами нового покоління. В Україні відсутній і потребує розробки державний механізм оновлення ЛЗ у резервах після закінчення терміну їх зберігання та терміну державної реєстрації [5].

Важливим заходом для попередження виникнення епідемії є розробка нормативного акта МОЗ України щодо можливості безрецептурного відпуску таблетованих АЛЗ широкого спектру дії за вимогою пацієнта для екстреної профілактики інфекційних хвороб. Дозвіл на безрецептурний відпуск АЛЗ широкого спектру дії може бути наданий тільки тим аптечним закладам, які обслуговують населення прогнозованої зони розповсюдження епідемічного процесу. Подібний нормативний акт уже прийнятий Державною службою охорони здоров'я Англії і Уельсу (Великобританія) у 1997 році. Він зобов'язує аптечні заклади утримувати так званий «аварійний» запас противірусних і антибактеріальних ЛЗ і відпускати їх без рецепта за вимогою пацієнта в умовах загрози розвитку епідемії. У мотивації прийняття такого акта зазначена необхідність забезпечення своєчасного доступу населення до ЛЗ в умовах НС, коли практично неможливо отримати рецепт [11].

На наш погляд, назріла необхідність створення в Україні стратегічного національного запасу (СНЗ) противірусних і антибактеріальних ЛЗ. Рішенням Конгресу США у 1999 році створений Стратегічний національний запас АЛЗ (SNS - Strategic National Stockpile), який призначений для ліквідації наслідків епідемій і пандемій. Для його зберігання створене національне сховище АЛЗ. Розроблені логістичні схеми доставки АЛЗ до населених пунктів на усій території США у терміни, які не перевищують 12 годин [12]. Створення в Україні СНЗ противірусних і антибактеріальних ЛЗ, яке необхідне для попередження і ліквідації наслідків НС медико-біологічного походження, можливе за умови перегляду і внесення змін до значної кількості законів України, постанов КМ України та галузевих нормативних актів.

Таким чином, у результаті проведеного аналізу сучасного стану нормативно-правового регулювання фармацевтичного обслуговування населення України нами встановлено, що організація забезпечення населення і лікувальних закладів ЛЗ в умовах НС потребує удосконалення шляхом внесення змін до законодавчої і нормативно-правової бази з питань державного управління в галузі фармацевтичного обслуговування населення в умовах НС.

ВИСНОВКИ:

1.У результаті аналізу чинного законодавства України з питань організації державного управління у галузі медичного забезпечення і фармацевтичного обслуговування населення в умовах НС встановлено, що для оптимізації забезпечення населення ЛЗ чинне законодавство України потребує внесення відповідних змін до з метою реорганізації та об'єднання чотирьох державних систем, на які покладається реалізація державної політики у сфері захисту населення і територій від НС в єдину державну систему захисту населення і територій від НС природного і техногенного походження.

2. Для підвищення ефективності функціонування СФО, важливим заходом є розробка законодавчого акту щодо підвищення стійкості функціонування аптечних закладів в умовах НС шляхом обов'язкового проведення заздалегідь визначених заходів у всіх аптечних закладах, незалежно від форми власності.

3. Закон України «Про лікарські засоби» потребує внесення змін щодо механізму виходу із патентного захисту та терміну ексклюзивного захисту інноваційних АЛЗ у випадку загрози виникнення епідемії. Вітчизняні фармацевтичні підприємства повинні виробляти такі препарати в обсягах, передбачених державним замовленням, враховуючи вимоги міжнародної Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (TRIPS).

4. Потрібно переглянути та узгодити з Національним переліком ЛЗ існуючу номенклатуру відомчого, регіонального та місцевих резервів АЛЗ для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС з подальшим їх доповненням препаратами нового покоління. Необхідна розробка державного механізму оновлення АЛЗ у резервах при умові закінченні терміну зберігання та терміну державної реєстрації відповідно до сучасних умов.

5. З метою попередження і ліквідації наслідків епідемій і пандемій в Україні, назріла необхідність створення стратегічного національного запасу противірусних і антибактеріальних лікарських засобів.

ЛІТЕРАТУРА

1.Бронкерз Дж. Соглашение ТРИПС: Меры по обеспечению соблюдения прав интеллектуальной собственности / Дж. Бронкерз, Д.В. Веркад, Н.М. МакНелис . - [Електронний ресурс] . - Режим доступу: http://www.patent. ua/publication. php?id=451

2.Дмитрієвський Д.І. Обґрунтування формулярних переліків для медикаментозного забезпечення постраждалих при виникненні надзвичайних ситуацій / Д.І. Дмитрієвський, А.С. Немченко, Г.М. Юрченко // Досягнення та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України: Матер. VI Нац. з'їзду фармацевтів України (28-30 вересня 2005 р., м. Харків). – Х.: Вид-во НФаУ, 2005. – С.855-856.

3.Євстратьєв Є.Є. Методичний підхід до оцінки стійкості функціонування аптечних закладів в умовах надзвичайних ситуацій / Є.Є.Євстратьєв, Т.Г.Калинюк, С.П.Олійник // Військова медицина України.-2012.-Том 12.- № 2.- С.97-102.

4.Клименко Н.Г. Надзвичайні ситуації як об'єкт управління // Статистика України. – 2006. – № 1. – С. 83–89.

5.Котвіцька А.А.Проблеми фармацевтичного забезпечення населення України в умовах надзвичайних ситуацій / А.А. Котвіцька, Л.А. Карпенко, В.В. Карло // Матеріали II Всеукр. internet конф. «Формування Національної лікáрської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» 14 березня 2012 року.- Харків, 2012.- С.130 -132.

6.Лєрмонтова Ю.О. Особливості державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій.- [Електронний ресурс].- Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Apdu/2010_2/doc.pdf

7. Мельникова О. А.Создание резерва лекарственных средств для ликвидации последствий особо опасных инфекций/ О. А.Мельникова, О. В. Колясников, А. Ю. Петров // Фармация.-2009.- № 1.- С. 34-37.

8.Національний План дій з гігієни довкілля на 2000 – 2005 роки / Постанова Кабінету Міністрів України № 1556 від 13 жовтня 2000 року.- [Електронний ресурс].- Режим доступу: http://www.health.gov.ua/www. nsf/93201abf2094fef4c2256b880046527e/9cb7f8275da239e2c2256b8800468b2a

9.Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими

засобами: Наказ МОЗ України № 723 від 31.10.2011 року.- [Електронний ресурс].- Режим доступу: http://diklz.gov.ua/document/nakaz-moz-ukraini-vid-31102011-723-pro-zatverdzhennya-litsenziinikh-umov-prova dzhennya-gosp

10. Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру / Наказ МОЗ України N 331 від 10.08.2001 року.-[Електронний ресурс].- Режим доступу: http://zakon.nau. ua/doc/ ?uid=1039.6115.0

11.General Pharmaceutical Services in England and Wales 1998-99 to 2007-08.- [Електронний ресурс].- Режим доступу: http://www.ic.nhs.uk/webfiles /publications/pharmserv9808/General%20Pharmaceutical%20Services%20England%20and%20Wales%202007-08.pdf

12. Robarge-Silkiner Stacy A. Introduction to the Strategic National Stockpile / Stacy A. Robarge-Silkiner.-[Електронний ресурс].-Режим доступу:http:// www.kdheks.gov/cphp/download/Intro_SNS.pdf

SUMMARY. The analysis of the current state of normative and legislative regulation of pharmaceutical services of the population of Ukraine and the organization of the supply of population by antibacterial drugs in conditions of emergencies. The necessity of making appropriate changes to legislative and normative framework for state administration in the field of pharmaceutical services of the population in conditions emergency situations.

РЕЗЮМЕ. Проведен анализ современного состояния нормативно-правового регулирования фармацевтического обслуживания населения Украины и организации обеспечения населения антибактериальными лекарственными средствами в условиях ЧС. Обоснована необходимость внесения соответствующих изменений в законодательную и нормативно-правовую базы по вопросам государственного управления в области фармацевтического обслуживания населения в условиях ЧС.

УДК 615.1:614.27

БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ

Гром Я.О., Дацко А.Й., Слаба А.-М. П.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

РЕЗЮМЕ

Проаналізовано динаміку формування номенклатури безрецептурних лікарських засобів та визначення перспективних напрямів її оптимізації в контексті доцільності запровадження концепції відповідального самолікування в Україні.

Ключові слова: безрецептурні лікарські засоби, номенклатура, концепція відповідального самолікування, нормативно-правове забезпечення.

В останні десятиріччя у світі підвищилась відповідальність людей за власне здоров’я, важливість і системність самостійного лікування набули загального визнання, воно стало важливим аспектом охорони здоров’я.

Згідно з визначенням ВООЗ, самолікування – це використання споживачем лікарських препаратів, що знаходяться у вільному продажу, для профілактики та лікування порушень самопочуття і симптомів, розпізнаних ним [1]. У 1994 р. Європейська асоціація виробників безрецептурних препаратів (AESGP) обґрунтувала доцільність заміни терміну «самолікування» на «відповідальне самолікування»[2].

Безрецептурні лікарські засоби (БЛЗ) виступають невід’ємною частиною і одночасно необхідною умовою для успішного розвитку концепції самолікування. Безумовним позитивним моментом впровадження концепції відповідального самолікування є скорочення часу і коштів пацієнтів, зменшення навантаження на лікувально-профілактичні заклади та лікарів, інтенсивне впровадження фармацевтичної опіки, збільшення прибутку

аптечних підприємств, активне формування номенклатури безрецептурних препаратів.

Директор Європейської асоціації фірм-виробників БЛЗ Х. Кранц, вважає, що самолікування (тобто, приймання ЛЗ без участі лікаря), доцільно розвивати, адже воно сприятиме зростанню бажання громадян розвинених країн, у т.ч. Європейського Союзу, брати на себе відповідальність за стан власного здоров'я, і навіть дозволить знизити державні видатки на охорону здоров'я. Тому останніми роками самолікування ідентифіковано важливим елементом довгострокової стратегії охорони здоров'я усіма інститутами, котрі представляють європейське співтовариство [3]. Така позиція Європарламенту схвалена Європейською комісією, у резолюції, якою наголошено на необхідності визначення ролі провізорів і лікарів у застосуванні БЛЗ [4].

Вітчизняні та зарубіжні дослідники неодноразово наголошували на актуальності запровадження концепції відповідального самолікування та необхідності науково обґрунтованого підходу до її запровадження в Україні. Зокрема відзначимо праці таких дослідників як А. Немченко, Л.Гала, О. Подплетня, В.Мамчур, А.Машейко та ін. [5].

Попри об’єктивну необхідність запровадження концепції відповідального самолікування, сучасний етап характеризується загостренням низки проблем, пов’язаних із поширенням практики самолікування серед населення України, що зумовлено як лібералізацією нормативно-правової бази, яка розширює перелік лікарських засобів, які дозволяється відпускати без рецепта через аптечні підприємства, а також активізацією промоційної діяльності фармацевтичних підприємств, доступність інформаційних ресурсів, через які населення отримує інформацію про ЛЗ та можливості їх застосування тощо.

Тому мета нашої роботи - відслідкувати динаміку формування номенклатури БЛЗ України та визначити перспективні напрями її оптимізації у контексті запровадження концепції відповідального самолікування в Україні.

Для вивчення динаміки формування номенклатури БЛЗ нами проаналізовано нормативно-правове регулювання відпуску ЛЗ, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек за період 1995-2012 рр.

Так, з метою координації лікарського забезпечення в Україні у 1995 р.було видано Наказ МОЗ України № 153 від 18.08.1995 р. «Про затвердження нормативних актів-переліків лікарських засобів». Цим наказом було вперше затверджено Перелік ліків обов'язкового асортименту для аптечної мережі та перелік препаратів, що відпускаються без рецепта.

До зазначеного переліку увійшло 200 препаратів. Це субстанції і лікарські форми препаратів, що освоєні хіміко-фармацевтичною промисловістю України, препарати іноземних фірм, зареєстровані (перереєстровані) в Україні на 5 років з метою спрощення орієнтації споживачів (лікарів, працівників аптек та ін.). Переліку наведені не тільки назви, під якими ЛЗ зареєстровані в Україні, але і їх Міжнародні непатентовані назви. Наказом передбачалось щоквартальне поповнення Переліку новими препаратами, що пройшли реєстрацію (перереєстрацію) в Україні.

Вже пізніше набрав чинності наказ МОЗ України № 233 від 25.07.1997 р. з такими змінами та доповненнями, які вводились до 2005 р. [6, с.124].

Для гармонізації фармацевтичного законодавства України до норм Європейського Союзу МОЗ України було видано наказ № 185 «Про затвердження критеріїв відпуску лікарських засобів» від 17.05.2001.

Позитивно фармацевтичними працівниками був оцінений наказ МОЗ № 210 від 14.05.2003 р., який визначав критерії безрецептурного відпуску ліків, що містять малі кількості наркотичних і психотропних речовин.

Починаючи з 2005 р. переліки БЛЗ переглядалися та затверджувалися щорічно відповідними наказами МОЗ України.

На даний час підготовано проект наказу МОЗ України «Про затвердження Переліку ЛЗ, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецепта з аптек та їх структурних підрозділів», що являє собою оновлену редакцію аналогічного Переліку, затвердженого наказом МОЗ України № 78 від

03.02.2012, прийнятого відповідно до ст. 21 Закону України «Про лікарські засоби» та містить узагальнену інформацію із державного реєстру ЛЗ України станом на 01.11.2012 р.

Результатом запровадження згаданих вище документів в Україні щороку розширювався перелік ЛЗ, які можна було реалізувати через аптечні підприємства без рецепта (рис.1).

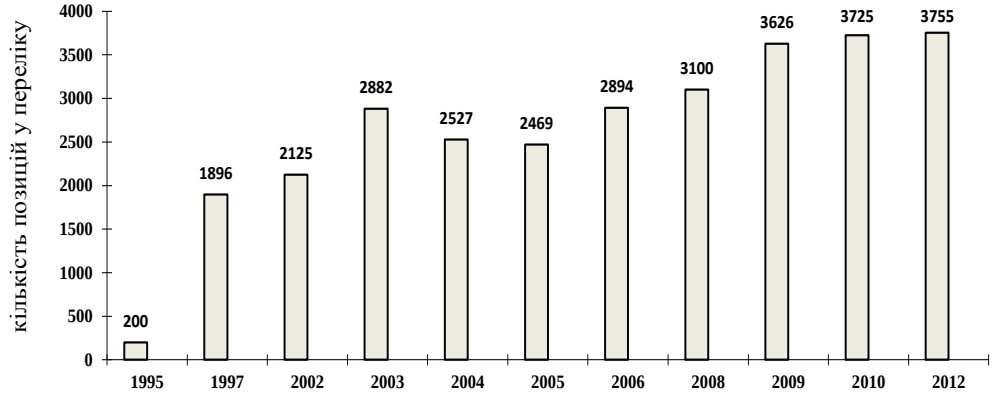


Рис. 1. Динаміка номенклатури ЛЗ, дозволених до відпуску без рецепта за 1995-2012 рр. Складено за даними: [7].

Як бачимо, за вказаний період спостерігався ріст номенклатури ЛЗ дозволених до відпуску без рецепта: кількість позицій у Переліку з 1995 р. до 2012 збільшилася у понад 18 разів. Однак, необхідно зазначити, що темпи росту за останні роки дещо стабілізувалася, і на сьогодні їх номенклатура складає 3755 ЛЗ (за торговельними найменуваннями).

На даному етапі серед лікарів, фармацевтів, науковців Європейських країнах існують дві дуалістичні позиції щодо поширення практики самолікування серед населення. Прихильники одного напряму вважають, що необхідно розширювати номенклатуру ЛЗ, які відпускаються без рецепта, оскільки підвищується рівень освіченості, розширюються можливості інформаційного забезпечення населення, що дозволяє значній кількості людей самостійно лікувати неважкі захворювання без залучення консультацій лікаря. Прихильники іншого напряму настоюють на тому, що незважаючи на покращення фармацевтичного, інформаційного забезпечення, лікарі мають

лікувати навіть найлегші захворювання, а тому кількість ліків, які відпускаються без рецепта, має бути мінімальною.

В Україні доцільність запровадження концепції відповідального самолікування сьогодні є дискусійним питанням. Так, за даними МОЗ у 2012 р. 70% українців займалися самолікуванням. Як зазначає Міністр охорони здоров'я Р. Богатирьова «З 20 млрд грн, на які сьогодні купуються препарати - і за рахунок людей, і за рахунок організацій, і за рахунок держави - тільки 4 млрд грн витрачаються на ті хвороби, які формують клас основних захворювань українців. Тобто люди купують те, що не впливає на основні захворювання» [8].

Результати досліджень холдингу STADA CIS засвідчили, що відсоток українців, які займалися самолікуванням при легкому нездужанны у 2012 р. ще вищий - понад 82%. Дослідники холдингу оприлюднили дані, згідно з якими: при появі легких симптомів 52% українців запитують поради у провізора в аптеці, 29% самі вживають заходів щодо їх усунення, ще 10% запитують поради у рідних, друзів або шукають інформацію в мережі Інтернет. І лише 9% українців одразу ж звертаються до лікаря при виникненні найменшої нездужання [9].

Аналогічна ситуація спостерігається у більшості країн пострадянського простору. Для прикладу, у 2012 р. у Казахстані самолікуванням займалося 92 % населення [10], у Росії за різними оцінками експертів – понад 70-90 % населення (за даними опитувань фонду «Качество жизни» понад 70 % [11], за даними Російського Міністерства охорони здоров'я – понад 90% [12].)

Вивчення окремих аспектів фармакотерапії вказує на доцільність або недоцільність включення ЛЗ до Переліку ЛЗ, дозволених до відпуску з аптек без рецепта. Зокрема до категорії БЛЗ були рекомендовані антигістамінні препарати. Визначено низку ЛЗ, які на думку експертів недоцільно застосовувати для самолікування: бактерійні препарати (колібактерин, біфідумбактерин), транквілізатори (адаптол, мебікар), препарати для лікування грибкових уражень шкіри, засоби для схуднення, серцеві засоби (корвалол, корвалдин, волокардин), засоби, які містять в незначних кількостях наркотичні,

психотропні речовини або прекурсори списку 1, та можуть становити загрозу при їх споживанні не за призначенням.

Накопичення, аналіз і систематизація даних про ЛЗ без рецептурного відпуску показують, що вони можуть викликати всі види побічних реакцій. Однак, фіксувати дані про побічні дії, проводити оцінку медичної цінності ЛЗ при самолікуванні є доволі складно.

Проведені нами дослідження показали, що із 200 ЛЗ, які були включені до першого Переліку (1995 р.) у чинний на сьогодні перелік увійшли 107 препаратів. А із 2469 ЛЗ, що входили до переліку 2005 р. – 1188 препаратів, і складають понад 30% сучасної номенклатури ЛЗ, дозволених до застосування, в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек.

Проведений аналіз засвідчує, що на формування сучасної номенклатури БЛЗ вагомий вплив мають введення до переліку нових безпечних ЛЗ та виведення з нього малоефективних та застарілих ЛЗ. Однак, «природний» кругообіг ЛЗ внаслідок впровадження нових і кращих ліків та відсів препаратів, для яких підтверджено високий ступінь фармакологічного ризику або їх неефективність, на сьогодні є досить повільним.

Тому важливою інформацією при формуванні номенклатури БЛЗ є дані моніторингу про їх споживання, які зумовлюють нові підходи до формування номенклатури БЛЗ.

ЛІТЕРАТУРА

1. The world report on violence and health / Etienne G Krug, James A Mercy, Linda L Dahlberg, Anthony B Zwi // Public health/ THE LANCET// – 2002. – Vol.360, October. – P. 1083-1093.

2. Self-Care: A Winning Solution for citizens healthcare professionals health systems / AESGP Reccommendation. – 20 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/Self-Care%20A%20Winning%20Solution.pdf

3. EU, Commission Communication «Safe, innovative and accessible medicines: A Renewed Vision for the Pharmaceutical Sector» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0666:FIN:en:PDF. 2008.

4. Cranz H. Self-medication: is Regulation Needed from Whom / Caulin, C., Cranz, H.// Therapie. – 2000. – 55(4). – 547-553.

5. Гала Л.О. Розробка основних принципів та підходів до безрецептурного відпуску лікарських засобів населенню в Україні: Дис... канд. фармац. наук: 15.00.01 / Національна фармацевтична академія України. - Х., 2002. – 185 с.

6. Організація фармацевтичного забезпечення населення [Текст] : навч. посібник / Ред. А.С. Немченко; авт.. кол. . - Харків : Авіста-ВЛТ, 2007. - 488 с.

7. Офіційний сайт державного комітету статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

8. Шкатов О. Реклама замінила українцям лікарів / Олекса Шкатов // Коментарі. – 2013, 04 лютого.

9. 82% українців займаються самолікуванням при легкому нездужанні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unn.com.ua.

10. Макалкина Л.Г. Перспективы внедрения концепции «ответственного самолечения» в Республике Казахстан / Л.Г.Макалкина. – Алматы: Лекарственный информационный центр РГП на ПХВ «Институт развития здравоохранения, 2012. – 24 с.

11. Запрет на рекламу медпрепаратов приведет к переделу рынка / Я.Милюкова // Медицина. – 2013, 6 марта [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.bfm.ru/news/209876.

12. Сам себе доктор / Офіційний сайт телеканалу TRT [Електронний ресурс]. – Режим доступу: trt-tv.ru.

SUMMARY. The dynamics of the OTC drugs nomenclature formation is analyzed and perspective directions of its optimization in the context of introducing the responsible self-medication conception in Ukraine is identified.

РЕЗЮМЕ. Проанализирована динамика формирования номенклатуры безрецептурных лекарственных средств и определены перспективные направления ее оптимизации в контексте целесообразности внедрения концепции ответственного самолечения в Украине.

УДК: 65.011.1

ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ОЦІНКИ КОРПОРАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Козирєва О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

РЕЗЮМЕ

У статті визначено основні блоки оцінки корпоративної соціальної відповідальності фармацевтичного підприємства. За результатами аналізу існуючих методик оцінки рівня корпоративної соціальної відповідальності відібрано конкретні показники, які характеризують екологічну, суспільну, трудову та економічну відповідальність фармацевтичного підприємства перед навколишнім середовищем, суспільством, персоналом та акціонерами.

Ключові слова. Корпоративна соціальна відповідальність, фармацевтичне підприємство, соціальна-відповідальна сфера, індикатори оцінки рівня корпоративно-соціальної відповідальності.

На сьогодні значну роль у забезпеченні конкурентоздатності, досягненні високої продуктивності та прибутковості фармацевтичного виробництва відіграють соціально-відповідальні функції підприємства. Подібна трансформація суспільних цінностей та пріоритетів вимагає внесення змін до діючої практики управління фармацевтичними підприємствами (ФП), забезпечення інтеграції принципів, методів та інструментів соціальної відповідальності у діяльність ФП.

Вагомий вклад у становлення, розвиток та дослідження особливостей соціально-відповідального підходу до ведення виробничої діяльності внесли вітчизняні та зарубіжні вчені. а саме: І. Акімова, Ю. Благов, Т. Бредгард, П. Друкер, Ф. Євдокімов, А. Керолл, Ф. Котлер, С. Літовченко, М. Мескон, Дж. Мун, Г. Назаров, Л. Ненсі та інші. Однак, у науковій літературі не існує єдиної думки щодо базових складових концепції корпоративної

соціальної відповідальності (КСВ), їх ієрархічної підпорядкованості, впливу на конкурентні позиції підприємства на ринку та загальні результати діяльності підприємницьких структур. Саме тому, виникає необхідність в обґрунтуванні методичного підходу до оцінки КСВ ФП.

Результати аналізу міжнародних методик оцінки рівня КСВ підприємств та публікацій вітчизняних і зарубіжних вчених дозволяють визначити сукупний перелік показників (індикаторів), що можуть бути застосовані для оцінки окремих складових КСВ та виступити основою запропонованого методичного підходу, серед переваг якого варто відмітити наступне:

– наукове обґрунтування діяльності у сфері КСВ, що дозволяє забезпечити об'єктивність вибору напрямів та мінімізувати вплив факторів, що носять суб'єктивний характер;

– комплексність та широке охоплення складових при аналізі діяльності ФП у сфері КСВ;

– визначення орієнтирів покращення діяльності у даній сфері через формування нормативних (порогових) значень показників [1-8].

Зважаючи на те, що діяльності ФП у сфері КСВ оцінюється за допомогою великої кількість показників (індикаторів), в основу формування їх остаточного переліку було покладено наступні принципи: адекватності системи показників задачі дослідження, наявності інформаційного забезпечення, охоплення всіх складових прояву КСВ, уникнення дублювання показників, чіткість та однозначність ідентифікації значень (негативних чи позитивних) показників [9].

Так, оцінити екологічну складову КСВ ФП підприємства можна проаналізувавши значення показників, які дозволяють визначити ефективність та економічність природоохоронної діяльності підприємства, а саме коефіцієнтів сплати екологічних зборів, втрат ФП від нераціонального природокористування, достатності та ефективності витрат на природоохоронні заходи, екологоємності продукції підприємства. Звичайно, напрями оптимізації даних показників є довідковими, однак вони дозволяють оцінити у динаміці

зміни, що відбуваються на ФП, порівнявши результати, отримані протягом певного періоду часу.

Однак, найбільш складною частиною оцінки загального рівня КСВ, на нашу думку, є визначення рівня суспільної відповідальності підприємства, яке передбачає врахування діяльності ФП у системах підприємство - зовнішні зацікавлені сторони (це показники, що характеризують рівень податкового навантаження, наявності економічних втрат, якість продукції, забезпеченість підприємств закладами соціальної інфраструктури та рівень її фінансування, практику надання благодійної допомоги, політику працевлаштування інвалідів тощо), а також визначення інформаційної складової (інформаційної відкритості) у відносинах підприємства із зацікавленими групами. Складність оцінки даної складової зумовлена існуванням великої кількості зацікавлених сторін, які мають вплив на роботу ФП і інтереси яких необхідно враховувати при запровадженні принципів КСВ у діяльність.

В той же час, оцінка трудової відповідальності передбачає дослідження сукупності показників, що визначають якісний склад персоналу (показники вікового, освітнього та професійного рівня тощо), оцінюють рух робочої сили (коефіцієнти плинності), рівень заробітної плати (показники зростання заробітної плати по відношенню до темпів зростання продуктивності праці та середнього рівня оплати праці по Україні, рівня заборгованості), умови та безпеку праці (показники виробничого травматизму, відповідності умов праці санітарно-гігієнічним нормам, фінансування заходів з охорони праці та покращення санітарно-гігієнічних умов тощо), тобто характеризують основні напрями прояву соціально-відповідального підходу керівництва ФП до відносин з працівниками.

На нашу думку, досягнення ФП нормативних (порогових) значень даних показників свідчить про запровадження на підприємстві соціально-відповідального підходу до ведення діяльності. Показники (індикатори) носять векторний, спрямований характер та виражаються через інтервальні значення, що дозволяє ефективніше управляти КСВ ФП з врахуванням зміни факторів внутрішнього та зовнішнього середовища [9].

Варто зазначити, що нормативні (порогові) значення показників повинні підлягати систематичному перегляду та уточненню викликане тим, що значна їх частина визначається відповідними нормативно-правовими актами, внесення змін до яких зумовлює зміни значень показників КСВ ФП.

Що стосується оцінки економічної відповідальності, то її, на нашу думку, необхідно визначати шляхом оцінки економічного стану ФП, який характеризує здатність підприємства саморозвиватися на певний момент часу. Він визначається системою показників, що дають можливість оцінити наявність, розміщення та ефективність використання фінансових ресурсів за методикою, що запропонована Посилкіною О.В. [10].

Комплексна оцінка економічного стану підприємства передбачає проведення дослідження за наступними напрямами: дослідження рентабельності, фінансової стійкості підприємства; дослідження ефективності використання майна (капіталу) підприємства, оцінка динаміки та стану ліквідності та платоспроможності; визначення резервів підвищення ефективності виробничо-господарської діяльності підприємства.

Таким чином, під час оцінки рівня КСВ ФП необхідно дотримуватися певної послідовності, що дозволить забезпечити об’єктивність та повноту отриманих даних, врахувати особливості розвитку ФП у часі та визначити його місце серед інших підприємств галузі, а саме (рис.):

1) провести порівняння основних показників діяльності ФП з їх нормативними значеннями;

2) порівняти основні показники діяльності ФП з аналогічними показниками інших підприємств галузі;

3) порівняти показники діяльності ФП з аналогічними даними за попередні роки для визначення тенденцій погіршення чи покращання ситуації.

Крім того, на кожному етапі оцінки рівня КСВ необхідно визначати та фіксувати відхилення (позитивні чи негативні), виявлені при порівнянні фактичних значень показників (індикаторів) із базовими (нормативними

(пороговими) значеннями, значеннями показників інших підприємств галузі, аналогічними даними за попередні періоди), та виявляти причини їх виникнення.

Варто відмітити, що запропоновані показники оцінки КСВ ФП описують окремі прояви соціально-відповідального підходу до ведення виробничо-господарської діяльності ФП, тобто не дають можливість визначити загальний рівень КСВ. Розв'язати дану проблему дозволяє розрахунок таксономічного показника, який виступає синтетичною величиною, що складається з усіх ознак, які характеризують об'єкт дослідження.

Для розрахунку таксономічного показника всі показники сукупності приводяться до одного типу – стимуляторів. Дестимулятори замінюються на стимулятори за допомогою формули 1.

$$a_{ij} = 1 - y_{ij}, \text{ де} \tag{1}$$

y_{ij} – і-та реалізація j-ої ознаки-дестимулятора.

Таксономічний показник знаходиться за формулою:

$$M_i = i - \frac{d_i}{c}, \text{ де} \tag{2}$$

і – одиничний вектор

$$d_i = \left[\sum_{j=1}^{n} (x_{ij} - x_{ij}^{\max})^2 \right]^{1/2}; \tag{3}$$

$$c = \bar{x} + \alpha s_d, \text{ де} \tag{4}$$

$$\bar{x} = \frac{1}{t} \sum_{i-1}^{t} d_i; \tag{5}$$

$$s_d = \left[\frac{1}{t} \sum_{i=1}^{t} (d_i - \bar{x})^2 \right]^{1/2}; \tag{6}$$

n – число ознак, t – число об'єктів дослідження, α - деяке додатне число, яке вибирається таким чином, щоб значення показника М змінювалося в інтервалі від 0 до 1, згідно правила «трьох (двох) сігм» найчастіше його значення приймається за α=2 чи α=3.

Інтерпретація значення таксономічного показника є наступною – із зростанням рівня КСВ ФП величина його збільшується, що свідчить про покращання діяльності підприємства у соціально-відповідальній сфері.

Звичайно, детальна характеристика КСВ ФП вимагає поряд із врахуванням узагальненого таксономічного показника, який є своєрідною «рейтинговою» оцінкою досягнень ФП у сфері КСВ, дослідження окремих показників КСВ, які виступають індикаторами негативного чи позитивного впливу окремих заходів, що впроваджуються на ФП. Лише поєднуючи ці дві складові, можна сформувати основи для ефективного моніторингу та оцінки діяльності ФП у сфері КСВ, визначення напрямів покращення КСВ діяльності.

В той же час, розгляд світових методик оцінки рівня КСВ дозволив визначити основні шляхи покращення процесу оцінки рівня КСВ, що сприятиме його поширенню серед вітчизняних фармацевтичних підприємств.

По-перше, в основу оцінки рівня КСВ слід покласти ті показники, які розраховуються на ФП під час підготовки статистичної, фінансової та бухгалтерської звітності.

По-друге, для забезпечення оцінки результатів діяльності окремого підприємства та порівняння роботи різних підприємств фармацевтичної галузі у сфері КСВ слід визначити нормативні чи оціночні значення показників рівня КСВ.

По-третє, визначення рівня КСВ окремого підприємства варто проводити у декілька етапів, зосереджуючи основну увагу при цьому на оцінці 4 логічних складових загального рівня КСВ ФП (рис. 1).

Перелік показників оцінки екологічної, суспільної та трудової відповідальності, методика їх розрахунку, нормативні (порогові) значення показників (індикаторів) оцінки окремих напрямів прояву КСВ та методику їх розрахунків було визначено на основі аналізу діючих нормативно-правових актів, публікацій, які стосуються суміжних сфер та розкривають питання оцінки екологічної безпеки виробництва, оподаткування підприємства, відносин із різними групами зацікавлених сторін, управління та розвитку персоналу, процедури проведення фінансово-економічного аналізу.

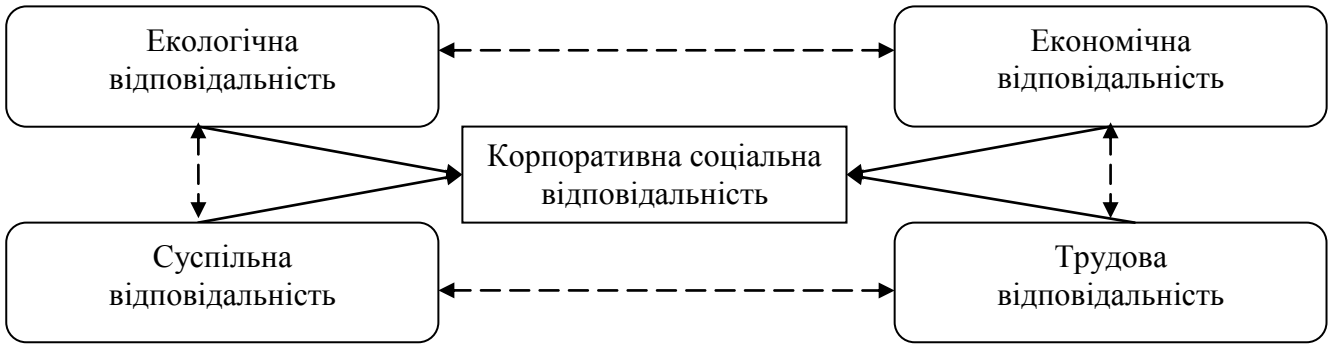


Рис. 1. Основні складові КСВ ФП

В результаті загальний перелік показників, що визначають основні складові КСВ ФП, а саме його екологічну, суспільну трудову та економічну відповідальність, матиме наступний вигляд (рис. 2).

Загалом, алгоритм оцінки рівня КСВ ФП, окрім зазначених елементів, має включати проведення його постійного моніторингу шляхом розрахунку показників з метою відстеження відхилень, їх фіксації та прийняття управлінських рішень для їх усунення. Набір заходів щодо збільшення рівня КСВ окремих ФП має бути розроблений для підвищення всіх показників. Моніторинг показників КСВ має здійснюватися за принципом зворотного зв'язку як методу впливу результатів діяльності системи на визначення структури та необхідних обсягів затрат вхідних ресурсів.

В результаті, загальна схема оцінки як основи покрашення рівня КСВ ФП виглядатиме наступним чином рис. 3.

ВИСНОВКИ:

Як бачимо запропонована схема оцінки рівня КСВ ФП має певне практичне застосування. За допомогою даної оцінки можна оцінити рейтинг ФП, недоліки їх діяльності в соціальній сфері, пропонувати напрями покращання соціальної спрямованості у роботі ФП, визначати заходи для підвищення рівня КСВ.

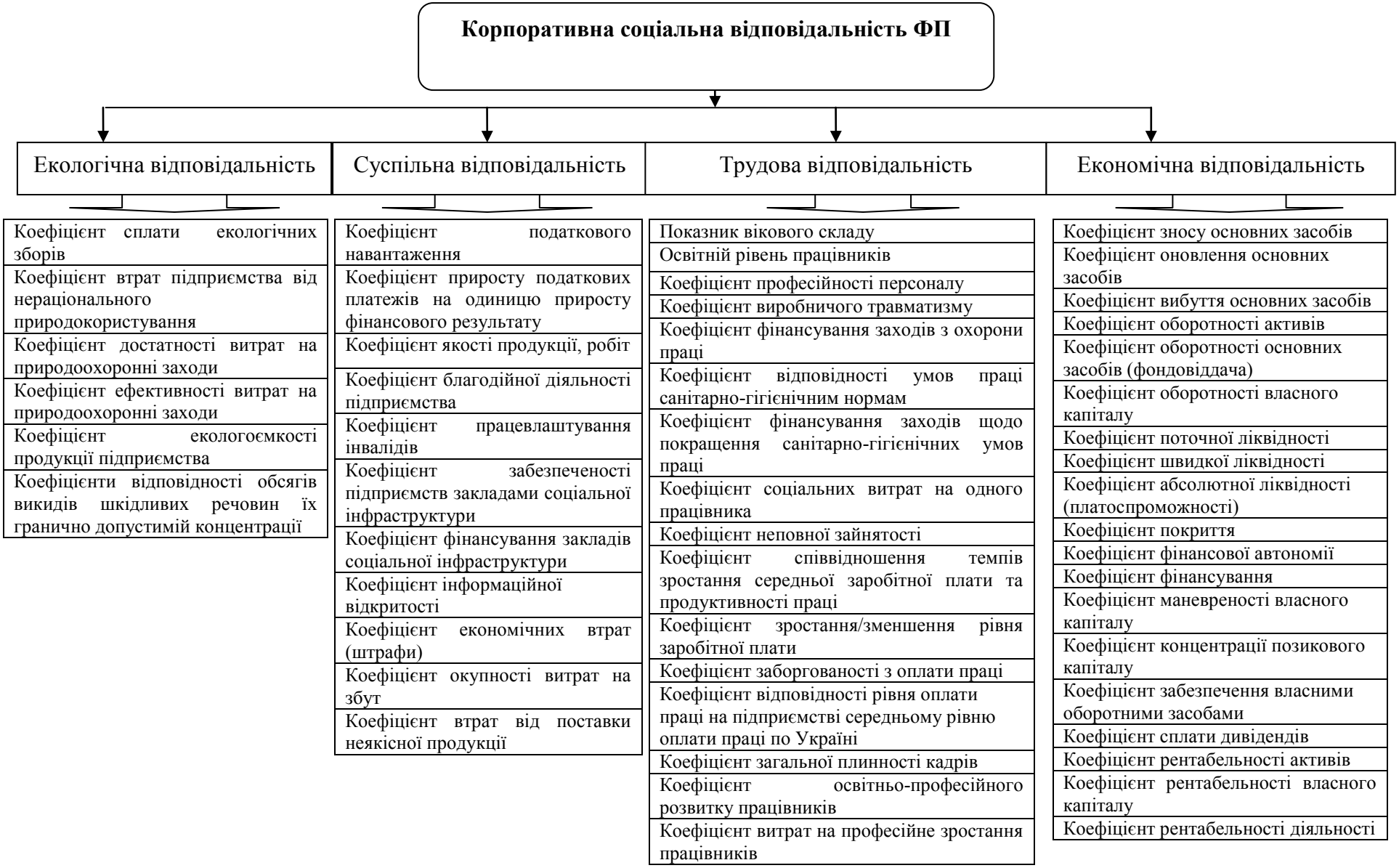


Рис. 2. Загальний перелік показників оцінки рівня КСВ ФП

Рис. 3. Запропонована схема оцінки рівня КСВ ФП

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавкалова Н. Л. Соціально-економічний механізм ефективності менеджменту персоналу: методологія та концепція формування. Наукове видання / Н. Л. Гавкалова. – Харків: Вид. ХНЕУ, 2007. – 400 с.

2. Гадзевич О. І. Основи економічного аналізу і діагностики фінансово-господарської діяльності підприємств / О. І. Гадзевич. – К.: Кондор, 2004. – 180 с.

3. Економічний аналіз / М. М. Болюх, В. З. Бурчевський, М. І. Горбаток; за ред. акад. НАНУ, проф. М. Г. Чумаченька. – К.: КНЕУ, 2010. – 540 с.

4. Економічний аналіз господарської діяльності/ В. І. Іваненко, М. А. Болюх, - К.: ЗАТ «НІЧЛАВА», 2010. – 204 с.

5. Економічний аналіз підприємств / Б. С. Кругляк, Т. П. Бондар, О. Б. Зайцева, А. І. Ковальова, Г. В. Скиба. – Хмельницький: Хмельницький державний університет, 2004. – 420 с.

6. Іванов Ю. Б. Проблеми податкового регулювання і планування податкових платежів. Наукове видання / Ю. Б. Іванов, О. М. Тищенко, К. В. Давискіба, В. В. Карпова, Л. М. Карпов, І. А. Сєрова; [За заг. ред.. д.е.н., професора Ю. Б. Іванова]. – Харків: ХНЕУ, 2006. – 240 с.

7. Кричевский Н. А. Корпоративная социальная ответственность / Н. А. Кричевский, С. Ф. Гончаров. – М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и Ко", 2009. – 216 с.

8. Крушельницька О. В. Управління персоналом / О. В. Крушельницька, Д. П. Мельничук. – К.: Кондор. – 2005. – 296 с.

9. Гончаров В. М. Формування стратегії управління розвитком промислового підприємства на основі показників ефективності: Монографія / В. М. Гончаров, М. В. Макаренко, В. Ю. Припутень. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2009. – 136 с.

10. Посилкіна О.В. Інноваційно-інвестиційний розвиток фармацевтичного виробництва: проблеми фінансового забезпечення: Монографія / М-во охорони здоров'я України; Нац. фармац. акад. України – Х.: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2002. – 528 с.

SUMMARY. The article outlines the main blocks evaluate corporate social responsibility of pharmaceutical companies. According to the analysis of the existing methodologies for assessing the level of corporate social responsibility are selected specific indicators of environmental, social, labor and economic responsibility of the pharmaceutical companies to the environment, the community, employees and shareholders.

РЕЗЮМЕ. В статье определены основные блоки оценки корпоративной социальной ответственности фармацевтического предприятия. По результатам анализа существующих методик оценки уровня корпоративной социальной ответственности отобраны конкретные показатели, характеризующие экологическую, общественную, трудовую и экономическую ответственность фармацевтического предприятия перед окружающей средой, обществом, персоналом и акционерами.

ІМПОРТОЗАМІЩЕННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ ЯК ПРІОРИТЕТ СТРАТЕГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

О.І. Дацько

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м.Львів, Україна

РЕЗЮМЕ

Окреслено основні тенденції фармацевтичного ринку України та доведено високий ступінь його імпортозалежності, що посилює загрози соціальній безпеці населення. Обґрунтовано пріоритетні напрями імпортозаміщення на українському фармацевтичному ринку в контексті посилення соціальної безпеки держави.

Ключові слова: фармацевтичний ринок, лікарські засоби, імпортозалежність, імпортозаміщення, соціальна безпека, загрози.

Інноваційний розвиток фармацевтичної галузі є важливою передумовою формування ефективної системи національної безпеки держави і сьогодні відіграє важливу роль як для гарантування відповідного рівня соціальної безпеки, в тому числі медичного обслуговування населення, а також розвитку підприємництва, забезпечення конкурентоспроможності країни, стабільності внутрішнього ринку і т.д.

З огляду на необхідність формування ефективної системи соціальної безпеки як населення, так і держави, у розвинених країнах фармацевтичне забезпечення є важливою складовою продуктової політики держави. Саме тому у багатьох країнах відповідні підрозділи виконавчої влади, які відповідають за постачання фармацевтичної продукції на ринок, здійснюють контроль за її якістю, паралельно відповідають за забезпечення населення харчуванням (США, Індія, Філіпіни та ін.). Відповідно участь держави у формуванні соціально-економічної політики щодо регулювання ринку фармацевтичних товарів з метою захисту населення, внутрішнього ринку, державних інтересів у цій галузі є визначальною.

Належне гарантування постачання населенню лікарських засобів (ЛЗ) та виробів медичного призначення (ВМП) залежить сьогодні від багатьох факторів: від можливості розробки та виробництва основних груп фармацевтичних продуктів чи їх імпорту, до підвищення ефективності та доступності ліків. Але в Україні, незважаючи на перманентне реформування медичного і фармацевтичного сектора, значна кількість проблем щодо формування збалансованої системи забезпечення ліками населення досі не вирішена, і однією з найгостріших сьогодні є імпортозалежність вітчизняного ринку ЛЗ.

Стратегія національної безпеки «Україна у світі, що змінюється» до ключових завдань політики національної безпеки у внутрішній сфері відносить «створення доступної, високоякісної та ефективної системи медичної допомоги, боротьби із соціально небезпечними захворюваннями, здійснення протиепідемічних заходів» [1]. Для реалізації цього пріоритету було затверджено Концепцію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр., якою задекларовано важливість вдосконалення асортиментної політики вітчизняного виробництва ЛЗ з врахуванням економічної доцільності та можливості імпортозаміщення ЛЗ шляхом виробництва генеричних або біологічно подібних препаратів та розвиток напрямку модифікованих ЛЗ – створення препаратів другого, третього та четвертого поколінь з відомих діючих речовин [2]. Важливу роль у стимулюванні інноваційних розробок фармацевтичної галузі повинна відіграти реалізація положень Постанови КМУ «Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розроблення новітніх технологій створення вітчизняних ЛЗ для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011-2015 рр.» [3].

Дієвим кроком щодо вдосконалення організаційного забезпечення модернізації фармацевтичної галузі є створення Координаційної ради з регуляторних питань фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я при МОЗ України, важливим завданням якого є оцінка пріоритетних напрямів розвитку та здійснення аналізу ефективності реалізації державної політики у сфері обігу ЛЗ і продукції в системі охорони здоров'я [4], а також введення в

дію Закону України "Про внесення змін до деяких законів України про ліцензування імпорту лікарських засобів та визначення терміну "активний фармацевтичний інгредієнт" від 04.07.2012 № 5038-VI, Положення про ліцензування імпорту лікарських засобів, внесені до Закону України "Про лікарські засоби" та "Про ліцензування певних видів господарської діяльності". які вступили вступила в дію 01.03.2013 р. [5].

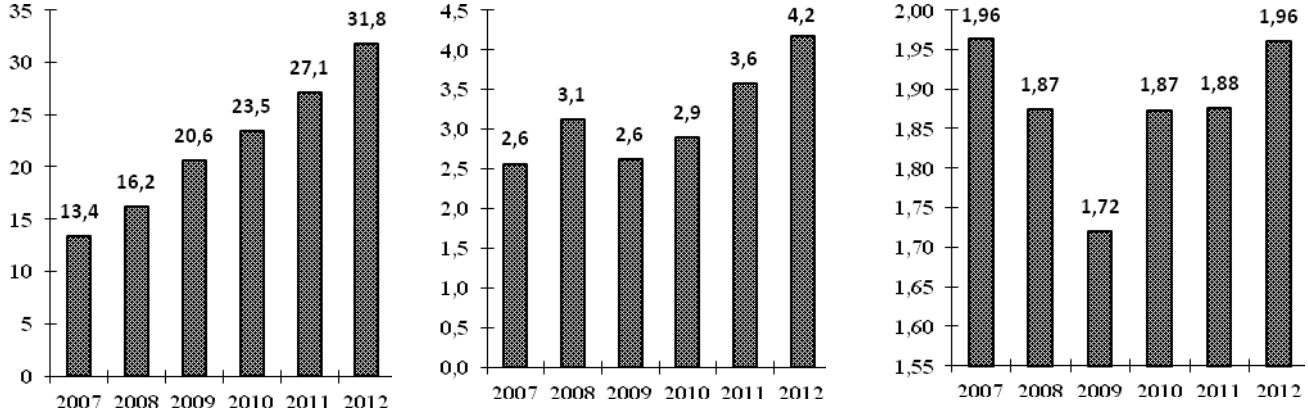
Однак, незважаючи на ці та інші прийняті кроки щодо реформування фармацевтичної галузі, значна частина населення у 2012 році констатувала погіршення медичного обслуговування і визначили цей чинник однією із 5 найбільших загроз для України сьогодні [6]. Крім цього, майже 50 % населення держави головною своєю турботою вважає здоров'я, визначивши це питання більшим пріоритетом, навіть у порівнянні із необхідністю вирішення фінансових, матеріальних, політичних чи суспільних проблем [7], що визначає потребу подальшого вдосконалення фармацевтичного забезпечення як однією із найважливіших компонент системи соціальної безпеки України.

Вирішенню окреслених питань присвячено велику кількість наукових праць як фармацевтів, так і економістів, соціологів, серед яких Б.Громовик, З.Варналій, А.Дацко, О.Іляш, А.Котвіцька, Н. Клунко, Е. Лібанова, З.Мнушко, А.Немченко, Ю.Підпружніков, В.Толочко, Н.Чухрай, які визначають важливою проблемою сучасної системи медичного обслуговування недосконаліть фармацевтичного забезпечення і, зокрема, її імпортозалежність, що не дозволяє належним чином вдосконалити та забезпечити передбачені законом соціальні гарантії населення.

Тому метою статті є окреслення шляхів подолання імпортозаміщення у фармацевтичній галузі як пріоритету стратегії соціальної безпеки України.

Завданнями статті є : проаналізувати стан та динаміку фармацевтичного ринку України; визначити основні проблеми щодо неналежного фармацевтичного забезпечення населення ліками, пов'язані з високим ступенем імпортозалежності ринку фармацевтичної продукції; запропонувати напрями подолання імпортозаміщення у контексті покращення фармацевтичного забезпечення як важливої складової системи соціальної безпеки України.

Однією з основних причин активного завоювання зарубіжними компаніями вітчизняного фармиринку є значна його ємність та опортуністичні прогнози щодо подальшого його збільшення. Український фармринок є одним із найдинамічніших у світі. За останні роки темпами його росту складають у середньому 17-23% на рік (рис. 1).



а) млрд. грн б) млрд.дол. США в) млрд. упаковок

Рис. 1. Динаміка обсягів фармацевтичного ринку України за 2007-2012рр.

Складено за даними: [8; 9].

У 2011 р. зростання у грошовому вираженні обсягів фармринку України склало 16%, а й 2012 р. - 17 %, натомість у натуральному вираженні ринок за ці роки навіть не досяг показників 2007 р., що свідчить про суттєве підвищення цін на ЛЗ, навіть у доларовому еквіваленті. За даними рис.1 б засвідчимо, що у 2009 р. спостерігалося зниження обсягів у ринку у доларовому вираженні, що пов’язане з загостренням світової кризи, а також коливанням курсу гривні у цей період, а відповідно, зумовило зниження обсягів імпорту.

Так, у структурі зростання обсягів фармринку за 2012 р 8 % зростання відбулося за рахунок інфляційних процесів, ще 8 % за рахунок заміщення брендових препаратів генеричними, і лише 1 % розширення ринку – завдяки впровадженню інновацій у галузі. Відмітимо також фактичну відсутність еластичності попиту на фармпрепарати за аналізований період.

За прогнозами аналітиків відбуватиметься і подальше розширення українського фармацевтичного ринку, зокрема на думку М. Табахарнюка, тільки у

2013 р. такий приріст складе щонайменше 15%, а сама галузь розглядається як одна із найприбутковіших сегментів вітчизняної економіки у найближчі роки [10]. Таке зростання вимагає від керівництва України жорсткого контролю за фармацевтичним ринком не лише як стратегічним сегментом щодо забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення населення країни, але і як прибутковим бізнесом, неврегульованість якого може нанести шкоду вітчизняним виробниками, дистриб'юторам та споживачу.

Експерти визначають, що резерв подальшого зростання ємності фармринку обумовлений сьогодні порівняно низькими показниками споживання ЛЗ на душу населення. Так, у 2011 р. витрати на ЛЗ посідали 4-5 місце у структурі витрат домогосподарств України. У 2012 р. видатки на ліки становили близько 480 грн. на особу, що принаймні удвічі менше, ніж у Польщі. І це тоді, коли на вітчизняному ринку майже 70 % препаратів відпускаються без рецепта лікаря, а у країнах ЄС – лише близько 30 % [11].

Стабілізація фармацевтичного ринку після кризових кін. 2008-поч. 2009 рр. зумовила посилення активності іноземних фармацевтичних компаній на українському ринку фармацевтичних продуктів, що відобразилося на інтенсифікації імпорту ЛЗ до України за останні роки (табл.1).

Таблиця 1

Обсяги експорту та імпорту у фармацевтичній галузі України у 2005-2011 рр.

Показники	Обсяг фармацевтичної продукції за статтею зовнішньої торгівлі, млн. дол. США							Темпи приросту, у% до попереднього року					
Роки	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Експорт	82,2	92,5	129,4	151,1	150,0	198,5	195,1	12,5	39,9	16,8	-0,7	32,3	-1,7
Імпорт	1043,9	1384,9	1931,3	2433,3	2130,3	2445,8	2879,4	32,7	39,5	26,0	-12,5	14,8	17,7
Співвідношення імпорту до експорту, %	12,7	15,0	14,9	16,1	14,2	12,3	14,8						

Складено за даними: [5].

Станом на кінець 2011 р. у структурі імпорту продукції хімічної промисловості фармацевтична продукція посідала за обсягами друге місце (23,0%) зі загальним обсягом 2879,0 млн дол. США. Аналізуючи структуру

експорту та імпорту фармацевтичної продукції, можемо констатувати, що за період 2005-2011 рр. обсяг імпорту перевищував експорт у середньому на рік у 14,3 рази, що свідчить про значне покриття імпортом експорту, що засвідчує незбалансованість соціально-економічних інтересів держави та її споживачів.

Як бачимо, активність підприємств фармацевтичної галузі України є значно більшою у налагодженні імпорту. Щорічний приріст обсягів імпорту у грошовому еквіваленті, за винятком 2009 р. (як результат впливу загострення кризових явищ у світовій і вітчизняній економіці) за аналізований період склав у середньому) 26,1 % на рік, тоді як експорту лише 16,5%. Наголосимо, що стабільне зростання обсягів внутрішнього ринку та зростання імпорту спостерігається на фоні постійного скорочення населення країни, що свідчить не стільки про зростання обсягів споживання ліків у розрахунку на 1 особу, скільки про їх подорожчання [12].

Загострення кризи і зниження імпортних поставок у 2009 р. стимулювали зростання вітчизняного виробництва ЛЗ на 47 % , при інтенсифікації імпортних поставок у 2010-2012 рр. темпи зростання вітчизняного виробництва ЛЗ дещо знизились і становили відповідно 27% у 2010 та у 16 % - 2011.

Болючою проблемою державної політики розвитку фармацевтичної галузі є те, що імпортні ЛЗ, охоплюючи значно меншу частку українського ринку у фізичному вираженні (менше 40 %) , у грошовому вираженні завоювали понад 70 % внутрішнього ринку держави (рис. 2).

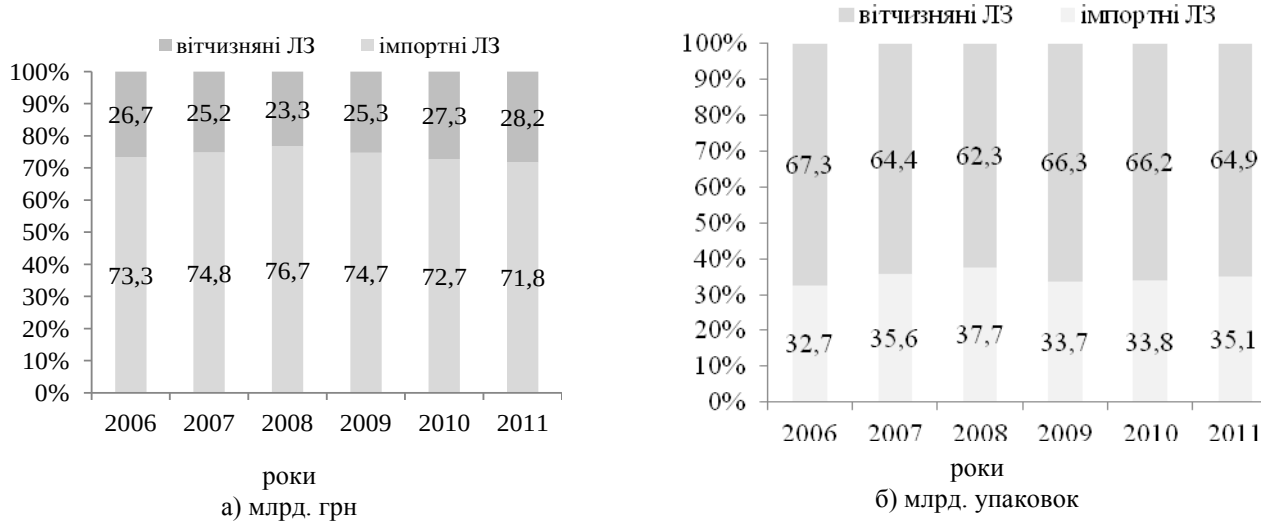


Рис. 2. Структура українського фармацевтичного ринку за джерелами походження ЛЗ. Складено за [8; 9].

За останні 5 років до топ-10 лідерів фармацевтичного ринку за обсягами продаж є 6 іноземних компаній (Berlin-Chemie/Menarini Group (Німеччина), Sanofi (Франція), Teva (Ізраїль), Nycomed (Норвегія), KRKA (Словенія), Sandoz (Швейцарія)). Загрозливим з точки зору соціальної безпеки як споживачів, так і вітчизняних фармвиробників є те, що саме зарубіжні компанії постачають на ринок новітні препарати, аналогів яких вітчизняні підприємства часто просто не випускають. Так, у структурі імпорту ЛЗ у 2011 р. значну частку склали високотехнологічні препарати – кров, сироватки імунні та фракції крові (11,1 %), препарати на основі антибіотиків (8 %), гормональні препарати (3,2 %) [13].

Недостатня інноваційна активність вітчизняних фармвиробників значною мірою обумовлена обмеженістю інвестиційних ресурсів у розвиток галузі. Хоча сума видатків зведеного держбюджету на охорону здоров'я невпинно зростають (рис. 2), за результатами моніторингів останніх років , це суттєво не позначилося на покращенні фармацевтичного забезпечення населення [6], оскільки основна частка коштів скеровується та витратні статті галузі і майже не інвестуються у розвиток.

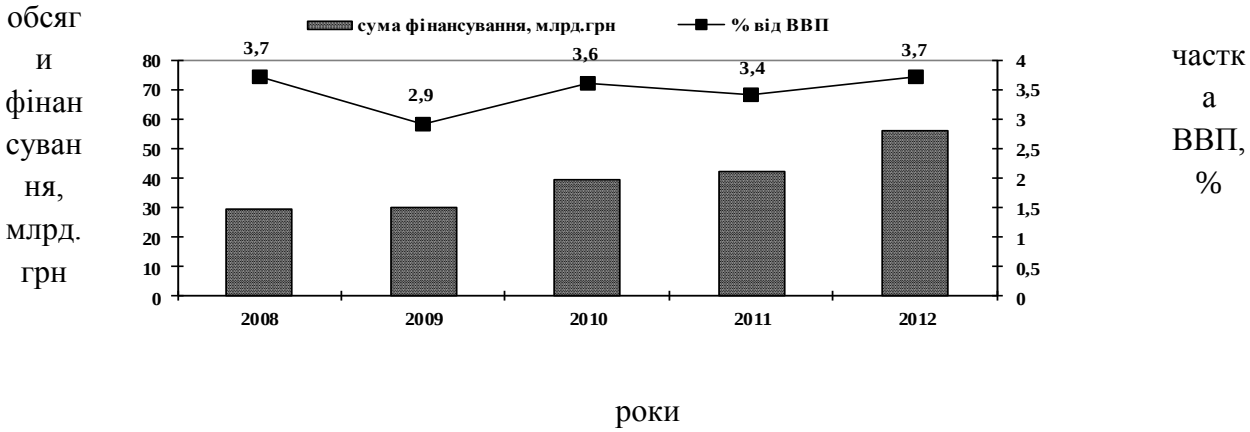


Рис. 2. Видатки на охорону здоров'я в Україні за 2008-2012 рр. Складено за даними: [14].

У розвинених країнах частка видатків на охорону здоров'я є значно вищою і мінімально складає 9-10% ВВП, а з огляду на зростання рівня захворюваності населення Землі прогнозовано зростатиме до 14-15% ВВП.

Українське законодавство також обумовлює значно вищі норми видатків на охорону здоров'я, значна частка яких повинна скеровуватися на фармацевтичне

забезпечення галузі. Так у ст. 12 Закону Україні «Основи законодавства України про охорону здоров'я» обумовлено бюджетні асигнування реалізації державної політики охорони здоров’я у розмірі не менше 10 % ВВП [15]. Причому ці видатки мають скеровуватися не лише на соціальні програми покращення медичного обслуговування та фармацевтичного забезпечення, але значною мірою, повинні інвестуватися у розвиток галузі. На сьогодні можемо констатувати, що у зв’язку із значними видатками на розробку нових препаратів, їх апробацію, ліцензування та впровадження виробництво, в Україні, рівень впровадження інновацій у фармацевтичній галузі є доволі низьким.

З. Мнушко та ін. систематизували основні ризики, пов’язані з недостатньою ефективністю науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт українського фармацевтичного сектора, визначивши найголовнішими такі: переривання фінансування досліджень; перевищення кошторису витрат; заниження інвестиційної вартості проекту; одержання негативних результатів досліджень; недосягнення запланованих параметрів (ефективності, безпеки, властивостей і т.п.) лікарського засобу; виникнення різного роду проблем при використанні нових технологій; виявлення негативних наслідків застосування лікарських засобів [16].

Недостатність фінансування є основною причиною зниження науково-дослідної активності у фармацевтичній галузі. Так, за даними Державної служби статистики України, у 2010 р. науковим розробками ЛЗ в Україні займалося лише 4 організації, які виконують наукові та науково-технічні роботи (0, 04% від загальної кількості організацій), а у 2011 – 6 (0,05% від загальної кількості організацій). Чисельність практичних дослідників у галузі з 2005 до 2011 р скоротилася з 476 осіб до 285 [17]. І це попри те, що фармацевтична галузь визнана у державі як один з потенційних флагманів інновацій. Саме тому на низці комунікаційних заходів, серед яких VIII Щорічна аналітична конференція «Фармринок Украины. ПереФАРМАтування–2013» , на якій було окреслено серед позитивних прогнозів реформування галузі ймовірне інвестування в інноваційні проекти з держбюджету 50 млрд грн [18].

Недосконаліть українського законодавства, значні трансакційні видатки

не стимулюють до інвестування у науково-дослідні роботи вітчизняного фармацевтичного сектора іноземних та приватних інвесторів. Ризики науково-дослідних розробок у фармації посилюються ще й тим, що 80 % розробок, у які інвестовані кошти, є неуспішними, а вихід фармпрепарату на ринок передують роки, а деколи десятки років розробок та досліджень. Як свідчать дані Євростату, у фармацевтичній галузі є найвищим показник створення валової доданої вартості на одну зайняту особу. Саме тому значна частка інвестиційних ресурсів, незважаючи на підвищену ризиковість, скеровується саме у цей сегмент, а тому у структурі інвестицій у інновації у світі на фармацевтичний сектор станом на 2011 р. припадало 19 % [13].

Низький рівень інноваційних розробок реалізує загрозу для споживачів належного фармацевтичного забезпечення у випадку припинення постачання імпортних ліків. Особливо актуальною є ця загроза для хворих на рідкісні хвороби (муковісцидоз, хвороба Гоші, гіпофізарний нанізм, гемофілія та ін.). Також значно посилює ризики соціальної безпеки висока вартість імпортних ЛЗ та ВМП, ціни на які часто є неадекватними щодо доходів населення України. Так, загроза фізичної недоступності ЛЗ для значної кількості хворих України від імпортних препаратів проявилася під час запровадження нових умов ліцензування імпортних ліків, які були введені в дію з 1 березня 2013 р., що зумовило ажіотажний попит на фармацевтичну продукцію зарубіжних виробників, а подекуди і дефіцит ліків окремих груп у аптеках України, особливо у перефирійних територіях.

Отже аналіз сучасного стану імпортозалежності фармацевтичного ринку України дає підстави визначити такі основні загрози для соціальної безпеки населення держави: (1) монопольність або охоплення значної частки фармринку імпортерами по багатьох групах ЛЗ ставить хворих у залежність від можливостей постачання таких ліків в Україну та нормативно-правового регулювання імпорту ЛЗ, а також від форс-мажорних обставин, за яких можливі перебої з їхнім надходженням; (2) висока вартість більшості імпортних ЛЗ, особливо оригінальних, та порівняно низький рівень їх доступності для вітчизняних хворих; (3) недостатній рівень науково-технічних та продуктових інновацій

знижує конкурентоспроможність вітчизняних виробників, що посилює у загрозу утримання іноземними виробниками значної частки вітчизняного фармринку у майбутньому, а, відповідно, зберігає ризики соціальній безпеці, пов'язані з високим ступенем імпортозалежності; (4) висока промоційна активність зарубіжних компаній на вітчизняному фармринку, що стимулює споживачів більше довіряти та надавати перевагу зарубіжним аналогам, часто незважаючи на вищу ціну та ймовірність фальсифікації дорогих препаратів.

Для протидії окресленим загрозам необхідно вдосконалити існуючу політику оптимізації фармацевтичного забезпечення населення, зокрема окреслившии першочерговими такі заходи:

1) визначити пріоритетні сегменти фармацевтичного ринку з огляду на структуру захворюваності в Україні та сприяти впровадженню у вітчизняне фармацевтичне виробництво нових або генеричних препаратів, особливо у сегментах, де сьогодні імпортери мають монопольні або лідируючі позиції;

2) проводити постійний моніторинг фармринку щодо цінової ситуації, сприяти подальшому впровадженню підходів референтного ціноутворення на імпортні ЛЗ, сприяти охопленню вітчизняними виробниками на ринку ніші високоцінових ЛЗ, продовжити запровадження програм цільової соціальної допомоги з відшкодування видатків на ЛЗ, надаючи пріоритет вітчизняним препаратам;

3) сприяти інтенсифікації та інвестиційній привабливості інноваційних розробок у фармацевтичній галузі, запровадивши відповідні квоти у структурі фінансування науково-дослідних робіт як на рівні держави, так і регіонів, де фармацевтична промисловість є одним із найрозвиненіших галузей економіки. Сприяти впровадженню у вітчизняне виробництво препаратів-генериків, а також ЛЗ другого, третього та четвертого поколінь з відомих діючих речовин.

4) продовжити впровадження заходів щодо послаблення промоційної діяльності зарубіжних компаній на фармацевтичному ринку, особливо шляхом заборони і жорсткого контролю використання персональної реклами через лікарів, фармацевтів, а також внести відповідні зміни законодачої бази, передбачивши, що у рецептах лікарі вказуватимуть не товарну марку ЛЗ, а міжнародна непатентована назва препарату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стратегія національної безпеки «Україна у світі, що змінюється»/ Введена в дію Указом Президента України «Про рішення РНБО України від 08.06.2012 р. «Про нову редакцію Стратегії національної безпеки України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/389/2012.

2. Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр.» від 13.09.2010 р. № 769. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100913_769.html.

3. Постанова КМУ «Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розроблення новітніх технологій створення вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011-2015 рр.» від 22.06.2011 р. № 725 // Урядовий кур'єр. - № 138 . - 30 липня 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110411_0.html.

4. Приказом МЗ Украины от 25.01.2012 г. № 51 создан Координационный совет по регуляторным вопросам фармацевтического сектора отрасли здравоохранения при МЗ Украины [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.apteka.ua/article/130837.

5. Держлікслужба України 1 березня 2013 року розпочала видачу ліцензій на провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів / Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130301_2.html.

6. Петренко О. Безкоштовно-платна медицина. Якою вона є насправді? / О. Петренко / недержавної універсальної клініки "Оберіг" (Київ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.oberigclinic.com.

7. Результати опитування за 07'2012 / Школа професійної журналістики «Нова Україна» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: mediaschool.org.ua.

8. PharmXplorer: group of analytical dashboard applications for pharmaceutical market players [Електронний ресурс]. – Режим доступу: pharmxplorer.com.ua.

9. Helicopter View: аптечный рынок Украины по итогам 2012 г. / Анна Шибаева, Юлия Гицман // Аптека. – 2013. – № 875 (4). – 28 січня. – С.18-19.

10. Думка експерта: У 2013 році найбільш привабливою галуззю для M&A буде фармацевтика // Економічна правда. – 2013, 23 січня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.epravda.com.ua/news/2013/01/23/357886/

11. Жителі України витрачаються на медичні препарати в два-три рази менше, ніж сусіди-поляки / Матеріали Пресс-центру ІА"ЛігаБізнесІнформ" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://news.liga.net/ua/news/health/799470-ukra_nts_shchoroku_vitrachayut_na_l_ki_po_480_griven_chinovnik.htm.

12. Аналіз фармацевтичного ринку України: аналітичний огляд / Вебсайт рейтингового агентства Кредит- Рейтинг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.credit-rating.ua/img/st_img/AS/2012/23.05.2012/obzor_farm_ukr_23.05.12.pdf

13. Механізми забезпечення розвитку високотехнологічних та наукоємних виробництв у фарм. галузі України. Аналітична записка / О.Собкевич, А. Шевченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/articles/846/

14. Офіційний сайт державного комітету статистики України [Електронний ресурс].– Режим доступу: http://ukrstat.gov.ua.

15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – С.19.

16. Мнушко З.М. Систематизація ризиків у фармацевтичній галузі / Мнушко З.М., Євтушенко О.М., Страшний В.В. [Електронний ресурс].– Режим доступу: dspace.ukrfa.kharkov.ua

17. Наукова та інноваційна діяльність в Україні: Статистичний збірник / Державна служба статистики України. – К.: ДП „Інформаційно-видавничий центр Держстату України”, 2012. – 305 с.

18. VIII Ежегодная аналитическая конференция «Фармрынок Украины. Пере-ФАРМАтирование–2013» // Аптека. – 2013. – № 879 (8). – 25 лютого. – С. 9-11.

19. В Україні найчастіше фальсифікують ті ліки, які найбільше рекламуються // Офіційний сайт Західної інформаційної корпорації [Електронний ресурс].– Режим доступу: http://zik.ua/ua/news/2012/11/13/378666.

SUMMARY The basic trends in the pharmaceutical market of Ukraine and a high degree of import dependence, which increases the threats of population social security are shown. The priorities of import substitution of Ukrainian pharmaceutical market in the context of increasing social security are grounded.

РЕЗЮМЕ Определены основные тенденции фармацевтического рынка Украины и доказана высокая степень его импортозависимости, что усиливает угрозы социальной безопасности населения. Обоснованы приоритетные направления импортозамещения украинского фармацевтического рынка в контексте усиления социальной безопасности государства.

УДК 614.88:616.1/.9-08:615.2/.3.032/.036:006.036

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ НАСЕЛЕНИЮ УСЛУГ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б.Г. Бочкарев, Т.И. Кабакова, В.В. Гацан

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

РЕЗЮМЕ На прикладі станції швидкої медичної допомоги при районній лікарні виявлено середня кількість обслуговуваних викликів за місяць, проаналізована структура їх причин, вивчено особливості застосування медичних виробів і відсутність декількох груп лікарських препаратів в комплектації медичної укладки, встановлені конкретні фармакотерапевтичні групи лікарських препаратів, що використовуються при наданні швидкої та невідкладної медичної допомоги населенню.

Ключевые слова: скорая помощь, неотложная помощь, лекарственные препараты, вызовы.

Оказание услуг бесплатной скорой и неотложной медицинской помощи является наиболее острой проблемой экстренной медицины, проблемы которой остаются нерешенными до настоящего времени. Наряду с объективными причинами представления некачественных услуг скорой медицинской помощи (СМП): недо-финансирование отрасли, отсутствие необходимого оборудования, недоукомплек-тование квалифицированными кадрами врачебных бригад СМП, особое внимание обращает на себя несоответствие оказанной в пути и на месте медикаментозной помощи необходимому объему медицинской помощи, соответ-ствующему тяжести состояния пациента и опасности возникающих осложнений [1,4].

Целью исследования явилось изучение структуры потребления лекарственных препаратов (ЛП) различных фармакотерапевтических групп на примере станции СМП при районной больнице поселка Энем Тахтамукайского района Республики Адыгея.

Установлено, что штат СМП включает фельдшерскую бригаду и прикрепленных к ней врачей-реаниматологов реанимационного отделения районной больницы. Данная штатная структура бригады обусловлена возложенными на нее дополнительными полномочиями по оказанию неотложной медицинской помощи при возникновении ДТП на 15-ти километровом участке федеральной автострады «Краснодар-Новороссийск», проходящей непосредственно через населенный пункт, где дислоцируется подразделение СМП. Кроме того, в зоне ответственности учреждения находится 12 сельских населенных пунктов с общим количеством постоянно проживающего населения более 20 тыс. человек. Энемская районная больница участвует в реализации федеральной целевой программы Южного федерального округа «Совершенствование оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях», то есть фактически выполняет часть функций присущей службе медицины катастроф [2,3].

Анализ эффективности расходования финансовых средств, затраченных на модернизацию учреждений здравоохранения, среди которых укомплектование машинами скорой помощи и их оборудованием показал, что в период с 2006 по 2010 г.г. в учреждение поставлено три автомобиля СМП, в том числе реанимобиль класса «А» и два автомобиля класса «В». Укомплектованность поставленных автомобилей медицинскими изделиями соответствует прилагаемым перечным оснащения. В тоже время выявлено неэффективное использование имеющегося оборудования, установленного в них: такое необходимое оборудование как аппарат для ингаляционного наркоза, дефибриллятор, аспираторы, аппарат для искусственной вентиляции легких не используются по причине отсутствий пациентов. Однако, при сопоставлении фактических диагнозов, выставленных даже на предварительном этапе при первичном осмотре пациентов, необходимому обязательному перечню процедур, обеспечивающих и поддерживающих состояние пациентов, установлено, что указанное оборудование с той или иной целью должно было быть применено почти в 30% случаев. Данное несоответствие федеральным стандартам оказания неотложной помощи связано с тем, что стационарное реанимационное отделение медицинского учреждения находится в непосредственной близости от места ДТП.

По данным за 2011-2012 г.г. установлено, что количество обслуженных вызовов бригадой СМП районной больницы находится в пределах от 409 до 576 в месяц. При этом доля экстренных вызовов, требующих выезда врача-реаниматолога (именно такие вызовы, как правило, сопровождаются большим объемом оказываемой немедикаментозной помощи и применения аппаратуры) в общем соотношении оставалось постоянным – от 30 до 43 в месяц, что составило, соответственно от 7,3% до 7,4% от общего числа вызовов.

В качестве материалов исследований взяты оформленные карточки вызовов бригады СМП районной больницы за период январь - апрель 2012 года в количестве 353 единиц.

Наиболее частой причиной вызова 146 вызовов (по результатам уточненного конечного диагноза), что составляет 41,3% от общего числа были заболевания связанные с сосудистыми нарушениями (обострение гипертонической болезни, в различных проявлениях – 101, ишемическая болезнь сердца – 25, острые нарушения мозгового кровообращения – 10.

На втором месте инфекционные заболевания и ассоциированные с ними состояния – 41 вызов (11,6%). Среди них отмечены ОРЗ и ОРВИ – 87,8% вызовов, пневмонии – 7,3%, кровотечения, вызванные туберкулезной инфекцией – 4,9%.

На третьем месте по частоте вызовов – случаи острой абдоминальной патологии – 22 вызова (6,2%). Среди них: острый аппендицит, обострение хронического панкреатита, холецистита, гастрита, язвенной болезни желудка и геморроя.

На долю остальных причин вызовов бригады СМП приходится 40,8% всех зарегистрированных диспетчером вызовов, в том числе травмы, острые кардиопатии (инфаркт миокарда, шок, коллапс, гипотония неуточненная, бронхиальная астма, неврологическая патология (невроз, судорожный синдром, амнезия, стресс) роды и патология беременных, аллергические реакции, в том числе на прием лекарственных препаратов.

На следующем этапе исследования было проведено изучение ассортимента и частоты применения различных фармакотерапевтических групп лекарственных препаратов для формирования информационной базы с

последующим прогнозированием финансовых затрат и неизбежных потерь при формировании необходимых неснижаемых запасов ЛП.

В качестве стандарта оснащения бригады СМП рассматривался состав медицинской укладки выездной бригады СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 11.06.2010г. № 445 «Об утверждении комплектации лекарственными средствами и ИМН укладки выездной бригады СМП», включающей 33 фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов и 56 наименований медицинских изделий (МИ). В первую очередь, был изучен ассортимент и частота применения различных групп ЛП, так как они в отличие от МИ характеризуются ограниченным сроком годности и особенностями условий хранения и применения.

При анализе комплектации медицинской укладки выявлено отсутствие нескольких групп лекарственных препаратов - курареподобных миорелаксантов (группа 1.15), которые были заменены транквилизаторами (диазепам), а также активаторов фибринолиза (группа 1.28) - незаменимых препаратов, необходимых для оказания помощи, при тромбоэмболиях, что может послужить причиной смерти при данной патологии из-за неоказания помощи в пути [1,2].

По результатам исследований отмечено, что на 277 вызовов, приходится 541 применение лекарственных препаратов в различных лекарственных формах. Наиболее широкое применение имеют инъекционные ЛП (96,9 %).

В структуре используемых фармакотерапевтических групп лекарственных препаратов преобладают миотропные спазмолитики – 143 применения (26,4 %); ненаркотические анальгетики (НПВП) – 88 применений (16,3 %); антигистаминные средства – 75 (13,9 %); растворы, влияющие на водно-электролитный баланс – 50 (9,2 %); антигипертензивные средства – 39 (7,2 %); седативные средства – 22 (4 %); бронхолитики – 20 (3,7 %); гормональные средства – 18 (3,3 %); диуретики – 18 (3,3 %); средства для коррекции метаболических процессов – 14 (2,6 %); средства, влияющие на свертывание крови – 12 (2,1 %); антиаритмические препараты – 11 (2 %); нейролептики – 9(1,7 %); сердечные гликозиды – 6 (1,1 %); такие группы как адреномиметики, нитраты, холиноблокаторы, местные анестетики, антигипоксанты

и ноотропные, противорвотные и прочие средства применялись в единичных случаях – частота их применения не превысила 5 раз (менее 1 %).

Далее исследования показали, что за указанный период применялся 41 ЛП, причем 9 из них не включены в обязательный перечень укладки бригады СМП (метамизол-натрия, диклофенак-натрия, феназепам, коргликон, строфантин, дибазол, папаверина гидрохлорид, сульфокамфокаин, кордиамин), то есть их применение в рамках оказания скорой и неотложной помощи законодательно не предусмотрено. Выявлено, что лидером назначений являются: метамизол натрия (анальгин), не входящий в состав укладки – 81 применение (14,9 %); дифенгидрамин – 71 применение (13,1 %); натрия хлорид – 50 (9,2 %); магния сульфат – 46 (8,9 %); папаверина гидрохлорид и дибазол, также не входящие в состав стандартной укладки, - 45 и 32 применения (8,3 % и 5,9 %) соответственно.

На заключительном этапе исследования авторами был проведен ситуационный анализ на соответствие фактически выставленного диагноза назначенному лечению по нозологическим группам заболеваний, в результате установлено, что из 101 зафиксированного диагноза «гипертоническая болезнь» только в 39 случаях назначались антигипертензивные препараты (верапамил, пропранолол), в остальных случаях применялись миотропные спазмолитики (папаверина гидрохлорид, дротаверин, дибазол), а так же метамизол-натрия для купирования краниалгии на фоне повышенного уровня АД. Таким образом, патогенетическая терапия заболевания отсутствовала более чем в 60 % случаев.

ВЫВОДЫ:

1. По результатам проведенного исследования установлено, что необходимое оборудование бригад СМП зачастую не используется, в результате этого теряется драгоценное время на оказание неотложной помощи экстренным пациентам.
2. Наиболее частыми причинами вызова бригады СМП являются заболевания, связанные с сосудистыми нарушениями, на втором месте инфекционные заболевания, на третьем - острая абдоминальная патология.
3. На долю экстренных вызовов, требующих выезда врача-реаниматолога приходится не более 7,4% от общего числа вызовов, остальные могут быть обслужены средним медицинским персоналом.

4. Фактическая комплектация медицинской укладки бригад СМП неполная, допускается замена ЛП одних фармакотерапевтических групп на другие, что может послужить причиной неоказания помощи в пути при некоторых видах заболеваний, в результате сохраняется высокий уровень смертности, в частности, при острых сосудистых патологиях.

5. Основные манипуляции персонала СМП заключатся в проведении больным инъекции лекарственных препаратов – 96,9%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочкарев, Б.Г. Основные аспекты скорой медицинской помощи населению Республики Адыгея /Б. Г. Бочкарев // Бюллетень Северного Государственного Медицинского университета. -2011. - №1.- С. 232-233.
2. Доклад: О состоянии здоровья населения Республики Адыгея в 2009-2010 годах / Министерство здравоохранения РА.- Майкоп: ООО «Качество», 2010.-110с.
3. Постановление Кабинета Министров Республики Адыгея от 27 января 2011 г. N 11 "О Программе модернизации здравоохранения Республики Адыгея на 2011-2012 г."
4. Садыков, Р.А., Карабаев, Х.К. Аллазов, С.А., под.ред. Садыкова Р.А., Очерки становления и развития экстренной медицинской помощи в Самарканде /Р.А. Садыков, Х.К. Карабаев, С.А. Аллазов; под. ред. Р.А. Садыкова. – М.: Медицина, 2004. – С. 38-40.

SUMMARY: On the example of the station of emergency medical care at the district hospital revealed the average number of handled calls for the month, the structure of their reasons, peculiarities of application of medical products and the absence of several groups of drugs in the set of health of installation, set a specific pharmacotherapy group of drugs used in the rendering of emergency medical aid to the population.

РЕЗЮМЕ: На примере станции скорой медицинской помощи при районной больнице выявлено среднее количество обслуживаемых вызовов за месяц, проанализирована структура их причин, изучены особенности применения медицинских изделий и отсутствие нескольких групп лекарственных препаратов в комплектации медицинской укладки, установлены конкретные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов, используемые при оказании скорой и неотложной медицинской помощи населению.

УДК 615.1:378.14.015.62:378.146

ЯКІСНА ОЦІНКА ЯК КРИТЕРІЙ СФОРМОВАНОСТІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИПУСКНИКІВ - ФАРМАЦЕВТІВ

Т.С. Прокопенко, І.В. Коломієць

Коледж Національного фармацевтичного університету, м. Харків,Україна

РЕЗЮМЕ

У статті розглянуто вплив засобів та методів оцінювання на якість професійної підготовки спеціалістів фармації та роль якісного оцінювання у визначенні рівня сформованості компетентностей.

Ключові слова: молодші спеціалісти фармації, професійні компетентності, кількісна та якісна оцінка.

Реформування вищої професійної освіти в Україні направлено на забезпечення потреб суспільства у кваліфікованих кадрах. Якість освіти визначається перш за все здатністю випускників вищих навчальних закладів виконувати професійні обов'язки завдяки комплексу сформованих компетентностей, які мають попит на ринку праці [1,2].

Фармація достатньо мобільна галузь, яка пройшла довгий шлях становлення від практичного мистецтва виготовлення ліків до розуміння необхідності розробки теоретичних основ фармацевтичних наук. Якісна підготовка випускників вищих фармацевтичних закладів освіти повинна базуватись на найкращих вітчизняних традиціях як фахових, так і педагогічних, враховувати історичний досвід світової фармації, відповідати вимогам сучасності.

Впровадження у освіту компетентнісного підходу до підготовки фахівців вимагає змін і у існуючій системі оцінювання.

Метою наших досліджень є розробка засобів діагностики рівня сформованості компетентностей молодших спеціалістів фармації [4,5].

Традиційно критерієм якості підготовки випускника навчального закладу є оцінка його навчальних досягнень. Причому оцінка повинна нести не тільки контролююче навантаження, а перш за все стати інструментом корегування

процесу навчання для всіх учасників цього процесу: студенту – вказати на прогалини в підготовці, і тим самим мотивувати його на поліпшення результату, викладачеві – надати інформацію щодо покращення методики викладання, пошуку та застосуванню в навчальному процесі нових сучасних освітянських технологій [6].

Останнім часом достатньо популярним засобом діагностики стали тестові завдання. Якщо тести створені правильно і задовольняють всім вимогам педагогічних вимірювань, тобто є валідними, надійними, об'єктивними, то вони дійсно можуть стати інструментом для визначення ступеня набуття знань, умінь та навичок (ЗУНів). Завдяки чітким критеріям можна кількісно оцінити рівень підготовки майбутнього фахівця [5].

Для визначення рівня сформованості компетентностей необхідно використовувати новітні діагностичні засоби, серед яких все більшого поширення набувають кейс–метод, метод портфоліо, метод проектів, ділова гра, "метод Дельфі" (мозкової атаки) тощо.

Проведений аналіз різних джерел інформації показав, що запропоновані способи визначення рівня сформованості компетентностей потребують науково-практичного дослідження та впровадження. Здатність застосовувати набуті знання, вміння та навички в майбутній професійній діяльності можна оцінити тільки якісно.

Слід зазначити, що ідея використання якісної оцінки результатів навчання не є новою. Так, наприклад, В. Микитась указав, що у XVIII сторіччі у Київській духовній академії (нині Києво-Могилянська академія) була певним чином відпрацьована система оцінки навчальної діяльності та здібностей учнів, яка налічувала 26 оцінок: "весьма прилежен", "весьма понятен и надёжен ", "добронадёжний", "хорош", "зело доброго учения", "очень добр", "добр, рачителен", "весьма средствен", "ниже средствен", "ниже средствен, плох", "неизрядного успеха", "весьма умеренного успеха", "малого успеха", "понятен, но неприлежен", "понятен, но ленив", "прилежен, но тупого понятия", "понятен, но весьма нерадив", "не худо успевает", "не худ", "не совсем худ", "малого успеха", "непонятен", "не совсем туп", "туп и непонятен", "туп", "очень туп".

Пізніше, студентів Київської духовної академії (1737 р) за характером відгуків викладачів про них поділяли на групи: перша група відгуків позначає дуже добрі успіхи навчання: «учения изрядного, надежного, доброго, честного, хорошего, похвального». Друга група – середні успіхи: «учения посредственного, мерного, нехудого». Третя група оцінок характеризує успіхи нижче за середні: «учения слабого, подлого, прехудого, безнадежного, ленивого» [3].

Безперечно, сьогодні такі оцінки викликають посмішку, у сучасному суспільстві їх не можна назвати толерантними.

Система оцінки знань веде свій початок від єзуїтських шкіл XVI-XVII ст. в європейських вузах. Перші бали були введені із гуманних міркувань: ними замінили фізичні покарання за невивчені уроки.

У Російській імперії існували різні підходи до оцінювання. Так, у 1804 році була введена "кулькова система": директор навчального закладу визначав певну кількість кульок для з'ясування рівня знань. Найкращий результат оцінювався 90 кульками. А з 1818 року була введена чотирибальна ("4", "3", "2", "1"). Наприкінці 19 початку 20 століття у документах про освіту оцінки позначалися словами "відмінно", "вельми добре", "добре", "досить добре", "посередньо", "слабо". Також існували п'ятибальна, семибальна, дванадцятибальна шкала оцінок.

У 1918 році постановою Наркому Освіти кількісна бальна система для оцінки знань була замінена на якісну: "задовільно" і "незадовільно". У 1935 р. повернулися до п'ятибальної словесної оцінки знань учнів: "відмінно", "добре", "посередньо", "погано", "дуже погано". На початку 1944-1945 навчального року знову вводиться цифрова система ("5", "4", "3", "2", "1"), яку у 1993 р. звузили до чотирибальної системи ("5", "4", "3", "2") [6].

Нині в Україні у вищих навчальних закладах введена кредитно–модульна система організації навчання з рейтинговою системою оцінювання. Впровадження цієї системи і досі викликає багато запитань. Однією з найважливіших проблем є інформативність оцінки результатів навчання. У вищих навчальних закладах України студент, засвоївши навчальну дисципліну, може максимально набрати 100 балів. Навчальні дисципліни різняться за

кількістю відведених на їх вивчення кредитів, видів навчальної діяльності студентів, які підлягають оцінюванню, а значить розподіл балів варіює у широких межах від часток одиниці до кількох десятків. Важко зрозуміти, якій кількісній національній оцінці відповідають отримані бали конкретної дисципліни, не маючи навчальної програми. Особливо це є проблематичним при підготовці молодших спеціалістів, адже організація навчального процесу передбачає тісний зв'язок всіх ланок ланцюга: студент – викладач – керівник групи – батьки і для корегування навчальної діяльності студента необхідна зрозуміла для всіх система оцінювання, розроблені чіткі критерії.

Отримані бали потім конвертуються у оцінку за ECTS та за національною шкалою (за чотирибальною шкалою для іспитів та двохбальною для заліку).

Передбачається, що в основі бально–рейтингового оцінювання, як частини кредитно–модульної системи навчання, лежить компетентнісна модель формування знань, умінь та навичок.

Рівень ступеня сформованості компетентностей кількісно оцінити неможливо, тому нині пропонуються такі визначення: "здатен/не здатен", "вміє / не вміє", "володіє/не володіє" тощо.

Подальші дослідження передбачають розробку пакету засобів діагностики рівня сформованості компетентностей для Комплексного кваліфікаційного екзамену молодших спеціалістів фармації та проведення його експертизи фахівцями практичної фармації.

Література

1. Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України 29 березня 2012 року № 384. Про затвердження форм документів з підготовки кадрів у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації.
2. ПОСТАНОВА КМУ від 5 вересня 2012 р. № 847. Про затвердження Порядку розроблення, затвердження та внесення змін до галузевих стандартів вищої освіти.

3. Микитась В. Давні українські студенти і професори. - К.: Абрис, 1994.- с.212.
4. І.В. Коломієць, Т.С. Прокопенко. Аналіз якості тестових завдань для діагностики професійної підготовки випускників-фармацевтів // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, № 5(25) 2012, стр34-39
5. Т.С. Прокопенко, І.В. Коломієць. Визначення валідності тестових завдань в діагностиці рівня сформованості компетенцій // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупіка, Київ, 2012 - 612
6. О.І. Янкович. Види контролю та шкала оцінювання в професійно–орієнтованій технології навчання. [Електронний ресурс] // Удосконалення змісту й технологій оцінювання якості підготовки майбутніх фахівців відповідно до вимог європейської асоціації якості освіти: Матеріали регіонального науково–практичного семінару/ За ред. Г.В.Терещука.- Тернопіль: Вид–во ТНПУ ім.. В.Гнатюка, 2007.-160 с. http://old.tnpu.edu.ua/php1/include/resurs/kms/21/seminar_11.07.pdf

SUMMARY. Influence of ways and methods of assessment on the quality of professional training of specialists of pharmacy and the role of the qualitative assessment in determination of the level of formation of competences is considered in the article.

РЕЗЮМЕ. В статье рассматривается влияние способов и методов оценивания на качество профессиональной подготовки специалистов фармации и роль качественной оценки в определении уровня сформированности компетенций.

УДК 615.038+615.252+616.43

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ РИНКУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТУ ТА ПРОГНОЗ ПОТРЕБИ У ФІНАНСУВАННІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЦЬОГО СТАНУ НА ПРИКАРПАТТІ

І.О. Федяк, Д.В. Семенів, А.Ю. Пустовіт

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

РЕЗЮМЕ

У статті наведено результати проведеного маркетингового аналізу групи препаратів, які використовуються для профілактики йододефіциту станом на 01.01.2013 р. Виявлено, що в Україні зареєстровано 5 лікарських препаратів діючої речовини калію йодиду у вигляді 11 лікарських форм, з яких 80% вітчизняні препарати та 20% – іноземні. Аналіз оптового сектору показав, що найбільшу середню закупівельну ціну має німецький препарат Йодомарин 200 мкг №50, окрім того його пропонували найбільша кількість посередників. Аналіз роздрібної вартість препаратів у різних регіонах України вказує на те, що ціни на препарати у Західних регіонах є менші, порівняно зі Східними та Центральними. Розрахунок вартості профілактики йододефіциту препаратами-аналогами виявив, що найдешевшою вона є у препарату Антиструмін 1 мг №50 (Дарниця, Україна) і становить на півроку за кошти фізичних осіб на одну людину для дітей від 0 до 6 років – 3,24 грн., для дітей віком від 6 до 12 років – 4,32 грн., для дорослих – 5,40.

Ключові слова: йододефіцит, калію йодид, вартість йодопрофілактики.

Проблема йододефіциту є актуальною для багатьох сучасних країн. Більше 1 мільярда жителів планети живуть в місцях з пониженим вмістом йоду в біосфері. В результаті чого у 200 млн. людей виникає збільшення щитовидної залози (ендемічний зоб), у 20 млн. – розумова відсталість на фоні недостатності гормонів щитовидної залози [3]. Встановлено, що широка розповсюдженість ендемічного зобу серед школярів веде до зниження інтелекту до 15%. Історично значну частину території України відносили до регіонів ендемічної

патології щитоподібної залози, зумовленої дефіцитом йоду. Зокрема Західний регіон України, що представлений різними клімато-географічними зонами (гори, передгір'я, рівнини), вважається найбільшим вітчизняним ендемічним регіоном щодо зобу. За останні 10 років патологія щитовидної залози в Україні зросла більше, ніж в 10 разів [2].

Йод людині потрібен для захисту організму від втоми, хвороб, від передчасного старіння. Йодна недостатність у населення призводить до захворюваності щитовидної залози, порушення її функції – викид у кров тироксину і трийодтироніну. Фізіологічно ці гормони контролюють функціонування всіх систем організму, швидкість метаболізму, теплотворення, ріст, розвиток, жировий, вуглеводний і білковий обміни, обмін вітамінів, жирних кислот, холестерину, перетворення каротину у вітамін А, водний і електролітний обміни [4]. Отже, оскільки порушення функцій щитовидної залози призводить до найтяжких розладів організму, важливим є зовнішнє компенсування нестачі природного йоду йодовмісними препаратами [1]. Тому актуальним є дослідження стану вітчизняного ринку лікарських засобів (ЛЗ), використовуються для профілактики йододефіциту.

Оскільки препарати для профілактики нестачі йоду відносяться до безрецептурного відпуску, то розв'язок цієї проблеми віддано під курацію провізорів першого столу. Відповідно до Протоколу провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ для профілактики захворювань, спричинених йодною недостатністю, регламентованого наказом МОЗ № 284 від 16.05.2011 р «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)», для цього використовуються препарати з діючою речовиною калію йодид. Нами був проведений аналіз реєстрації групи H03C в Державному реєстрі ЛЗ України, який виявив, що станом на 01.01.2013 р. було зареєстровано 5 препаратів для профілактики йододефіциту у вигляді 11 лікарських форм: Йодомарин (табл. 100 мкг, 200 мкг, №50, №100, Berlin-Chemie, Німеччина), Антиструмін (табл. 100 мкг №50, а також таблетки 1 мг №50, №100, Дарниця, Україна), Калію йодид (табл. 250 мкг №10, Монфарм, Україна), Йод-норміл (табл. 100 мкг, 200

мкг, №50, Київський вітамінний завод, Україна), Йодид (табл. 100 мкг, 200 мкг, №50, Фармак, Україна). Крім зазначених ЛЗ до 19.04.2012 р. на ринку були присутніми ще 2 ЛЗ різних виробників за назвою Йодовітал (США, Естонія), термін дії реєстраційного посвідчення яких закінчився. Усі названі препарати внесено до Державного формуляру ЛЗ. На наступному етапі дослідження був проведений аналіз присутності вказаних ЛЗ на оптовому і роздрібному сегментах українського фармацевтичного ринку упродовж 2012 року. На рис. 1 показано розподіл препаратів групи H03C за виробниками, який виявив домінування вітчизняних ЛЗ, з іноземних – лише німецький ЛЗ йодомарин.

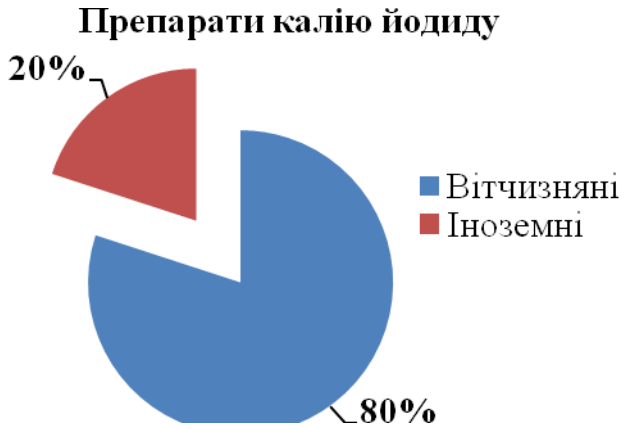


Рис. 1. Розподіл ЛЗ калію йодиду за виробниками

Усі аналізовані препарати представлено у таблетованій лікарській формі.

На рис. 2 показано результати щомісячного моніторингу середньої оптово-відпускної ціни за даними «Еженедельника «Аптека».

Отже, як свідчать результати аналізу оптові ціни на препарати за рік суттєво не змінились. Зокрема, ціна на препарат Калію йодид (табл. 250 мкг №10, Монфарм, Україна) залишалась на рівні 12,75 грн. Також нами було досліджено два препарати антиструміну одного виробника. І тут варто зазначити, що оптові ціни на препарат Антиструмін 100 мкг №50 і Антиструмін 1 мг №50 практично не відрізняються.

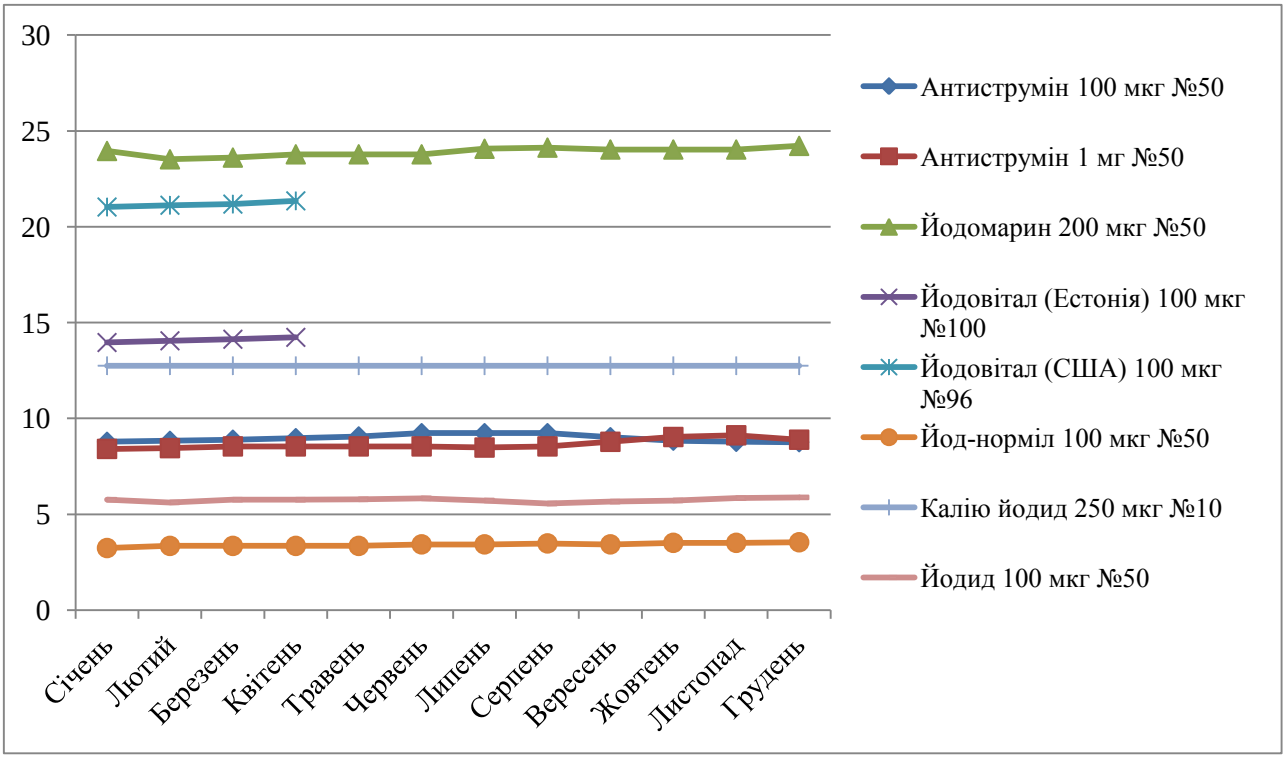


Рис. 2. Динаміка оптово-відпускної ціни 1 упаковки препаратів калію йодиду за 2012 рік

За кількістю постачальників лідером групи був німецький препарат-генерик йодомарин (рис. 3).

Рис. 3. Кількість постачальників ЛЗ калію йодиду на оптовому ринку

Як видно із рис.3, найменшу кількість постачальників має вітчизняний препарат калію йодид.

Крім того, слід зазначити що препарат антиструмін в дозі 1 мг розповсюджений більше на оптовому ринку, ніж у дозі 100 мкг.

Наступним етапом маркетингового аналізу стало визначення коефіцієнта ліквідності ціни препаратів групи H03C. Цей коефіцієнт відображає ступінь розвитку конкуренції на конкретному сегменті ринку в певний час і характеризує доступність лікарських засобів для широких верств населення. Розраховані коефіцієнти ліквідності зображено на рис. 4. Отже, найбільше значення коефіцієнта ліквідності мав препарат Антиструмін 100 мкг №50, Дарниця, Україна, найменше – Калію йодид 250 мкг №10. За аналізом коефіцієнтів ліквідності Йодомарину 200 мкг №50, Йодиду 100 мкг №50 та Антиструміну 100 мкг №50 діапазон коливання їх цін у залежності від постачальників не можна вважати коректним і етичним по відношенню до платоспроможності громадян України. Проте Калію йодид 250 мкг №10 та Йод-норміл 100 мкг №50 мали коефіцієнти ліквідності менше 0,3, що вважається найбільш оптимальним.

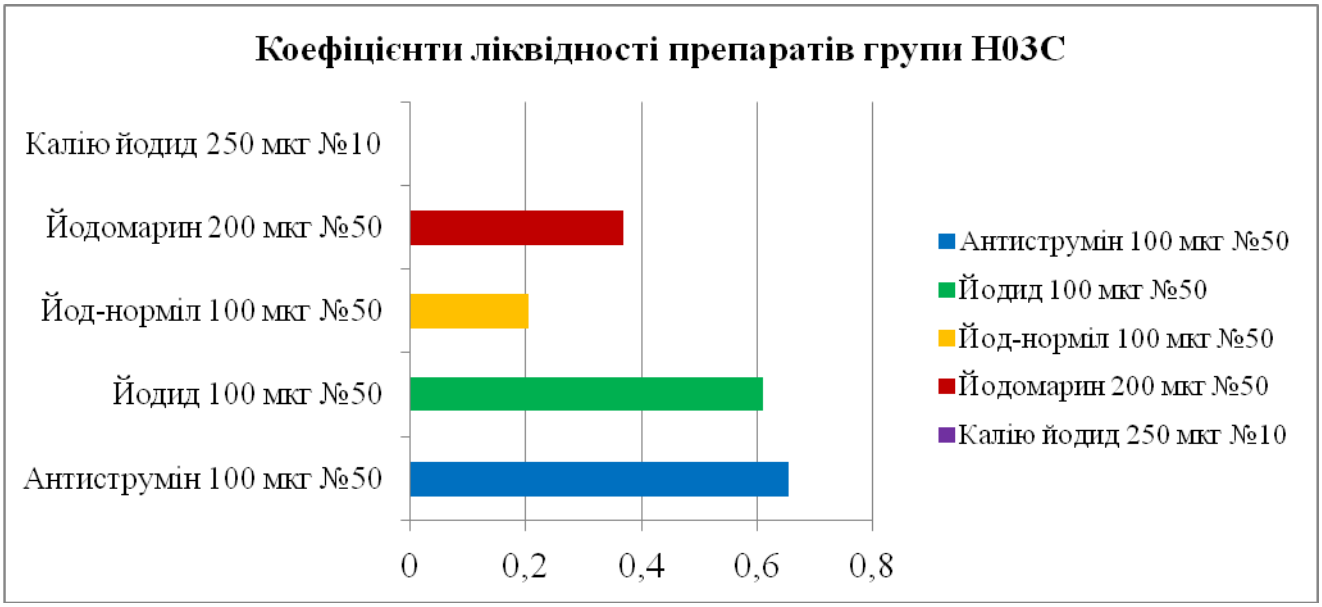


Рис. 4. Розраховані коефіцієнти ліквідності ціни на препарати групи H03C

Також ми проаналізували роздрібні ціни на ЛЗ в різних регіонах України та співставили отримані дані із середньозваженою ціною на препарати групи H03C за даними Компендіуму-online, medbrowse.com.ua. Для аналізу були взяті 3 обласні центри із різних регіонів України: Київ, Харків та Тернопіль.

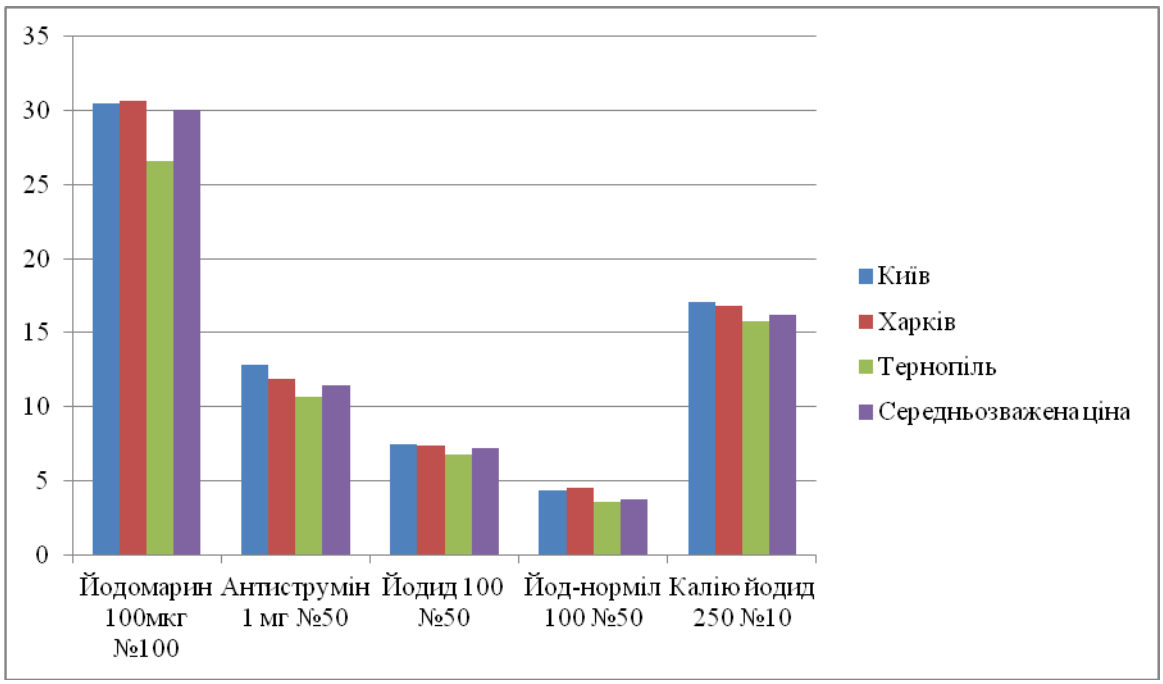


Рис. 5. Аналіз роздрібної вартості препаратів групи H03C в різних регіонах України

Дані рис. 5 свідчать, що ціни на препарати в Західному регіоні, зокрема м. Тернопіль, відрізняються у сторону зниження від середньозважених цін та середніх цін на препарати в містах Києві та Харкові. Особливо помітно це виражається у ціні на препарат Йодомарин 100 мкг №100. На рис. 6 представлено розрахунок вартості одиниці дози (100 мкг) калію йодиду в залежності від аналогів.

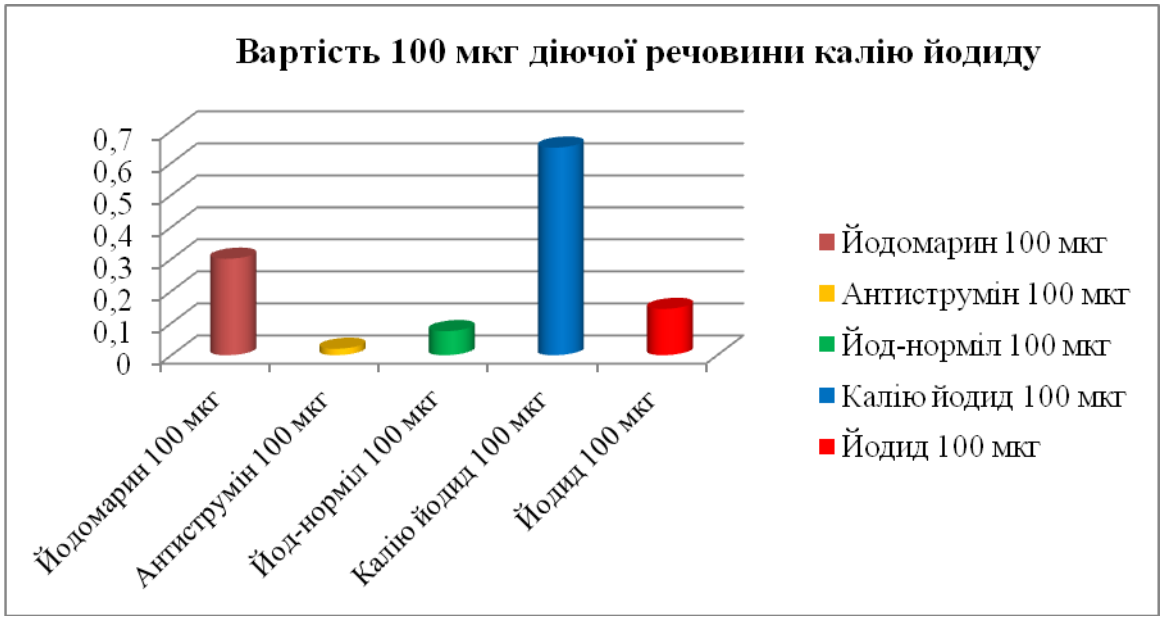


Рис. 6. Вартість 100 мкг калію йодиду різних препаратів аналогів

Отже, препарат калію йодид є найвартіснішим, а антиструмін у дозі 100 мкг – найдоступнішим для загальної профілактики йододефіциту.

На наступному етапі було розраховано вартість профілактики йододефіциту для різних вікових категорій. У табл. 1 представлено потребу в йоді на добу і вказано вікові категорії.

Таблиця 1

Добова потреба в йоді (за рекомендаціїями ВООЗ)

Групи людей	Потреба в йоді, мкг/добу
Діти дошкільного віку (від 0 до 59 місяців)	90
Діти шкільного віку (від 6 до 12 років)	120
Дорослі понад 12 років	150
Вагітні й жінки в період лактації	200

Оскільки термін належної профілактики йододефіцитних станів повинен становити не менше як півроку (180 днів) було визначено вартість профілактики для 1 людини залежно від вікової групи з урахуванням ЛЗ групи H03C, присутніх на вітчизняному фармацевтичному ринку (табл. 2).

Таблиця 2

Вартість профілактики йододефіциту для різних вікових груп населення на 1 особу

Препарат	**Вартість для дітей від 0 до 6 р**	**Вартість для дітей від 6 до 12 р**	**Вартість для дорослих**
Антиструмін 1 мг №50	3,24	4,32	5,40
Йодид 100 мкг №50	23,39	31,19	38,99
Йод-норміл 100 мкг №50	12,15	16,20	20,25
Йодомарин 100 мкг №50	48,76	65,02	81,27
Калію йодид 250 мкг №10	104,97	139,97	174,96

Як свідчать дані табл. 2, вартість курсу йодопрофілактики суттєво відрізняються за препаратами: вартість профілактики Антиструміном 1 мг №50 для дорослих у 32,4 рази нижча за вартість профілактики Йодомарином 100 мкг №50.

Термін «йододефіцитні захворювання» охоплює багато розладів, викликаних ушкодженням або недостатністю щитовидної регуляції. Так як Івано-Франківська область – один з найбільш ендемічних регіонів щодо зобу, то зовнішню корекцію цих станів йодовмісними препаратами доцільно проводити централізовано за кошти місцевих бюджетів. На наступному етапі аналізу була розрахована потреба у фінансуванні йодопрофілактики в Івано-Франківській області, яка враховує кількість жителів за віковими групами. З ЛЗ для йодопрофілактики за бюджетні кошти доцільним є використання найдоступнішого – Антиструміну 1 мг, № 50 (Дарниця, Україна).

Таблиця 2

Вартість профілактики йододефіцитних станів на рівні Івано-Франківської області препаратом Антиструмін 1 мг, № 50

Препарат	Вартість профілактики для дітей від 0 до 6 років, тис. грн	Вартість профілактики для дітей від 6 до 17 років, тис. грн	Вартість профілактики для дорослих, тис. грн
Антиструмін 1 мг № 50	256,9248	852,3842	5798,0099

Отже, сумарно для охоплення піврічною профілактикою йододефіцитних захворювань жителів Івано-Франківською області необхідно витратити 6 907 318,9 грн.

Висновки:

1. За аналізом вітчизняного ринку препаратів групи H03C виявлено, що в Україні на даний час зареєстровано 5 препаратів калію йодиду у різних лікарських формах. Співвідношення вітчизняні : імпортні препарати складає 4:1. Препарати призначені для безрецептурного відпуску, тому пропаганда необхідності профілактики йододефіцитних станів є прерогативою провізорів (фармацевтів) першого столу аптек та аптечних пунктів.

2. Ціновий аналіз показав, що у Західному регіоні роздрібна вартість препаратів калію йодиду є нижчою від середньозважених цін та цін на препарати у Східному на Центральному регіонах.
3. Встановлено, що вартість йодопрофілактики значно відрізняється за препаратами: співвідношення між вартістю профілактики Антиструміном 1 мг №50 (Дарниця, Україна) і Калію йодидом 250 мкг №10 (Монфарм, Україна) складає 32,4 рази.
4. Для забезпечення потреби у йодопрофілактиці всього населення за кошти місцевих бюджетів Івано-Франківської області необхідно передбачити 6 907 318,9 грн. За наявністю стану дефіциту місцевих обласних бюджетів доцільним є рекомендувати хоча б фінансування профілактики ендемічного зобу у дітей віком до 6 років, для чого для Івано-Франківської області необхідно передбачити 256,9248 тис. грн.

Література

1. Боднар П.М. Йододефіцитні стани та ендемічний зоб / П.М. Боднар, О.В. Щербак, Ю.Г. Комісаренко // Ендокринологія. – К. Здоров'я. – 2002. с. 91-101.
2. Буканова С.В. Тиреоїдний статус дітей і підлітків з дифузним ендемічним зобом / С.В. Буканова, Л.Н. Самсонова // Педіатрія. – 2004. – № 3. с.15-18.
3. Оцінювання йододефіцитних захворювань та моніторинг їх усунення: Посібник для керівників програм. – Третє видання. – К.: «К.І.С.», 2008 – 104 с.
4. Шідловський В.О. Йододефіцитні захворювання: діагностика, лікування, профілактика / В.О. Шідловський, І.М. Дейкало // Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 124 с.
5. Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology 4th ed. New York, Oxford University Press, 2001.
6. medbrowse.com.ua
7. apteka.ua

SUMMARY. The article presents the results of the marketing analysis group of drugs, used to prevent iodine deficiency as at 01.01.2013. Found, that there are 5 drugs, as active ingredient ispotassium iodide, in the form of 11 formulations, which are registrated in Ukraine.There are 80% of domestic products, and 20% - foreign. We have analyzed the wholesale sector, which showed that the highest average wholesale price has a German drug Iodomarin 200 mcg №50, in addition it is the most popular drug,because it has the largest number of intermediaries. Analysis of the retail price of drugs in different regions of Ukraine indicates, that the lowest prices for drugs are in the Western regions, compared to Eastern and Central parts. We have calculated the cost of prevention of iodine deficiency by drugs-analogues which have potassium iodide as an active ingredient.The analysis showed that the cheapest cost of prevention has the drug Antystrumin 1 mg №50 (Darnitsa, Ukraine). The cost of the prevention per person for children aged 0 to 6 years is 3.24 UAH, for children aged 6 to 12 years - 4.32 UAH and for adults – 5.40 UAH.

РЕЗЮМЕ. В статье приведены результаты проведенного маркетингового анализа группы препаратов, используемых для профилактики йододефицита по состоянию на 01.01.2013 г. Выявлено, что в Украине зарегистрировано 5 лекарственных препаратов действующего вещества калия йодида в виде 11 лекарственных форм, из них 80% отечественных препаратов и 20% – иностранных. Нами был проведен анализ оптового сектора, который показал, что наибольшую среднюю оптовую цену имеет немецкий препарат Йодомарин 200 мкг № 50, кроме того он является самым популярным, поскольку имеет наибольшее количество посредников. Анализ розничной стоимости препаратов в разных регионах Украины, указывает, что самые низкие цены на препараты в Западных регионах, по сравнению с Восточными и Центральными. Расчет стоимости профилактики йододефицита препаратами-аналогами с действующим веществом калия йодидом показал, что самая дешевая стоимость профилактики у препарата Антиструмин 1 мг № 50 (Дарница, Украина), которая составляет на одного человека для детей от 0 до 6 лет 3,24 грн., для детей от 6 до 12 лет – 4,32 грн., для взрослых – 5,40 грн.

УДК: 615.225.2:339.138

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ. БІДНІСТЬ ПРИ ДОСТАТКУ

В.П. Попович, Т.С. Негода, Ю.В. Лаврієнко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

РЕЗЮМЕ

Проведений аналіз ринку гіпотензивних препаратів в Україні за 2012 рік, у якому основна увага була приділена ситуації на фармацевтичному ринку щодо лікарських препаратів для лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіпотензивні препарати, антагоністи кальцію, генеричні препарти, фармакоекономічні дослідження.

Чисельність людей з серцево-судинними захворюваннями за останні часи значно виросла, можна сказати, що хвороби серцево-судинної системи посідають одне з перших місць серед інших захворювань. Однією з основних патологій у кардіології є гіпертонічна хвороба. За статистичним даними ВОЗ зросла кількість людей, що страждають на гіпертонічну хворобу. Група антигіпертензивних препаратів є однією із самих дорогих, у зв'язку із чим постає питання про економічно обгрунтовану терапію.

Швидкий розвиток фармацевтичного ринку у нашій країні привів до появи на ньому великої кількості генеричних лікарських засобів. На сьогодні їх кількість за даними різних авторів досягає 80% [1].

Тому метою нашої роботи було проаналізувати стан лікарського забезпечення лікарськими препаратами для лікування артеріальної гіпертензії та порівняти їх ціни на ринку України протягом 2012 року, провести фармакоекономічні дослідження найбільш популярних антигіпертензивних лікарських препаратів.

Методологічною основою дослідження являлася сучасна концепція маркетингових досліджень ринку лікарських засобів, методологія системного аналізу й наукового прогнозування економічних явищ. В процесі досліджень

використані методи системного, соціологічного, економіко-статистичного аналізу, у тому числі заочного анкетування.

У цей час до лікарських засобів, які використають у світовій практиці для лікування АГ, віднесені препарати наступних фармакотерапевтичних груп по класифікації АТС (Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system WHO): гіпотензивні засоби; сечогінні препарати; блокатори β-адренорецепторів; антагоністи кальцію; засобуи, що діють на ренін-ангіотензиновую систему.

Ми провели огляд наявності на ринку препаратів цих фармакотерапевтичних груп.

Препаратами першого ряду для лікування АГ є: діуретики, блокатори α-адренорецепторів, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), антагоністи кальцію, антагоністи ангіотензину II, блокатори β-адренорецепторів.

Для аналізу використовувалася база даних «Лікарські засоби» ТОВ «МОРІОН», а для визначення середніх оптових цін на лікарські препарати — журнал „Аптека”.

У таблицях в основному наведені препарати, які практично постійно були присутні на фармацевтичному ринку України в 2010-2012 рр.

ГІПОТЕНЗИВНІ ЗАСОБИ

Антиадренергічні засоби із центральним механізмом дії

На 01.01.2012 р. в Україні були зареєстровані тільки препарати із суми алкалоїдів корінь раувольфія, а також препарати, що містять резерпін у комбінації з іншими активними речовинами. З лікарських засобів, що містять метилдопу, в Україні зареєстровані 3 препарати. Широко представлені на ринку агоністи імідазолінових рецепторів, особливо препарати клонідину.

Антиадренергічні засоби з периферичним механізмом дії

На 01.01.2012 р. в Україні були зареєстровані препарати празозину, доксазозину.

Засоби, що впливають на тонус гладких м'язів артериол

На 01.01.2012 р. був зареєстрований: 1 препарат нітропруссида.

СЕЧОГІННІ ПРЕПАРАТИ

Відповідно до класифікації АТС у цю групу входять наступні підгрупи.

- сечогінні препарати з помірковано вираженою активністю, група тіазидів

До них ставляться: прості тіазидні діуретики, комбінації тіазидних діуретиків і калію, тіазидні діуретики в комбінації із психолептиками й/або анальгетиками, тіазидні діуретики в комбінації з іншими лікарськими засобами

- нетіазидні діуретики з помірковано вираженою активністю

У цю підгрупу входять: прості препарати сульфаніламідів, комбінації сульфаніламідів із препаратами калію, ртутні діуретики, похідні ксантину, сульфаніламіди в комбінації з іншими лікарськими препаратами, інші нетіазидні діуретики з помірковано вираженою активністю.

- високоактивні діуретики

У цій підгрупі представлені: прості препарати сульфаніламідів, комбінації сульфаніламідів із препаратами калію, похідні арилоксиоцтова кислоти, похідні піразолону, інші високоактивні діуретики.

- калійзберігаючі діуретики

У класифікації АТС до калійзберігаючих діуретиків віднесені: антагоністи альдостерону, інші калійзберігаючі діуретики.

- комбінації діуретиків, що включають калійзберігаючі препарати

Усього у фармакотерапевтичну групу «сечогінні препарати» входить 67 діючих речовин й їхніх комбінацій. На 01.01.2012 р. в Україні зареєстровано 29 препаратів, які представляють усього 8 діючих речовин й їхніх комбінацій. При цьому на ринку реально присутні 22 препарату, які представляють 7 діючих речовин й їхніх комбінацій. На фармацевтичному ринку України традиційно широко представлені препарати гідрохлоротиазиду (3 лікарські форми), фуросеміду (14 лікарських форм) і спіронолактону (3 лікарські форми).

БЛОКАТОРИ β-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ

Блокатори β-адренорецепторів є препаратами першого ряду при лікуванні ряду форм АГ. Препарати цієї групи підрозділяються на такі основні підгрупи.

— блокатори β-адренорецепторів

У цю підгрупу входять:

• неселективні блокатори β-адренорецепторів (14 діючих речовин). На 01.01.2012 р. в Україні зареєстровано 7 діючих речовин (11 торговельних назв), реально на ринку присутні 4 лікарських препарати, які представляють 3 діючі речовини;

• селективні блокатори β-адренорецепторів (12 діючих речовин). На 01.01.2012 р. в Україні зареєстровані 6 діючих речовин (20 торговельних назв), реально на ринку присутні 14 лікарських препаратів, які представляють 5 діючих речовин;

• поєднані блокатори α- і β-адренорецепторів (2 діючі речовини). На 01.01.2012 р. в Україні зареєстрований препарат карведилолу.

— блокатори β-адренорецепторів у комбінації з тіазидними діуретиками

У цю підгрупу входять: неселективні і селективні блокатори β-адренорецепторів у комбінації з тіазидними діуретиками, блокатори α- і β-адренорецепторів у комбінації з тіазидними діуретиками.

АНТАГОНІСТИ КАЛЬЦІЮ

Препарати ніфедипіну (НІФЕДИПІН, КОРИНФАР, ФЕНІГІДИН й ін.) досить добре відомі в Україні як лікарям, так і пацієнтам ще з радянських часів. Бачимо, сегмент ринку, що займають препарати ніфедипіну варто вважати найбільш насиченим на ринку гіпотензивних препаратів. На сьогоднішній день зареєстровані 34 лікарські форми препаратів ніфедипіну, реально на ринку присутня 21 лікарська форма препаратів, що містить цю активну субстанцію.

ЗАСОБИ, ЩО ДІЮТЬ НА РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВУ СИСТЕМУ

Ця група включає:

- інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту

На 01.01.2012 р. в Україні були зареєстровані препарати каптоприлу (8 торговельних назв), еналаприлу (14 торговельних назв), лізиноприлу (2 торговельні назви), периндоприлу (2 торговельні назви), раміприлу (1 торговельна назва), беназеприлу (1 торговельна назва), фозиноприлу (1 торговельна назва), трандолаприлу (1 торговельна назва), моексиприлу (1 торговельна назва),

еналаприлату (1 торговельне назва). Тобто 32 торговельні назви лікарських препаратів, які представляють 10 активних субстанций. При цьому на фармацевтичному ринку реально присутні 24 препарату, які представляють 7 фармакологічних груп.

- комбіновані препарати антагоністів ангіотензину II

Ця підгрупа сьогодні містить тільки комбінації антагоністів ангіотензину II з діуретиками.

- інші засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему

Ця підгрупа поки містить тільки інгібітори реніну.

У зв'язку з тим що в Україні роблять моно компонентні препарати каптоприла й еналаприла, у дійсній статті наведені результати аналізу відповідних сегментів ринку.

Після аналізу асортименту лікарських препаратів для лікування артеріальної гіпертензії на ринку України ми спробували проаналізувати які ж найбільш затребувані групи препаратів. Ми провели анкетування 300 провізорів у різних аптеках міста Києва. Проаналізувавши анкети провізорів ми дійшли висновку, що найбільш популярна група за призначеннями серед лікарів та споживання серед пацієнтів це – група інгібіторів апнгіотензинперетворюючого форменту.

Ситуація на оптовому та на роздрібному ринку медикаментів підтверджує високе споживання хворих саме інгібіторів АПФ. На фармацевтичному ринку міста Києва ця група займає перше місце за реалізацією серед серцево-судинних препаратів, а лідером реалізації всередині групи є еналаприл.

Серед генериків еналаприлу лідуючу позицію в роздрібному товарообізі займає препарат енап фірми KRKA, за ним з близькими показниками об`ємів реалізації йде едніт компанії Gedeon Richter. Список генеричних препаратів еналаприлу продовжує енам (фірма-виробник Dr. Reddy’s) та еналаприл (різних виробників).

Лікування артеріальної гіпертензії протягом тривалого періоду залишається важливою медико-соціальною та економічною задачею, яка важким фінансовим

тягарем лягає на самого пацієнта або на систему охорони здоров'я, у разі безкоштовного відпуску ліків. Популярність інгібіторів ангіотензин – перетворюючого ферменту (АПФ) у лікуванні артеріальної гіпертензії серед лікарів і пацієнтів цілком обгрунтована. У зв'язку з широким асортиментом генеричних препаратів на ринку інгібіторів АПФ виникло питання про взаємозамінність даних препаратів і терапевтичної еквівалентності з брендом [6, 7, 9].

Для науково-обгрунтованого, а не емпіричного вибору препарату необхідне проведення клініко-економічних досліджень, що поєднують в собі аналіз клінічної ефективності та економічної доступності. Найбільш прийнятним методом оцінки клінічної значущості різних препаратів є аналіз «витрати-ефективність» [5]. Виходячи з вищевикладеного нами було проведено клініко-економічне дослідження, присвячене порівняльній оцінці різних генериків еналаприлу.

Метою подальшого дослідження було виявлення й обгрунтування використання найбільш клінічно ефективного та економічно доцільного генеричного препарату еналаприлу для включення у формулярний список медичних організацій м. Києва.

Аналіз структури споживання генериків еналаприлу проводився за результатами анкетування лікарів і пацієнтів, а також аналізу історій хвороби за 2012 рік.

У дослідження було включено 300 хворих з діагнозом артеріальна гіпертензія. Критеріями включення пацієнтів у дослідження з'явилися, наявність артеріальної гіпертензії II ступеня з ризиком 3-4 і вік від 40 до 80 років.

Надалі, хворі були розбиті на 4 групи в залежності від використаних препаратів. Для досягнення максимально можливої однорідності порівнюваних груп були визначені критерії виключення: інфаркт міокарда в анамнезі, розвиток побічних ефектів при застосуванні інгібіторів АПФ і необхідність переходу на інший клас антигіпертензивних препаратів.

Середній вік пацієнтів склав 59,7 ± 0,8 року, для жінок - 60,6 ± 1,0 року, для чоловіків - 57,4 ± 1,5 року. Середній вік хворих окремо для жінок і чоловіків в групах, які отримують різні препарати, показаний в табл. 1.

Таблиця 1

Середній вік пацієнтів у різних групах генериків

Стать	Вік пацієнтів (роки, M±σ)			
	Еналаприл	Енап	Енам	Едніт
Жінки	63±2,5	61,9±1,8	58,6±1,6	58,7±1,8
Чоловіки	59±3,4	58,5±2,3	53±4,4	58,9±3,1

У дослідженні взяло участь 68 чоловіків і 115 жінок. Розподіл їх по групах відображено в табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за статтю у групах, які отримують різні препарати

Стать	Еналаприл		Енап		Енам		Едніт	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Жінки	18	56,3	42	63,6	24	66,6	31	63,3
Чоловіки	14	43,7	24	36,4	12	33,4	18	36,7

Тривалість захворювання склала від 1 року до 35 років, в середньому 12 ± 0,98 рік.

Проводилося лікування у вигляді монотерапії генериками еналаприлу. Тривалість спостереження, що включає госпіталізацію та подальші контрольні явки, склала 2 місяці. За даними літератури, не рекомендується швидке нарощування дози інгібіторів АПФ, так як з часом ефективність антигіпертензивної терапії у багатьох хворих підвищується навіть при застосуванні невеликих доз препарату. Тільки через 4 тижні, при відсутності повної корекції артеріального тиску, можна збільшити дозу препарату.

Оцінка ефективності проводилася для чотирьох генериків.

Ефективність терапії оцінювалася за сурогатними точкам, тобто по зниженню систолічного і діастолічного артеріального тиску.

В якості методу оцінки економічної ефективності проведеної терапії був обраний аналіз «витрати-ефективність». Для аналізу використовувалися прямі медичні витрати - вартість двомісячної терапії, з урахуванням середніх роздрібних цін препаратів в гривнях, якими централізовано забезпечувалися досліджувані клініки. Була розрахована вартість середньої дози препаратів і визначена ціна курсу лікування. Джерело цін на лікарські засоби - середні ціни аптек за 2012 рік. Прямі немедичні та непрямі витрати не враховувалися, оскільки всі пацієнти отримували стандартне лабораторно-діагностичне дослідження.

Таблиця 3

Показники клініко-економічної ефективності генериків еналаприлу за даними фармакоекономічного дослідження

Препарат	Фірма	Середня доза, мг	Зниження систолічного артеріально-го тиску, %	Показник «витрати/ Эефектив-ність»	Зниження діастоліч-ного артеріально-го тиску, %	Показник «витрати/ Эефектив ність»
Едніт	Гедеон Ріхтер	18,1	20,47	22,22	14,2	32,04
Енап	KRKA	18,6	17,55	23,07	12,28	32,98
Енам	Dr. Reddy’s	21,9	16,03	24,42	7,92	49,44
Еналаприл	«Новомед»	18,5	20,13	3,98	13,87	5,78

Далі проводився розрахунок клінічної ефективності та економічної доцільності препаратів за допомогою аналізу «витрати-ефективність», і отримані показники «витрати-ефективність», які відображають ставлення реальних витрат на препарат до його ефективності. Чим менше цей показник, тим більше клінічно доцільним та економічно вигідним вважався даний препарат.

Середні добові дози препаратів зазначені в таблиці 3. В результаті фармакоекономічного аналізу були отримані дані, представлені в табл. 3.

Отримані дані дозволили виявити лідерів за клінічною ефективністю. Ними виявилися препарати едніт та еналаприл. Ці препарати показали близькі рівні зниження систолічного (на 20,47 та 20,13%) та діастолічного (на 14,2 та 13,87 %) артеріального тиску в дозах 18,1 та 18,5 мг відповідно. Енап знижував систолічний артеріальний тиск на 17,55 % та діастолічний – на 12,28% у дозеі 18,6 мг. Енам показав найменшу клінічну ефективність.

ВИСНОВКИ:

Проведення фармакоекономічних розрахунків дозволило виявити наступну картину: за сукупністю показників на першому місці знаходиться еналаприл, потім едніт та енап. Енам мав низьку клінічну ефективність і, як наслідок, високий показник „витрати-ефективність", недивлячись на більш низьку вартість, в порівнянні з іншими генериками. Так як для досягнення зниження артеріального тиску доводилося проводити корекцію дози в сторону її збільшення, що не дивлячись на малу вартість цього препарату, призводило до суттєвого збільшення вартості лікування. Тому з фармакоекономічної точки зору енам є найменш вигідним.

Література

1. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К. // Качественная клиническая практика, - 2003. - № 2. - С. 95-100.
2. Ивлева А.Я. Клиническое применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и антагонистов ангиотензина II. – М., 1998. - 158 с.
3. Корзун А.И., Кириллова М.В. // Экология человека. - 2003. - № 2. - : 16-22. – С. 2-8.
4. Корзун А.И., Кириллова М.В. Сравнительная характеристика ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. – СПб: ВмедА, 2003. - 24 с.
5. Леонова М.В. // Фарматека. - 2003. - № 6. – С. 34-38.
6. Марцевич С.Ю., Шальнова С.А., Якусевич В.В. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2003. - № 2. - 2, с 33-37.
7. Недогода С.В., Сабанов С.В. // Пробл. стандарт. в здравоохр. - 2003. - № 2. – С. 25-29.
8. Панюшин Р. // Фармацевтический вестн. - 2003. - № 16 (295).
9. Петров В.И. Недогода С.В. //Пробл. стандарт. в здравоохр. - 1999. - № 4. – С. 118-119.
10. Соколов А.В. // Вестн. РГМУ. - 2001. - № 3 (18). - С. 12-17.
11. Федеральный закон №86-ФЗ «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 г., ст. 4.
12. Holwerda N.J., Fogari R., Angeli F., et al. //. J Hypertens. - 1996. - 14. – P. 1147-1151.
13. Smith D.H., Neutel J.M., Morgenstern P. // Advan ther. - 1998. - 5. – P. 229-240.
14. Zanchetti A., Jmboni S., Biagio Cdi. // J. Hum. Hypertens. - 1997. - 11 (Suppl. 2). – P. 57-59.

РЕЗЮМЕ: Проведен анализ рынка гипотензивных препаратов в Украине за 2012 год, в котором основное внимание было уделено ситуации на фармацевтическом рынке относительно лекарственных препаратов для лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

SUMMARY: Market Analysis of antihypertensive drugs in Ukraine in 2012, in which special attention was paid to the situation of the pharmaceutical market in terms of drugs for the treatment of patients with arterial hypertension (AH).

УДК 615.2/.3.036:613.816.026.1

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Т.И. Кабакова, В.В. Гацан

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Проведено соціологічне опитування 109 наркологічних хворих. Виявлено, що серед причин первинного вживання алкоголю знаходяться стреси особистого характеру з-за наслідків надзвичайних ситуацій. Обґрунтовано методичний підхід для проведення дослідження по вдосконаленню лікарського забезпечення наркологічних хворих, що включають 6 взаємопов'язаних етапів. Виконані окремі маркетингові дослідження асортименту лікарських препаратів, що використовуються в наркології. Методом фармакоекономічного аналізу «вартість хвороби» встановлена вартість лікарської терапії одного наркологічного хворого і визначено потребу в лікарських препаратах.

Розроблені методичні рекомендації щодо вдосконалення лікарського забезпечення наркологічних хворих на регіональному рівні.

Ключові слова: надзвичайні ситуації, алкоголізм, наркологічні хворі, лікарські засоби.

В последние годы социально- экономическая нестабильность в обществе, безработица, ослабление семейных социальных связей, различные чрезвычайные ситуации привели к утрате у части населения ощущения стабильности и привычного жизненного уклада, вызвали беспрецедентный рост заболеваний, вызванных алкогольной зависимостью.

В связи с тем, что на территории Ставропольского края произошло несколько чрезвычайных ситуаций (ЧС), связанных с террористическими актами, повлекшими гибель и инвалидизацию населения, в том числе детей, подростков и молодежи, установлена связь у некоторых пострадавших в ЧС с наличием алкогольной зависимости.

Наркологические заболевания широко распространены во всех странах мира. Эта проблема приобрела столь острый характер, что в 2004 году для выявления распространенности данных заболеваний по европейскому союзу была создана рабочая группа Европейской коллегии (ЕК). Результаты ЕК свидетельствуют, что в среднем ежегодно 7,1 млн.чел. (5,8-8,6%) населения ЕС страдают алкогольной зависимостью. В Российской Федерации за наркологи-ческой помощью ежегодно обращаются более 5% населения. Лечение наркологических больных является серьезной медико – социальной проблемой [1].

Учитывая важность социально-экономического аспекта проблемы, для улучшения психического здоровья и психосоциального благополучия общества, а также с целью управления качеством медицинской помощи, Министерство здравоохранения РФ разрабатывает и постоянно дорабатывает дополнения в нормативную базу определяющую терапию наркологических больных как комплекс медицинских мероприятий (обследование и установление диагноза, оказание экстренной помощи, проведению курсовой терапии с использованием лекарственных препаратов (ЛП), психотерапии, физиотерапии, других лечебных

средств и методов) и социотерапевтических решений, направленных на социально-психологическую реабилитацию.

Исследования по совершенствованию лекарственного обеспечения таких наркологических больных на региональном уровне проведены в соответствии с разработанным нами методическим подходом. Он включает в себя 6 последовательных этапов. На первом этапе осуществлен анализ медицинского и социального аспекта проблемы наркологии среди населения Ставропольского края. Второй этап посвящен исследованию регионального фармацевтического рынка лекарственных препаратов, применяемых в наркологии. На третьем этапе были определены объем приоритетных затрат, прогнозирование потребления и выявления сильных и слабых сторон ЛП, применяемых в наркологии. Четвертый этап включал элементы фармакоэкономического анализа лекарственной терапии наркологических больных. На пятом этапе определена потребность в ЛП, применяемых в наркологии. На заключительном шестом этапе разработаны методические рекомендации по совершенствованию лекарственного обеспечения наркологических больных на региональном уровне.

С помощью контент - анализа истории болезни наркологических больных на примере Ставропольского краевого наркологического диспансера и методов анкетирования 109 стационарных наркологических больных провели анализ их потребительского поведения и определили социальный портрет. Установлено, что синдром зависимости от алкоголя имеют 75% опрошенных. Алкогольной зависимостью страдают в основном мужчины в возрасте от 31 до 40 лет. Анализ причин первичного потребления алкоголя, особенно среди женщин, показал что значительную долю составляют перенесенные стрессовые ситуации. При этом были названы стрессы личного характера, связанные с потерей близких (детей, родственников) в ЧС. Дополнительное интервьюирование таких больных показало, что они не получили должной психологической помощи после произошедшей ЧС.

В результате обобщения медицинских аспектов анкет определили, что больные алкогольной зависимости имеют как основные, так и сопутствующие заболевания. Соотношение назначений ЛП непосредственно для лечения

основных наркологических и сопутствующих заболеваний составляет соответственно 90,4% и 9,6%.

Маркетинговый анализ ассортимента ЛП, используемых в наркологии, представленных на российском фармацевтическом рынке, был проведен по ряду различных позиций: по МНН и торговым наименованиям (ТН) ЛП, их составу, лекарственным формам, наименованиям фирм и стран – производителей и другим признакам.

Изучение ассортимента показало, что на российском рынке зарегистрировано 111 МНН и 133 торговых наименований ЛП используемых в практике лечения наркологических заболеваний. Из них на региональном рынке в организациях оптовой торговли присутствует 75% МНН и 91% ТН, в то время как по розничному звену эти показатели меньше: МНН – 59%, и ТН – 57%, а в наркологическом диспансере г. Ставрополе используют всего 35% МНН и 33% ТН лекарственных препаратов для лечения алкоголизма.

Одновременно путем выборки из истории болезни определили фактические врачебные назначения лекарственных препаратов и установили, что регулярно назначались 44 ЛП из 15 фармакотерапевтических групп. Максимальное количество назначений 36,3% приходятся на растворы для внутреннего введения. Значительна доля используемых в лечении витаминов – 7%, удельный вес НПВП составляет – 8,7%.

На основании Федеральных стандартов лечения, экспертной оценки, выполненной врачами – наркологами [2], ABC и VEN – анализов было установлено, что для лечения наркологических больных в стационарных условиях в первую очередь закупают такие ЛП, как Дроперидол, кальция глюконат, кальция хлорид, магния сульфат, натрия тиосульфат, натрия хлорид, пирацетам, феназепам, аминалон, реланиум, маннит, но-шпа и др.

Использование метода XYZ – анализа позволило выделить ЛП со стабильным характером их реализации аптечной организацией, обеспечивающей наркологический диспансер, и предсказуемостью потребления от 70 до 95%. Это

дроперидол, феназепам, натрия хлорид, пирацетам, магния сульфат, натрия тиосульфат, маннит, реланиум, но-шпа и др.

Методом фармакоэкономического анализа «стоимость болезни» установили стоимость лекарственной терапии одного больного. При этом, все пациенты были разделены на две клинико-статистические группы (КСГ): в первую вошли пациенты с диагнозом синдром зависимости от алкоголя средней степени тяжести и во вторую – синдром зависимости от алкоголя средней степени тяжести с делирием. Установлено, что средняя длительность госпитализации составляет 9 дней для первой группы и 7 дней для второй. Также определена средняя стоимость курса лекарственной терапии которая составляет от 1088 руб. до 1523 руб. в зависимости от тяжести синдрома заболевания. Однако, средняя стоимость лекарственной терапии может быть выше если у пациента случаются сопутствующие заболевания.

Для составления прогноза потребности в ЛП, используемых для лечения больных с алкогольной зависимостью, сначала рассчитали нормы расхода лекарственных препаратов по каждой клинической форме заболевания на один койко – день за определенный период, затем определили норматив потребления ЛП в расчете на одни койко-день с учетом клинических форм заболеваний.

По результатам проведенного исследования разработаны научно – обоснованные методические рекомендации по совершенствованию лекарственной помощи больным с алкогольной зависимостью, которые используются в практической деятельности наркологического диспансера.

Таким образом, своевременная и полноценная лекарственная терапия больных алкогольной зависимостью способствуют их возвращению к нормальной и полноценной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабакова, Т.И. Фармакотерапия наркологических больных / Т.И. Кабакова, Н.Г. Голоенко // Новая аптека. Аптечный ассортимент. – 2009. - №9. – С. 121 – 122.
2. Яковлева, Н.Г. Результаты экспертной оценки лекарственных средств, используемых в наркологии /Н.Г. Яковлева, Т.И. Кабакова // Известия вузов Северо-Кавказского региона. Естественные науки. – 2006. - №6. – С. 41-42.

SUMMARY: A public opinion poll 109 of drug addicted patients. It is revealed, that among the reasons for the primary use of alcohol are the stresses of a personal nature because of the consequences of emergency situations. Justified methodological approach for carrying out of research to improve the drug provision of drug addicted patients, including 6 interrelated stages. Met some marketing research of assortment of drugs used in narcology. Method of pharmacoeconomic analysis «cost of illness» is installed cost of medical treatment one drug treatment of the patient and the need for drugs. Developed methodical recommendations on the improvement of drug supply drug addicted patients at the regional level.

РЕЗЮМЕ: Проведен социологический опрос 109 наркологических больных. Выявлено, что среди причин первичного употребления алкоголя находятся стрессы личного характера из-за последствий чрезвычайных ситуаций. Обоснован методический подход для проведения исследования по совершенствованию лекарственного обеспечения наркологических больных, включающих 6 взаимосвязанных этапов. Выполнены отдельные маркетинговые исследования ассортимента лекарственных препаратов, используемых в наркологии. Методом фармакоэкономического анализа «стоимость болезни» установлена стоимость лекарственной терапии одного наркологического больного и определена потребность в лекарственных препаратах. Разработаны методические рекомендации по совершенствованию лекарственного обеспечения наркологических больных на региональном уровне.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ ТА ЕЛЕМЕНТІВ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ДЛЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ

Заліська О.М., Парновський Б.Л., Слабий М.В.
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,
м. Львів, Україна
olzaliska@ukr.net

Вступ. Аналіз навчальних програм фармацевтичних факультетів Європи, Канади, США, Австралії показав, що фармакоекономіка як дисципліна включена у навчальні плани бакалавра, магістра фармації, доктора філософії, у багатьох університетах, зокрема Гарварду, Йорку, Шеффілда, Вашингтону, Калгарі, в яких також наявні курси соціальної фармації.

В Україні реалізуються державні програми профілактики і лікування соціально значущих захворювань – туберкульоз, СНІД, цукровий діабет, онкологія, затверджено 4-е видання Державного формуляру лікарських засобів України. Це вимагає відповідних знань і навичок оцінки схем лікування за фармакоекономічними показниками. В Україні створено систему підготовки провізорів з нової дисципліни „Фармакоекономіка”.

Методи. З 1999 року на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького вперше в Україні було започатковане викладання дисципліни “Фармакоекономіка” для провізорів-інтернів та слухачів циклів, були видані перші навчальні посібники „Фармакоекономіка” (2000, 2002), затверджені МОЗ України. Навчальна програма “Фармакоекономіка” за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу, яка затверджена МОЗ України (2007), розроблена О. М. Заліською у співпраці з фахівцями Національного фармацевтичного університету (м. Харків). Відповідно до неї виданий перший підручник для підготовки студентів “Фармакоекономіка” (автор О.М. Заліська, за ред. Б.Л. Парновського), затверджений МОЗ України (2007). Навчально-методичне забезпечення з фармакоекономіки

за 2002-2004 роки було впроваджено у 12 вищих навчальних медичних і фармацевтичних закладах України на до- і післядипломному етапах навчання.

Основний матеріал. Фармакоекономіка як сучасна наукова дисципліна та соціальна фармація потребують належного методичного забезпечення викладання. На даний час у базах даних Міжнародного товариства фармакоекономічних досліджень (ISPOR), Кокранівського товариства (Cochrane Collaboration), наявні уже тисячі публікацій про дані доказової медицини, результати фармако-економічних досліджень, в тому числі при соціально значущих захворюваннях.

Для забезпечення неперервної освіти провізорів нами видані методичні рекомендації і навчальна програма з фармакоекономіки (Заліська О.М., Слабий М.В., Парновський Б.Л., 2009). У навчально-методичних матеріалах інтегровані традиційні методи післядипломної підготовки і дистанційного навчання з використанням сайту Українського відділу ISPOR (www.uspor.org.ua).

У післядипломній підготовці провізорів значна увага приділяється вивченню соціально-етичних аспектів фармацевтичної допомоги хворим на туберкульоз, СНІД, зокрема забезпечення медичних та фармацевтичних працівників оперативною, доказовою та доступною інформацією, спрямованою на якісне медикаментозне обслуговування населення. Видані навчальні посібники "Фармацевтична допомога хворим на туберкульоз" для підготовки слухачів курсів за спеціальностями "Загальна фармація", "Організація і управління фармацією" та для провізорів – інтернів; методичні рекомендації «Фармакоекономіка та оцінка медичних технологій, їх використання при створенні формулярів» (2012), в яких розглядається проблематика соціальної фармації інтегрально з фармакоеконо-мічними показниками медичних технологій для раціонального використання обмежених ресурсів на фармацевтичну допомогу та постачання основними лікарськими засобами, в тому числі при реалізації державних програм, пілотного проекту.

Висновки. Сучасний провізор під час післядипломної освіти повинен оволодіти доказовими фармакоекономічними даними, які є основою прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я, при впровадженні формулярів та для допомоги індивідуальному хворому з урахуванням соціально-етичних аспектів.

THE INFLUENCE OF THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL DRUG POLICY AND ITS EFFECT AT THE ROLE OF PHARMACISTS

Ogar S.V., Zhirova I.V.
National university of pharmacy, Kharkiv, Ukraine
economica@ukr.net

Medicines use has grown dramatically increasing the expenditure of health care system, the population has aged, the prevalence of chronic disease has increased, new infectious diseases have emerged and the range of effective medications has broadened, the new medical technology has opened, the number of medicines on the market has increased dramatically over the last few decades, bringing some real innovations but also considerable challenges in controlling the quality and rational use of medicines and change the role of the pharmacists. Whereas previously the pharmacist worldwide was seen as responsible primarily for manufacturing and supplying medicines, today the pharmacist's role has evolved towards a clinical orientation. The new roles, skills and attitudes which pharmacists need to master in the condition of the national drug policy (NDP) providing if they are to become members of multi-disciplinary health care teams.

Our task was to investigate how the implementation of NDP affects the role of pharmacists and change the approaches to pharmaceutical education.

Pharmacy is practiced across a range of both traditional and new settings and levels of decision-making. As members of the health care team, pharmacists need to be able to assume many different functions. The first WHO Consultative Groups on the Role of the Pharmacist met in New Delhi in 1988 and in Tokyo in 1993. The concept of the seven-star pharmacist was introduced by WHO and FIP in 1997 to describe these roles. Pharmacists have the potential to improve therapeutic outcomes and patients' quality of life within available resources, and must position themselves appropriately within the health care system.

All above mentioned lead to changes in pharmacy education. Pharmacists stand at the interface between research and development, manufacturer, prescriber, patient and the medicine itself. WHO has called for greater involvement of pharmacists in the general health care system and wider use of their broad academic background.

The forces behind the changes in pharmaceutical education are many and varied, and increasing in both number and intensity. The major economic and political forces affecting the health care system in most countries are also having an impact on the practice of pharmacy. As a result, radical changes are needed in pharmaceutical education. Pharmaceutical education has a corresponding responsibility to produce graduates who are competent to deliver pharmaceutical care. In its statement of policy, FIP says that the changes in the pharmacist's role must be reflected in the basic and continuing education of pharmacists, with a greater focus on student learning. The new paradigm for pharmacy requires that pharmacists are far more than experts in pharmaceutical chemistry and pharmaceutics. In 1999, the European Association of Faculties of Pharmacy (EAFP) proposed a shift during the pharmacy study program from laboratory-based sciences to practice and clinical sciences.

As a result, radical changes are needed in pharmaceutical education. The role and function of pharmacists and pharmaceutical staff need to be reappraised and the educational outcomes of the evolving pharmacy curriculum should be clearly defined. Educational outcomes (pharmaceutical care with provision of both patient-centered care and population-centered care; systems management of resources (human, medical, informational and technological) and medication use systems; public health assuring effective and quality health and prevention services and developing public health policy) can be used as a new organizing framework that integrates science, professional attributes, interprofessional practice, and professionalism across new major headings of pharmaceutical care, systems management, and public health, as they are in the practice of pharmacy.

The educational change will require not only extensive curriculum revision and restructuring, but also a major commitment to faculty development to prepare teachers to educate pharmacists in a different way. The type and depth of didactic and experiential

material to be included will be different. The amount and allocation of educational resources will have to change. Schools and colleges of pharmacy should create, establish and evaluate practice models that could be used within evolving health care environments.

Pharmacy education has been in an almost constant state of change for the past 150 years, since the era when a pharmacist learned by being an apprentice. That era was followed by a combination of apprenticeships and courses at local apothecary schools, and then by matriculating in schools of pharmacy for degree programs that gradually have been extended over the years.

The past decade saw the entry-level degree for the profession change over from a bachelor of science degree to the doctorate in pharmacy (Pharm.D.). But for the past decade and more, the entire profession has been undergoing change, as it attempts to move away from primarily dispensing medications toward being the chief source of medication information in health care, toward disease state management, and even medication therapy management.

In recent years, there has been a shift in health sciences education towards a problem based learning approach. Problem-based pharmacy curricula have been introduced at universities in a number of countries, including the UK, Australia, the Netherlands and South Africa. In some countries, outcome competencies (Unit Standards) have been defined against which practice may be compared. These standards are used to assess health professionals' knowledge and skills in pre-registration examinations or in continuing professional development (CPD). CPD, including research and reflection on the outcomes of actions, contributes to the maintenance of life-long competency to practice. In its statement on CPD, FIP establishes a framework within which pharmacists can meet this obligation.

While the profession should articulate pharmaceutical care as the major contribution it has to offer to society, pharmaceutical education needs to develop the outcomes, competencies, content and process of the educational curriculum that is required to prepare students to render pharmaceutical care at the entry points in the health care system.

ФАРМАЦЕВТИЧНА КУЛЬТУРА І ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА

Панасенко О. І., Гоцуля А. С., Лимаренко І. Л., Буряк В. П.
Запорізький державний медичний університет
Запорізький медичний коледж, м. Запоріжжя, Україна
andrey_goculya@mail.ru

Фармацевтичний простір України, у якому функціонують різні суб'єкти системи лікарського обігу, поступово зрушується на принципово новий рівень. Розвиток відбувається за рахунок таких базових факторів як компетентність та якість фармацевтичної діяльності. У зв'язку із цим загострюється зацікавленість до рівня знань провізорів та фармацевтів і збільшуються вимоги до їх практичних знань та навичок.

У фармацевтичних організаціях України (фармацевтичні факультети медичних ВНЗ, аптечна мережа, фармацевтичні заклади, фармацевтичні фабрики та токси-кологічні відділення обласних бюро судово-медичної експертизи) працює більш як 50000 спеціалістів із фармацевтичною освітою. З них 42 % провізори і 58 % – фармацевти. Біля 95 % провізорів та 96 % фармацевтів мають відповідні кваліфікаційні сертифікати. Слід зауважити, що за останні п'ять років відмічається зріст питомої ваги спеціалістів, які мають кваліфікаційні категорії, ці показники склали майже 35 % серед провізорів та 25 % серед фармацевтів. Найбільш висока питома вага спеціалістів, що мають кваліфікаційні категорії, відзначається у Київській, Харківській, Запорізькій та Львівській областях. Співвідношення провізорів та фармацевтів в Україні складає майже 1:2. Із наведеного аналізу можливо зробити висновок про кількісний та якісний зріст персоналу фармацевтичних закладів, і проте наведені вище результати соціологічних досліджень дозволяють загострити увагу на деяких негативних явищах та на неповній відповідності фармацевтичного персоналу сучасним соціальним та професійним вимогам.

З нашої точки зору джерело цих негативних моментів криється як у індивідуальних якостях випускників фармацевтичних навчальних закладів, так і

у самій системі фармацевтичної освіти. У значному ступені це стосується вищої школи. Система середньої фармацевтичної освіти, з нашої точки зору, готує якісних спеціалістів для практичної фармації. Значна увага на середньому рівні фармацевтичної освіти приділяється питанням побудови комунікативних відношень фармакології, фармацевтичного маркетингу, нових технологій реалізації фармацевтичної продукції.

В умовах, коли діяльність вищої фармацевтичної освіти все більш ускладнюється, вона повинна забезпечувати спеціалісту можливість бути одночасно і інтелігентом, і спеціалістом вузькопрофільної ділянки та членом складної системи співтовариства людей. Безумовно, що якість фармацевтичної освіти у значній мірі залежить від економічного забезпечення, наявності висококваліфікованих викладачів, матеріально-технічної бази.

Відповідно до принципів світової системи освіти у XXI ст., що визначені ЮНЕСКО, в основі моделі сучасної фармацевтичної освіти повинні бути закладені етика професії, єдність особистості та світосприйняття, фармацевтична культура і свідомість. Підготовка спеціалістів по запропонованій моделі дозволить на практиці:

- забезпечити єдність фармацевтичної освіти та практичної фармації в сучасних умовах їх різноманітності;
- формувати у студентів позитивну мотивацію до освіти на основі здобутих знань на рівні високопрофесійної підготовки;
- гарантувати випускникам фармацевтичних навчальних закладів виконання функціональних зобов’язань відповідно до їх здібностей та інтересів.

В процесі підготовки спеціалістів відбувається акумуляція і становлення пізнавальної діяльності та усвідомлення студентами змісту, функцій і структури фармацевтичної діяльності через вирішення конкретних завдань.

Яким же вимогам повинен відповідати провізор (фармацевт)? Безумовно, бути професійно компетентним. З нашої точки зору, професійна компетентність складається з:

- спеціальної компетентності – володіння знанням фармако-терапевтикних, фармхімічних, хіміко-токсикологічних, фармакогностичних, біохімічних та медичних предметів;

- керівничої компетентності – володіння знанням законів та правил викладацької діяльності, формування колективу та розвитку фармацевтичного бізнесу;

- психологічна компетентність – володіння знанням психології спілкування з партнерами по спільній праці;

- правова компетентність – володіння знанням нормативної та правової бази фармацевтичної діяльності, ступеня відповідальності за її невиконання.

Дані літератури свідчать, що 90% випускників вважають, що за роки навчання вони здобули уміння проводити науково-дослідницьку роботу, 60% відзначають, що за цей період вони здобули такі якості як відповідальність, самостійність, цілеспрямованість, здатність до творчості, комунікабельність та впевненість. Це свідчить про те, що більшість абітурієнтів приходять до навчальних закладів із достатньо високими характерологічними якостями.

Крім того, інтеграція України до Європейської спільноти та інтеграція у європейську систему освіти, приєднання до Болонського процесу, який передбачає дворівневу систему вищої освіти (бакалаврат, магістратура). Безумовно, проведення інтеграційних процесів потребує диференційного підходу у залежності від якості педагогічного персоналу та висновків експертів про якість підготовки спеціалістів для навчальних закладів. Середня фармацевтична школа готує спеціалістів за програмами та навчальними планами, які після доопрацювання можуть відповідати рівню підготовки фармацевтів-бакалаврів при чотирьохрічному терміні навчання. Програма підготовки бакалаврів забезпечує можливість інтеграції до структурі ВНЗ, які відповідають за підготовку фармацевтів-магістрів.

Ми передбачаємо, що зміни у системі підготовки фармацевтів потребують доопрацювання програм та навчальних планів з усіх дисциплін. Ця праця повинна бути проведена відповідно до потреб фармацевтичної освіти та фармацевтичного ринку. Все це дозволить розвивати високоморальну, соціально зрілу, творчо активну особистість майбутнього фармацевта.

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК ДИСЦИПЛІН

СОЦІАЛЬНІ ОСВІТНІ ПРОГРАМИ ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Блавацька О.Б.,Лотоцька Л.Б.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
oksablav@gmail.com

Соціологія медицини як окрема дисципліна сформувалася в зарубіжних країнах в 50-і роки XX століття (США, Великобританія, Німеччина і ін.) у зв'язку з необхідністю соціологічного осмислення ролі і місця медицини, системи охорони здоров'я, самого пацієнта в сучасних соціально-економічних умовах і потребою соціологічної освіти для медичного персоналу. У літературних джерелах існувало декілька назв цієї спеціальності: соціологія здоров'я і медицини; медична соціологія; соціологія в медицині; соціологія охорони здоров'я; соціальна медицина, тощо.

Поштовхом для швидкого розвитку соціології медицини послужила науково-технічна революція і пов'язана з нею зміна екології та соціального і природного середовища існування людини. Стрімке проникнення науково-технічного прогресу у всі сфери суспільного життя, залучення в її орбіту багатомільйонних мас людей привело до корінної зміни способу життя людей, їх психології, стереотипів поведінки, уявлень про хворобу і здоров'я.

Основними прикладними завданнями соціології медицини на кінець XX початок XXI століття були визначені наступні:

- розширення соціологічного кругозору на до- і післядипломному етапі підготовки фахівців для охорони здоров'я;
- систематизація, вдосконалення методології, стратегічне планування медико-соціологічних досліджень в системі охорони здоров'я;
- реалізація державного замовлення за оцінкою соціальних результатів економічних нововведень, структурних перетворень і реформування галузі;

- використання результатів медико-соціологічних досліджень в плануванні і прогнозуванні розвитку мережі охорони здоров'я;
- використання конкретних медико-соціологічних досліджень для інтегральної оцінки якості життя і ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

Здоров'я нації – визначальний показник суспільного та економічного розвитку держави. Здоров'я молоді – її майбутнє. Близько 75% хвороб у дорослому віці є наслідком умов та способу життя в дитинстві та юності, а 60% смертності спричинені неінфекційними та не спадковими хворобами. Тому актуальним є створення освітніх оздоровчих програм та включення їх в діяльність центрів здоров’я.

Міжнародний центр з контролю і профілактики захворювань визначає ряд елементів, які суттєво впливають на стан здоров’я, зокрема молоді: тютюнопаління та алкоголь (вживання та інтенсивність), харчування (розмаїття і раціональність), рухова активність (фізична активність і навантаження), сон (недостатність), стрес (індивідуальне сприйняття). Встановлена можливість ефективної профілактики захворювань за умови контролю факторів ризику.

Між освітніми програмами та зміною поведінки є досить складні відносини. Отримання інформації не завжди означає пряму або швидку зміну поведінки. Доцільним та актуальним за рекомендаціями ВООЗ є створення центрів здоров’я. Центри здоров’я – це інфраструктура з формування здорового способу життя. Їх завдання – профілактична і роз’яснювальна робота, перевірка здорових людей на фактори ризику і розробка індивідуальних рекомендацій зі збереження здоров’я і запобігання захворювань.

Методики освітніх програм базуються на перевірених фактах про те, що підвищення якості життя може бути ефективним лише в тому випадку, коли всі учасники процесу — консультант, відвідувач і оточуюче середовище — розуміють сутність підвищення якості життя і активно співпрацюють. Більше того, саме відвідувач повинен перебувати в центрі наведеного класичного трикутника, оскільки в його інтересах здійснення самоконтролю, стеження за перебігом стану здоров’я і дотримання фахових рекомендацій.

За Платформою розвитку охорони здоров’я ВООЗ визначальним повинен стати профілактичний напрямок. Настав час змінити основний вектор розвитку охорони здоров’я у світі з лікувального на профілактичний: взаємодію «лікар – хворий» на «лікар – здорова людина» з метою зберегти здоров’я і запобігти захворюванням. Для організації ефективної профілактики і контролю захворювань необхідно:

- посилення профілактичної складової охорони здоров’я (стандарти профілактики, стандарти управління здоров’ям, алгоритм роботи зі здоровими людьми);
- включення цінності здоров’я до базових цінностей людини і створення умов для ведення здорового способу життя.

Здоровий спосіб життя відображає узагальнену типову структуру форм життєдіяльності молоді, для якої характерна самоорганізація і самодисципліна, саморегуляція і саморозвиток, направлених на зміцнення адаптивних можливостей організму, повноцінну самореалізацію своїх здібностей у професійному розвитку та життєдіяльності в цілому. В умовах здорового способу життя відповідальність за здоров'я формується у студента як частина загальнокультурного розвитку, що виявляється в єдності стильових особливостей поведінки, здатності побудувати себе як особу відповідно до власних уявлень про повноцінне в духовному, етичному і фізичному відношенні життя. Реальна уява про здоров'я як складову професійного статусу у студентів знаходиться в стадії становлення. Недостатня увага до власного здоров'я може створювати загрозу для реалізації життєвих планів студентів.

Тому завдання освітніх програм в першу чергу є підвищення і оцінка прогресу покращення якості життя молоді та пошук ефективних програм, які б вплинули на прогрес якості життя, і усунення перепон, які перешкоджають його покращанню.

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Москаленко В.Ф., Бутко Л.А., Бутко А.Ю.
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ, Україна
alina_butko@mail.ru

Вища фармацевтична освіта поступово переходить на принципово новий рівень. Для вдосконалення підготовки фармацевтичних фахівців необхідні системні дії та новаторський підхід у сфері освіти. В наш час основними напрямками ВООЗ є розробка стандартів якості, ефективності, безпеки, раціонального використання лікарських засобів, а також проведення заходів, спрямованих на розширення доступу малозабезпечених верств населення до життєво необхідних лікарських засобів, розробка рекомендацій по здійсненню національної політики в сфері забезпечення населення лікарськими засобами.

Простежимо взаємозв'язок між двома дисциплінами – соціальною медициною та соціальною фармацією.

З позиції соціальної медицини, щоб жити повноцінно, необхідно бути здоровим, а це означає стверджувати та підтримувати здоровий спосіб життя. Соціальні технології формування основ здоров'я складаються з багатьох важливих компонентів. Слід звернути увагу на ті обов'язкові вимоги та умови, без дотримання яких неможливо в певній мірі забезпечити відповідну якість здоров'я людини, де органічно поєднуються соціальні та інші аспекти життєдіяльності людей. Рівень життя включає в себе об'єм благ та послуг, які споживаються, тривалість робочого та вільного часу, рівень розвитку та діяльності системи охорони здоров'я країни. Якість життя виражає ступінь задоволення матеріальних та духовних потреб людей, включаючи таке поняття як комфортність життя, а також якісні характеристики в галузі обслуговування населення (в т.ч. діяльність системи охорони здоров'я).

При порівнянні об'єктів та предметів вивчення соціальної медицини та соціальної фармації слід виходити зі спільних та відмінних рис. Спільними в

даному випадку виступають об’єкти – люди, а різним є підхід до методики вивчення проблеми.

В соціальній медицині основним об’єктом вивчення виступають хворі, а в соціальній фармації вивчаються проблеми, пов’язані з раціональним використанням лікарських засобів, хоча основний аспект спрямований на пацієнта, а також на суспільство.

В нашій країні зростає загальний рівень захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності. Також зростають показники серцево-судинних, онкологічних, ендокринних захворювань, вірусних та паразитарних хвороб, зростають показники захворюваності на туберкульоз, кишкові інфекції, СНІД, венеричні захворювання. Все це є свідченням критичного неблагополуччя суспільства в цілому. Тому реальною потребою нації є профілактична медицина. Саме діагностика як особливий вид мислення, тобто клінічне мислення, визначає статус соціальної медицини як розділу соціальних знань, культури та мистецтва лікування.

Предметом соціальної медицини є здоров’я суспільства. Воно є пріоритетним для соціальної медицини та соціальної фармації і характеризується положенням в суспільстві, професійною здатністю, сімейним станом, життєвою орієнтацією.

Соціальна фармація виступає новим науковим напрямком у фармації України, за допомогою якого аналізують ефективність лікарської терапії, доцільність призначення лікарських засобів.

Сучасна наука акцентує свою увагу на вивченні соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності медичної та фармацевтичної допомоги населенню.

Дослідження в соціальній фармації, як правило, базується на кількісних (наприклад, дослідження опитуванням) та якісних методиках, таких як інтерв’ю, спостереження та фокус-груп дослідження.

Соціальна фармація вирішує питання використання препаратів як окремими особами, так і суспільством в цілому з позиції методології соціальних наук. У цій

області фармація пов’язана з психологією, економікою і соціологією. Це дійсно суміш науки та мистецтва. Зокрема, лікування хворого потрібно розглядати у взаємозв’язку з соціальним середовищем, природою, екологією. Воно не повинно обмежуватись лікуванням якогось певного органу. Часто медики та хворі забувають про те, що найкращі ліки не допоможуть, якщо в режимі харчування, професійних заняттях, згубних звичках зберігаються причини захворювання.

Задачі лікування пов’язані з нормалізацією (або оптимізацією) в певній послідовності таких властивостей органів, систем та всього організму, як: структура, працездатність, підвищення резервних можливостей.

Тому провізор повинен мати можливість впливати на вирішення питань стосовно використання ЛЗ. Взаємовідносини з працівниками системи охорони здоров’я, зокрема з лікарями, повинні бути партнерськими та діловими.

Таким чином, для поглиблення оптимального змісту навчальних планів, формування належних знань, вмінь та навичок управлінсько-економічного характеру вважаємо за необхідне доповнити навчальну програму підготовки спеціалістів фармацевтичної галузі поняттям «соціальна фармація», обґрунтувати ключові завдання та перспективи розвитку, що приведе до покращення якості підготовки майбутніх спеціалістів.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Огнев В.А.[1], Осипенко Т.С.[2], Мищенко А.Н.[1]

1 – Харьковский национальный медицинский университет

2 – КУОЗ «Харьковский городской кожно-венерологический диспансер № 4»

socmedozd@mail.ru

Достижение высокого уровня здоровья населения является приоритетным направлением социального развития любого развитого общества и существенно

влияет на улучшение благосостояния и экономического потенциала страны. При этом большое значение имеют показатели здоровья населения трудоспособного возраста, так как именно эта прослойка общества наиболее важна для реализации социально-экономических преобразований.

В последнее время, в силу ряда причин и экономико-социальных процессов и преобразований, отмечается рост общей заболеваемости населения и ухудшение медико-социальной профилактики заболеваний. Все это касается и кожных заболеваний, в особенности аллергодерматозов. По последним данным во всем мире происходят процессы неуклонного роста частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи. Согласно мировым исследованиям в целом ряде стран данной патологии подвержены до 25% населения. Также отмечается уверенное увеличение количества больных с тяжелым течением заболевания и повышенной торпидностью к проводимой терапии.

На ухудшение показателей распространенности аллергодерматозов существенное влияние оказывает целый ряд факторов, среди которых первые места занимают загрязнение окружающей среды и большое количество применения разнообразных химических веществ (бытовая химия, косметические средства, строительные материалы и т.д.). Помимо этого на уровни заболеваемости оказывает действие употребление большого количества лекарственных средств (особенно витаминов и пищевых добавок) и продуктов быстрого приготовления. При этом, в большинстве случаев, этиологические предпосылки развития аллергодерматоза остаются, к сожалению, невыясненными. Это все оказывает существенное влияние на подбор эффективной фармакотерапии, в связи с чем, патогенетически обоснованная терапия является единственным видом лечения ряда наиболее часто встречающихся аллергодерматозов.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ЛЕГЕНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Огнєв В.А.[1], Зінчук А.М. [1], Зінчук О.Г. [2]
Харківський національний медичний університет[1], м. Харків, Україна;
Харківський базовий медичний коледж №1[2], м. Харків, Україна
socmedozd@mail.ru

Сучасний етап реформування охорони здоров'я України супроводжується кризовими явищами в економіці, соціальною нестабільністю та погіршенням здоров'я населення. Однією з найактуальніших проблем сучасної медицини та охорони здоров'я залишається проблема злоякісних новоутворень, оскільки ця патологія обумовлює високий рівень смертності та інвалідності. Наслідком цих захворювань є також витрати у соціальній і матеріальній сферах суспільства, сім'ї та кожної окремої людини.

Рак легенів на теперішній час є найбільш частим видом злоякісних новоутворень людини у світі, захворюваність та смертність від якого в економічно розвинених країнах неухильно ростуть. Він зустрічається переважно в літньому віці. Найбільша поширеність серед населення відзначена у віці від 75 до 79 років. Найвищий рівень відзначається серед мешканців міст. Після опромінення в зоні Чорнобильської АЕС в учасників ліквідації наслідків аварії рак легені займає одне з перших місць, складаючи 35% всіх онкологічних захворювань.

За даними Національного ракового реєстру Інститута онкології АМН України, згідно з яким, у нашій країні щорічно захворюють на рак понад 160 тисяч осіб. Захворюваність на рак легенів серед чоловіків складає 16183 випадки на рік (20,2% усіх злоякісних новоутворень у чоловіків), серед жінок – 3344 випадки на рік (4% усіх злоякісних новоутворень у жінок). Окрім такої значної захворюваності, особливо у чоловіків, також необхідно відмітити значно високий рівень смертноті від цієї пухлини у осіб обох статей: від раку легенів щорічно помирають 13187 чоловіків та 2398 жінок. У структурі захворюваності чоловічого населення Росії рак легенів стійко займає перше місце. При цьому на момент діагностування у 60-70% випадків захворювання виявляються в III – IV стадіях. В цілому у Європі спостерігається приблизно така ж ситуація: щорічно рак легенів

реєструється у 307000 чоловіків (22% усіх злоякісних новоутворень у чоловіків) і 70000 жінок (6% всіх злоякісних новоутворень у жінок); щорічно від цієї пухлини помирає відповідно 266000 чоловіків та 64000 жінок.

Головною причиною занедбаності раку легенів є пізня діагностика, в основі якої лежить погане знання його клініко-рентгенологічних проявів та недотримання правильної діагностичної технології, відмова від своєчасного застосування адекватних діагностичних засобів.

При первинному зверненні хворих на рак легені правильний діагноз встановлюється всього в 10,5% випадків, в інших 89,5% передбачаються інші захворювання, причому в 29% випадків - туберкульоз легенів. 60-90% хворих на рак легенів при первинному зверненні піддаються необґрунтованого лікування з приводу пневмонії, туберкульозу та інших захворювань. Практично у 2/3 первинно виявлених хворих на рак легенів діагностується в III і IV стадіях. Протягом першого року вмирають 80%.

За даними ВООЗ, в етиології раку бронхів та легень провідна роль належить: палінню тютюну – у 80-90% чоловіків, 50% жінок, впливу канцерогенних агентів на робочому місці – 5-10%, техногенному забрудненню навколишнього середовища – 5-10%. В Україні кількість онкозахворювань багато в чому залежить і від регіону, в якому проживає людина. Так, на Західній Україні, де повітря набагато чистіше, менше випадків захворювання на рак, ніж у східній частині країни.

Показники п’ятирічного виживання хворих на рак легенів у світі не перевищують 15%. За даними Національного канцер-реєстру, тільки у половини пацієнтів рак виявляють на ранніх стадіях. Решта потрапляють до онколога набагато пізніше. В нашій країні кожен третій з тих, у кого вперше виявлений рак, не проживає й року.

Це пов’язано з низькою санітарною (медичною) культурою населення, недбайливим відношенням до свого здоров’я, неефективністю профілактичних оглядів та інше.

Запровадження скринінгу з метою вивчення злоякісних пухлин буде сприяти виявленню цих захворювань на ранніх стадіях.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Ольхова І.В., Трохимчук В.В.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна
olkhova_irina@mail.ru

Для забезпечення умов належного розвитку дітей на державному рівні проводиться постійний моніторинг показників їхнього здоров'я. Хронічні захворювання системи травлення у дітей – це серйозна світова проблема. Хронічний гастрит супроводжується низкою послідовних змін, які нерідко призводять до формування раку шлунка, також існує висока ймовірність трансформації хронічного гастродуоденіту у виразкову хворобу. Тому пацієнти, які страждають на дані захворювання, потребують особливої уваги.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу захворюваності на гастрит і дуоденіт у дітей вікової категорії 0-17 років в південному регіоні України. В ході дослідження були використані дані медичної статистики МОЗ України щодо трьох областей за 2007-2011 рр.

Рівень захворюваності на гастрит і дуоденіт у дітей 0-17 років в досліджуваному регіоні в 2007-2011 рр. поступово знижується, однак у Херсонській області мало місце підвищення цього показника у 2009 р. У 2011 р. захворюваність на гастрит і дуоденіт в трьох областях склала відповідно 5,93; 4,33 та 8,59 осіб на 1000 відповідного дитячого населення. Показники захворюваності на гастрит і дуоденіт у дітей 0-17 років в одній області перевищують загальноукраїнські показники протягом всього досліджуваного періоду. Слід зауважити, що кількість дитячого населення за досліджуваний період також мала тенденцію до зниження, таким чином захворюваність на гастрит і дуоденіт у дітей в південному регіоні знаходиться на досить високому рівні. Тому першочерговим завданням на сьогоднішній день є вчасна діагностика та застосування оптимізованих схем лікування даної категорії хворих сучасними лікарськими засобами.

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ ЯКОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Панасенко О. І., Лимаренко І. Л., Гоцуля А. С., Буряк В. П.
Запорізький державний медичний університет,
Запорізький медичний коледж, м. Запоріжжя, Україна
andrey_goculya@mail.ru

Система освіти фармацевтичних закладів повинна будуватися на принципах фундаментальності, доступності та загальнолюдських цінностях, відповідати сучасним потребам суспільства. У професійній підготовці вузівських викладачів центральне місце повинні займати психолого-педагогічні знання та уміння; формування у майбутніх викладачів цілеспрямованості, інтересу до педагогічної діяльності.

Аналіз наукової, соціально-педагогічної та психологічної літератури показує, що сьогодні в області освіти домінують соціологічні підходи, на яких будуються індивідуально орієнтовані парадигми, концептуальність яких будується на наступному:

- визначенні результатів навчання за якісними показниками знань, умінь, навичок, інтелектуального та загальнокультурного розвитку;
- орієнтуванні на усвідомленість, самовизначеність, самореалізацію студента;
- оцінюванні діяльності навчального закладу за показниками результатів навчання;
- орієнтуванні на соціалізацію особистості, розвиненні психологічних процесів.

Дослідження сучасного стану педагогічної освіти свідчить, що сьогодні науково-методичне забезпечення має ряд недоліків. До них відносяться: недостатній рівень готовності до професійної діяльності, недостатньо високий рівень соціального статусу студентської молоді, її соціальної та пізнавальної активності, професійно-педагогічних якостей викладачів та зниження об’єму педагогічної підготовки у системі університетської педагогічної освіти.

У цих умовах стає актуальним пошук шляхів та засобів удосконалення педагогічної освіти.

Таким чином, існує протиріччя між суспільною необхідністю удосконалення вузівської педагогічної освіти та недостатньою розробкою положень, засобів та методів для такого удосконалення.

Виходячи з наявності зазначених протиріч, з нашої точки зору необхідно провести наступні дії:

- сформувати професіоналів в сфері навчання та виховання на основі раціональних та логічних засад, які базуються на знаннях і самосвідомості;
- зорієнтувати навчальний процес на удосконалення знань та умінь, на покращення педагогічної роботи з дидактичними матеріалами, на систематизацію педагогічної самоосвіти, на виконання педагогічних вимог до студентів, вимог до якості навчання та виховання;
- провести перегляд та доповнення робочих програм відповідно до типових програм та навчальних планів, затверджених навчальним відділом вищого навчального закладу;
- провести психолого-педагогічну підготовку викладачів вищої фармацевтичної школи з метою збагачення особистості педагога, його ерудиції знаннями не тільки своєї дисципліни, але і суміжних предметів.

Обов'язковою умовою підвищення якості педагогічної освіти є формування єдиної системи знань та умінь студентів на основі застосування системної методології, досягненні оптимального рівня засвоєння навчального матеріалу. При цьому логічна структура якісної педагогічної освіти у дидактичному плані повинна подавати зростання по наступному ланцюгу:

- знання про окремі розділи дисципліни, що вивчається;
- знання про дану дисципліну у цілому;
- знання про зв'язки дисципліни, що вивчається з іншими предметами.

Таким чином, невід'ємною складовою підвищення якості педагогічної освіти являється самоосвіта, професійне та особисте самовдосконалення, підвищення пізнавальної активності, формування професійної самосвідомості, удосконалення професійних умінь та особистих духовно-моральних якостей.

МЕДИКОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Помогайбо Е.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Вступление. Ожирение у детей и подростков - это актуальная и весьма серьезная проблема, так как она приводит к повышенной вероятности преждевременной смерти и инвалидности населения в зрелом возрасте.

Цели исследования. Научно обосновать причины возникновения, виды, осложнения, а так же основные медико-социальные мероприятия по предупреждению ожирения.

Материалы и методы. библиографический.

Основной материал исследования. Рост количества детей с избыточным весом в наши дни объясняется, преимущественно, неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Реже, ожирение может быть следствием заболеваний эндокринной системы, опухолей головного мозга и других серьезных болезней. В связи с этим родителям необходимо вовремя обратить внимание на состояние здоровья ребенка, выяснить причину ожирения и вовремя начать лечение. В детском возрасте ожирение способно привести к развитию серьезных осложнений. В частности, у детей с избыточной массой тела значительно повышен риск развития сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваний печени, желчного пузыря и т.д. Люди, страдающие ожирением с детского возраста, подвержены раннему развитию ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, бесплодия, сахарный диабет 2 типа, цирроз печени и др. Эти заболевания в свою очередь ухудшают качество жизни и уменьшают среднюю ожидаемую продолжительность жизни человека. В зависимости от причины развития ожирения у ребенка, различают алиментарное и обменное (эндокринное) ожирение.

1.Алиментарное ожирение обусловлено неправильным питанием и малоподвижным образом жизни.

2.Эндокринное ожирение развивается у детей и подростков с различными заболеваниями желез внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников, яичников у девочек и т.д.)

Выявление причин ожирения у ребенка включает несколько основных этапов: беседа с ребенком и его родителями, осмотр, дополнительные методы обследования. Лечение ожирения у ребенка зависит от причины его возникновения и включает диету, физические нагрузки, при необходимости лекарственное лечение и хирургические операции. Лечение ожирения в детском возрасте - это длительный процесс, который должен быть тщательно обговорен между родителями и врачом.

Выводы. Ежегодно в результате избыточного веса или ожирения умирает, по меньшей мере, 2,6 миллиона человек. Поэтому, подходить к лечению необходимо ответственно и последовательно. Желательно предотвратить ожирение, особенно если в семье оно является наследственным. Для этого необходимо формировать привычки правильного питания уже с первого года жизни, формировать правильный режим питания, прививать малышу потребность к спортивным и оздоровительным мероприятиям.

Людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога

ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ФОРМУВАННЯ НОМЕНКЛАТУРИ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Гром Я.О., Дацко А.Й.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м.Львів, Україна
olesya.datsko@gmail.com

Формування номенклатури лікарських засобів в значній мірі визначається тенденціями розвитку фармацевтичного ринку. Тому завданням нашої роботи було вивчити вплив окремих факторів на формування номенклатури безрецептурних лікарських засобів (БЛЗ) та обґрунтувати заходи (підходи) до її оптимізації.

В цілому на ринку України за результатами 2012 р. було відпущено 455 млн. упаковок рецептурних препаратів на суму 15 млрд. грн. і 812 млн. упаковок безрецептурних на суму 12 млрд. грн. Наведені дані показують, що БЛЗ в медичній практиці використовують майже в два рази частіше, ніж ліки, що відпускаються за рецептом.

В розрізі груп АТС-класифікації у всіх регіонах України максимальний об`єм аптечної виручки склали препарати групи А «Засоби, що впливають на травну систему та метаболізм». На 2-му місці по об`єму системних продаж в грошовому виразі в 12 регіонах представлені препарати групи С «Засоби, що впливають на серцево-судинну систему».

БЛЗ в номенклатурі групи А – складають 62,8% (634 найменування), групи С – 64,3% (473). За кількістю в два рази переважають рецептурні, що обгрунтовує доцільність формування номенклатури (переліку) в розрізі груп АТС – класифікації. Серед ЛЗ, які відпускаються без рецепта високі позиції зайняли Кардіомагніл, Есенціале, Но-шпа, Кодтерпін, Цитрамон та інші.

В структурі споживання чільне місце зайняли БЛЗ, які були включені в перші переліки лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецепта з аптек.

Вище вказане вказує, що в організації лікарського забезпечення

населення засобами, дозволеними до відпуску з аптек без рецепта лікаря зберігаються тенденції, які були визначені у 80-90 –х роках минулого століття.

Регіональні особливості споживання БЛЗ в Україні. Нами детально проаналізовано рейтинг лідерів продаж БЛЗ Кардіомагніл та Кодтерпін в різних областях України за 2012 рік.

Кардіомагніл - за результатами аптечних продаж в 2012 р. став лідером в 19 регіонах України. При цьому посів перше місце у Львівській, Вінницькій та Закарпатській областях; друге - Івано-Франківській, Хмельницькій, Рівненській, Волинській, Тернопільській областях. Високе місце в рейтингу пояснюється показами до застосування, ефективністю його застосування та доступною ціною.

Кодтерпін - за результатами аптечних продаж в 2012 р. став лідером в 10 регіонах, При цьому зайняв перше місце в Києві, Харківській області, АР Крим, Одеській, Запорізькій областях, друге місце в Донецькій, Луганській, Київській, Кіровоградській областях, третє місце в Дніпропетровській області. Високе місце в рейтингу споживання Кодтерпіну, найймовірніше, пояснюється немедичним застосуванням даного препарату.

Вищесказане вказує на доцільні зміни назви препарату Кодтерпін та навіть зміну статусу його відпуску (незважаючи на наказ № 441 від 02.09.2005 р.). Таким чином, приведені дані підтверджують доцільність включення до номенклатури нових ефективних ЛЗ (Кардіомагніл) та недоцільність, у зв'язку з немедичним застосуванням кодеїновмісних препаратів (Кодтерпін).

Комбіновані безрецептурні лікарські засоби. В структурі БЛЗ значне місце займають комбіновані препарати. Із 3755 лікарських засобів, які включені в чинний на даний час Перелік ЛЗ, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек - 1590 (42,3%) складають комбіновані препарати (Comb drug).

Більшість комбінованих лікарських засобів випускаються компаніями - виробниками патентованих ЛЗ, призначених для самостійного лікування під власними фірмовими назвами. Загальна мета, яка стоїть перед аптечними працівниками і фармацевтичними підприємствами - забезпечити високоякісне обслуговування пацієнтів. На даний час діє угода про співробітництво між

Європейською асоціацією виробників БЛЗ (AESGP) і Фармацевтичною організацією ЕС (PGEC) в якій зазначено, що фармацевт, з однієї сторони, виступає в якості порадника, а з Іншої – стає головною фігурою в процесі реалізації ЛЗ пацієнту. ВІН виступає партнером виробників БЛЗ, з якими розділяє загальні завдання по забезпеченню високоякісного обслуговування пацієнтів, сприяє раціональному застосуванню лікарських препаратів. В силу свого професійного положення, безпосередньо контактуючи із споживачем, фармацевт може дати кваліфіковану пораду пацієнтові по застосуванню реалізованих ним ліків. В угоді задекларовано, що фармацевтичні компанії, які є членами AESGP, постачають БЛЗ, якість, безпечність і ефективність яких гарантовані наявністю відповідних торгових ліцензій. Виробники гарантують також дотримання вимог до рекламування ЛЗ і до інформації, яка включена в анотації до них. В угоді вказано, що фармацевти повинні сприяти перетворенню аптек в громадські центри охорони здоров'я. В свою чергу, виробники зобов'язані сприяти фармацевтам в підвищенні професійного рівня, підтримувати їх як осіб, які дають споживачеві поради відносно вибору і застосування БЛЗ. Угодою передбачено, що:

– виробники повинні надавати аптекам всю необхідну інформацію про БЛЗ;

– як фармацевти, так і виробники повинні надавати населенню інформацію відносно вибору і використання лікарських засобів, а також надавати консультативну допомогу.

Проведений нами аналіз номенклатури комбінованих БЛЗ показав, що значна частина їх випускається маловідомими виробниками, які не належать до Європейської асоціації виробників БЛЗ (Індія, В'єтнам, Єгипет, Пакистан).

Аналіз номенклатури монопрепаратів, на 1 діючу речовину (за міжнародною непатентованою назвою) вказує на значну кількість торгових назв різних виробників.

Таким чином, значна кількість БЛЗ, в тому числі комбінованих препаратів (1590 – 42,3%) дублювання номенклатури монопрепаратів (за МНН) вказує на доцільність посилення контролю за номенклатурою БЛЗ дозволених до застосування в Україні.

РОЛЬ ТА ЗАВДАННЯ ПРОВІЗОРА У СФЕРІ ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНОЇ МЕДИЦИНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ПІЛОТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Громовик Б.П., Прокіп С.Є.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м.Львів, Україна
hromovyk@yahoo.com, sofijaprokip@yandex.ua

Вступ. Згідно із сучасними міжнародними підходами та концепціями паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної, психологічної й духовної опіки пацієнтів з невиліковними хворобами. У 2009 р. Парламентською асамблеєю Ради Європи було прийнято документ «Паліативна допомога як модель інноваційної політики в галузі охорони здоров'я та соціальних питань».

В Україні, з огляду на старіння населення, підвищення рівня захворюваності на онкологічні й інші невиліковні хвороби, ця сфера охорони здоров'я та соціальної допомоги потребує належного підходу й уваги з боку держави, а також суспільства. Одним з перших кроків стало підписання 15 червня 2012 р. Меморандуму про взаєморозуміння щодо співпраці у сфері надання соціальних послуг між Міністерством соціальної політики України та Всеукраїнською громадською організацією «Українська ліга сприяння розвитку паліативної і хоспісної допомоги». На сьогодні в Україні існує 735 територіальних центрів соціального обслуговування, працівники яких надають послуги близько 1,5 млн. осіб, більшість з яких потребують медико-соціальної опіки, включаючи й паліативну допомогу.

Окремим, соціально важливим сегментом паліативної та хоспісної медицини, що потребує значних фінансових та організаційних ресурсів, є належна фармакотерапія (ФТ) та психологічна підтримка хворих, які вимагають мультидисциплінарного підходу із залученням фахівців різних спеціальностей.

Одним з шляхів оптимізації ефективності ФТ є процес надання фармацевтичної опіки хворим, яка здійснюється фармацевтичними фахівцями.

Метою нашої роботи було визначення ролі та завдань провізора (клінічного провізора) у паліативно-хоспісній медицині. У зв'язку із пілотним характером дане дослідження є базовим для проведення наступного дослідження із залученням більшої кількості респондентів.

У роботі використано **методику** анонімного анкетного опитування фахівців із паліативної медицини. Анкета складалася із 21 запитання з правом вибору однієї чи кількох варіантів відповідей.

Опрацьовано 15 анкет, отриманих від лікарів з 8 закладів паліативної медицини, з яких 3 стаціонарні хосписи та 5 паліативних відділень.

Результати. Встановлено, що кількість ліжок для хворих становила від 20 до 30 і від 10 до 20 (по 37,5 %), 50 і більше ліжок (12,5 %) та менше 10 ліжок (12,5 %).

Забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ) половини закладів (4) здійснюється аптеками, що знаходяться на території хоспісів чи лікувальних закладів та аптеками відкритого типу. Чверть закладів (2) забезпечуються ЛЗ за допомогою аптечних складів (оптових фармацевтичних підприємств). У решти (2 заклади) ця проблема покладається на родичів хворих та місцеві органи влади. Серед осіб, відповідальних за обіг ЛЗ респонденти зазначали медичну сестру (старшу медичну сестру) (80 % опитаних), працівника адміністрації (20 %), а також лікаря та родичів пацієнтів (по 7 %).

Через відсутність у штатному розписі провізор (клінічний провізор) не є членом мультидисциплінарної команди закладів паліативної медицини України. Характеризуючи запотребованість фармацевтичних послуг, що може надавати провізор (клінічний провізор) у хоспісі (пропонувалась шкала ступенів від 0 до 5), третина респондентів зазначила її як низьку (ступінь 1), понад чверть опитаних – як середню (ступінь 3). Середнє значення показника становило 2,3.

Встановлено, що на запитання, чи повинен провізор (клінічний провізор) бути включеним до складу мультидисциплінарної команди 40 % опитаних відповіли ствердно, решта респондентів (60 %) не вважали необхідним включення провізора. При цьому половина фахівців, що вважають обов'язковим наявність провізора працюють у закладах із більшою кількістю ліжок (від 25 до 50).

Серед фахових завдань та обов'язків, які можуть виконуватись провізором (клінічним провізором) при включенні його у штат хоспісів та відділень, абсолютна більшість опитаних (80 %) зазначила слідкування за змінами у фармацевтичному законодавстві та появою нових ЛЗ. Понад 60 % респондентів вказали на такі функції, як надання лікарям інформації про ЛЗ; визначення вітчизняних аналогів імпортних препаратів; участь у формуванні асортименту та визначенні потреби в ЛЗ; вхідний контроль, ведення обліку, зберігання, утилізація та знищення ЛЗ та вироби медичного призначення (ВМП).

При визначенні переваг наявності фармацевтичних фахівців у закладах паліативної медицини найчастіше респондентами зазначались наступні: зниження вартості ФТ (60 %), впровадження нових ЛЗ та ВМП до терапії (46,7 %), моніторинг побічних ефектів та лікової взаємодії (46,7 %), а також наявність належного асортименту ЛЗ та ВМП (40 %).

Висновок. У результаті проведеного пілотного дослідження встановлено, що провізори (клінічні провізори) не включені у штатний розпис закладів паліативної медицини України. Проте 40 % респондентів вважають включення фармацевтичних фахівців до складу мультидисциплінарної команди обов'язковим. Стеження за змінами у фармацевтичному законодавстві та появою нових ЛЗ найчастіше зазначалось серед можливих обов'язків та функцій, а основною перевагою наявності провізора (клінічного провізора) респонденти назвали зниження вартості ФТ. Результати дослідження свідчать про низький ступінь зайнятості фармацевтичних фахівців у сфері паліативної медицини, що вимагає створення правового, соціального та організаційного підґрунтя для розвитку хоспісної фармації.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ, ВІКОВОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВЕРИФІКОВАНИМ ДІАГНОЗИМ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Заяць М.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

martazayats@ukr.net

Вступ. Метаболічний синдром (МС) являє собою поліморбідний стан, який за даними різних наукових джерел підвищує на 26% ризик розвитку інфаркту міокарда та інших серцево-судинних ускладнень. Важливим є встановлення когорти населення, які знаходяться у групі ризику розвитку метаболічного синдрому. Проведені закордоном дослідження свідчать про різке збільшення поширеності та значне «помолодшання» метаболічного синдрому.

Метою роботи було встановлення гендерних, вікових та соціальних особливостей пацієнтів із досліджуваною патологією.

Матеріалом дослідження слугували 500 медичних карт стаціонарних хворих із верифікованим діагнозом «метаболічний синдром» (за критеріями ВООЗ, 1999 року). Дизайн дослідження – ретроспективний. Глибина вибірки 2008 – 2011 роки.

Методи використані у дослідженні: аналітичний, порівняльний, системного аналізу, описової статистики. Статистичну обробку здійснювали за допомогою комп'ютерного пакету Microsoft Office Excel (14 версія, 2010 р.).

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз медичних карт стаціонарних хворих засвідчив, що переважали жінки (69,4%). Проведена категоризація пацієнтів за віковими категоріями представлена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Вікова структура пацієнтів з метаболічним синдромом

Вікова група згідно класифікації ВООЗ	Кількість пацієнтів	Середній вік у групі	Середній вік
Дорослі 18-59	254 (50,8%)	(51,63±5,96)	**59,64**±10,19
Похилого віку 60-74	220 (44%)	(66,39±4,43)	
Старечого віку 75-89	26 (5,2%)	(80,81±4,55)	

Середній вік пацієнтів становив 59,64±10,19. Половина (50,8%) стаціонарних пацієнтів знаходились у віковому діапазоні 18-59 років (середнє значення 51,63±5,96).

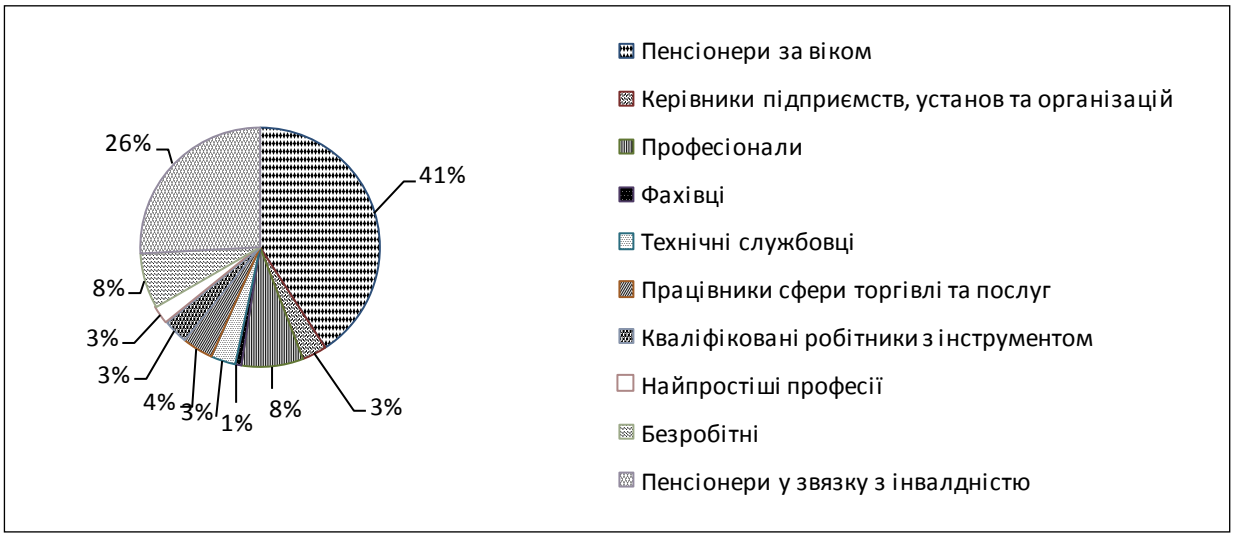


Рис. 1. Соціальні категорії стаціонарних хворих із метаболічним синдромом

Наступним етапом дослідження було вивчення соціальних категорій пацієнтів. Для цього використано класифікатор професій ДК 003:2010. Таким чином нами категоризовано 10 соціальних категорій, серед яких переважали пенсіонери (41% – за віком, 26% – у зв'язку з інвалідністю) (рис. 1).

Висновок. Соціальну складову оптимізації фармакотерапії пацієнтів із МС важливо враховувати при визначення зокрема фармакоекономічних параметрів.

ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ В АПТЕЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПРИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ ЛІКОВИХ ВЗАЄМОДІЙ

Зіменковський А.Б., Борецька О.Б., Денькович О.І.
Львівський національний медичний університет ім.. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
boretska-olga@mail.ru

Вступ. Результати досліджень, проведених у країнах Європи засвідчили, що найчастішими ліко-пов'язаними проблемами (DRP) у Швейцарії та Німеччині були лікові взаємодії (ЛВ), їх частка складала 37,6% та 8,6% відповідно. Причому більшість із DRP були вирішені при безпосередньому контакті фармацевта з пацієнтом або ж після консультації з лікарем. Отож, надання якісної фармацевтичної опіки (ФО) дозволяє попереджувати ЛВ в аптечних закладах (АЗ), а її оцінка, на нашу думку, є перспективним напрямком розвитку методів менеджменту медикаментозного процесу. В Україні вивчення оцінки якості ФО проводилось за стандартними операційними процедурами (СОП) при відпуску безрецептурних лікарських засобів (ЛЗ), проте оцінка якості ФО при ідентифікації та попередженні ЛВ ще не проводилась.

Мета: вивчити якість надання ФО в АЗ при ідентифікації та попередженні ЛВ.

Методи та матеріали: об'єктами дослідження стали протоколи оцінки якості надання ФО за моделлю «таємний покупець» (n=20). Використано методи: системного та порівняльного аналізу, а також метод моделювання.

Результати досліджень. Для проведення оцінки якості надання ФО при ЛВ, попередньо ми змоделювали клінічну ситуацію та розробили план ФО звернення пацієнта в аптеку за ліками з приводу кашлю. Одночасне застосування обраних ЛЗ може призвести до небезпечного застою слизу у дихальних шляхах, що збільшує ризик бронхоспазму та інфікування дихальних шляхів. Протокол оцінки якості надання ФО в АЗ при виявленні ЛВ відображає

план ФО та складався із 2-х СОП, які в кінцевому результаті мали б призвести до ідентифікації, попередження ЛВ та рекомендації відповідного ЛЗ із наданням належної інформації щодо відповідального самолікування. Кожен СОП складалась із різної кількості процесних індикаторів якості (ПІЯ), загальна кількість яких становить 14. Для встановлення СОП та ПІЯ, ми керувались наказами Міністерства охорони здоров'я України № 360 та 78, Протоколом провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ №1.5, а також інструкціями до медичного застосування відповідних ЛЗ та інформацією щодо взаємодій Державного формуляру IV випуску. За допомогою моделі "таємний покупець" ми звернулись у 20 аптек м. Львова. Підсумковий результат представлено у вигляді алгоритму (рис.1).

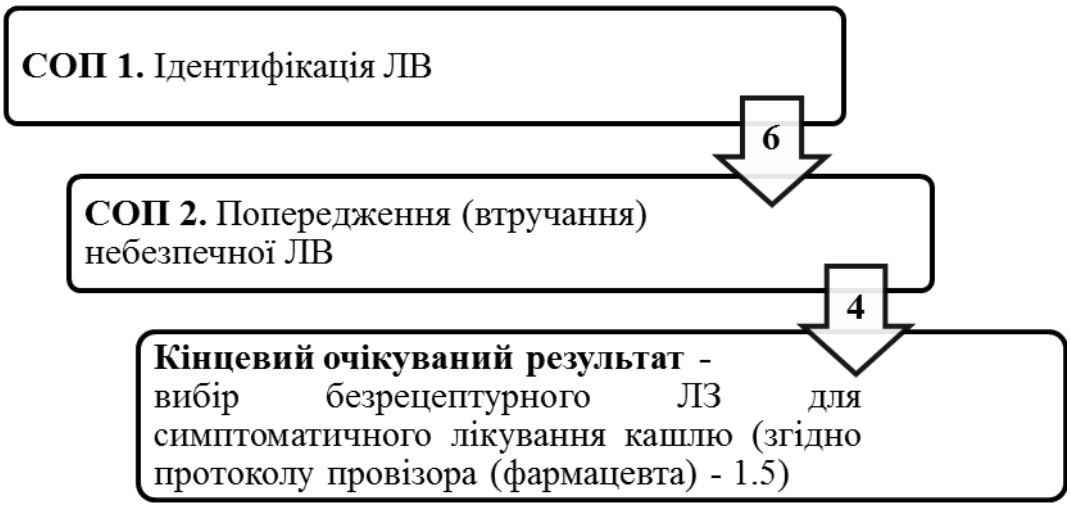


Рис. 1. Якість надання ФО при ЛВ.

Лише у 6 аптеках ідентифікували ЛВ, проте попередили та обрали відповідний ЛЗ для симптоматичного лікування кашлю – у 4. Загальна оцінка якості ФО при ЛВ представлено у табл.1.

Табл. 1

Загальна оцінка якості ФО при ЛВ за СОП

№ п/п	Назва	Виконання
СОП 1	Ідентифікація ЛВ	20%

СОП 2	Попередження (втручання) небезпечної ЛВ (вибір безрецептурного ЛЗ для симптоматичного лікування кашлю згідно протоколу провізора (фармацевта) – 1.5)	13,5%
СОП 2.1	Збір первинної інформації	22,5%
СОП 2.2	Виявлення загрозливих симптомів, які вимагають негайного звернення до лікаря	5%
СОП 2.3	Призначення безрецептурного ЛЗ для симптоматичного лікування кашлю	18,3%
СОП 2.4	Надання належної інформації щодо ЛЗ для відповідального самолікування	5%
Сумарна оцінка якості		15%

Висновок. Результати проведеного дослідження встановили, що сумарна оцінка якості ФО при ЛВ за СОП становить 15%. Такі показники, на нашу думку, свідчать про недостатню якість ФО щодо ідентифікації та втручання у ЛВ в АЗ, а окреслена ситуація вимагає не тільки підвищення рівня знань провізорів щодо ЛВ, а й розробки та інтеграції у практичну діяльність фармацевтичних фахівців нових шляхів вирішення означеної проблеми.

ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Кабачна А.В., Шелкова Е.В., Кабачний О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

reforma_zoz@mail.ru

Як показали результати наших досліджень, в структурі поширених хронічних патологій, на які страждають жителів сільських районів Харківської області, найбільшу питому вагу мають серцево-судинні

захворювання. Найважливішою їх складовою є первинна (есенціальна) АГ. Серед причин, які спонукають членів сімей до самолікування, у 37,0% випадках – це підвищення артеріального тиску. З цими даними корелюють і результати аналізу структури невідкладних станів, при яких лікарі загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ) надають медичну допомогу в амбулаторних умовах. Найбільшу питому вагу, яка постійно зростає, має такий невідкладний стан, як «гіпертензивний криз», для профілактики якого вирішальне значення має регулярна фармакотерапія АГ.

АГ належить до числа найбільш поширених і небезпечних захворювань людини. В той же час зниження АТ у хворих на АГ дозволяє суттєво зменшити ризик серцево-судинних ускладнень, перш за все інсультів і інфарктів міокарда. Широкомасштабні рандомізовані плацебо-контрольовані дослідження, які були проведенні у багатьох країнах світу в рамках національних програм боротьби з АГ, показали, що своєчасно призначена довготривала гіпотензивна терапія дозволяє контролювати АГ і сприяє зменшенню ризику розвитку основних ускладнень. І хоча етіологія АГ до цього часу залишається нез'ясованою, встановлено цілий ряд факторів ендогенного та екзогенного характеру, які сприяють виникненню та розвитку АГ, ускладнюють її перебіг та прогноз (так звані фактори ризику).

В рамках складної системи взаємин: «пацієнт – його родичі – лікар ЗП-СМ – працівник аптеки (провізор/фармацевт) – суспільство» нелегко буває розмежувати, з яким саме компонентом системи пов'язана дія того чи іншого фактору. І все ж таки ключовою ланкою в цій системі є трикутник пацієнт – лікар ЗП-СМ – провізор.

Саме на лікарі ЗП-СМ і провізорі лежить відповідальність за результати лікування. Їх завданням є заохочення позитивного і нейтралізація негативного впливу факторів ризику, а також формування у населення менталітету, спрямованого на завчасну турботу про своє здоров'я.

Особливу увагу слід звернути на те, що дослідити перебіг АГ у пацієнтів має змогу саме лікар ЗП-СМ. Найбільш оптимальним в наш час є

індивідуалізований підхід з урахуванням віку, статі, супутніх хвороб, а також принципів хронофармакології та фармакогенетики за умов дотримання стандартів (протоколів) лікування.

Не можна недооцінювати і такий фактор, як висока вартість ЛЗ, виписаних хворому, тому що в наш час турбота про здоров'я фактично лягла на плечі самих пацієнтів. Якщо лікар призначить ЛЗ, які для хворого є занадто дорогими, останній їх не тільки не купить, але, досить вірогідно взагалі не буде лікуватися. Тобто свої призначення лікар повинен співвідносити з фінансовими можливостями пацієнтів. З іншого боку, прагнення використовувати дешеві ЛЗ обмежує водночас і особистий досвід лікаря, і можливість хворих отримати оптимальне лікування. В цій ситуації можливим є позитивний вплив родичів хворого, що можуть виявити не тільки моральну, а і матеріальну підтримку пацієнту. В той же час, призначаючи недорогі антигіпертензивні ЛЗ, зокрема, із числа діуретиків, β-блокаторів, сімейний лікар може залучити до процесу лікування велику кількість хворих із бідних верств населення. Це дасть змогу зменшити витрати з сімейного бюджету, і, водночас, принесе відповідні позитивні результати у лікуванні АГ.

Таким чином, результати проведених досліджень щодо стану фармакотерапії АГ в амбулаторних умовах свідчать про небхідність розробки протоколів медичної допомоги з урахуванням специфічних умов, в яких працює лікар ЗП-СМ. Крім того, на наш погляд, в сучасних умовах інтенсивного впровадження сімейної медицини особливого значення набуває процес раціонального використання ЛЗ. Це пов'язано з багатьма факторами, серед яких наявність відповідних нормативних документів та достовірної фахової інформації щодо застосування ЛЗ. Саме тому співпраця лікарів ЗП-СМ з аптечними працівниками є оптимальним форматом їх взаємовідносин, сприяє вирішенню задач соціального, клінічного і економічного характеру використання основних принципів Формулярної системи, яка у багатьох країнах світу в першу чергу призначена для закладів сімейної медицини.

ІНФЕКЦІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Котвіцька А.А., Кононенко О.В., Кубарєва І.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

На сьогодні інфекційні хвороби є важливою медико-соціальною проблемою, що має наслідки для благополуччя як окремої людини, так і держави в цілому. Епідемічна ситуація щодо багатьох інфекційних захворювань в Україні оцінюється фахівцями як нестійка з тенденцією до неблагополучної.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення стану захворюваності на кір, що має значний, а під час непередбачуваний фінансовий тягар для охорони здоров'я та негативний вплив на імідж держави. Під час роботи було використано статистичні методи дослідження.

Відповідно до результатів дослідження, встановлено, що динаміка захворюваності на кір в Україні має циклічний характер (таб.1).

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на кір в Україні

	$К_{2001/2000}$	$К_{2002/2001}$	$К_{2003/2002}$	$К_{2004/2003}$	$К_{2005/2004}$	$К_{2006/2005}$	$К_{2007/2006}$	$К_{2008/2007}$	$К_{2009/2008}$	$К_{2010/2009}$	$К_{2011/2010}$	$К_{2012/2011}$
Коефіцієнт зростання захворюваності	20,79	0,45	0,05	0,36	16,26	16,87	0,03	0,05	0,55	1,33	36,4	9,43

Максимальні значення коефіцієнту зростання захворюваності на кір спостерігалися у 2001 р. порівняно з 2000 р. (20,79), у 2006 р. порівняно з 2005 р. (16,87) та у 2011 р. порівняно з 2010 р. (36,4). Негативним є те, що максимальні та мінімальні значення коефіцієнту суттєво відрізняються (у середньому на 85,5%), тобто наявна тенденція до різкого стрибка захворюваності, що свідчить про відсутність механізму її своєчасного запобігання.

Окрім того, в останні роки спостерігається низький рівень вакцинації від даної хвороби, що зважаючи на зростання захворюваності недопустимо. Зокрема станом на 2011 р. фактичне виконання плану щеплень проти кору дітям у віці 1 рік становить лише 53%, 2 роки – 43,7%, 6 років – 55,5% проти запланованих показників. Значною мірою це пов’язано з відмовою батьків від вакцинації дітей через недовіру до якості вакцин.

Таким чином, стан інфекційної захворюваності в Україні є вкрай тривожним, що до того ж погіршується низьким рівнем вакцинації. До ефективних шляхів вирішення даної проблеми, на нашу думку, належать створення в Україні уповноваженого органу з контролю за інфекційними захворюваннями, що дозволить виявляти можливість розповсюдження інфекції на більш ранніх етапах, та посилення контролю якості вакцин згідно до положень Глобальної програми по безпеці вакцин ВООЗ, яке сприятиме відновленню довіри до вакцинації.

ОСОБЛИВОСТІ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ НАСЛІДКИ

Пастухова О.А., Котвіцька А.А.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Життєздатність і розвиток кожної держави тісно пов'язаний зі стійким демографічним розвитком, що гарантує суспільству відтворення людських поколінь. На сьогодні демографічна ситуація в Україні характеризується скороченням народжуваності, зростанням смертності і як результат – старінням населення, що порушує сприятливий демографічний баланс.

Мета нашого дослідження – визначення особливостей та наслідків проблеми старіння населення України. Під час дослідження нами використано історичний аналіз, системний та порівняльний методи дослідження.

За даними ВООЗ, люди похилого (60–74 роки) та старечого віку (75−89 років) є найбільш зростаючим контингентом населення світу. З урахуванням статистичних даних встановлено, що кількість осіб старше 60 років в світі невпинно збільшується (рис. 1). За даними прогнозів ВООЗ, у 2025 році їх чисельність збільшиться в 6 разів порівняно з 1950 роком. До 2050 року чисельність людей похилого віку досягне 2 млрд. та перевищить кількість дітей віком до 14 років.

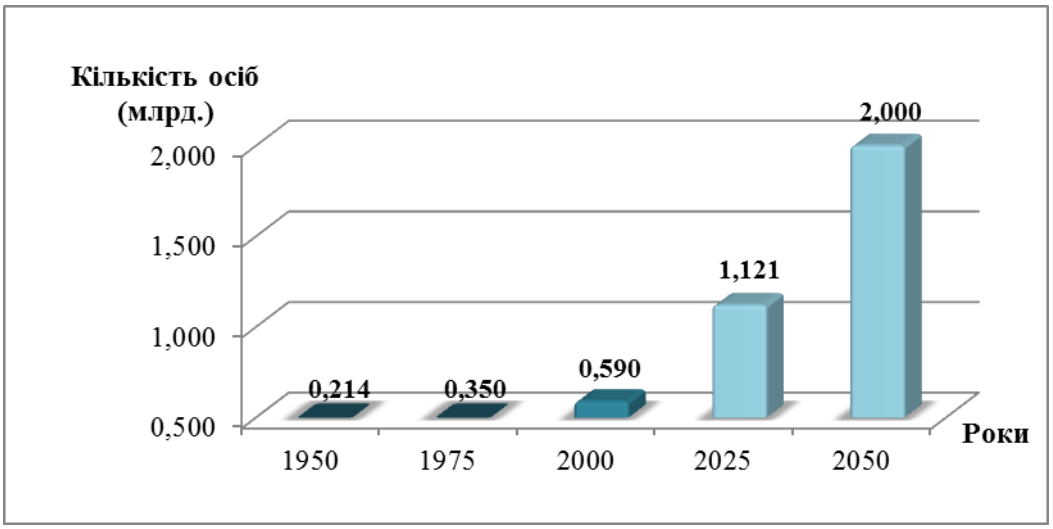


Рис. 1. Кількість осіб старше 60 років в світі.

Україна відноситься до країн з достатньо високим рівнем старіння населення, так, за значенням частки осіб віком 60 років і старше у загальній чисельності населення, наша країна посідає 11 місце у світовій ієрархії за даним показником. На відміну від країн Заходу, де відбувається старіння «зверху» в результаті зниження смертності, показник старіння населення України зростає лише «знизу» за рахунок високої смертності дорослого населення та зниження народжуваності. Віковий розподіл населення України станом на 2012 рік представлений на рис. 2.

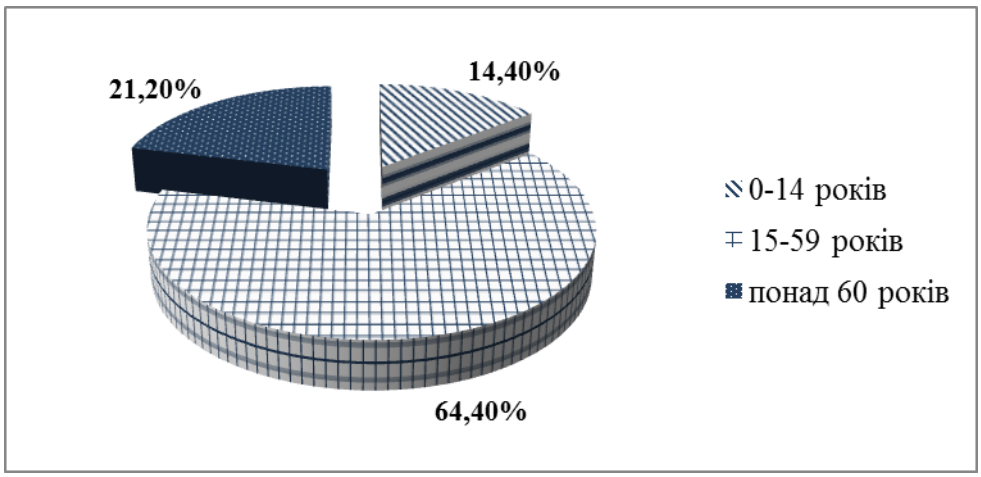


Рис. 2. Вікова структура населення України

В Україні відзначаються виражені регіональні особливості старіння населення, так до найбільш «старих» областей належать області Центрального і Східного регіону України. Низький показник постаріння населення спостерігається в областях Західного та Південного регіону.

Також необхідно зазначити, що для України характерні суттєві відмінності щодо рівня старіння населення залежно від типу поселення. Значно вищим рівнем старіння вирізняється сільське населення, віковий склад якого «знесилений» масовою міграцією молоді й осіб середнього працездатного віку у міста. У результаті кількість людей пенсійного віку у сільській місцевості істотно переважає над молодим населенням. Зі збільшенням чисельності літніх людей відповідно й зростають витрати системи охорони здоров'я і пенсійного фонду.

Таким чином, нами встановлено особливості розподілу старіючого населення в Україні, що характеризуються значними територіальними відмінностями. Так, найвищий показник старіння був зареєстрований в областях Центрального і Східного регіону, найнижчий – в областях Західного та Південного регіону. Найбільш суттєвими наслідками старіння населення є подальше скорочення відтворення трудового потенціалу населення, збільшення економічного навантаження на працездатне населення, необхідність економічного забезпечення та соціальної підтримки осіб похилого та старечого віку.

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ ПАЦІЄНТА У СТРУКТУРІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Котвіцька А.А., Чмихало Н.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

У сучасних умовах здоров'я людини, перестало бути лише об'єктом для лікувального впливу, все частіше здоров'я сприймається як сукупність факторів соціального характеру. Дослідження соціальної ролі пацієнта, його ролі у взаємовідносинах із суб'єктами цієї системи є одним з основних напрямів соціології медицини і фармації.

Соціальна роль пацієнта і вивчення особистості пацієнта, його групових і індивідуальних особливостей, є актуальним для медичних і фармацевтичних працівників, зацікавлених у встановленні довірчих відносин з пацієнтами, заснованих на взаєморозумінні та згоді, оскільки ще в стародавніх манускриптах Аюрведи говориться: «Можна боятися батька, матері, друзів, учителя, але не повинне бути присутнім почуття страху перед лікарем. Останній повинен бути добрішими, уважнішими до хворого». Необхідність вивчення соціології пацієнта обумовлена низкою обставин, а саме:

• по-перше, наша країна переживає період реформування всіх складових життя суспільства, в тому числі реформування системи охорони здоров'я. У таких умовах особливо актуальним з точки зору теоретичного, політичного і практичного значення є дослідження тенденцій і закономірностей соціального інституту медицини в цілому і, в тому числі, механізму дій і взаємодій суб'єктів системи охорони здоров'я, найважливішим з яких є пацієнт;

• по-друге, сучасний етап розвитку суспільства свідчить про зростаючу роль та значення соціальних факторів, вплив соціальної сфери суспільного життя на здоров'я пацієнта. Не випадково за останні роки терміни *«сильна соціальна політика», «соціально орієнтована економіка», «соціальний захист*

населення», «соціальні наслідки реформ» тощо, розглядаються достатньо часто як політиками, так і суспільними організаціями та пересічними громадянами;

• по-третє, кожна людина неодноразово протягом життя, взаємодіє з системою охорони здоров'я, стає пацієнтом.

Самооцінка здоров'я пацієнтів в першу чергу залежить від способу життя, однак лише 30% пацієнтів намагаються постійно вести здоровий спосіб життя, 51,2% намагаються робити це час від часу, 1/5 частина не намагається взагалі. Нами встановлено, що стимулом здорового способу життя є наявність у пацієнтів проблем зі здоров'ям та хронічних захворювань (30%), в той же час до основних факторів, які несприятливо впливають на здоров'я, за думкою самих пацієнтів є *фізіологічні* (вік, наслідки захворювань, операції і травм, спадковість). На другому місці – *поведінкові* фактори, які пов'язані зі способом життя і ставленням до себе, до свого здоров'я. Наступними факторами виступають *об'єктивні – екологія та санітарний стан середовища* проживання. На останньому місці – виробничі фактори, що включають в себе робочі перевантаження та стреси. Визначальними для статусу і ролі пацієнта є його соціально-демографічні характеристики (стать, вік, освіта, соціальний стан, релігійна приналежність, місце проживання тощо) та особливості способу життя, перш за все пов'язані з економічними і поведінковими параметрами. Широке поширення таких шкідливих звичок, як алкоголізм та тютюнопаління не лише спричиняє негативні соціальні наслідки, але й відбивається на нервово-психічному, соматичному та репродуктивному здоров'ї пацієнтів.

Як показують результати досліджень в даний час людство має можливість виключати фактори ризику та стимулювати фактори антиризику. Необхідно також підвищувати культуру самосохраної поведінки пацієнтів, оскільки в такому випадку навіть перебуваючи в несприятливих для здоров'я умовах, пацієнт може зменшити або уникнути впливу шкідливих для здоров'я факторів

Маємо констатувати, що соціальна роль пацієнта, будучи спочатку неформальною, може бути формалізована, обмежена в просторі і в часі (права

та обов'язки пацієнта в системі охорони здоров'я). Очікування пацієнта виходять з вимог соціального оточення і орієнтовані на одужання (особиста вигода пацієнта) і можливість повноцінно виконувати соціальні ролі (громадська вигода). Реалізація особистої й громадської вигоди пацієнта визначають його соціальний статус у соціумі. Безпосередньо, соціалізація пацієнта пов'язана з його трудовою, суспільно-політичної та пізнавальною діяльністю. У соціалізації пацієнта визначальним є духовний компонент, що дозволяє розглядати соціологію пацієнта в тісному зв'язку з проблемами культури, освіти, науки, жодною мірою не применшуючи роль і значення економічних, соціальних і політичний відносин.

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

Немченко А.С., Подгайна М.В., Мінакова Д.А.
Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна
economica@ukr.net

Геронтологія (від грец. γέροντος, «старий») – наука, що вивчає соціальні, психологічні, біологічні аспекти, способи боротьби зі старінням і продовження життя. Згідно класифікації ВООЗ, похилий вік триває від 60 до 75 років, старечий вік - від 75 до 89 років, особи віком понад 90 років вважаються довгожителями. В Україні кількість людей у віці старше 60 років становить майже 20%. Отже, розробка наукових підходів до оцінки та вдосконалення якості життя осіб похилого та старечого віку вважаються актуальним завданням вітчизняної охорони здоров’я. В Україні на базі Інституту геронтології НАМН України проводиться активна робота щодо покращення якості життя осіб похилого та старечого віку. Одночасно, фактичний стан соціальної геронтології, яка є частиною науки «геронтологія» та включає медичне та фармацевтичне забезпечення осіб похилого віку, потребує

специфічних науково-методичних підходів. Аналіз міжнародного досвіду показав, що одним з основних механізмів медичного та фармацевтичного забезпечення осіб похилого віку є медичне страхування, до якого залучається працездатне населення, яке на момент досягнення пенсійного віку має достатній резерв (пенсію) безпосередньо для покриття медичних та фармацевтичних витрат. З метою вдосконалення забезпеченості осіб похилого та старечого віку в Україні, в умовах впровадження обов'язкового медичного страхування, доцільно розробити стандарти лікування, що враховуватимуть вікові особливості фармакокінетики та фармакодинаміки ЛЗ даного контингенту хворих.

Таким чином, проведена оцінка стану медичного та фармацевтичного забезпечення осіб похилого віку в Україні та аналіз міжнародного досвіду дозволили визначити шляхи подальшого розвитку системи соціальної геріатрії в Україні та напрямки подальших наукових досліджень.

Соціально-ефективні механізми забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (державна реєстрація, реімбурсація, ціноутворення)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІЛЬГОВИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ В КРАЇНАХ ЗАРУБІЖЖЯ ТА В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Коробова Є.С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Пільгове лікарське забезпечення окремих категорій населення є невід'ємною частиною соціальної політики кожної держави. Проблеми фармацевтичного забезпечення пільгових категорій населення (ПКН) в багатьох країнах світу вирішуються шляхом створення державних програм і відповідного законодавства, в основі яких лежать механізми ціноутворення на лікарські засоби (ЛЗ), а також механізми відшкодування вартості ЛЗ через державні або приватні страхові фонди. На сьогодні Україна залишається єдиною європейською країною, де відсутній досвід з розробки та застосування ефективних механізмів компенсації витрат на ЛЗ, внаслідок чого держава не виступає гарантом якісної, ефективної, доступної медичної і фармацевтичної допомоги для своїх громадян, а законодавчо затверджені нормативи пільгового забезпечення ЛЗ не виконуються на належному рівні.

З огляду на вищезазначене, метою нашого дослідження став аналіз міжнародного досвіду організації надання фармацевтичної допомоги пільговим категоріям та групам населення з подальшим визначенням шляхів удосконалення фармацевтичного забезпечення ПКН в Україні. Під час дослідження нами використано системно-аналітичний та порівняльний методи аналізу.

Проведені дослідження міжнародного досвіду організації фармацевтичного забезпечення пільгових категорій та груп населення показали, що у ряді країн функціонують системи обов'язкового медичного страхування та механізми відшкодування вартості ЛЗ, але поряд з цим передбачається сплата певної частини вартості медичних та фармацевтичних послуг за рахунок коштів самих застрахованих громадян. Так, за результатами аналізу міжнародного досвіду економічно розвинених країн нами було виділено три основних критерії співучасті

населення у сплаті вартості ЛЗ: 1) стягнення фіксованої суми, яка становить лише частину реальної вартості ліків (*Німеччина, Великобританія, Нідерланди, Ізраїль, Швеція*); 2) сплата певного відсотку вартості ЛЗ залежно від захворювання (*Франція, Бельгія, Італія, Ісландія, Туреччина, Греція, Угорщина, Естонія, Албанія*) та залежно від статусу ЛЗ (*Італія, Іспанія, Данія*); 3) сплата пацієнтом фіксованої суми та (додатково) визначеного відсотку від вартості ліків (*Фінляндія*). Фактично третій механізм включає в себе два попередніх.

Також з'ясовано, що поряд з різними системами компенсації за спільною сплатою вартості ЛЗ, у багатьох країнах існує широкий діапазон додаткових пільг: за віком, соціальним статусом, рівнем доходу, групою захворювання, відповідно яким ставка реімбурсації вартості ЛЗ становить 100 %. Так, в *Італії, Бельгії, Японії, Угорщині, Великобританії, Австрії, Норвегії* законодавчо визначений перелік категорій населення (вдови, сироти, пенсіонери та особи похилого віку старші за 66 років), відповідно якому ЛЗ за рецептами лікарів відпускаються безоплатно. У деяких країнах – *Данія, Норвегія, Кіпр, Франція, Угорщина, Туреччина* – існують переліки захворювань, у разі лікування яких ЛЗ пацієнтам відпускаються безоплатно (лише в межах лікування зазначеної в переліку патології). У окремих країнах – *Фінляндія, Норвегія, Швеція* – затверджені "позитивні" переліки ЛЗ, за якими пацієнти отримують ліки безоплатно.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу міжнародного досвіду щодо організації надання фармацевтичної допомоги ПКН встановлено, що у більшості країн світу діє принцип державного регулювання споживання ЛЗ, придбаних безоплатно або з частковою оплатою вартості. При цьому законодавчо обмежують декретовані групи населення та перелік ЛЗ, що відпускаються безоплатно або з частковою оплатою вартості, регулюють пайову участь споживача у сплаті ЛЗ та контролюють необхідність безоплатного призначення ЛЗ.

Враховуючи міжнародний досвід, одним із ефективних шляхів з удосконалення фармацевтичного забезпечення ПКН в Україні, на нашу думку, є впровадження обов'язкового медичного страхування та реімбурсації, що в умовах обмеженого фінансування галузі охорони здоров'я значно покращить економічну доступність ЛЗ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ

Котвіцька А.А., Лобова І.О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Загальновідомим є те, що доступність лікарських засобів (ЛЗ) забезпечує рівень якості та ефективності фармакотерапії і профілактики захворювань населення й сприяє збільшенню тривалості і якості життя населення України. На сьогодні в умовах насиченого фармацевтичного ринку актуальною проблемою постає обмеження можливостей у лікуванні амбулаторних та стаціонарних хворих, пов'язане з низьким рівнем доходів більшості населення і неадекватним бюджетним фінансуванням лікувальних закладів. Низька платоспроможність більшості громадян призводить до того, що ЛЗ, особливо високовартісні, для них недоступні. Так, останнім часом за три-чотири місяці ціна як вітчизняних, так і імпортних ЛЗ збільшується в середньому на 35-40%.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало здійснення аналізу показників доступності нейропротекторних ЛЗ для лікування ішемічного інсульту. Під час дослідження нами використано логічний, статистичний та графічний методи аналізу.

За результатами аналізу історій хвороб встановлено, що асортимент ЛЗ нейропротекторної дії, з точки зору прихільності серед лікарів, представлений 20 фармакотерапевтичними групами, що містять 161 ЛЗ.

Протягом 2009-2013 років нами періодично проводився моніторинг оптових цін ЛЗ нейропротекторної дії. Під час дослідження встановлено, що за даний період оптові ціни на ЛЗ зросли майже на 28,11%. У тому числі, ціни на вітчизняні ЛЗ зросли на 51,17%, на імпортні – на 13,66%.

За результатами моніторингу нами були обчислені показники доступності ЛЗ нейропротекторної дії (табл. 1).

Динаміка середнього показника доступності за фармакотерапевтичними групами нейропротекторних ЛЗ у 2010-2013 рр.

Таблиця 1

Фармакотерапевтична група	Середні показники доступності			
	2010	2011	2012	2013
Пірацетам та його комбінації (N06B X03, N06B X53)	1,06	1,06	1,13	1,08
Вінпоцетин (N06B X18)	1,08	1,07	1,12	1,03
Кортексин (N06B X20)	1,04	1,06	1,15	1,08
Гідролізати та деривати тканин (N06B X22)	1,11	1,10	1,11	1,11
Цитиколін (N06B X06)	1,39	1,11	1,08	1,11
Бетагістин (N07C A01)	1,16	1,11	1,05	1,07
Цинаризин (N07C A02)	1,00	1,02	1,03	1,10
Іпідакрин (N07A A07)	1,10	1,17	1,22	1,11
Різні препарати (A16A X10)	1,21	1,13	1,09	1,01
Кислота тіоктова (A16A X01)	1,17	1,18	1,17	1,13
Ніцерголін (C04A E02)	1,22	1,19	1,08	1,01
Пентоксифілін (C04A D03)	1,00	1,16	1,05	0,98
Нафтидрофуріл (C04A X21)	1,10	1,09	1,00	0,95
Німодипін (C08C A06)	1,10	1,16	1,17	1,13
Інозин (C01E B14)	0,93	1,13	1,14	1,02
Триметилгідразинію пропіонат (C01E B20)	1,14	1,35	1,01	1,12
Тіотриазолін (C01E B23)	1,04	1,02	0,98	1,04
Холіну альфосцерат (N07A X02)	1,18	1,17	1,20	1,07
Препарати вітаміну B1 у комбінації з вітамінами B6 та/або B12 (A11D B)	1,27	1,18	1,14	1,06
Магнію сульфат (B05X A05)	1,09	1,21	1,02	1,01

З метою досягнення гарантованої державою межі доступності ЛЗ, як відомо, показник доступності повинен бути більшим або дорівнювати одиниці, тобто, можна зробити висновок, що протягом 2010-2013 рр. майже всі досліджувані групи нейропротекторних ЛЗ були доступними для споживача, за виключенням Нафтидрофурілу у 2013 р., Інозину у 2010 р. та Тіотриазоліну у

2012 р. Разом з тим, негативна тенденція щодо зменшення доступності для населення спостерігалася у ЛЗ з 12 фармакотерапевтичних груп.

Як видно з рисунку, у 2010-2013 рр. спостерігається позитивна тенденція зростання рівня доступності на ЛЗ вітчизняного виробництва, що свідчить про доступність саме вітчизняних ЛЗ для більшої частини населення України.

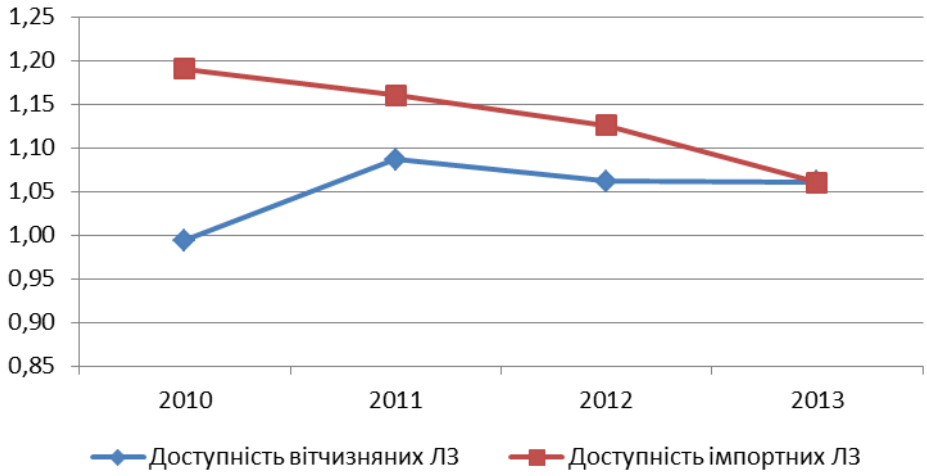


Рис. 1. Динаміка показників доступності нейропротекторних ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва

Таким чином, за результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що протягом останніх років в Україні спостерігалася негативна тенденція щодо зменшення показників доступності для більшості ЛЗ нейропротекторної дії, однак разом з тим ЛЗ вітчизняного виробництва виявляються більш доступними для населення України.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ ЩОДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Немченко А.С., Корж Ю.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@ukr.net

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є найактуальнішою медичною та соціально-економічною проблемою як для вітчизняної охорони здоров`я, так і для суспільства в цілому. За даними МОЗ, в останні роки в Україні відмічається значне зростання показників захворюваності та поширеності ГХ. На сьогодні в Україні майже у 12 млн. осіб діагностуються симптоми ГХ, з них систематичне лікування отримують лише 14%, а періодично приймають лікарські засоби (ЛЗ) 35% хворих.

Через нестабільну соціально-економічну ситуацію в Україні, яка породжує вкрай обмежене бюджетне фінансування системи охорони здоров'я, для багатьох хронічних хворих застосування ЛЗ протягом тривалого часу з економічної точки зору стає досить проблематичним. ГХ є хронічним захворюванням, лікування якої потребує використання ЛЗ протягом усього життя. Тому, у відповідності до соціальних ініціатив Президента України, які були презентовані у березні 2012 р., з 1 червня минулого року стартував Всеукраїнський пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для хворих на ГХ.

У процесі реалізації пілотного проекту лікарями було виписано понад 1,6 млн. рецептів, понад 2 млн. хворих почали приймати ЛЗ для лікування ГХ, близько 515 тис. осіб звернулося до лікарів за рецептами. Відповідно до офіційних даних МОЗ України, у пілотному проекті було задіяно 3,6 тис. аптечних закладів.

Впровадження механізму референтного ціноутворення на ЛЗ, що використовуються у лікування ГХ на відповідному сегменті вітчизняного фармацевтичному ринку призвело до суттєвих якісних та кількісних змін. За підсумками 2012 р. загальний обсяг роздрібних продажів ЛЗ, які включені до пілотного проекту, склав 517 млн. грн або 22,8 млн. упаковок. У 2012 р. у

порівняльні з аналогічним періодом 2011 р. зазначений показник збільшився на 15,2% у грошовому та 16,8% у натуральному вираженні. При цьому, внаслідок посилення конкуренції на вказаному сегменті ринку ЛЗ, відзначено помітне зниження як граничних рівнів оптово-відпускних цін (від 4% до 17,8%), так і роздрібних цін на ЛЗ. Так, середньозважена роздрібна вартість 1 упаковки ЛЗ за 2012 р. знизилася на 1,4% з 23,0 до 22,7 грн.

У результаті аналізу було встановлено, що найкращі результати від впровадження референтного ціноутворення на ЛЗ досягнуті для препаратів групи небівололу – середньозважена вартість однієї упаковки за 2012 р. знизилася на 12% у порівнянні з 2011 р., а обсяг реалізації у натуральному вираженні збільшився на 50%. Подібні тенденції спостерігалися також і по препаратах амлодипіну та бісопрололу.

У структурі роздрібних обсягів продажів антигіпертензивних ЛЗ, за 2012 р. лідирують ЛЗ іноземного виробництва з питомою вагою 78% у грошовому та 53% у натуральному вираженні. Слід відзначати, що у 2012 р., у порівнянні з аналогічним періодом 2011 р., спостерігалась наявність позитивної тенденції до збільшення питомої ваги обсягів продажів ЛЗ вітчизняного виробництва з 19 до 22% у грошовому та з 45 до 47% у натуральному вираженні.

Отже, впровадження пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для хворих на ГХ призвело до зниження цін на більшість антигіпертензивних ЛЗ, що включені у пілотний проект та збільшення їх фактичного споживання. У сукупності, це призвело до підвищення показників соціально-економічної та фізичної доступності ЛЗ зазначеної групи, стимулювання їх вітчизняного виробництва та збільшення обсягів продаж на вітчизняному фармацевтичному ринку. Таким чином, можна констатувати про формування об’єктивних тенденції щодо підвищення рівня соціальної захищеності хворих з ГХ в Україні.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКІСНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Прилипко Н. А.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна
natalia.anatolivna@gmail.com

Проблема туберкульозу (ТБ) є надзвичайно актуальною як в Україні, так і в країнах світу. Нині це захворювання органів дихання є найпоширенішою опортуністичною інфекційною хворобою, яка посідає перше місце в структурі смертності людей від інфекційних захворювань. В Україні зареєстровано 680671 хворих на ТБ, що дорівнює 1,4 % від усієї чисельності населення країни, із них хворі активними формами ТБ складають майже 21,2 %.

Мета дослідження: визначення факторів, що свідчать про вагомість медичного та соціального значення ТБ та вказують на важливість і необхідність оптимізації якісної фармацевтичної допомоги.

Вивчення та аналіз факторів, що обумовлюють поширеність даного захворювання, показує, що основними чинниками є пізнє виявленням та діагностика, низька забезпеченість протитуберкульозними лікарськими засобами (ПТЛЗ) для проведення профілактики, лікування та протирецидивної антимікобактеріальної терапії, повна відсутність контролю за прийомом ПТЛЗ, збільшенням кількості випадків хіміорезистентного ТБ, ко-інфекції ТБ/ВІЛ, скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби, недофінансування протитуберкульозних закладів, недостатня профілактична та інформаційно-просвітницька робота з пацієнтами, а також забезпечення дотримання санітарно-гігієнічних норм в громадських місцях та погіршенням якості соціально життєвого рівня населення тощо.

Таким чином, зазначене вище обумовлює вивчення даної нозології не тільки в аспекті соціальної проблематики, а ще й в запроваджені комплексного надання якісної медичної та ефективної фармацевтичної допомоги хворим на ТБ.

КЛІНІЧНІ, ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ ПРИ ПОРУШЕННІ КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО БАЛАНСУ У ДІТЕЙ

Саханда І.В., Попович В.П., Голопихо Л.І., Шолойко Н.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
Sahanda@inbox.ru

Актуальність теми. Порушення кислотно-лужного балансу у дітей становлять близько 30% та є загрозливою для життя патологією. Без точного лабораторного діагнозу диференціальна діагностика та раціональна терапія неможливі. Новонароджені, немовлята і маленькі діти майже до кінця другого року життя відрізняються значною лабільністю кислотно-лужного стану, адже при будь-якому порушенні відбувається зміна організму та змінюється метаболізм. Екстемпоральна рецептура дозволяє до кожної дитини підходити індивідуально з урахуванням її фенотипу та особливостей метаболізму. Разом з тим даний стан вимагає одночасного використання значної кількості лікарських препаратів, що обумовлює зростання вартості лікування. Екстемпоральне виготовлення ліків дає можливість зменшити вартість терапії та підвищити ефективність лікування.

Метою роботи є теоретичне та практичне обґрунтування використання екстемпоральних лікарських форм з урахуванням сучасних фармакогенетичних принципів оптимальної терапії.

Результати. Аналіз переліку ліків, які використовуються в якості засобів інфузійної терапії з метою корекції показників водно-сольового та кислотно-лужного балансу, дозволив установити, що до групи екстемпоральних препаратів належать – розчини натрію гідрокарбонату, калію хлориду та натрію хлориду, що становить 10% від загальної кількості ліків. Дане дослідження включає аналіз результатів застосування екстемпоральної дитячої рецептури, кількість і асортимент яких у спеціалізованих аптеках України суттєво зменшуються. Проте такі лікарські засоби дозволяють проводити

індивідуалізацію фармакотерапії у дітей, деякі екстемпоральні форми не мають аналогів промислового виробництва, а їх вартість є економічно доступною для пацієнтів.

Висновки. Екстемпоральне виготовлення рецептури – це один з індивідуальних методів до підходу лікування відповідно з урахуванням фармакогеноміки. Кислотно-лужний баланс залежить від метаболізму, супутніх захворювань та геному. Тож при лікуванні дітей з такими порушеннями необхідно мати індивідуальний підхід, тобто «не нашкодити».

Нормативно-правове регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕЦЕПТУРНОГО ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Немченко А.С., Тетерич Н.В., Терещенко Л.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@ukr.net

Практика сьогодення свідчить про необхідність удосконалення організаційно-правових механізмів державного регулювання діяльності суб'єктів господарювання у сфері обігу лікарських засобів (ЛЗ). Адже наразі загальний стан вітчизняної системи охорони здоров'я оцінюється рядом негативних факторів об'єктивного та суб'єктивного характеру, такими як: вкрай низький рівень фінансування медичної та фармацевтичної допомоги; відсутність ефективних методів безоплатного і пільгового відпуску ЛЗ та компенсації їх вартості, а також державного замовлення на виробництво й поставку основних (життєво необхідних) ліків для лікування соціально-небезпечних захворювань за державними програмами тощо.

Особливо актуальною проблемою постає неврегульованість рецептурного відпуску ЛЗ, що стало одним із основних негативних чинників стрімкого поширення самолікування. Водночас відсутність дієвого механізму контролю за дотриманням правил виписування рецептів спричинило соціально-небезпечну проблему – призначення зайвих ліків (поліпрагмазію).

Слід відмітити, що відпуск ліків за рецептами є обов'язковою складовою державного регулювання обігу ЛЗ кожної соціально-розвиненої країни, який гарантує ефективність, безпечність та раціональність фармакотерапії й сприяє зниженню рівня самолікування та поліпрагмазії.

У країнах ЄС рецепт є не обмежувальним за сутністю документом, а фінансовим, на підставі якого відбувається відшкодування вартості ЛЗ. Тому можна із впевненістю говорити, що рецептурний обіг ЛЗ в Україні буде врегульовано, але за умови впровадження системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) та механізма реімбурсації, за якими рецепт буде

відображати не тільки лікарські призначення, а матиме статус правового та фінансового документа, що гарантуватиме правомірність призначення ЛЗ й беззаперечно стимулюватиме пацієнта відвідати лікаря. Навпаки, відсутність зазначеного механізма в Україні свідчитиме про обмеження можливості більшості хворих придбати зазначені ліки в аптеці, що зумовлює у свою чергу подальше зростання неадекватного самолікування та поліпрагмазії, зниження рівня якості життя та підвищення смертності, тощо.

Наразі рецепт в Україні є лише медичним документом у формі припису до аптеки або аптечного пункту, який виписує лікар на рецептурному бланку, яких доречи зазвичай бракує, та на підставі якого здійснюється виготовлення та/або відпуск ЛЗ за встановленими правилами. В багатьох випадках рецептурні бланки Ф-1 просто відсутні в деяких лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), тому лікарям доводиться робити лікарські призначення на звичайних папірцях або ксерокопіях рецептурних бланків. Цілком логічно, що за такими призначеннями лікарі, як правило, не несуть відповідальності. До того ж, це унеможливлює реалізацію рецептурних ЛЗ з аптек та аптечних пунктів відносно правових зобов'язань як лікарів, так і фармацевтичних працівників та пацієнтів.

Таким чином, недосконаліть нормативно-правових актів, зокрема Положення МОЗ України щодо забезпечення ЛПЗ рецептурними бланками, лише підсилює проблему рецептурного відпуску ліків.

На нашу думку, вирішення проблеми рецептурного відпуску в першу чергу повинно розпочатися саме із забезпечення ЛПЗ достатньою кількістю рецептурних бланків, без яких реалізація чинних НПА є неможливою.

Отже, підсумовуючи викладене можемо відмітити, що одним з головних направлень реформування вітчизняної системи охорони здоров'я має стати впровадження ОМС та страхової рецептури, що надасть рецепту статусу фінансового документу та водночас ефективно вирішить проблему рецептурного відпуску ЛЗ.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ПРОЦЕСІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Немченко А.С., Хоменко В.М., Сушарина І.В.
Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
economica@ukr.net

Фармацевтична галузь України протягом усіх років незалежності знаходиться під впливом державного регулювання, яке, нажаль, у більшості випадків є малоефективним. Враховуючи євроінтеграційні процеси у нашій країні, слід звернути увагу на дослідження ролі громадських організацій у суспільному регулюванні, яке досить розповсюджене у країнах ЄС.

Метою нашого дослідження стало визначення ролі громадських фармацевтичних організацій (асоціацій) та їх співпраці у вирішенні проблем галузі охорони здоров'я.

У дослідженні використовувалися аналітичний, логічний та соціологічний методи.

На сьогодні у ЄС широко використовується модель багаторівневого управління, характерною ознакою якої є участь в управлінському процесі розгалуженої мережі неурядових громадських організацій різного спрямування, у т. ч. й професійних. Отже, ступінь поширення громадських організацій та рівень їх участі у прийнятті управлінських рішень можна розглядати як один із основних показників розвитку громадянського суспільства.

При цьому слід зазначити, що взаємодія громадських організацій та органів державного управління в усьому світі ще й досі не носить регулярного характеру. Вона, частіш за все, виникає з ініціативи самих громадських організацій, якщо вони звертаються до влади. У такому випадку з'являється можливість публічного контролю за органами державного управління, що сприяє підвищенню ефективності функціонування останніх і, що також особливо важливо на сучасному етапі суспільного розвитку України.

Професійні громадські організації у фармації протягом останніх 5-ти років усе частіше виступають сумісно: домовляються про спільну роботу над створенням проектів різних нормативно-правових актів (наприклад, закону «Про лікарські засоби» тощо). Також спільними зусиллями громадські фармацевтичні організації не допустили руйнівних для фармацевтичного ринку ініціатив уряду щодо ціноутворення на лікарські засоби. На цей час громадські фармацевтичні організації подали до МОЗ України пропозиції щодо формування єдиного переліку лікарських засобів та виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, які розглядатимуться в рамках засідань робочої групи для доопрацювання деяких проектів постанов Кабінету Міністрів України. Також актуальним залишається таке завдання фармацевтичної громадськості, як допомога урядовцям у впровадженні реформ у системі охорони здоров'я та фармації як через громадські ради при органах державного управління різних рівнів, так і через інші можливі шляхи та методи співпраці.

З метою оцінки ефективності державного регулювання в галузі та діяльності громадських фармацевтичних організацій, нами у 2011 – 2012 рр. проведене анкетне опитування спеціалістів фармації та керівників громадських організацій у 21 регіоні України, результати якого свідчать про необхідність удосконалення підходів до їх співпраці з органами державного управління галуззю .

Висновки. Досліджено роль громадських фармацевтичних організацій (асоціацій) у процесі регулювання фармацевтичної галузі України та підвищенні ефективності регуляторних заходів. За результатами проведеного анкетування визначено основні ефективні чинники державного регулювання у фармації галузі в Україні та ефективні напрямки співпраці фармацевтичних асоціацій з органами державного управління фармацією. Встановлено, що для фармацевтичної спільноти актуальними є підготовка та затвердження закону «Про фармацевтичне самоврядування та саморегулювання».

РОЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ

Посылкина О.В., Литвинова Е.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Введение: предпосылки научно-технического прогресса в фармации закладываются уже в процессе обучения студентов в высших учебных учреждениях фармацевтического профиля. При этом изучение вопросов, связанных с оформлением и защитой прав на интеллектуальную собственность – необходимое условие фундаментальной подготовки специалистов в области фармации.

Цель работы: анализ современного состояния, направлений и тенденций опыта преподавания дисциплины патентоведение (интеллектуальная собственность) за рубежом и ее роли в качестве инструмента научного и социального развития фармации.

Результаты: патентная охрана фармацевтических препаратов является движущей силой прогресса в области фармации и медицины, обеспечивая экономические стимулы инноваций, способствует сохранению научного потенциала фармацевтических компаний, обеспечению их конкурентоспособности, сохранению необходимой лекарственной независимости Украины. Вклад охраны интеллектуальной собственности в научный прогресс выходит за рамки экономики. Эффективная охрана прав интеллектуальной собственности имеет важное социальное значение. Создавая стимулы для разработки новых лекарств, патентная охрана способствует увеличению длительности и качества жизни пациентов. Охрана интеллектуальной собственности стимулирует разработчиков к дальнейшему творчеству.

Анализ современного состояния, направлений и тенденций опыта преподавания дисциплины патентоведение (интеллектуальная собственность)

за рубежом выявил, что преподавание указанной дисциплины в НФаУ приближается по объему и содержательному наполнению к требованиям высших учебных заведений фармацевтического и медицинского профиля в странах Европы и США. Вместе с тем, изучение опыта преподавания близких по смыслу дисциплин в высших учебных заведениях фармацевтического и медицинского профиля за рубежом выявило ряд особенностей. На фармацевтическом факультете университета Нью-Йорка значительное внимание при подготовке магистров фармации и юриспруденции уделяется вопросам гражданско-правовой защиты объектов права интеллектуальной собственности. Как показал проведенный анализ на фармацевтическом факультете в университете Великобритании углубленно рассматриваются вопросы, связанные с формированием механизма коммерциализации интеллектуальной собственности, защитой от недобросовестной конкуренции. В Миланской школе фармации более подробно освещается право интеллектуальной собственности на коммерческую тайну. В рамках обучения в академии Всемирной организации интеллектуальной собственности (Швейцария) подробно рассматриваются различные аспекты международного сотрудничества в сфере интеллектуальной собственности. В Московском государственном университете особое внимание уделяется углублен-ному изучению механизмов управления интеллектуальной собственностью.

Таким образом, изучение международного опыта показало, что будущим фармацевтам необходимы теоретические знания законодательных основ приобретения, передачи, охраны и защиты прав на объекты права интеллектуальной собственности в медицине и фармации, в частности промышленной собственности в Украине и мире. В настоящее время особый интерес представляют такие специфические вопросы как правовая охрана данных клинических испытаний как объекта интеллектуальной собственности. С целью овладения теорией и практикой инновационной деятельности фармацевтических предприятий будущие специалисты в фармации должны владеть знаниями относительно актуальных проблем коммерциализации прав

на объекты интеллектуальной собственности, интеллектуального капитала. В рамках темы «Международное сотрудничество в сфере интеллектуальной собственности» важно рассматривать актуальные аспекты правовой охраны лекарственных средств в соответствии с соглашением о торговых правах на интеллектуальную собственность (TRIPS).

Выводы: обеспечение высокого уровня преподавания дисциплины патентоведение (интеллектуальная собственность) для студентов фармацевтического и медицинского профиля способствует формированию научного потенциала отечественной фармации.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ В УКРАЇНІ РАДІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Проказюк Н.В., Левицька О.Р., Корнієнко О.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
levytska.oksana@gmail.com

Радіофармацевтичний лікарський засіб (РФЛЗ) – будь-який лікарський засіб (ЛЗ), який у готовому для застосування стані містить один або більше радіонуклідів (радіоактивних ізотопів), уведених до нього з медичною (діагностичною або лікувальною) метою. РФЛЗ сьогодні досить широко використовуються в медицині, проте мало вивчені з організаційно-економічної точки зору.

Мета роботи – вивчення особливостей обігу РФЛЗ в Україні.

Методи дослідження: інформаційного пошуку, аналізу, узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Радіонукліди відносяться до джерел іонізуючого випромінювання, а відповідно до статті 7 Закону України «Про дозвільну діяльність у сфері використання ядерної енергії» від 11.01.2000 №

1370-XIV використання джерел іонізуючого випромінювання підлягає обов'язковому ліцензуванню. Порядок ліцензування окремих видів діяльності у сфері використання ядерної енергії затверджено постановою КМ України від 6 грудня 2000 р. № 1782. Згідно з цим документом органом ліцензування визначено Державний комітет ядерного регулювання України, який за Указом Президента України від 6 квітня 2011 р. № 403/2011 перетворено на Державну інспекцію ядерного регулювання України (Держатомрегулювання України). Ліцензійна комісія Державної інспекції та 8 територіальних державних інспекцій з ядерної та радіаційної безпеки (Західна, Кримська, Південна, Південно-східна, Північна, Північно-західна, Східна та Центральна) видають ліцензії на право провадження діяльності з виробництва та використання джерел іонізуючого випромінювання.

Дозволами на використання джерел іонізуючого випромінювання володіють заклади охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги (центральні районні, міські лікарні та поліклініки, обласні лікарні, спеціалізовані центри, клініки науково-дослідних інститутів МОЗ України та АМН України тощо).

Наказом МОЗ України №634 від 03.10.2011 р. прийнято та надано чинності Настанові СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2011 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика». Згідно з цією настановою виробництво РФЛЗ слід здійснювати відповідно до принципів належної виробничої практики ЛЗ з урахуванням правил, що є специфічними для РФЛЗ. Положення настанови не поширюються на приготування РФЛЗ в умовах спеціалізованих аптек (аптек лікувально-профілактичних закладів тощо).

Необхідність дотримання вимог Настанови СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2011 законодавчо підтверджена наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами».

Наказ МОЗ України від 17.10.2012 р. № 812 «Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки» регламентує

вимоги до виробництва (виготовлення) та забезпечення якості РФЛЗ, що виробляються (виготовляються) в аптеках.

Згідно з Правилами виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення (наказ МОЗ України №360 від 19.07.2005 р.) на діагностичні та терапевтичні РФЛЗ забороняється виписувати рецепти, тобто вони заборонені до відпуску безпосередньо пацієнтам.

Станом на січень 2013 р. в Україні зареєстровано 6 РФЛЗ з групи V09 «Діагностичні радіофармацевтичні засоби» та 6 РФЛЗ з групи V10 «Терапевтичні радіофармацевтичні засоби». Зокрема, у групі V09: *реагент до генератора технецію 99мТс* (Технемек – 99 мТс, Технефіт – 99 мТс, Технефор – 99 мТс, Мезида – 99 мТс); *розчин натрію пертехнетату з генератора технецію 99 мТс* (5,5 – 18,5 ГБк); *Полгентек 0,5 – 15 ГБк*, генератор радіонуклідів; *розчин натрію о-йодгіпурату,* міченого йодом-131, для ін'єкцій (20 – 200 МБк); *Гіпуран 131І,* розчин для ін'єкцій (3,7 – 74 МБк/мл) та *натрію йодид Na131I* для ін'єкцій (37-740 МБк/мл). У групі V10 - *стронцію хлорид* 89SRCL2 Полатом, розчин для ін'єкцій (37,5 МБк/мл); *Самарій 153 SM Оксабіфор,* розчин для ін'єкцій (2000 МБк); розчин натрію йодиду -131 без носія (120-4000 МБк); *розчин натрію фосфату* міченого фосфором – 32 для ін'єкцій (37-1110 МБк); *Натрію йодид-131 для ін'єкцій (*37-740 МБк/мл*)* та *Натрію йодид у ізотонічному розчині J-131* (40-10000 МБк). При цьому усі перелічені РФЛЗ іноземного виробництва, а саме, підприємства "Радіопрепарат" Інституту ядерної фізики АН Республіки Узбекистан, Інституту атомної енергії Полатом та Національного центру ядерних досліджень (Польща).

Ексклюзивним дистриб'ютором РФЛЗ у нашій країні є Українське державне виробниче підприємство «Ізотоп» (УДВП «Ізотоп»).

Висновки. Вивчено особливості обігу в Україні РФЛЗ та нормативно-правовий його супровід. Забезпечення населення України РФЛЗ є проблемним, позаяк на фоні відсутності вітчизняного виробництв розподіл РФЛЗ ґрунтується на ексклюзивному методі збуту.

ЕТИЧНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦІЇ

Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М., Демченко В.О.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна
tkachenko@zsmu.zp.ua

Фармацевтичний ринок України відрізняється своєю гетерогенністю. Велика чисельність лікарських засобів з урахуванням усіх пропозицій дає можливість доцільного вибору. Забезпечення населення і лікувально-профілактичні заклади якісними, ефективними, безпечними і доступними за ціною лікарськими засобами є основним завданням аптечних закладів, які відносяться до роздрібного сегменту фармринку.

Порушення правил роздрібних реалізації рецептурних засобів є найболючішою проблемою сучасного фармацевтичного ринку не тільки з етичного боку.

На даний час в Україні зареєстровано більше 13 тисяч лікарських засобів. Міністерством охорони здоров'я України встановлено Перелік препаратів, що відпускаються без рецепту (наказ МОЗ України №78 від 03.02.2012 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів»), який нараховує 3755 найменувань. Отже, більша частина зареєстрованих лікарських засобів в Україні – це препарати, що відпускаються за рецептом лікаря. Співвідношення у відсотковому значенні рецептурних і без рецептурних ліків - 72,54% і 27,46% відповідно.

В середньому, асортимент аптеки становить 4-5 тисяч різноманітних ліків (оригінальних та генеричних). В аптеці споживач без рецепту сьогодні може придбати будь-який засіб (виключення становлять наркотичні, психотропні).

При такій ситуації у роздрібному сектору фармації і зростає самолікування та зловживання ліками, що є грубим порушенням біоетики.

Актуальність біоетичних питань в Україні і в цілому світі випливає із етико-антропологічної кризи сьогодення, що спричинена втратою моральних цінностей. Людина існує у середовищі, яке освоїла і перетворює до своїх потреб.

Сьогодні в соціумі, в першу чергу в медицині та фармації, залишаються без вирішення найгостріші проблеми нашого суспільства, такі як наркоманія та легалізація наркотичних засобів, контрацепція, реклама лікарських засобів, реалізація рецептурних препаратів без рецепта лікаря та ін.

Порушення правил роздрібної реалізації рецептурних лікарських засобів є найболючішою проблемою сучасного фармацевтичного ринку не тільки з етичної точки зору. Такий стан речей – це порушення чинного законодавства, отже, і проблема правового характеру. Провізор, що реалізує рецептурний лікарський засіб без рецепту, порушує функціональну посадову інструкцію, наказ МОЗ України №360 від 19.07.2005 року «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень», Кодекс України «Про адміністративну відповідальність, «Кримінальний Кодекс України» і, головне, морально-етичний образ спеціаліста.

Таким чином, необхідно розробити на законодавчому рівні методи та засоби боротьби з цими негативними явищами нашого суспільства.

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ В УКРАЇНІ

Цурікова О.В., Панфілова Г.Л., Чигринова М. Г., Ігнатенко М.О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@ukr.net

За даними Українського канцер-реєстру у статево-віковій структурі захворюваності та смертності населення на рак гемобластози займають перші позиції серед дитячого контингенту хворих та молоді. Як свідчить досвід організації онкологічної служби у країнах з соціально орієнтованою економікою, питання ефективного лікування, реабілітації та соціального захисту зазначених груп хворих розглядається як проблема державного масштабу. Втрата суспільно активних та перспективних хворих у молодому віці має вкрай негативні соціально-економічні наслідки. За умов дефіциту коштів у вітчизняній системі охорони здоров'я пріоритетне позиції в організації ефективного лікування, реабілітації та соціального захисту хворих повинні бути націлені саме на онкогематологічних пацієнтів дитячого та молодого віку. Тому, метою наших досліджень став аналіз проблем нормативно-правового забезпечення державних гарантій з соціального захисту та організації ефективного лікування хворих на гемобластози. У проведенні досліджень використовувалися історичний, ретроспективний, логічний та системно-аналітичний методи. Об'єктами дослідження були обрані дані законодавчо-нормативної та правової бази, що регулює питання організації соціального захисту та ефективного лікування хворих на гемобластози в Україні.

Усі нормативно-правові документи, що прийняті в Україні та стосуються вище окресленому колу питань за рівням спрямованості по відношенню до контингенту онкогематологічних хворих можна розділити на три групи (таблиця). До складу першої умовної групи відносяться законодавчі акти, в яких задекларовані державні гарантії зі збереження життя й здоров'я, соціального захисту та організації ефективного лікування всіх без винятку хворих.

Таблиця

Результати ретроспективного аналізу законодавчо-нормативної бази, яка регулює питання соціального захисту та ефективного лікування хворих на гемобластози в Україні (1992-2012 рр.)

Перелік законодавчо-нормативних та правових актів
Перша група
Конституція України (Ст.1, 3, 22, 26, 49), Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., Цивільний Кодекс України (Ст.284), Концепція Загальнодержавної Програми "Здоров'я 2020: український вимір"(затверджена розпорядження КМУ 31.10.2011 р. № 1164-р).
Друга група
Наказ МОЗ України від 30.12.1992 р. №208 «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню», Наказ МОЗ України від 27.07.1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій…», Державна програма «Онкологія» на 2002-2006 рр., та забезпечення медичних заходів відповідної програми до 2010 р. (затверджена постановою КМУ від 29.03. 2002 р. N 392), Указ Президента України від 6.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 рр., (затверджена розпорядження КМУ 10.07.2006 р. №393-р.)
Третя група
Національна програма "Діти України"(затверджена Указом Президента від 18.01.96 р. № 63/96), Указ Президента України від 24.01.2001 р. №42/2001 «Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми «Діти України» на період до 2005 року»», Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр. (затверджена постановою КМУ 10.01. 2002 р. N 14), Державна програма «Дитяча онкологія» на 2006-2010 рр. (затверджена Постановою КМУ від 19.07.2006 р. № 983), Наказ МОЗ №364 (2005 р.) «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» та № 617 (2010 р.) «Про внесення змін до наказу МОЗ №364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія», Державна цільова соціальна програма "Трансплантація" на період до 2012 року (2008 р.) (затверджена Постановою КМУ від 8.10.2012 р.. N 894 (із змінами внесеними згідно з Постановою КМУ N 970 (970-2012-п) від 24.10.2012).

У найчисленнішій другій групі законодавчих актів представлені документи, в яких висвітлюються питання державного регулювання організації онкологічної служби в Україні в цілому та забезпечення медичною, фармацевтичною допомогою та соціального захисту онкологічних хворих, в т.ч. гематологічного профілю. Більш предметно питання державної підтримки в організації лікувально-діагностичного процесу, фармацевтичного забезпечення та соціальної реабілітації хворих на гемобластози, особливо у дітей та молоді розглядались у документах, які сформували третю групу. Так, наприклад у програмі «Діти України» визначена необхідність організації санаторно-курортного лікування дітей, хворих на гемобластози, а в Указі Президента від 18.01.96 р. № 63/96 (п.67) зазначено про необхідність забезпечення ЛЗ відділень дитячої онкології та гематології відповідно до їх реальних потреб. Цілий розділ Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр. присвячено хворим онкогематологічного профілю. Важливе медико-соціальне значення в організації ефективного лікування хворих на гемобластози має прийняття державної цільової програми «Трансплантація». Відповідно до міжнародних норм (“European Group for Blood and Harrow Transplantation») трансплантація клітин крові та кісткового мозку, в першу чергу, потребують хворі на лейкози (гострі та хронічні), лімфопроліферативні захворювання (множинна мієлома, лімфоми, лімфогранулематоз) та солідні пухлини (нейробластома та ін.). Вперше в Україні на державному рівні, з відповідним фінансуванням, розглядається питання про формування єдиного реєстру гістотипованих донорів-волонтерів стовбурових гемопоетичних клітин, налагодження співробітництва з міжнародними трансплант-організаціями, що мають подібний реєстр. На жаль, в Україні відсутні базисні законодавчо-нормативні документи з соціального захисту онкогематологічних хворих та державної гарантій безпеки їх лікування, наприклад трансфузії кісткового мозку. Так, наприклад питання державної підтримки та соціального захисту інфікованих на ВІЛ та хворих на СНІД в Україні були прийняті ще у 1991 р. (Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р. №1972-XII), а хворих на психічні розлади у 2000 р. (Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. №1489-III).

За результатами проведених досліджень можна констатувати про наступне. Відповідно до євроінтеграційних намірів України виникає об’єктивна необхідність у розробці та впровадженню соціально адаптованих законодавчих актів, що стосуються питанням ефективного лікування та реабілітації хворих на гемабластози за умов підвищення стандартів якості життя у суспільстві.

СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЛІКІВ В УКРАЇНІ

Янишин У.Я., Блавацька О.Б.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
ulyana_y@ukr.net, oksablav@gmail.com

Одна з проблем сьогодення полягає в тому, що право громадян України на медичну (МД) та фармацевтичну допомогу (ФД) декларується державою за надзвичайно низьким рівнем соціального захисту у сфері фармацевтичного забезпечення населення (ФЗН). В останні роки при зростанні захворюваності населення спостерігається неадекватний рівень споживання лікарських засобів (ЛЗ), причому обсяг їх споживання одним жителем України у вартісному вимірі у десятки разів нижчий, ніж у країнах ЄС.

Аптека, як заклад охорони здоров'я (ОЗ), сьогодні насамперед повинна виконувати соціальну функцію. На даний час в Україні має місце значний дефіцит фінансування ФД, тому здійснюється вона, як правило, не в повному обсязі. Основними шляхами покращання ФЗН є раціональне використання бюджетних коштів, надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, впровадження соціального медичного страхування (СМС), створення та впровадження ефективного механізму компенсації вартості ЛЗ. За відсутності досвіду з розробки та застосування ефективних механізмів компенсації витрат на ЛЗ, за умов СМС аптечні заклади не виконують повною мірою своєї соціальної функції, а держава, у свою чергу, не може виступати гарантом якісної, ефективної, доступної МД та ФД для своїх громадян.

Виключно важливе значення має вирішення організаційно-правових проблем рецептурного та безрецептурного відпуску ЛЗ. Вирішення таких проблем не може бути одномоментним, воно вимагає системного, науково обґрунтованого підходу. Особливо це стосується соціальнозначущих хвороб розповсюдження яких породжує соціальну напругу та навіть проблеми національної безпеки. Проблема зловживання наркотичними засобами створює безпосередню загрозу здоров'ю нації, забезпеченню правопорядку, національній безпеці країни і є не тільки національною, вона турбує всю світову спільноту, а тому розв'язуватися повинна за допомогою як національних, так і міжнародних стратегій.

Актуальність досліджень визначається необхідністю трансформації вітчизняної системи лікарської допомоги у соціально-ефективну систему ФЗН України шляхом розробки методології та визначення напрямків реформування.

Метою дослідження є обґрунтування соціально-ефективної організації ФЗН України відповідно до міжнародних норм та стандартів шляхом розробки концептуальних засад пріоритетного розвитку та створення відповідних моделей, які враховують національні особливості системи ОЗ та фармації.

Для досягнення вказаної мети необхідно: проаналізувати форми та методи розвитку лікарського забезпечення населення у світі та в Україні, зокрема, соціально небезпечного контингенту; дослідити сучасні проблеми відпуску ЛЗ та обігу наркотичних ЛЗ в міжнародній та вітчизняній практиці з визначенням основних напрямків удосконалення правового регулювання обігу ЛЗ; дослідити показники захворюваності та споживання ЛЗ та розробити комплекс моделей, що узагальнює споживання ЛЗ, враховуючи захворюваність населення в регіонах України; опрацювати напрямки реформування соціальної політики в забезпеченні населення ЛЗ та розробити концептуальні засади організації ФЗН, що базуються як на правових так і на етичних нормах регулювання обігу ЛЗ.

На основі вивчення джерел наукової літератури проаналізовано світовий досвід забезпечення населення лікарськими засобами, визначені загальні світові тенденції, принципи розвитку і розміщення аптечних закладів.

Проведений аналіз соціальних засад у сфері лікарського забезпечення населення дозволив визначити чотири основні інституційні форми соціального захисту населення: державна соціальна допомога, обов'язкове соціальне

страхування при втраті працездатності, добровільне страхування від нещасних випадків, корпоративні системи соціального захисту працівників.

В Україні почався принциповий перехід від соціального забезпечення до соціального захисту, від забезпечення всіх − до адресної допомоги, від універсальності − до індивідуальності, що відповідає міжнародним вимогам. Проте, реальне трансформування системи соціального захисту гальмується неефективними структурними змінами, перерозподілом функцій. Сьогодні в Україні у формуванні вітчизняної соціальної політики спостерігається плутання та вільне тлумачення категорій, термінів, понять, зокрема «соціальне забезпечення» підмінюється «соціальним захистом». З метою розвитку системи соціального захисту в країні, необхідно визначити пріоритети соціальної політики держави, найефективнішу модель, з урахуванням національних особливостей, перш за все, для реалізації конституційних гарантій медичного та лікарського забезпечення населення.

Як свідчить світова практика, практично у кожній країні діють відповідні соціально-економічні методи управління, які враховують національні особливості та економічні можливості. Незадовільний стан лікарського забезпечення певних категорій населення в Україні пояснюється відсутністю соціального та обов'язкового медичного страхування, недосконалістю системи компенсації вартості ЛЗ і механізмів регулювання цін на ліки.

Першочерговими завданнями у вирішенні такої проблеми є: упорядкування переліку та обліку пільгових категорій населення; впровадження соціального та обов'язкового медичного страхування (ОМС) з метою компенсації вартості лікування тяжких захворювань. Деякі з цих завдань держава вже почала вирішувати, розпочавши реформу надання медичної допомоги, започаткувавши пілотні проекти.

Значення рецепта в наданні якісної й доступної МД та ФД в теперішній час набуває ще більшої ваги й пов'язане з вирішенням проблем забезпечення ліками найбільш незахищених верств населення. В умовах впровадження ОМС рецепт, окрім соціальної функції, повною мірою буде виконувати й страхову, особливо у разі ФД пільговому контингенту населення.

Вивчаючи загальні форми та методи організації лікарського забезпечення

населення в світі, нами встановлено, що велика увага практично у всіх країнах приділяється організації лікарського забезпечення наркозалежних, хворих на ВІЛ/СНІД. Саме ця категорія населення має певні особливості у формах та методах забезпечення їх МД та ФД. Споживання наркотиків є проблемою, яка вимагає комплексного медико-соціального підходу, профілактики наркотичної залежності та вивчення вітчизняного та світового досвіду боротьби з незаконним обігом наркотиків.

Державна політика щодо наркотиків повинна базуватися на сучасних принципах: визнання наркотичної залежності хворобою; толерантного ставлення до людей, хворих на наркозалежність; дотримання прав людини у забезпеченні необхідного доступу до використання наркотичних і психотропних речовин у медицині; забезпечення балансу між лікувально-реабілітаційними та правоохоронними аспектами боротьби з причинами та наслідками вживанням наркотичних ЛЗ; запровадження на регіональному рівні механізмів контролю та координації дій організацій, які впроваджують програми замісної терапії, що включає медичні, соціальні заклади та органи МВС України.

Раціональне використання ЛЗ суттєво залежить від їх статусу, тобто категорії відпуску із аптеки. Умовою виконання рецептом своїх функцій є формування у правовому полі відповідної нормативно-правової бази, яка регулює обіг ЛЗ. В Україні рецепт перестає виконувати перш за все юридичну та соціальну функції.

Дослідження сучасних проблем та методів регулювання рецептурного відпуску ЛЗ в Україні нами проведено у порівнянні з міжнародними нормами, зокрема з практикою деяких країн ЄС. Було проведено вибіркове анкетування лікарів, анкетне опитування відвідувачів аптек, системний аналіз основних помилок, які допускаються при виписуванні рецептів, що залишаються на зберігання в аптеках після відпуску ЛЗ.

Таким чином, нами була обґрунтована методологія, яка базується на послідовному вирішенні низки поставлених питань, головним серед яких було визначення напрямків підвищення доступності та якості ФД за умов сімейної медицини.

Морально-етичні аспекти фармацевтичного забезпечення населення

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

Музика Н.Я., Горошко О.М., Паламар А.О., Ткачук О.Ю.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
kfarmbk@mail.ru

Сучасна фармацевтична галузь потребує фахівців які б поєднували у собі відповідального виконавця та керівника сприйнятливого до нових ідей, невід'ємними якостями якого є професійне мислення, уміння швидко і ефективно адаптовуватися у виробничих та соціальних умовах, які динамічно змінюються. Саме тому, обов'язковою умовою професійної підготовки фармацевтичних кадрів є формування в них практичних вмінь та навичок з професійно-орієнтованих дисциплін так і соціальної культури, зокрема, вміння аналізувати психологічний стану пацієнта, здійснювати фармацевтичну опіку, консультувати хворих тощо. Все це забезпечує раціональний збут лікарських засобів у умовах передбачених Етичним кодексом фармацевтичного працівника.

На сьогодні, зміни у системі вітчизняної охорони здоров'я призвели до зосередження уваги медичних працівників на окремих патологічних станах, що зумовлено багатьма факторами, великою кількістю випадків неправильного самолікування, що викликало певну деформацію етичної поведінки медичних та фармацевтичних працівників. При цьому потужний науковий прогрес у фармацевтичній галузі, а саме створення лікарських засобів нового покоління, різноманітних біологічно активних харчових добавок викликав ряд проблем. Велика кількість аптек, лікарських засобів, тотальна реклама у засобах масової інформації не залишає в стороні як споживачів так і лікарів. При цьому у пересічного споживача формуються уявлення про можливості чудодійного зцілення, відновлення втраченого з роками здоров'я, досягнення ідеальних параметрів власного тіла, зміни емоційних реакцій й інші чарівні перспективи внаслідок застосування рекламованих препаратів. Окремі громадяни здійснюють ретельний підбір препаратів безрецептурного відпуску, що сприяє

поступовому переходу частин обов'язків лікаря до фармацевта, і це невипадково, адже фармацевтична деонтологія включає сукупність етичних норм і принципів поведінки фармацевтичного працівника при виконанні своїх професійних обов’язків. Під час відпуску лікарських засобів провізор зобов'язаний пояснити хворому правила вживання і зберігання ліків, особливо якщо вони призначені для дітей, людей похилого віку або вписані хворому вперше. Тому що якість інформації про ЛЗ так само важлива, як і якість самого препарату, можливо тому міжнародна фармацевтична асоціація пропонує розглядати ЛЗ як фармацевтичний продукт, або як «лікарський продукт плюс інформація».

Усе сказане вище вимагає активації етичної функції професійної діяльності фармацевта, ставить на перше місце проблему формування професійної культури майбутніх фахівців. Адже аптечні працівники постійно спілкуються з хворими і їх родичами, проблемність цього процесу полягає в тому, що в аптеку звертаються пацієнти з різними захворюваннями, тоді як до лікаря тільки хворі по його спеціальності. В спілкуванні з людьми, які відвідують аптеку потрібно враховувати, що психіка хворого травмована, він заклопотаний своєю хворобою, дратівливий та схвильований. Враховуючи це, працівник аптеки повинен вести розмову ввічливо, делікатно і з співчуттям, хворих обслуговувати терпляче, турботливо, стримано та спокійно.

Таким чином, недостатньо вивчати основні правила фармацевтичної етики та деонтології на окремих заняттях, а й необхідно постійно звертати на них увагу під час викладання основних професійно-орієнтованих дисциплін. Це дозволить випускнику здійснювати обслуговування хворих на належному рівні та вирішувати проблеми, які виникають у процесі професійної діяльності.

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНИМ РОЗВИТКОМ ПРОМИСЛОВИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Братішко Ю.С., Посилкіна О.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
bratishko@i.ua

Вступ. Соціальна політика промислових фармацевтичних підприємств спрямована на використання та надання послуг соціального характеру клієнтам, споживачам, персоналу організації та членам їхніх сімей та управління цими послугами.

Під соціальними послугами підприємства традиційно розуміють суму всіх послуг, які надає організація, крім заробітної плати. Вони надаються на основі чинного законодавства, тарифної угоди або добровільно.

Фармацевтичне підприємство, місія якого полягає у досягненні кращої ніж у конкурентів якості фармацевтичного забезпечення, також пропонує своїм співробітникам більший соціальний пакет, ніж це передбачено чинним законодавством і мінімумом за тарифною угодою.

Соціальна політика організації означає пошану, визнання досягнень і намір заохочення персоналу та клієнтів. Відповідно до цього система додаткових соціальних пільг повинна бути не тільки привабливою, але й орієнтованою на успіх організації і, отже, однаковою мірою корисною для обох виробничо-комерційних партнерів. Фахівці вважають, що будь-яка організація повинна знайти свою модель соціальної політики і сприяти тому, щоб добровільні соціальні послуги орієнтувалися на потреби соціуму, були гнучкими, відповідали вимогам часу, були економічно виправданими.

Метою наукового дослідження є створення науково-методологічних засад управління та розвитку соціальної відповідальності бізнесу через реалізацію на фармацевтичних підприємствах принципів соціально орієнтованого менеджменту.

Основними **методами дослідження** стали: системний метод наукового пізнання; метод економічного аналізу застосовувався для визначення стану соціального розвитку промислових фармацевтичних підприємств; метод вибіркового дослідження використовувався під час оцінки рівня та ефективності використання соціальних резервів; метод експертної оцінки застосовувався з метою обґрунтування показників оцінки соціального розвитку; таксономічний метод використовувався для розрахунку інтегрального показника соціального розвитку; методи кластерного аналізу застосовувались для класифікації досліджуваних фармацевтичних підприємств за рівнем та ефективністю використання соціальних резервів; методи парної, множинної, покрокової та гребеневої регресії були опрацьовані при визначенні вагомості локальних та комплексних показників соціального розвитку, для побудови моделі залежності фінансово-господарських результатів діяльності фармацевтичних підприємств від рівня та збалансованості їхнього соціального розвитку; метод «дерева рішень» був запроваджений для визначення пріоритетних напрямків соціального розвитку фармацевтичних підприємств. Розрахунки здійснювалися на комп'ютері з використанням програмних пакетів Statistica та MS Excel. Інформаційною базою дослідження були вимоги GMP та стандарти ISO, положення систем TQM та OHSAS, нормативно-правові акти, які регламентують діяльність фармацевтичних підприємств та трудову діяльність в Україні, ресурси Internet, статистичні матеріали, опубліковані в науковій літературі, періодичних виданнях і безпосередньо зібрані авторами на фармацевтичних підприємствах.

Основний матеріал дослідження. Розробка механізму управління соціальним розвитком фармацевтичних підприємств, по-перше, ґрунтується на розробці принципів соціальної політики, її функцій та пріоритетних напрямків її реалізації. По-друге, мають бути визначені інструментарій, методи соціального управління на фармацевтичних підприємствах та чинники підвищення ефективності виробництва, забезпечення результативності діяльності.

Так, основними функціями управління соціальним розвитком промислових фармацевтичних підприємств є соціальне планування та прогнозування; організація

ефективної роботи кадрової служби та організація праці відповідно стандартам OHSAS; мотивація та соціальне забезпечення персоналу; розробка стратегії соціального розвитку; створення системи соціальних гарантій персоналу; діагностика соціальних резервів; соціальний контролінг та моніторинг.

Важливим у реалізації механізму управління соціальним розвитком промислових фармацевтичних підприємств є визначення впливу соціальних резервів на фінансові результати діяльності підприємства. Для цього доцільно визначати вплив основних соціальних показників на такі фінансові показники як чистий грошовий потік, чистий прибуток та виручку від реалізації.

На підставі відібраних показників побудована модель множинної регресії залежності результатів діяльності досліджуваних фармацевтичних підприємств від рівня його соціального розвитку. Модель є адекватною за всіма параметрами. Параметри побудованої моделі залежності виручки від реалізації фармацевтичного підприємства від рівня соціальних резервів є такими: Multiple R - 0,99; Multiple R^2 - 0,99; Adjusted R^2 - 0,99; F(4,1) - 604650,6; p - 0,001; Std.Err. of Estimate - 39,0. Рівняння залежності має такий вигляд:

$$BP = 127873 \times Э_ч - 29628 \times К_{пл} - 429946 \times T + 26289 \times n^{u}_{7.4},$$

де ВР– це виручка від реалізації; Т – трудомісткість;

$ï^{\grave{e}}_{7.4}$ – рівень забезпеченості дітей працівників місцями в яслах і дитячих садах;

$Э_ч$ – показник економії робочої сили за рахунок підвищення кваліфікації;

$К_{пл}$ – коефіцієнт плинності кадрів.

З наведеного рівняння видно, що найбільший вплив на виручку від реалізації фармацевтичного підприємства чинять показники економії робочої сили за рахунок підвищення кваліфікації та коефіцієнт плинності кадрів.

Висновки. Проведені розрахунки свідчать, що оптимізація розмірів плинності кадрів та рівня підвищення кваліфікації персоналу дозволяє істотно скоротити витрати фармацевтичних підприємств й суттєво впливає на показники рентабельності їхньої діяльності.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПІДБОРУ КАДРІВ У АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Гончарук Н.В.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна
Natalja2008.79@mail.ru

Динаміка ринку праці, обумовлена сучасними трансформаційними процесами в економіці, вплинула на специфіку вимог, що пред'являються до висококваліфікованих фармацевтичних фахівців. Працедавці акцентують на здібності провізорів і фармацевтів до практичного рішення завдань, що виникають у процесі професійної діяльності. Проблеми підвищення ефективності підбору персоналу, незважаючи на їх актуальність і практичну значимість, досліджується недостатньо інтенсивно.

Сучасні умови діяльності більшості організацій вимагають, щоб підбір персоналу здійснювався цілеорієнтовано, оперативно, щоб при підборі персоналу враховувалися не тільки конкретні посадові обов'язки і вимоги робочого місця, але також тактичні і стратегічні цілі підприємства, можливості професійного розвитку співробітника, комунікативні та інші якості співробітника, значущі для професійної діяльності та успішної професійної адаптації в умовах даної конкретної організації.

Характерною особливістю підбору персоналу є його обмеженість у часі, правда, в умовах дефіциту кадрів цей період може помітно збільшуватися. Так, проведений аналіз показав, що тільки 1 % керівників аптек при необхідності термінового закриття вакансії займаються пошуком нових кадрів не більше 1 тижня. Велика частина (44 %) респондентів тратить на пошук підходящої кандидатури до 1 місяця. Ще у 38 % опитаних керівників аналогічний термін досягає 3 місяців. Іноді ж йде півроку і навіть рік на пошук кандидата, який максимально володіє тими професійними навичками та уміннями, яких необхідно для виконання посадових обов'язків (у 8 і 9 % опитаних відповідно).

Якщо говорити про вимоги керівника аптечних організацій до кандидатів, то в цілому їх набір стандартний. Як правило, він в обов'язковому порядку включає певний рівень освіти, досвіду, позитивні результати попередньої роботи, а також відповідність певним психологічним якостям. Найбільш часто висуваються вимоги до провізорів відображені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Вимоги до кандидатів, які влаштовуються на роботу

Вимоги до кандидатів	Ранг	Кількість опитаних роботодавців, %
Наявність досвіду роботи	1	62
Вища освіта	2	58
Рекомендації з попереднього місця роботи	3	50
Наближеність до роботи	4	24
Прагнення до кар’єрного зростання	5	21
Сімейний стан	6	11

Як видно зтаблиці, в першу чергу роботодавці дивляться на наявність досвіду роботи, віддають перевагу кандидатам з вищою освітою і при цьому ще й хочуть, щоб молодий спеціаліст мав рекомендації з колишнього місця роботи. Це пов'язано з бажанням завідувачів аптек звести до мінімуму час на навчання нового співробітника і полегшити процес його адаптації. При цьому, в меншій мірі враховується наближеність працівника до містя роботи. Не багатьох роботодавців цікавить і прагнення молодого фахівця до кар'єрного росту. Невелика частина керівників надає значення сімейному стану і наявності дітей у кандидатів на вільну вакансію провізора. У наші дні випускник вузу повинен володіти вміннями та навичками професійної діяльності. При підборі фармацевтичного персоналу керівники аптек зазвичай виходять з тих завдань, які повинен вирішувати працівник, але ніде чітко не окреслюють список необхідних особистих і професійних якостей кандидата. Роботодавці воліють спиратися на власний досвід та інтуїцію.

Виходячи з вищевикладеного, видно, що в умовах дефіциту кадрів необхідно удосконалювати механізм взаємодії вищих медичних навчальних закладів і фармринку праці. З метою зменшення термінів і зниження витрат на підбір персоналу, а також сприяння у працевлаштуванні випускників необхідно встановлювати більш тісні контакти між фармацевтичними організаціямі і вузами. Перспективним напрямком формування кадрового резерву для фарморганізацій може стати укладення договорів зі студентами, які після закінчення університету підуть працювати саме до них. Планування кадрового резерву дозволяє своєчасно комплектувати штат посад, зменшувати терміни адаптації нового співробітника і в цілому створює умови для ефективного керівництва.

СОЦІАЛЬНА РОЛЬ ДЕРЖАВИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

А.А. Котвіцька, М.В. Віскова

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

В останні роки в Україні спостерігається реформування щодо соціалізації економіки. Затверджена Програма економічних реформ на 2010-2014 роки. Одним з напрямів програми є збереження і розвиток людського і соціального потенціалу шляхом підвищення ефективності й стабільності соціального захисту. **Метою роботи** стало дослідження нормативно-правових засад для реалізації соціальних функцій держави. Провідними документами можна вважати Державний бюджет України і Програму економічних реформ. Програма економічних реформ слугує стратегією економічного і соціального розвитку держави на чотири роки, а через Державний бюджет України щорічно проходить перерозподіл грошових потоків по зазначених напрямках.

Соціальні функції держави полягають у забезпеченні рівних соціально-економічних прав і свобод для всіх верств населення, а саме: до праці, відпочинку, оздоровлення і медичної допомоги, забезпечення доходів (не нижче прожиткового мінімуму), підвищення рівня життя населення. З цією метою держава проводить активну політику втручання у перерозподіл суспільного продукту, створює системи і активізує механізми соціального забезпечення і захисту.

За даними дослідження Центру громадської експертизи, державну політику у сфері соціального захисту визначають 30 нормативно-правових актів (НПА), серед яких провідне місце займають Закони України, Укази Президента і Постанови Кабінету Міністрів України. Соціальні виплати, пільги і соціальні послуги передбачені у 58 законах і у понад 120 підзаконних НПА.

За обсягом видатків найбільшою групою серед соціально незахищеного населення є пенсіонери. На фінансування різних заходів соціального захисту цієї категорії витрачається майже 58% усіх видатків, що передбачені на соціальний захист та соціальне забезпечення. У зведеному Державному

Бюджеті України на 2012 рік ці видатки складали 60759776,3 тис грн. На вдосконалення системи соціального захисту у зведеному Державному Бюджеті України на 2012 рік було виділено 950 тис грн. Існує великий розрив в соціальному забезпеченні пенсіонерів. Пенсійні виплати 55% пенсіонерів не перевищують 800 грн., а їх частка в загальній сумі видатків на виплату пенсій складає 38%, 12% пенсіонерів з пенсією понад 1500 грн. одержують 28% від загального обсягу місячних видатків на виплату пенсій, 33% пенсіонерів отримують пенсійні виплати 2500 грн., або 26% в загальній сумі видатків на виплату пенсій і 3,2 тис. пенсіонерів, що складає 10% від їх загальної кількості, одержують пенсії понад 10000 грн., але з них третину складають особи, які мають видатні заслуги перед Батьківщиною. Питома вага пенсійних видатків у ВВП в Україні досить висока й має тенденцію до збільшення. Діюча пенсійна реформа передбачає підвищення страхового стажу для отримання пенсії за віком, стимулювання більш пізнього виходу на пенсію, обмеження максимального розміру пенсій, здійснення виплати пенсій за віком для всіх пенсіонерів, які працюють, у розмірах, визначених Законом про обов'язкове пенсійне страхування, поліпшення адміністрування пенсійної системи.

Таким чином, в Україні на цей час існує досить чітка диференціація пенсійних виплат, проте найменший рівень пенсійного забезпечення не покриває прожитковий мінімум, який на аналізований період складав 1073 грн. Оптимістичне балансування державного бюджету, з рівнем дефіциту у 5% не стимулює економіку до розвитку і не дає змоги покривати трансфертні виплати зокрема на пенсійне забезпечення. Це ставить під загрозу виконання державою своїх функцій. Оскільки реформи тривають, не всі НПА виконуються у відповідності і діють злагоджено з провідними документами, ефективність виконання державою її соціальних функцій можна оцінити проаналізувавши наступні показники: коефіцієнт заміщення (співвідношення середніх розмірів пенсій і зарплат), співвідношення середніх розмірів пенсій жінок і чоловіків, ставку відрахувань на пенсійне страхування, співвідношення обсягу пенсійних видатків та ВВП.

СОЦІАЛЬНА РОЛЬ МЕНЕДЖМЕНТУ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ

Котвіцька А.А., Чмихало Н.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Сучасна організація – це, головним чином, люди, які в ній працюють, тому прагнення отримати від них оптимальний результат являє собою головну мету бізнесу. Якщо компанія не підключає до роботи трудовий потенціал колективу, її діяльність нераціональна. Як відомо, трудовий колектив є головним ресурсом більшості компаній, у тому числі й фармацевтичного профілю. Для оптимізації трудового потенціалу організації застосовують такий вид менеджменту як соціальний, що враховує три аспекти людського чинника в організації, а саме: поведінка окремих людей, поведінка людей у групах, поведінка керівника.

Форми прояву соціального менеджменту різноманітні, зокрема, вони полягають в соціалізації традиційних функцій управління (планування, організація, мотивація та контроль), у виникненні нових функцій управління (маркетингова, інноваційна і т.п.), а також в активному використанні в менеджменті соціальних технологій управління.

Необхідно зазначити, що сучасний менеджмент фармацевтичних організацій відрізняється високою соціальною відповідальністю, а враховуючи зміни, що відбуваються у суспільстві в цілому та на фармацевтичному ринку зокрема, вони вже давно перетворилися з суто економічного інституту в соціально-економічний інститут, в якому окрім прагнення до отримання прибутку існують також й соціальні цілі: підтримка зайнятості, задоволеність роботою, участь у процесі прийняття рішень, підтримання добробуту місцевих громад, відповідальність перед споживачем.

Таким чином, соціальний менеджмент заснований на розкритті людських можливостей і є ресурсною концепцією управління поведінкою персоналу в фармацевтичних організаціях. Без сумніву, фармація – соціально значуща галузь, вона має певні особливості в своїй організаційній структурі та в керівництві, тому саме застосування функцій, механізмів соціального менеджменту, на нашу думку, надасть можливості оптимізації фармацевтичної допомоги шляхом активізації соціальної ролі менеджменту фармацевтичних організацій.

МЕНЕДЖМЕНТ У СОЦІАЛЬНИХ СФЕРАХ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ВИД ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ

Котвіцька А.А, Ященко О.А., Суріков О.О.
Національний фармацевтичний університет. м. Харків. Україна
socpharm@ukr.net

Зростання потреб суспільства в соціальних послугах породжує необхідність більш ефективного управління в соціальній сфері, що є актуальним питанням сьогодення. Метою дослідження стало здійснення аналізу особливостей менеджменту в соціальній сфері.

Заклади охорони здоров'я, освіти, культури, соціального захисту, органи державної та місцевої влади, враховуючи динамічні зміни, які відбуваються в суспільстві останнім часом, потребують якісно нових підходів до їх управління. *Суб'єктами* менеджменту в соціальній сфері є керівний склад окремих служб та установ соціальної направленості, наділений управлінськими функціями. *Об'єктами* менеджменту в соціальній сфері виступають соціальні працівники, співробітники окремих служб, члени громадських організацій, споживачі, а також їхні взаємовідносини, що утворюється в процесі надання соціальних послуг.

До особливостей менеджменту у соціальній сфері належать:

- ***характер процесів, в яких здійснюється управління,*** а саме освіта і виховання, охорона здоров'я, боротьба з шкідливими звичками та асоціальною поведінкою, допомога малозабезпеченим і знедоленим, налагодження міжетнічних відносин та міграційних процесів;
- ***форми власності організацій*** такі як державна, муніципальна, приватна, власність громадських об’єднань, та інші форми (змішана власність, спільна власність з іноземними особами та установами);
- ***характер податкової політики держави,*** до неї відносимо: податкові пільги; пільги на зовнішньоекономічну діяльність (мита, квоти), пільги на приватизацію майна і його використання (оренда, лізинг), пільги в отриманні та використанні державних кредитів;

- ***види послуг у соціальній сфері:*** соціально-побутові, соціально-економічні, соціально-медичні, послуги з працевлаштування, соціально-педагогічні, юридичні, інформаційні, психологічні;

Виходячи з особливостей діяльності у соціальній сфері, достатньо актуальним є встановлення обмеження у застосуванні ринкових механізмів, що в свою чергу вимагає використання посилення механізмів державного управління.

На нашу думку, більшість членів суспільства в Україні вимагає ефективного функціонування та надання відповідних послуг соціальної сфери, з огляду на те, що цю функцію перш за все повинна виконувати держава. Як відомо, її можна реалізувати у вигляді бюджетного фінансування, активної участі державних органів в регулюванні процесів соціальної сфери та прийняті управлінських рішень. На наш погляд, місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, повинні здійснювати контроль за цільовим використанням бюджетних коштів та якістю надання послуг.

Таким чином, аналіз особливостей менеджменту в соціальній сфері діяльності показав, що в сучасних умовах розвитку України, вкрай необхідним є система гнучкого управління з боку держави, спрямованого на ефективне регулювання у наданні соціальних послуг усім верстам населення, що у подальшому надасть можливість використовувати нові підходи до управління соціальною сферою.

СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Котвіцька А.А., Волкова А.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Останніми десятиліттями здоров'я людини, як категорії, і суспільства в цілому змінюється, зокрема спостерігається акцентування уваги підприємств фармацевтичної галузі на питаннях соціального спрямування. Так, Урядом розробляються програми соціальної спрямованості у різних напрямах суспільного життя, а фармацевтичні виробники все частіше наголошують на аспектах своєї соціальної відповідальності, відкриваються «соціальні аптеки» тощо. За таких умов концепції комерційного маркетингу переорієнтовуються на планування і реалізацію програм для здійснення соціальних змін на ринку, що набуло назви «соціальний маркетинг».

Метою нашої роботи стало дослідження тенденцій розвитку соціального маркетингу на світових ринках та його особливостей у фармацевтичній галузі. Для реалізації поставленої мети нами використано методи історичного, логічного та контент-аналізу.

Перші згадки про соціальний маркетинг, як окремий самостійний напрямок маркетингу і навчальна дисципліна, з'явились у США в 70-х рр. XX століття і пов'язані з ім'ям Ф. Котлера і Дж. Зальтмана, хоча у 1951 р. вже були спроби відокремити соціальну складову під час реалізації товарів на ринку від фінансової. Наприкінці минулого століття основні принципи соціального маркетингу були відображенні у програмах систем охорони здоров'я К. Лефевра і Дж. Флори, які окреслили необхідність у зміні цільових програм, які спрямовані на поліпшення здоров'я суспільства, наприклад профілактика серцево-судинних захворювань серед населення.

Сучасний ринок товарів та послуг орієнтований перш за все на кінцевого споживача і його прихильність, тому основною складовою соціального

маркетингу є ознайомлення цільової аудиторії зі своїм продуктом і тими перевагами, що отримає споживач при використання саме цього продукту. Фармацевтичний ринок України з кожним роком також змінює пріоритети в сторону соціальних напрямків розвитку. Зосередження уваги потенційного споживача на питаннях, які він намагається вирішити, допомагає підкреслити необхідність у певному товарі. Наприклад, виробники лікарських препаратів гепатопротекторної дії акцентують увагу на шкідливому впливі зовнішнього середовища на печінку і необхідність її захисту. Спонукання до придбання знеболюючих засобів відбувається через підкреслення неповноцінності повсякденного життя при больових відчуттях.

Таким чином, вартість лікарського препарату набуває нематеріального значення й не впливає на рішення про придбання, акцент при позиціонуванні зміщується на співвідношення ефективність – тривалість дії – якість – зручність застосування тощо.

Також складові соціального маркетингу реалізуються фармацевтичними компаніями шляхом їх участі в соціальних програмах охорони здоров'я. Так, наприклад, програма профілактики розвитку серцево-судинних захворювань реалізується за участю компанії «КРКА Україна», програма профілактики захворювань на цукровий діабет – за участю компаній «Ново Нордіск» і «Санофі», профілактикою і контролем хронічних хвороб легенів опікується компанія «ГлаксоСмитКляйн», програма діагностування онкологічних хвороб на ранніх стадіях передбачає участь компанії «Санофі», функціонування програми відкриття «аптек доступних цін» відбувається за участю «КП «Луганська обласна «Фармація».

Таким чином, за умов постійних ринкових змін, переорієнтації суспільства на нематеріальні цінності і збільшення конкуренції серед виробників однотипних товарів, фармацевтичні виробники, на нашу думку, повинні активно проводити регулярний моніторинг своїх програм взаємодії зі споживачами і бути здатними до використання теорії, інструментів і методів «традиційного» комерційного маркетингу в аспектах соціального спрямування.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЛОГІСТИЧНОГО АУТСОРСИНГУ В СФЕРІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Посилкіна О.В., Хромих А.Г.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.ep.nfay@rambler.ru

Вступ. Як свідчить світова практика, ринкові умови господарювання стимулюють учасників ринку клінічних досліджень (КД) постійно удосконалювати підходи до управління власними функціональними сферами діяльності з метою нарощення конкурентних переваг і максимізації прибутку. Дієвим при цьому є застосування логістичного підходу, яким передбачається збалансоване управління матеріальними і супутніми до них потоками (інформаційними й фінансовими) на всіх етапах КД фармацевтичної продукції з метою оптимізації витрат і часу та найбільш ефективного використання ресурсів і забезпечення вимог щодо якості проведення КД.

Провідні компанії-розробники нових лікарських засобів (ЛЗ) сьогодні все більше концентруються на ключових компетенціях, тоді як непрофільну діяльність передають для виконання стороннім контрактно-дослідним організаціям (КДО) в аутсорсинг. Так, за результатами моніторингу рингу логістичних послуг Асоціацією організацій з клінічних досліджень, у 2011 році 45% всіх досліджень в Україні були ініційовані саме КДО. На сьогоднішній день в країні на оплату аутсорсингових послуг витрачається до 75% бюджету компаній-розробників ЛЗ – від проведення доклінічних до фармакоекономічних досліджень. Тому особливо актуальним на сучасному етапі є використання вітчизняними КДО логістичного аутсорсингу, оскільки це дозволяє отримати низку позитивних ефектів, серед яких – можливість працювати більш раціонально та ефективно; зменшувати витрати; підвищувати контрольованість бюджету КД завдяки прогнозованій ціні на надавані логістичні послуги; інтегрувати систему управління ризиками в систему менеджменту якості тощо.

Метою даного дослідження є обґрунтування необхідності впровадження сучасних технологій й інструментів логістики у сферу КД для забезпечення необхідного рівня якості й ефективності їх проведення.

Методики дослідження. У процесі дослідження використовувалися методи: абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу.

Основний матеріал дослідження. Можливість клінічного аутсорсингу передбачена правилами GCP і чинним законодавством України. КДО в межах договору з організацією – замовником може брати на себе один чи більше обов'язків і функцій, пов'язаних з проведенням КД: наймати дослідників, залучати пацієнтів, надавати послуги з моніторингу КД, здійснювати доставку і зберігання досліджуваних ЛЗ тощо.

За даними наукових джерел, протягом останніх кількох років Україна стала одним з ключових місць проведення КД міжнародними фармацевтичними компаніями. Проте, як свідчить світова практика, особливості чинного законодавства, процедури митного очищення, сертифікації ЛЗ, які ввозяться в Україну, обумовлюють високі вимоги до якості логістичного супроводу таких досліджень. У зв'язку з цим на ринку клінічної логістики України почали активно працювати КДО, які спеціалізуються на наданні подібних послуг.

На сьогоднішній день в Україні працює близько 40 КДО, які надають різні послуги, зокрема логістичні, при проведенні КД. Практично всі вони є представництвами великих зарубіжних холдингів, таких, як AAIParma, ASMO Ltd., Centre of Clinical Research, Clinical Trials Logistics, ClinStar, Cromos Pharma, Farmasoft, DHL International GmbH, Global Trans Logistics, Hesperion, MB Quest, NBScience limited, Parexel, Pharmanet, Quintiles, Rebus Logistics та ін.

Передумовою розвитку логістичного аутсорсингу в Україні є: зручне географічне розташування країни; розвинена мережа автомагістралей, залізничних шляхів, кур'єрських служб; низькі витрати на персонал та внутрішні перевезення по країні; імплементація належних фармацевтичних практик GxP у систему національного ліцензування; високі, а іноді й не прогнозовані витрати на митне оформлення та очищення вантажів тощо.

Проведений науковий аналіз показав, що діяльність КДО в Україні жорстко регламентована, передбачає регулярне проходження ліцензійних процедур і зовнішніх аудитів. Крім того, в Україні на сьогодні є лише невелика кількість баз (центрів) для проведення КД, які відповідають вимогам GCP. До того ж керівництво КДО має підтримувати належним чином професійний рівень логістичного персоналу і регулярно удосконалювати операційні процедури.

Кращий вітчизняний досвід свідчить, що розробникам нових ЛЗ доцільно укладати контракт з великою КДО, якщо проект передбачає: залучення медичних і наукових експертів зі специфічних сфер терапії; великі багатоцентрові та/або міжнародні дослідження; послуги статистичної обробки даних; допомогу з врегулювання правових питань тощо.

КДО менших розмірів більш гнучкі при укладанні контракту та можуть запропонувати індивідуальний підхід до замовника досліджень, що особливо важливо для молодих біотехнологічних компаній.

Отже, результати дослідження свідчать, що логістика досліджуваних ЛЗ займає одне з ключових місць в структурі управління КД. Ефективно та чітко організований логістичний процес суттєво підвищує якість та результативність проведення КД.

Висновки. Ринок логістичного аутсорсингу в сфері КД має потужний потенціал для розвитку, як за кордоном, так і в Україні. Процеси глобалізації, інтеграції й кооперації, а також зростаючі запити спонсорів КД спонукають КДО, які хочуть бути конкурентоспроможними на ринку КД, застосовувати логістичний підхід до побудови свого бізнесу, а також використовувати у своїй діяльності такий інструмент, як логістичний аутсорсинг.

Розвиток ринку українського логістичного аутсорсингу в сфері КД відбувається тим же шляхом, що й в розвинених країнах, однак з дуже помітним відставанням. У фармацевтичному бізнесі представлені активні споживачі логістичних послуг, що ведуть діяльність у світовому масштабі. Вони зацікавлені у тому ж рівні логістичного сервісу, яким вони користуються у розвинених країнах. Але поки бажання натрапляє на очевидні перешкоди:

недостатня кількість сучасних транспортно-логістичних центрів, митно-ліцензійних складів, недоліки транспортної інфраструктури тощо.

Тому на даному етапі економічного становлення раціональним рішенням розвитку ринку послуг логістичного аутсорсингу в сфері КД є інтегрована взаємодія вітчизняних КДО. Принцип організаційного ланцюга завдяки своєму комплексному підходу до задоволення вимог клієнта дозволить надати йому систему послуг, необхідну для реалізації й контролю руху матеріалів КД по всьому фармацевтичному логістичному ланцюгу з мінімізацією загальних витрат у логістичних ланках.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІО - КУЛЬТУРНИХ ФАКТОРІВ МАКРОСЕРЕДОВИЩА НА МАРКЕТИНГОВІ ПРОГРАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФІРМ

Федурця О.В.
Львівський Національний Медичний Університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
oxana.fedurtsya@gmail.com

Вступ. В сучасних умовах підвищення рівня динамічності середовища функціонування фармацевтичних фірм питання оцінки впливу факторів макросередовища на їх діяльність стає дедалі актуальнішим. Оскільки, для збереження і посилення свого положення на ринку, важливо вчасно помітити зміни, які впливають на діяльність фармацевтичної фірми, визначити та реалізувати заходи, спрямовані на адаптацію до нових реалій і тенденцій.

Мета. Проаналізувати динаміку розвитку факторів макросередовища та визначити особливості їхнього впливу на фармацевтичний ринок.

Методики дослідження. Об’єктами дослідження були нормативно-правові документи МОЗ, інформаційно-довідкові матеріали. При виконанні

роботи використані методи інформаційного пошуку, анкетного опитування, порівняння та аналізу.

Основний матеріал дослідження. На підставі виконаного дослідження сучасних підходів до визначення складу факторів макросередовища і з урахуванням специфіки галузі виокремлено такі складові впливових компонент, економічна, демографічна, екологічна, політико-правова, соціально-культурна, науково-технічна.

З метою ранжування факторів макросередовища, нами було проведено опитування студентів щодо вагомості кожного з них. За отриманими результатами, 80% респондентів на перше місце ставлять економічні фактори, 2-ге – політична сфера, 3 і 4 – науково-технологічні і соціо-культурні чинники відповідно.

Оскільки успішна діяльність на міжнародному ринку обумовлюється здатністю оцінити і правильно зрозуміти соціально-культурні особливості країни, де фармацевтична компанія прагне здійснювати свою діяльність, нами був зроблений акцент саме на соціо - культурних факторах, що включають соціальні інститути, особливості пануючих у суспільстві традицій, звичок, рівня освіти.

Фармацевтичне підприємство для досягнення успіху в ринковому середовищі повинно враховувати зміну таких факторів і орієнтувати свою діяльність на певний рівень культури споживачів, а також позиціонувати свій продукт таким чином, щоб якнайкраще задовольнити потреби цільової групи споживачів

Зокрема, нами було досліджено вплив релігійної складової на розвиток фармацевтичного ринку. Об’єктами дослідження обрали Іслам та Іудаїзм, як представники найбільш контрастних віросповідань.

Провели анкетне опитування студентів 5 курсу фармацевтичного факультету (англомовне відділення), за результатами якого 59% респондентів володіють інформацією про поділ лікарських засобів на «Харам» (Haram-pharmaceuticals) та «Халяль» (Halal-pharmaceuticals), 43% чітко диференціюють

ці поняття між собою, і тільки 1,2 % (всі респонденти є мусульманами) при виборі фармакотерапії віддають перевагу виключно ЛЗ, що є дозволеними до використання згідно Шаріату, тобто, Halal-pharmaceuticals. Встановлено, що частка «Халяль» ЛЗ становить 26% від усієї частки ринку, частка Кошерних ЛЗ (дозволені в Іудаїзмі) становить 13% відповідно.

Висновок. Результати виконаного аналізу перспектив розвитку макрофакторів в Україні свідчать про позитивні зміни зовнішнього макросередовища фармацевтичної галузі. Постійний моніторинг і аналізування впливу факторів макросередовища уможливлює розроблення та впровадження заходів для забезпечення стійкої позиції і конкурентоспроможності фармацевтичних фірм на ринку.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ

Бєляєва О.І.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

boioef@ukr.net

В сучасних умовах розвитку фармацевтичного ринку швидко поповнюється арсенал антибактеріальних засобів, що загострює проблему раціонального лікування позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей. В умовах стаціонару встановлено, що під впливом цього фактору, змінюється спектр мікроорганізмів і ступінь їх чутливості до препаратів, тому адекватна антибіотикотерапія запобігає прогресуванню інфекції, достовірно впливає на показники летальності, а також дозволяє знизити витрати на лікування. Методом дослідження став фармакоекономічний аналіз схем лікування хворих на ПП дітей. Об'єктом дослідження були листи призначень історій хвороб пацієнтів 3-х обласних дитячих лікарень Південного регіону, які перебували на стаціонарному лікуванні в період 2011-2012 рр. Перелік схем лікарських препаратів (ЛП) оцінювався експертним методом, що дозволило визначити їх оптимальний склад. Розрахована вартість лікувальної дози і курсу лікування антибактеріальними засобами за обраними схемами. Показники ефективності лікування виражались у відсотках позитивних результатів від загальної кількості пацієнтів, які отримували лікування за обраною схемою. За даними дослідження більш дешевою виявилась схема лікування, до складу якої увійшли препарати з групи амінопеніцилінів з інгібітором бета-лактамаз, а найдорожчою – карбапенемів. Оптимальною з точки зору як вартісних, так і клінічних показників, стала схема лікування з використанням цефподоксиму проксетилу та азитроміцину.

Висновок. Оптимальний склад схем антибактеріальних ЛП може бути включений у формулярні переліки ЛЗ як окремого лікувального закладу, так і для забезпечення медичних установ відповідного профілю на рівні регіону.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ «МІНІМІЗАЦІЯ ВАРТОСТІ» ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПОТИРЕОЗУ

Вадзюк Ю.С.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського» м. Тернопіль, Україна
yuliavadziuk@mail.ru

На даний час в Україні патологія щитоподібної залози зустрічається у 50% дорослого населення та у 80% людей похилого віку. Проте відомостей про фармакоекономічний аналіз даної патології у вітчизняній науці немає. Враховуючи економічний стан у державі та у зв'язку з підготовкою до переходу на страхову медицину до 2016 року особливо зростає потреба у проведенні фармакоекономічних досліджень для підвищення ефективності та здешевлення фармакотерапії патології щитоподібної залози.

Метою нашої роботи було провести фармакоекономічний аналіз «мінімізація вартості» медикаментозної терапії гіпотиреозу.

Ми проаналізували медичні картки 127 хворих на гіпотиреоз, які лікувалися в ендокринологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Всі пацієнти отримували замісну терапію препаратами левотироксину в дозі 1,7-1,8 мкг/кг маси тіла. З них 80 хворих лікувалися вітчизняним препаратом L-Тироксин, виробництва ВАТ «Фармак», а 47 досліджуваних приймали Еутирокс, виробництва «Merck KGaA» для «Nycomed» (Німеччина).

У результаті проведеного фармакоекономічного аналізу медикаментозної терапії хворих на гіпотиреоз на основі методу «мінімізація вартості» ми встановили, що вартість лікування вітчизняним препаратлом L-Тироксин в розрахунку на 6 місяців замісної терапії одного пацієнта склала 59,79 грн., аналогічний показник при використанні Еутироксу – 115,49 грн.

Таким чином, результати роботи вказують на доцільність використання препарату L-Тироксин, виробництва ВАТ «Фармак» (Україна) у замісній терапії гіпотиреозу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ АПТЕКАХ

Винник О.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@ukr.net

Військова аптека призначена для проведення комплексу заходів щодо забезпечення військової частини (медичної установи) медичним майном та технікою. Характер роботи аптеки військової частини залежить від чисельності особового складу, який забезпечується медичним майном, встановленого виду та обсягу медичної і фармацевтичної допомоги, кількості ліжкомісць та спеціалізації медичного закладу, кількості хворих, а також належним рівнем забезпеченості їх лікарськими засобами (ЛЗ). За умов дефіциту бюджетних коштів на охорону здоров'я населення, недосконального нормативно-правового забезпечення діяльності закладів охорони здоров`я щодо залучення позабюджетних коштів та практично відсутнього ринку медичного страхування, великого значення набуває підвищення ефективності фармакотерапії. Тобто, особливої актуальності набувають дослідження з оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих.

У зв`язку з цим, метою наших дослідження стало проведення клініко-економічного аналізу (ABC/VEN) стану фармацевтичного забезпечення військовослужбовців. Для проведення клініко-економічного аналізу нами було сформовано вибірку ЛЗ, що закуповували за бюджетні кошти у 2012 році.

На першому етапі дослідження нами був проведений структурний аналіз ЛЗ за фармакотерапевтичними групами. Встановлено, що найбільша питома вага припадала на групу А – засобів, які впливають на травну систему та обмін речовин (22,30% від загальної кількості ЛЗ), С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему (17,42%) та J – протимікробні засоби для системного використання (14,29%).

Аналіз асортименту ЛЗ відповідно до країн-виробників показав, що лідируючу позицію займає Україна (75 ЛЗ за INN), друге місце – Німеччина (50

ЛЗ), третє – Росія та Індія (17 ЛЗ). Так, ЛЗ вітчизняного виробництва представлені трьома компаніями: «Борщагівський ХФЗ» м. Київ (13 ЛЗ за INN), «Київмедпрепарат» (8 ЛЗ) та «Здоров'я» м. Харків (8 ЛЗ). Співвідношення ЛЗ іноземного та вітчизняного виробництва становить 72,12 % до 27,88 %. Таким чином асортимент ЛЗ, які закуповуються за бюджетні кошти характеризується залежністю від імпортних ліків, що слід оцінити як вкрай негативну тенденцію.

За результатами АВС-аналізу, встановлено, що до складу групи А увійшли 48 ЛЗ за INN. У загальному обсязі споживання ЛЗ питома вага препаратів даної групи склала 80,64 %. Групу В склали 88 ЛЗ за INN, группу С – 151 ЛЗ. Питома вага (%) споживання за групою В становила 15,26%, а за групою С – 4,10%.

Наступним етапом нашого дослідження було проведення VEN-аналізу. Під час його проведення використовувався формальний підхід у визначенні приналежності препаратів до відповідних груп. До групи V включені ЛЗ, які входили до Національного переліку основних ЛЗ, групу Е сформували ЛЗ - бюджетного переліку ЛЗ. Препарати, що не входили до цих переліків були віднесені до другорядних (N).

За результатами VEN-аналізу було встановлено, що у структурі фармацевтичного забезпечення населення військової аптеки значна перевага належала препаратам групи Е (необхідні), на які припадало 88,15% від усього асортименту ЛЗ, групу V (життєво важливі) сформувало 11,15%, а N (другорядні) – 0,70%. Групу А склали 11 препаратів, що належать до групи V та 37 ЛЗ, що увійшли до групи Е. У групу В увійшли 7 препаратів групи V та 81 ЛЗ з групи Е. У групі С 13 ЛЗ відносились до групи V, 136 ЛЗ до групи Е та 2 ЛЗ до групи N.

Таким чином, можна стверджувати, що активне впровадження методів раціонального використання ЛЗ, повинно ґрунтуватися на результатах фармакоекономічного аналізу споживання ЛЗ, а саме даних клініко-економічного аналізу, що дозволить поліпшити стан фармацевтичного забезпечення військовослужбовців.

СОЦІАЛЬНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

Заліська О.М., Матвійчук М.Є., Горбачевська Х.О.
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,
м. Львів, Україна
olzaliska@ukr.net

Вступ. За даними МОЗ рівень безпліддя в Україні сягає від 10-12% до 18-20%, що є важливою соціальною проблемою, бо народження дітей це не лише радість материнства й батьківства, це людські долі, сім'ї, врятовані від розлучень. За даними експертів, 20% усієї кількості безплідних пар потребують лікування методами ДРТ – допоміжних репродуктивних біотехнологій. В Україні лікування безпліддя з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) впроваджено у практику та проводиться державне фінансування ДРТ.

Методи. Проаналізувати соціальні та фармакоекономічні аспекти ДРТ в Україні. Фінансування ДРТ було започатковане з прийняттям наказу МОЗ України № 579 від 24.11.2004 р. «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродук-тивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти» зі змінами Наказу МОЗ України від 05.06.2006 № 362 «Про внесення змін до Порядку направле-ння жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміж-них репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти».

Слід зазначити, що Україна була першою з східноєвропейських країн, у якій було впроваджено лікування безпліддя за бюджетні кошти. За даними ВООЗ загальна потреба у ДРТ оцінюється з розрахунку 1500 циклів на 1 млн. населення на рік та складає для України 70 000 циклів.

Висновки. Встановлено, що на даний момент державою фінансується 600 циклів на рік, що складає менше 1% від загальної потреби у ДРТ в нашій країні. Використання методів фармакоекономічного аналізу ДРТ є доцільним для раціонального використання бюджетних коштів.

ОГЛЯД ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ СТАТИНІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Музика Н.Я., Паламар А.О., Горошко О.М., Зеленюк В.Г.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
kfarmbk@mail.ru

Вступ. Патології серцево-судинної системи займають перше місце в структурі захворюваності населення України. Смертність від інфаркту міокарда тісно пов'язана з рівнем холестерину в крові, тому значну роль у патогенетичній терапії та профілактиці цих захворювань відіграють лікарські препарати, які знижують рівень холестерину, зокрема статини. Саме вони у складі монотерапії мають найбільший вплив на обмін ліпідів та ліпідний спектр, при цьому характеризуються порівняно низькою частотою виникнення побічних ефектів, доброю переносимістю хворими та високою ефективністю, що супроводжується значним зростанням їх продажу.

Метою роботи стало дослідження кон'юнктури статинів зареєстрованих на фармацевтичному ринку України.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використовували методи інформаційного пошуку та фармакоекономічного аналізу.

Результати досліджень. Встановлено, що в 2012 році в Україні зареєстровано 7 міжнародних непатентованих назв, які представлені 58 лікарськими засобами з групи статинів, що на 15 % більше в порівнянні з минулим роком. Серед них 30 лікарських засобів, що містять аторвастатин, 18 - симвастатин, 6 – розувастатин і лише по 1 – правастатин, флувастатин, ловастатин, пітавастатин. Брендовими в Україні є три препарати – зокор, лескол та крестор. Дослідження фармацевтичному ринку України свідчать, що частка статинів вітчизняного виробництва складає 17 %, тоді як іноземного – 83 %, з яких близько 30 % виробником є Індія, 10 % - Словенія, по 8 % Німеччина та Чеська Республіка, інші країни. Це свідчить про те, що існує необхідність у розвитку даного сегменту ринку препаратів, тобто доцільність створення нових ефективних та безпечних

вітчизняних ліків групи статинів, що сприятиме суттєвому зниженню вартості лікування хворих з патологією серцево-судинної системи.

Висновок. Таким чином, огляд фармацевтичного ринку статинів свідчить про недостатність асортименту препаратів даної групи та перспективи розробки і ширшого впровадження в медичну практику вітчизняних лікарських засобів.

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ В І ФАЗУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ

Руденко В.В., Шматенко О.П., Притула Р.Л.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна
ruslanvf@ukr.net

Вступ. В період протікання І фази ранового процесу (стадія ексудації) пошкодження характеризуються перфоральним набряком, незначною гіперемією, наявністю некротичних тканин, значним бактеріальним забрудненням, інфільтрацією країв. При цьому усі фізіологічні процеси спрямовані на відділення пошкоджених тканин, які вже не підлягають відновленню та потенційно можуть стати джерелом інфікування та інтоксикації.

При лікуванні ран в І фазі ранового процесу мазі на жировій основі з антибіотиками мають тільки короткотривалу дію, оскільки ланолін-вазелінова основа порушує відтік ранового виділення, не забезпечує достатнє вивільнення активного інгредієнта, не сприяє надходженню антибіотика в глибину тканин, де знаходяться мікроорганізми, що призводить до переходу гострих запальних захворювань в хронічні. В останні роки в клінічну практику для лікування гнійних ран в І фазі ранового процесу запроваджені нові мазі на поліетиленоксидній основі, до складу яких можуть бути введені різноманітні діючі речовини: антибіотики, протимікробні засоби, сполуки йоду, нітрофуранові сполуки, протизапальні, знеболюючі засоби тощо. Крім того, поліетиленоксидна основа потенціює ранозагоюючу активність мазей та забезпечує широкий спектр антимікробної дії

Вітчизняний фармацевтичний ринок характеризується достатньо обмеженим асортиментом ранозагоюючих лікарських засобів для місцевого застосування з антибактеріальною дією. Тому **метою** нашого дослідження стало проведення фармакоекономічного обґрунтування перспективних напрямків розширення асортименту ранозагоюючих засобів вітчизняного виробництва для лікування легких ран різної локалізації і ґенезу на стадії ексудації.

Методи дослідження: статистичні, фармакоекономічні, маркетингового аналізу та описового моделювання.

Основний матеріал дослідження. Оскільки в рану в момент пошкодження проникає різноманітна мікрофлора, її вважають забрудненою або умовно забрудненою. Крім того, за даними літератури встановлено, що будь-яке поранення, отримане військовослужбовцями (кульове, осколочне тощо) супроводжується забрудненням рани і вимагає призначення антибактеріальних препаратів системної дії.

Для визначення оптимальних препаратів для місцевої фармакотерапії пошкоджень проведений фармакоекономічний аналіз основних моделей лікування ран легкої форми. Окремі схеми застосування місцевих ранозагоюючих засобів, частота проведення перев'язок і накладання ранозагоюючих мазей були отримані на основі аналізу листів призначення з історій хвороб відповідних категорій хворих та опитування лікарів, які за своїм фаховим спрямуванням щоденно стикаються з проблемою лікування ран. Для такого типу ран, як правило, достатнім є застосування місцевих ранозагоюючих засобів з антибактеріальною дією з одноразовим внутрішньом'язовим введенням розчину 1,0 розчину цефтриаксону. З огляду на це, загальна вартість окремого способу лікування таких пошкоджень включала прямі медичні витрати (вартість ранозагоюючою мазі, антибактеріального засобу та розчинника, матеріалу для накладання пов'язки, розчин перекису водню 3% для промивання ран). При фармакоекономічних розрахунках були враховані також непрямі витрати (вартість шприца, витратних матеріалів для проведення маніпуляції). При цьому модель А включала спосіб місцевого лікування ран із застосуванням антибактеріальної мазі (мазь стрептоциду 10%), що включена в основні норми

постачання медичного майна. Модель Б – застосування мазі альтанової, модель В – накладання пов'язок з використанням мазі «Аргосульфан», модель Г – застосування мазі «Альгофін», модель Д – накладання ранозагоюючою мазі «Бетадин», модель Е – використання мазі «Офлокаїн-Дарниця», модель Ж – накладання пов'язок з використанням мазі «Нітацид-Дарниця», модель З – застосування мазі «Левомеколь», модель К – накладання ранозагоюючою мазі «Дермазин», модель Л – використання мазі «Мірамістин-Дарниця», модель М – накладання пов'язок з використанням мазі «Бактробан», модель Н – застосування мазі «Левосин». Загальна вартість кожної із запропонованих моделей загоєння ран визначалася за даними прайс-листів українських оптових фармацевтичних фірм, що опубліковані в щотижневику "Аптека".

Для визначення оптимальних моделей місцевого лікування ран був використаний метод фармакоекономічного аналізу «вартість-ефективність». У якості показника ефективності експертами обрано дані щодо швидкості появи грануляційної тканини на дні рани, що визначає термін завершення І фази ранового процесу, і може використовуватися для визначення середньої тривалості застосування місцевих ранозагоюючих засобів для використання на стадії ексудації. Кількісний вимір показника ефективності отриманий шляхом анкетування, результати якого оброблені методами статистичного аналізу. Коефіцієнт варіації не перевищував 25, що свідчить про достатню узгодженість думок експертів.

Висновки. В результаті проведений фармакоекономічних розрахунків встановлено, що серед основних способів місцевого лікування ран легкої форми в І фазу ранового процесу найменшу величину коефіцієнту ефективності мають мазі, які виготовлені на поліетиленоксидній основі та містить різні комбінації хлорамфеніколу, сульфадиметоксину, тримекаїну або мупіроцину, місцеві протизапальні компоненти та знеболюючі речовини. Отже, дані композиції можуть бути розглянуті як основа для моделювання складу майбутніх високоефективних ранозагоюючих засобів в І фазу ранового процесу для використання в умовах військово-медичної служби як в мирний, так і воєнний час.

ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД МАТЕРІЇ ДО ДИТИНИ – ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ТА ФІНАНСОВА ПРОБЛЕМА

Федяк І.О., Семенів Д.В., Сорочак Н.П.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
irynaf@tvnet.if.ua

Вступ. ВІЛ-інфекція – тривала інфекційна хвороба, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується прогресуючим ураженням імунної системи. Неліковане захворювання, викликане ВІЛ, починається з інфікування, після якого часто виникає "гострий ретровірусний синдром", згодом захворювання прогресує до пізньої стадії поширеної ВІЛ-інфекції – синдрму набутого імунодефіциту (СНІД). За даними МОЗ України станом на 01.07.2012 р. за даними персоніфікованого обліку в країні зареєстровано 212 838 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 51 468 випадків СНІДу; від СНІДу померло 26 665 осіб. На сьогодні в Україні налічується 36 500 дітей народжених ВІЛ-позитивними матерями (щороку – більше 4 тисяч дітей); 2 929 дітей – ВІЛ статус підтверджено, 829 – хворі на СНІД; 6899 - ВІЛ-статус уточнюється; 326 дітей померло від хвороб, обумовлених СНІДом; 119 ВІЛ-позитивних дітей усиновлено, більше 500 потребують цього. За даними статистики частота передачі ВІЛ від матері до плода становить 21 – 41 %. Проте розробка і впровадження методів профілактики передачі ВІЛ-інфекції дозволили зменшити число дітей, народжених з ВІЛ з 25 – 50 % до 2 – 10 %.

Мета дослідження – визначення вартості забезпечення проведення схем АРТ відповідно до Клінічного протоколу «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» за цінами, внесеними до реєстру оптово-відпускних цін, та закупівельними цінами МОЗ України у 2012 р.

Основний матеріал дослідження. Для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в нашій країні розроблено і впроваджено спеціальні сценарії ведення ВІЛ-позитивних вагітних і породіль. Дані сценарії представлені в

Клінічному протоколі (Наказ МОЗ України №716 від 14.11.2007 р.). Відповідно до них для цієї групи пацієнтів застосовуються трикомпонентні комбіновані схеми АРТ першого ряду, які не включають тератогенних препаратів:

- зидовудин (300 мг) + ламівудин (150 мг) + невірапін (200 мг);
- ставудин (40 мг) + ламівудин (150 мг) + невірапін (200 мг);
- ставудин (30 мг) + ламівудин (150 мг) + невірапін (200 мг) для пацієнток з вагою < 60 кг.

Клінічні сценарії АРТ у вагітних, роділь та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини наведені в протоколі. В даному дослідженні нами було визначено вартість (мати + дитина) проведення вище вказаних схем АРТ за двома категоріями цін: цінами Державного реєстру оптово-відпускних цін[1] та закупівельними цінами згідно даних МОЗ України[2]. Після проведення розрахунків були встановлені наступні дані:

1) вартість проведення АРТ відповідно до клінічного сценарію №1:
   - основний режим: 5 598,73 грн.[1] і 2 360,36 грн.[2];
   - альтернативний режим: 468,28 грн.[1] і 444,39 грн.[2]
2) вартість проведення АРТ відповідно до клінічного сценарію №2:
   - основний режим: 2 733,63 грн.[1] і 2 416,80 грн.[2];
   - альтернативний режим: 18 810 грн.[1] і 7 919,20 грн.[2]
3) вартість проведення АРТ відповідно до клінічного сценарію №3 (при цьому для розрахунків було прийнято, що вагітна приймала АРТ протягом 6 міс. до вагітності і 6 міс. після пологів): 4 650,69 грн.[1] і 4 120,31 грн.[2] відповідно.

Висновок. Виходячи з наведених вище даних, доцільним є продовження позитивної практики здійснення закупок великих партій ЛЗ для АРТ у виробників за закупівельними цінами МОЗ України, оскільки вони були значно нижчі за зареєстровані оптово-відпускні ціни у 2012 р.

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ВИЗНАЧЕНІ ПРОБЛЕМИ У ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Гудзенко О. П., Барнатович С. В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна
kafedraoef@yandex.ru

Проведені дослідження на прикладі найбільш потужних в Україні КП «ЛУГАНСЬКА ОБЛАСНА «ФАРМАЦІЯ» та КП «Фармація» м. Київ висвітлили, що головною метою діяльності комунальних фармацевтичних підприємств (КФП) є виконання соціальної функції щодо максимально повного і ефективного забезпечення населення регіону доступними за ціною та якісними лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Як показав проведений аналіз, до переваг аптечних підприємств комунальної форми власності належать: взаємодія з системою охорони здоров'я, координація роботи відповідно з потребами поточного часу; можливість оперативного медикаментозного забезпечення населення регіону у випадках надзвичайних ситуацій; реалізація єдиної цінової політики; гарантована повнота лікарського забезпечення, включаючи екстемпоральні, наркотичні і психотропні лікарські засоби; реалізація соціальних гарантій держави щодо лікарського забезпечення пільгового контингента населення; надання знижок за власні кошти у виконанні національних та регіональних соціальних програм; розвиток екстемпорального виробництва якісних і доступних за ціною лікарських засобів; збереженість мережі сільських аптечних закладів; забезпечення якості лікарських засобів на рівні державного і відомчого контролю; надходження податків і зборів в обласний і місцевий бюджети.

Так, одним з головних завдань соціальної політики комунальних підприємств є відкриття аптек та пунктів реалізації лікарських засобів при фельдшерських пунктах і сільських лікарняних амбулаторіях, незважаючи на їх збитковість. Фармацевтичний ринок в сільській місцевості і віддалених районах області є непривабливим для приватних фірм. Аптеки, розташовані в таких

місцях, низькорентабельні, їх утримання економічно невигідне. Отже цю ринкову нішу займають аптеки комунальних підприємств «Фармація».

Важливим соціальним аспектом діяльності КФП є виробництво екстемпоральних лікарських засобів, рецептура яких представлена прописами, що користуються попитом, в першу чергу, споживачами з низькою купівельною спроможністю. Але, вимоги до екстемпорального виробництва відповідно ліцензійним умовам потребують вкладання значних коштів в реструктуризацію аптечних закладів, що веде до закриття існуючих аптек з правом екстемпорального виробництва. Ринок екстемпоральних лікарських засобів втрачає свою привабливість із-за вагомих чинників - відсутності зареєстрованих субстанцій в Україні та оподаткування лікарських засобів, виготовлених в умовах аптеки.

Як свідчать результати аналізу, важливою відмінною рисою діяльності комунальних підприємств є наявність в їх асортиментному портфелі протитуберкульозних, наркотичних, психотропних, отруйних і сильнодіючих лікарських засобів, реалізація яких з урахуванням витрат на особливі умови їх транспортування і зберігання є економічно недоцільною. Аптечні заклади недержавної форми власності в більшості випадків не мають цих лікарських засобів в їх асортиментному портфелі.

Переважно КФП постачають лікарські засоби в заклади охорони здоров'я за бюджетні кошти. Але слід зазначити, що поставки лікарських засобів в такі заклади призводять до втрати певної частки прибутку. Так, рівень рентабельності при роботі з лікувальними закладами складає, в середньому, до 1-1,5%, рентабельність від поставок інсулінів може дорівнювати нулю.

Як показали дослідження, КФП постійно кредитують відпуск ліків за бюджетні кошти. З обігу підприємств протягом року вилучаються значні кошти, які можуть досягати від 10 до 20 млн. грн. у рік.

Реалізація пілотного проекту в більшій мірі теж відбулася завдяки роботі комунальної аптечної мережі. Але відсутність механізму реімбурсації відпуску

гіпотензивних лікарських засобів теж стає чинником втрати прибутку КФП, бо і цей проект вони повинні кредитувати за власні кошти необмежений час.

У роботі фармацевтичного ринку будь-якої країни має місце регуляторне втручання держави. Але існуюча в Україні система ціноутворення на лікарські засоби, наявність переліків з обмеженою націнкою, завдяки яким підлягає регулюванню понад 50% асортименту, є вагомим чинником в недоотриманих валових накладень комунальних мереж у сумі більш 20 млн. грн. в рік.

Таким чином, відмінною ознакою і визначальним вектором розвитку КФП є соціальна відповідальність. Тому, в першу чергу держава повинна надати пільги КФП в їх діяльності: зменшенні орендних ставок за використання аптечних площ, при відкритті аптечних закладів в сільській місцевості, в оподаткуванні прибутку, бо виконання державних програм в сфері охорони здоров'я можливе лише за умов існування комунальних аптек, які будуть спроможні забезпечувати широкий асортимент лікарських засобів і створювати необхідні їх резерви, а також бути достатньо фінансово стійкими для надання кредитів для пільгового відпуску лікарських засобів або задоволення екстренної потреби в них.

В умовах жорстокої конкуренції КФП переживають постійний процес реформування та реорганізації, з одного боку, внаслідок відкриття нових комерційних аптек, а з іншого – внаслідок соціальної спрямованості своєї діяльності.

Функціонування в ринкових умовах вже сьогодні вимагає від КФП постановки та реалізації завдань із посилення конкурентних позицій, скорочення витрат, підвищення прибутку, який є головним джерелом фінансування розвитку та реорганізації вітчизняних фармацевтичних підприємств в умовах переходу до вимог міжнародних стандартів якості та правил належних практик.

Одним з перспективних напрямків для вирішення зазначеної проблеми стає впровадження логістичного підходу в управління діяльністю КФП, який дозволить їм бути конкурентоспроможними на фармацевтичному ринку країни.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ КОРПОРАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМ ПІДПРИЄМСТВІ

Козирєва О.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kos_74@bk.ru

Вступ. Поряд із економічними чинниками все більшу роль у забезпеченні конкурентоздатності, досягненні високої продуктивності та прибутковості фармацевтичного виробництва починають відігравати соціально-відповідальні функції підприємства, включення до його компетенції питань підтримки природоохоронних заходів, розробки та реалізації програм соціального розвитку. профтехучилищ, медичних пунктів, дитячих садків, оздоровниць та інших закладів соціальної інфраструктури підприємства, формування систем соціального, освітнього та психологічного забезпечення працівників, впровадження принципів етичної поведінки у відносинах з постачальниками та споживачами. Подібна трансформація суспільних цінностей та пріоритетів вимагає внесення змін до діючої практики управління підприємствами, забезпечення інтеграції принципів, методів та інструментів соціальної відповідальності у діяльність підприємств.

Мета. Застосування системного підходу до розробки механізму формування корпоративної соціальної відповідальності (КСВ) дозволить визначити його основні елементи, дослідити їх властивості та принципи взаємодії.

Методика дослідження. Впровадження механізму КСВ базуватиметься на розгляді даного процесу через призму процесного підходу до управління. Подібне сприйняття механізму формування КСВ дозволить подолати три основні проблеми – проблему фрагментарності КСВ у діяльності фармацевтичного підприємства (ФП), проблему вартості запровадження заходів у сфері КСВ та проблему моніторингу отриманих результатів. Адже, застосування процесного підходу:

1) сприяє поетапному впровадженню економічної, трудової, суспільної та екологічної видів відповідальності як складових частин загального бачення КСВ;

2) дозволяє збалансувати витрати підприємства та передбачити можливі додаткові джерела надходжень (наприклад, розробка та реалізація окремих заходів спільно з органами влади, співпраця з НУО щодо залучення коштів від міжнародних організацій-грантерів тощо);

3) визначає процедуру проведення моніторингу процесів реалізації заходів КСВ ФП за принципом зворотного зв’язку, складовою якої може виступати саме автоматизована система обліку та аналізу первинної інформації.

Розгляд механізму формування КСВ ФП як процесу, дозволяє визначити його етапи, які виражають основні функції управління, а саме: планування, організацію, впровадження, контроль та координацію КСВ ФП та визначити зв'язок між системним та процесним підходами, що покладені в основу даного механізму (рис.).

Відповідно до процесного підходу на етапі планування здійснюється аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища діяльності, формування органу управління КСВ ФП.

Наступним етапом є розробка детального плану дій шляхом перетворення загальних зобов’язань у сфері корпоративної соціальної відповідальності, взятих на себе підприємством, на конкретні заходи за наступною схемою: мета $\rightarrow$ завдання $\rightarrow$ напрями $\rightarrow$ інструменти $\rightarrow$ заходи.

Третім та четвертим етапами, відповідно, є реалізація та оцінка ефективності розробленої КСВ діяльності. На даних етапах забезпечується зворотній зв’язок між ФП та зацікавленими сторонами, що дозволяє контролювати проміжні результатів реалізації КСВ заходів, а також оцінювати їх ефективність та вносяться зміни, спрямовані на її покращення. В результаті, досягається безперервність процесу реалізація КСВ ФП.

Невід’ємною складовою всіх етапів механізму формування КСВ є створення електронної бази даних первинної інформації, в основу якої покладено ідею порівнюваності даних.

Висновки. Запропонована схема розробки та впровадження механізму КСВ ФП дозволяє поєднати інтереси підприємства та потреби зацікавлених сторін, знайти баланс між ними, врахувати наявні ресурси ФП, які можуть бути використані на запровадження соціально-відповідальних заходів.

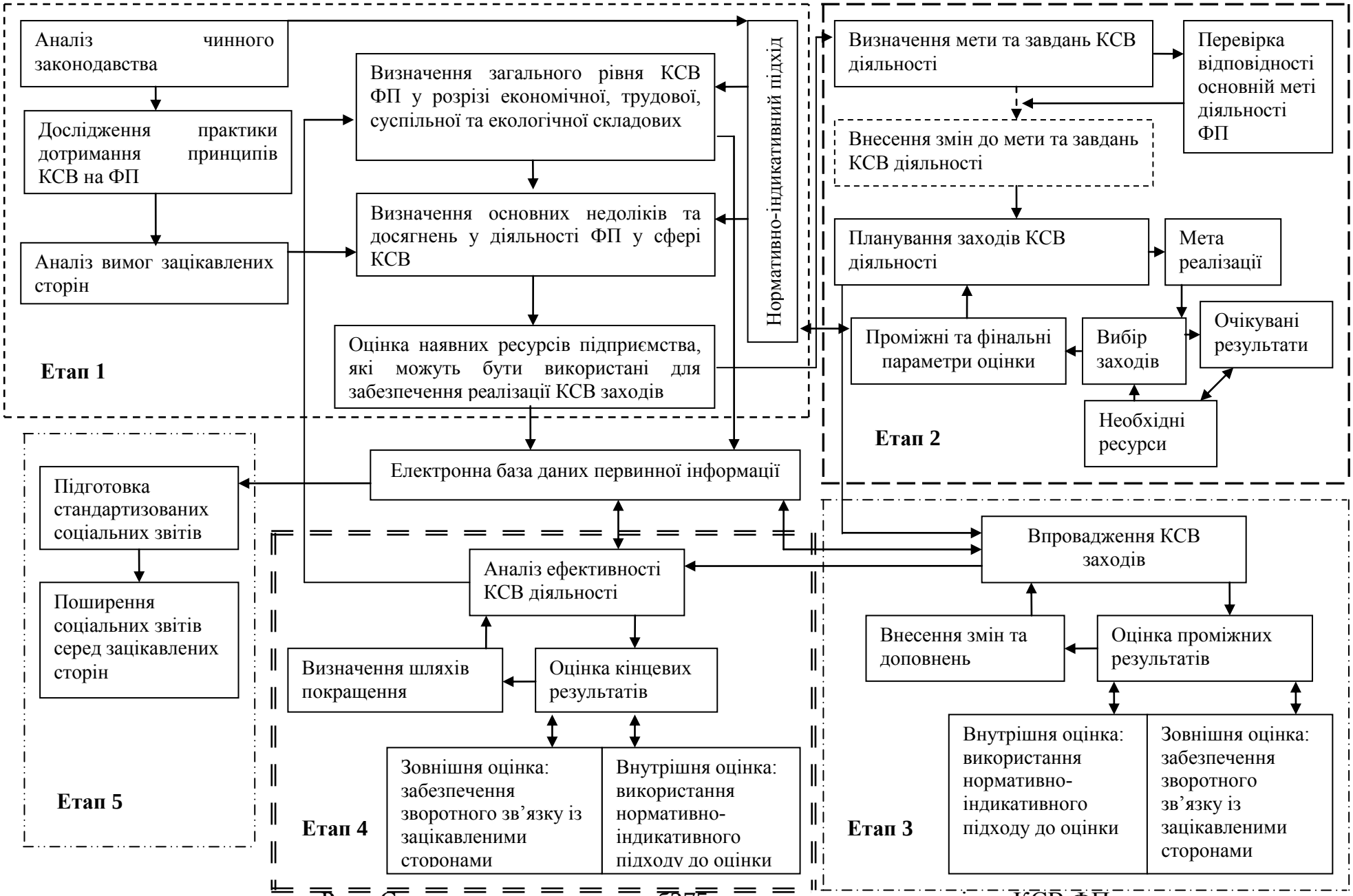


Рис. Схема планування, розробки та впровадження механізму КСВ ФП

СУЧАСНИЙ СТАН СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ УСТАНОВ

Котвіцька А.А., Черкашина А.В., Дзюба О.П.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Соціальна відповідальність (СВ) – відповідальність організації за вплив її рішень на суспільство, навколишнє середовище шляхом прозорої та етичної поведінки, яка сприяє сталому розвитку, у т.ч. здоров'ю і добробуту суспільства; відповідає чинному законодавству і міжнародним нормам поведінки; інтегрована у діяльність організації та практикується в її відносинах.

До СВ також відноситься соціальний розвиток персоналу підприємств, охорона здоров'я працівників та забезпечення їх належними умовами праці, охорона довкілля та використання ресурсозберігаючих технологій, соціальна підтримка територій та громад. На сьогодні, явище СВ, яке поширене у найбільш економічно розвинених країнах світу, набуває все більшого значення і в Україні.

Метою нашого дослідження стало визначення сучасного стану соціальної відповідальності аптечних закладів на прикладі аптеки № 86 ТОВ "Сигма Рент" м. Костянтинівки Донецької області.

Як відомо, СВ поділяється на дві групи: внутрішню й зовнішню. До внутрішньої СВ відносяться: безпека праці, стабільність виплати заробітної плати (з/пл.), підтримка соціально значимої з/пл., що дозволяє утримувати родину, надавати дітям освіту і, крім цього, забезпечує стабільний споживчий попит, виплата офіційної з/пл., що є основою забезпеченої старості співробітників, додаткове медичне і соціальне страхування співробітників; розвиток людських ресурсів через навчальні програми і програми підготовки і підвищення кваліфікації, надання допомоги працівникам в критичних ситуаціях.

Необхідно зазначити, що надзвичайна важливість внутрішньої СВ підтверджена світовим досвідом. Так, в більшості країн світу відділи кадрів різних установ перейменовані у відділи з розвитку людських ресурсів, а інвестиції у розвиток співробітників (курси підвищення кваліфікації, тренінги, курси з вивчення іноземних мов) приносять значний фінансовий прибуток для фірми.

До зовнішньої СВ відносяться: спонсорство і корпоративна добродійність, сприяння охороні довкілля (понад норми державних екологічних стандартів, виконання яких, в ідеалі, є обов'язковим), взаємодія з місцевим співтовариством і місцевою владою, готовність брати участь у кризових ситуаціях, відповідальність перед споживачами товарів і послуг.

Під час проведення дослідження з визначення сучасного стану СВ аптечних установ нами було проведено аналіз господарської діяльність аптеки №86 ТОВ "Сигма Рент" і встановлено високий рівень внутрішньої СВ, яка поширюється на співробітників аптеки, і зовнішньої СВ, що проводиться по відношенню до споживачів.

Серед складових внутрішньої СВ нами були відзначені наступні:

- легальність заробітної плати;
- наявність "соціального пакету" (щорічна оплачувана відпустка, оплата листків тимчасової непрацездатності, тощо);
- наявність обов'язкового медичного страхування;
- відшкодування витрат на навчання або відрядження.

Серед складових зовнішньої СВ особливої уваги заслуговують:

- пільгове забезпечення інвалідів та учасників Великої Вітчизняної війни, ветеранів праці, пенсіонерів, громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;
- участь у загальнодержавних програмах "Здорова дитина", у боротьбі з цукровим діабетом, онкологічними захворюваннями, соціально небезпечними захворюваннями – ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- популяризація здорового способу життя серед населення.

Таким чином, за результатами аналізу сучасного стану соціальної відповідальності аптечних закладів на прикладі аптеки № 86 ТОВ "Сигма Рент" м. Костянтинівка Донецької області встановлено, що досліджуваний аптечний заклад має високі показники соціальної відповідальності як перед працівниками, так і перед споживачами. До беззаперечних переваг адекватної соціальної політики аптеки, на наш погляд, можна віднести можливість залучати та утримувати кваліфіковані кадри й формування зони соціального благополуччя в межах діяльності окремого аптечного закладу.

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЙ НА ОСНОВІ ЇЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Посилкіна О.В., Котлярова В.Г.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.ep.nfay@rambler.ru

Фармацевтичний ринок України є прикладом ринку з високим рівнем інтенсивності конкуренції. Станом на січень 2013 р. на ньому налічується понад 140 тільки вітчизняних виробників. А щорічні темпи його зростання на 12-17 % приваблюють нових виробників, що підвищує рівень конкуренції. В таких умовах пошук та формування нових конкурентних переваг є життєво необхідними для фармацевтичних компаній України. Основою для цього може стати позиціонування фармацевтичних компаній як соціально відповідальних організацій.

Мета дослідження – визначення принципів соціальної відповідальності, виконання яких надасть можливість сформувати додаткові конкурентні переваги вітчизняним фармацевтичним компаніям.

З 2006 р. в Україні з'явилася ініціатива з реалізації Глобального договору ООН - ініціативи ООН, що спрямована на сприяння соціальній відповідальності бізнесу. Згідно з ним, корпоративна соціальна відповідальність компанії (КСВ) – це її відповідальність за свій вплив на суспільство. Основними принципами КСВ є: підзвітність, прозорість, етична поведінка, повага до інтересів зацікавлених сторін, дотримання верховенства закону, дотримання міжнародних правил поведінки, дотримання прав людини. Сфера охоплення соціальною відповідальністю поділена на чотири аспекти: права людини, екологія, добросовісна ділова практика та трудові відносини.

Деякі принципи соціальної відповідальності, такі як підзвітність, дотримання верховенства закону, дотримання міжнародних правил поведінки врегульовані чинним законодавством: КЗоТ України, Господарським кодексом, Законом України «Про охорону праці», Законом України «Про колективні

договори та угоди», Законом України «Про лікарські засоби», Законом України «Про ліцензування певних видів діяльності», Наказом Державного комітету з питань регуляторної політики «Про затвердження Ліцензійних умов здійснення господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами» та інші. У разі невиконання положень цих документів на керівників компаній накладається адміністративна або кримінальна відповідальність. Отже, їх виконання є обов'язковим та не може розглядатися як конкурентна перевага компанії.

Але, щодо таких принципів як прозорість, етична поведінка та повага до інтересів зацікавлених сторін, то виконання їх краще ніж це роблять конкуренти може стати суттєвою конкурентною перевагою та підвищити ділову репутацію компанії. Принципи етичної поведінки та поваги до інтересів зацікавлених сторін взаємозв'язані. Відносини з партнерами мають базуватися на нормах чесності, рівності та сумлінності. У таблиці наведена характеристика принципів соціальної відповідальності фармацевтичної компанії та їх взаємозв'язку з конкурентними перевагами.

Таблиця

Характеристика принципів етична поведінка та повага до інтересів зацікавлених сторін

Принцип	Прояв принципу	Конкурентна перевага
Етична поведінка	Виробництво продукції у відповідності зі стандартами GMP; відсутність проявів фальсифікації; додержання правил та норм транспортування та зберігання лікарських засобів; зняття з реалізації продукції з простроченим терміном придатності	Ділова репутація
Повага до інтересів:		
- внутрішніх зацікавлених сторін – персоналу	Підвищення кваліфікації; збагачення роботи; розширення сфери відповідальності; кар'єрне зростання	Кваліфікований персонал, який може реалізувати інноваційні проекти, що підвищить ділову репутацію

- зовнішніх зацікавлених сторін, в тому числі		
споживачів	Безпека лікарських засобів; пріоритет інтересів споживачів над надприбутковістю; розробка та виробництво більш ефективних препаратів; розробка нових форм лікарських засобів з метою підвищення зручності лікування	Ділова репутація
громади	Проведення благодійної роботи; інформування населення про небезпеку конкретних захворювань; проведення заходів з метою профілактики захворювань; участь у проекті утилізації лікарських препаратів, на які вийшов термін придатності	Ділова репутація

Виконання принципів етичної поведінки та поваги до інтересів зацікавлених сторін підвищить ділову репутацію компанії. Але це можливе тільки в разі вирішення двох проблем:

1. Підвищення рівня обізнаності компаній медико-фармацевтичного сектору з питань корпоративної соціальної відповідальності.

2. У разі застосування такого принципу соціальної відповідальності як прозорість. За даними досліджень «Центру корпоративної відповідальності», середній рівень розкриття інформації про КСВ на сайтах фармацевтичних компаній дорівнює лише 10%. Такий низький результат свідчить про те, що компанії ще не приділяють достатньої уваги висвітленню власних соціальних та екологічних проектів на своїх веб-ресурсах.

Висновок. Застосування принципів корпоративної соціальної відповідальності дасть можливість вітчизняним фармацевтичним компаніям отримати конкурентні переваги за рахунок підвищення своєї ділової репутації як на внутрішньому, так і на зовнішніх ринках.

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

Ткаченко Н.О., Книш Є.Г., Червоненко Н.М.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна
tkachenko@zsmu.zp.ua

Українське суспільство, в силу особливостей свого економічного розвитку, відрізняється від західного суспільства, у якому важливість ідеології соціальної відповідальності чітко усвідомлюється бізнесом. Зрозуміло, що за таких умов одним із важливих завдань вітчизняної вищої фармацевтичної освіти стає формування у майбутніх фахівців культури соціальної відповідальності: надання базових знань з теорії та практики соціальної відповідальності та сприяння набуттю відповідних професійних компетенцій.

Сьогодення фармацевтичного бізнесу потребує не тільки високих темпів нарощування кількісного складу кваліфікованих працівників у сфері фармації, але й постійного підвищення рівня якості їх фахової підготовки. У сфері самої фармацевтичної освіти постійно йдуть процеси реорганізації і модернізації, які обумовлені розширенням спектру фахових завдань, підвищенням вимог до ефективності і результативності професійної діяльності. Сучасні реалії диктує жорстка конкуренція на фармацевтичному ринку.

За наявних умов у пошуку найбільш ефективної моделі формування соціально відповідального фахівця в системі професійної підготовки особливого значення набуває практичний досвід вищих навчальних закладів.

Метою нашої роботи є аналіз можливостей формування соціальної відповідальності у процесі професійної підготовки у вищому навчальному закладі фармацевтичного профілю з урахуванням досвіду провідних ВНЗ.

Управлінсько-економічна підготовка провізорів відноситься до одного з важливіших питань, ефективне вирішення яких забезпечує успішний розвиток фармацевтичної галузі як складової системи охорони здоров’я. Серед суб’єктів

фармацевтичного ринку окремої увагу потребують вищі навчальні заклади, які є базисом майбутнього розвитку фармацевтичної індустрії.

Навчальні заклади, що готують майбутніх спеціалістів для практичної фармації, знаходяться у двоякій ситуації: потрібно поєднати теоретичні знання з практикою сьогодення, а це досить проблематично.

Відмітимо, що майже всі учасники фармацевтичного ринку не є соціально відповідальними. Така ситуація не може бути тільки проблемою фармації. Тут переплітаються права і обов'язки провізорів, лікарів, виробників лікарських засобів, держави, навчальних закладів, навіть споживачів. Порушення питань етичного і правового характеру є найболючішою реалією сьогодення.

Однак, в практичній фармації існують в багатьох випадках, зовсім протилежні цінності та орієнтири: прибуток у першу чергу, управління споживачем, «нав'язування» більш дорожчих препаратів споживачеві, порушення кваліфікаційних вимог та ін. У такій ситуації у молодого спеціаліста виникають труднощі у прояву та відстоюванні у своїй вже практичній діяльності отриманих знань і вмінь.

Сьогодні аптека, як один із закладів охорони здоров'я, нажаль, все більш перетворюються у торгівельний об'єкт і губиться її первинне призначення. Але ж в нормативно-правових документах, що регламентують діяльність аптечних закладів, йдеться мова і про виконання ними важливих соціальних функцій. Та залежність від бізнесу призводить до конфлікту етичного і правового характеру.

Цей етично-правовий конфлікт не можливо вирішити самостійно, без втручання з боку держави та змін в процес підготовки майбутніх фахівців для фармацевтичної галузі.

За останні роки питаннями етики бізнесу і соціальної відповідальності у фармації та впровадження результатів досліджень у навчальний процес займалися вітчизняні вчені фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету, Національного фармацевтичного університету, Львівського національного медичного університету ім.Д.Галицького, Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця,

Національної медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика, Донецького національного медичного університету ім.М.Горького та ін.

Найбільших досягнень у цьому напрямку здобув Національний фармацевтичний університет. За багаторічну історію існування відбулося удосконалення системи надання освітніх послуг та поява нової кафедри – кафедри «Соціальної фармації». Крім того, потрібно відмітити вклад у розвиток фармацевтичної галузі та науково-практичні розробки професора Мнушко З.М., професора Немченко А.С.

Не стоїть на місці робота по вдосконаленню системи підготовки кваліфікованих кадрів для фармації й у інших провідних ВНЗ України. Активна роль у цьому процесі належить науково-дослідній роботі, що здійснюється фармацевтичними кафедрами. Так, морально-етичні аспекти сучасної фармації та питання соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу стали одним із пріоритетних напрямів наукових досліджень кафедри управління і економіки фармації Запорізького державного медичного університету. Результати досліджень впроваджуються у навчальний процес. По даній тематиці захищаються дипломні та магістерські роботи.

Зараз широко обговорюється Проект «Національна стратегія соціальної відповідальності бізнесу». Згідно цього Проекту розвиток СВБ в Україні може бути забезпечений низкою заходів. До таких заходів відноситься: включення вивчення дисципліни «Соціальна відповідальність бізнесу» до навчального процесу вищих навчальних закладів. Здійснюючи в цьому напрямі активну і послідовну діяльність, кафедрою управління і економіки фармації Запорізького державного медичного університету вперше було розроблено та впроваджено в навчальний процес підготовки фахівців за спеціальністю «Технологія парфумерно-косметичних засобів» дисципліну «Курс за вибором «Соціальна відповідальність фармацевтичного бізнесу. Корпоративна соціальна відповідальність»». Було розроблено навчальну програму з дисципліни та підготовлено необхідне методичне забезпечення для студентів та викладачів.

Сучасна система підготовки кваліфікованих кадрів сьогодні нерозривно пов’язана і з виховною роботою, головною метою якої є формування у майбутнього провізора морально-етичних якостей. Викладачі кафедри УЕФ тісно співпрацюють з деканатом фармацевтичного факультету ЗДМУ, проводячи роботу з виховання гармонійно розвиненої, високоосвіченої, національно свідомої і соціально активної людини. Під час цього виховного процесу у студентів формується почуття духовності, художньо-естетичної, мовної, правової, трудової, екологічної та фізичної культури, любові до історичної спадщини України.

Отже, провідна роль у формуванні соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу належить вищий освіті. Для ефективної підготовки спеціалістів фармацевтичної галузі особливого значення набуває досвід ВНЗ, які готують відповідних спеціалістів та обмін накопиченими досягненнями у цьому напрямку. Необхідно найближчим часом внести корективи у навчальні плани підготовки спеціалістів фармації та включити вивчення соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу як окремої дисципліни.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ АПТЕЧНОЇ СПРАВИ НА ХАРКІВЩИНИ НАПРИКІНЦІ XVIII-ПОЧАТКУ XX СТ.

Котвіцька А.А., Горбаньов В.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

У будь-який час, при реформуванні фармацевтичної галузі постає питання вивчення і творчого осмислення історичного досвіду становлення аптечної справи. Без вивчення соціальної історії, аналізу історичних аспектів становлення фармацевтичної справи та специфіки місцевих умов розвитку не є можливим визначення сучасних підходів в удосконаленні організації фармацевтичного забезпечення. Проблеми становлення аптечної справи на Харківщині наприкінці XVIII на початку XX ст. мають привернути увагу дослідників наразі й з точки зору можливостей пристосування деяких її елементів до умов сучасності, враховуючи, що на відміну від радянської системи, дорадянська фармацевтична галузь формувалась, як і сьогоднішня, в ринкових умовах.

Перша аптека в Харкові була відкрита в 1778 р., й була казенною та належала до слобідсько-українського приказу громадського опікування. Очолював аптеку гезель Іван Християнович Лідерс. Аптека обслуговувала жителів м. Харкова та 15 повітів Харківського намісництва. Розташувався аптечний заклад в дерев'яному будинку, в центральній частині міста, на березі р. Лопань. У 1780 р. замість І.Х. Лідерса керівником аптеки Медична колегія призначила Петра Федоровича Піскуновського. Здібний, енергійний організатор і відмінний фахівець П.Ф. Піскуновський значно поліпшив забезпечення лікарськими засобами населення Харківщини. Наприкінці XVIII ст. поряд з губернаторським домом він збудував кам'яний двоповерховий будинок для аптеки, створив під Харковом аптечний сад для вирощування лікарських рослин. Під керівництвом П.Ф. Піскуновського в аптеці відбувалася підготовка фармацевтичних кадрів, які пройшли навчання у казенному училищі та Харківському колегіумі.

Перша приватна (вільна) аптека в Харкові була відкрита у 1810 р., її власником був Георг Іванович Венцель, у подальшому, в 1814 р. власником аптеки став провізор Ханс Нейбейсер. На середину XIX ст. в Харкові була 1 «казенна» і 6 «вільних» аптек. У аптечному середовищі відбувалася жорстка конкурентна боротьба, яка нажаль, не приводила до зниження цін на медикаменти, оскільки ціни регламентувалися «Аптекарською таксою». Унаслідок цього ЛЗ були малодоступні для значної кількості населення.

Після скасування кріпосного права в 1861 р. мережа аптечних закладів на Харківщині продовжувала зростати, з'являлися нові аптеки при лікарських установах, а також аптечні магазини. Простежується наступна динаміка розвитку аптечної мережі Харківської губернії: 1800 р. – 1 аптека; 1825 р. – 5 аптек; 1865 р. – 28 аптек; 1875 р. - 28 аптек; 1886 р. – 37 аптек; 1900 р. – 54 аптеки; 1916 р. – 82 аптеки. Найбільш інтенсивно аптечна мережа м.Харкова розвивалася в 1900 р. й налічувала – 19 аптек. Наприкінці XIX ст. одна аптека в Харкові обслуговувала 10 421 мешканців, рівень забезпеченості харків'ян аптечними послугами був одним з найвищих серед українських міст. Як свідчать історичні джерела, в цілому у 1900 р. в українських губерніях одна аптека обслуговувала від 18 000 до 50 000 осіб, або в середньому біля 28 000 осіб. Але необхідно зазначити, що практично всі аптеки того часу були невеликими, з одним і рідко двома працівниками – фармацевтами, проте незважаючи на досить високі темпи розвитку аптечної мережі Харківщини, вони відставали від темпів зростання населення.

Таким чином проведене вивчення історичних аспектів становлення аптечної справи на Харківщині показує, що її формування було розпочато наприкінці XVIII та в XIX ст. Забезпечення населення лікарськими засобами, розвивалося у двох напрямках: перший – це створення державних аптек, другий–розвиток приватних (вільних) аптек. На нашу думку, зародження аптечної справа на Харківщині потребує подальшого вивчення з метою використання власного історичного досвіду під час реформування сучасного фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАКОПЕЙ

Котвіцька А.А., Горбаньов В.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Історія фармакопей є складовою частиною історії фармації. Історія медицини та фармації, хімії та біології знайшла своє відображення в фармакопеях та в їх історичній послідовності. Зміст кожного видання фармакопей (грец. pharmakon – ліки poieo – роблю) та інших аналогічних документів надає уяву про стан науки про ліки та особливості їх виробництва під час їх розробки.

Появі перших відомих фармакопей, передувала велика та довга праця лікарів, аптекарів, хіміків, біологів, ботаніків. Як свідчать історичні джерела з утворенням перших аптек почалося поступове відокремлення фармації від медицини. Так, якщо раніше лікар поряд з лікуванням хворого особисто готував лікарські засоби, то поступово відбувався розподіл праці, зокрема лікар займався лише лікуванням, в процесі якого надавав певні рекомендації з приготування лікарських засобів аптекарям і хімікам.

Виникнення аптек вимагало розробки певних положень, які регулювали взаємовідносини між аптекарем і лікарем. З’явилася необхідність створення основоположних документів які врегульовували виготовлення лікарських засобів, гарантували їх якість і затверджували методи контролю.

У сучасних умовах фармакопея набуває все більшого значення як для медицини, так і для фармації, вона широко застосовується аптечними установами, промисловими підприємствами, науково-дослідницькими закладами та комерційними структурами.

Поява фармакопей була викликана гострою необхідністю фармацевтів і лікарів у стандартизації лікарських препаратів, які достатньо часто містять отруйні й сильнодіючі речовини, окрім того деякі лікарські препарати у формі ін’єкцій, очних крапель є небезпечними й без необхідної стандартизації можуть

самі стати причинами хвороб. Перші фармакопеї в Європі зазвичай були регіональними, наприклад у Флоренції (1498 р., Італія), у Нюрнберзі (1542 р., Німеччина), у Барселоні (1587 р., Іспанія), у Лондоні (1618 р., Англія). У XVIII ст. визнаною та поширеною в усіх країнах Європи була Віттенбергська фармакопея (1741 р., Німеччина) – найповніший тогочасний збірник ліків (869 простих та 1083 складних лікарських препаратів). В Російській імперії, до складу якої входило більшість українських земель, перші друковані (латинською мовою) фармакопеї з'явилися у другій половині XVIII ст., на той час це були: Військова, Морська та Цивільна фармакопеї (1765 р. 1783 р., 1797р.) У XIX столітті в Росії з'являються так звані «локальні» видання фармакопей: морська фармакопея (1806 р.), воєнні фармакопеї (1808 р., 1812 р., 1818 р., 1866 р., 1896 р.), лікарняні фармакопеї (1807 р., 1808 р., 1858 р., 1862., 1885 р.), придворні фармакопеї (1825 р., 1842 р., 1874 р.), фармакопеї для бідних (1807 р., 1829 р., 1845 р., 1847 р., 1860 р.)

Після тривалої 15 річної роботи над виданням, в 1866 р. вийшла друком Перша державна фармакопея Росії в двох частинах. У першій частині було представлено 668 статей, в другій - 238 статей, тобто всього 906 статей. До революції 1917 р. було здійснено шість видань державної фармакопеї (1874 р., 1880 р., 1891 р., 1902 р., 1906 р., 1910 р.). Фармакопея 1866 р. стала підґрунтям для подальших видань Російської фармакопеї (до шостої включно). Державна фармакопея СРСР 1926 р. вважається сьомим виданням (1946 р. – восьме видання, 1961 р. – дев'яте видання, 1968 р. – десяте видання, 1987 – 1990 рр. - одинадцяте видання).

Першу на пострадянському просторі свою національну фармакопею, орієнтовану на європейські норми стандартизації створила Україна. Розробку і видання фармакопей здійснює Державне підприємство «Науково-експертний фармакопейний центр». Станом на 2013 р. в Україні видано: перше видання Державної Фармакопеї (2001 р.), Доповнення 1 (2004 р.), Доповнення 2 (2008 р.), Доповнення 3 (2010 р.) і Доповнення 4 (2011 р.) Визначною подією для фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я є приєднання України 18 березня 2013 р. до Європейської фармакопеї, яка є офіційним виданням ЄС.

Таким чином, вивчення історії розвитку вітчизняної фармацевтичної практики та її регулювання через універсальні фахові регулятори – фармакопеї, засвідчує що вони не лише містять величезний обсяг інформації про лікарські засоби, але й можуть бути використані для відтворення історії фармації, охорони здоров'я, медичної науки. Можна стверджувати, що українська фармакопея, як і фармакопеї країн СНД, на сьогодні є спадкоємцями фармації періоду XVIII - XX ст.

ИСТОКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: ОТ АПТЕКАРСКОГО УЧЕНИКА ДО ПРОВИЗОРА

Котвицкая А. А., Политюк К. А., Суриков А. А.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@ukr.net

Первые упоминания о фармацевтических специалистах в России были связаны с иностранцами, которые работали при царском дворе. Начиная с XVII века, стали появляться сведения о фармацевтах среди местного населения.

В 1654 г. во время эпидемии чумы и войны с Польшей, с целью подготовки медицинских кадров, при Аптекарском приказе была создана лекарская школа. Набор в школу составлял 30 учеников, срок обучения 5-7 лет. В школе преподавались начала анатомии, физиологии, хирургии, терапии, лекарствоведения. В этих школах учились и Аптекарские ученики, которые получали практические знания и обучались фармацевтическим правилам в аптеках и аптекарских огородах. При огородах находились лаборатории для изготовления лекарственных препаратов.

С возникновением госпиталей обучение стало осуществляться в госпитальных аптеках, после сдачи экзамена специалист получал звание «гезель». В 1736 г. был издан «регламент» о полевых аптеках и о разрешении «определять в аптекарские ученики детей разных чинов людей, состоявших в ведомстве

медицинской канцелярии», как-то: детей рассыльных, солдат, выученных чтению и письму, а также ботанике и «аптекарству» на медицинских огородах и в главных аптеках». С 1784 г. для усовершенствования в науках аптекарским ученикам было разрешено поступать в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую школу, и аттестаты этой школы были сравнены с аттестатами госпиталей.

Правила 1838 г. «об экзаменах медицинских, ветеринарных и фармацевтических чиновников» устанавливали следующие ученые степени: аптекарский помощник – pharmacopoeus au-xiliarius, провизор – pharmacopoeus substitutes и аптекарь – pharmacopoeus. В 1845 г. были изданы «высочайше утвержденные» правила об испытании врачей, фармацевтов, ветеринаров, которыми установлены три фармацевтические степени: аптекарский помощник, провизор и магистр фармации. Впоследствии право экзаменовать на фармацевтические степени было присвоено исключительно университетам и Военно-медицинской академии.

Прови́зор (лат. provisor – заранее заботящийся, заготовляющий) – аптечный работник высшей квалификации. С появлением звания провизор, только оно давало право на самостоятельную фармацевтическую работу и на управление аптекой.

Подготовка фармацевтов в России до начала XIX века носила ремесленный характер, то есть учение проводилось по этапам, от простого к сложному на рабочем месте, по принципу: «смотри и делай как я».

Таким образом, до начала XIX века фармацевтическое образование было неразрывно связано с медицинским и являлось его частью. Врачи помимо медицинских знаний имели так же и фармацевтическую подготовку, и могли в случае необходимости готовить лекарственные препараты. Эта особенность объясняется практической необходимостью, так как аптек и соответствующих специалистов было не достаточно. Во второй половине XIX века в России произошло отделение фармацевтических специалистов от врачей, с этого времени они стали носить звание провизора, что и дало корни названию современной профессии провизора.

ФАРМАЦЕВТИЧНА СИМВОЛІКА. ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ.

Котвіцька А. А., Сурікова І. О., Косяшнікова Т. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
socpharm@ukr.net

Історія медицини та фармації сягає ще часів первісного суспільства. На всіх етапів свого розвитку як медицина так і фармація мали символічні зображення, що пояснюється їх асоціацією з радістю, благом або горем людей. Деякі з цих символів так і залишилися у минулому, інші існують і понині.

Символ у звичайному розумінні (від грец. simbolon) – умовний знак, широко відомий і використовується для практичних цілей. Він може бути і таємним знаком, сенс якого відомий лише окремим людям.

Як відомо, найстародавніші символи у фармації були пов’язані зі змією. В античному світі емблемою лікування був нешкідливий, добре повзаючий, водоплавний вуж, що з латині носить назву "Асклепій вже" (coluber flavescens aesculapii). Згодом з’являється емблема чаші, оповитої отруйною змією, що і до нині залишається найбільш вживаним знаком у фармації. Значення цього символу інтерпретується по-різному. Вважається, що в цій емблемі змія символізує мудрість, знання, безсмертя і взагалі всі добрі починання, а чаша наповнена лікувальною зміїною отрутою. Проте окремі автори вважають, що в емблемі чаші зі змією, останнє уособлює зло, символізує собою початок, що приносить людям страждання, хвороби і смерть, так як змія позначає все те, проти чого стоїть медицина.

У середньовічній Європі аптекарі окремо від лікарів і хірургів створювали гільдії (або цехи), цікавим є те, що об'єднувалися вони з бакалійниками. *В Англії* аптекарі вперше виділилися із загальної бакалійної гільдії в окреме товариство. На своєму гербі вони зобразили бога Аполлона з луком і стрілою, від якого випромінюється сяйво, яке зневажає хворобу в образі дракона. На гербі товариства аптекарів *у Лондоні* зустрічається зображення у вигляді єдинорогів (носорогів), очевидно, що їх відносять до медичних

атрибутів, враховуючи ріг, що був у той час лікарською сировиною. Також у ті давні часи, як емблема фармацевтів використовувалися зображення руки з аптекарською лопаткою (на емблемі аптекарів Амстердама, XVII ст., Голландія), різних тварин (крокодила) і рослин, з яких виготовлялися лікарські препарати (лілії та ін), перегінного куба, який був символом очищення води, рогу достатку. Найчастіше емблемою аптекарів в епоху середньовіччя було зображення аптекарської ступки з товкачем, іноді це була одна ступка, іноді – ступка з двома маточками. Зустрічаються варіанти емблеми, коли маточка знаходиться в лапах якої-небудь тварини (лева, ведмедя, мавпи тощо).

У Росії до Великої Жовтневої соціалістичної революції фармацевтичні фахівці не мали права носити загальноприйнятий у світі лікарський знак. Для них був встановлений срібний знак герба з зображенням Російської імперії, але замість чаші і двох змій внизу герба була розміщена велика вензелевидна літера "П" (тобто провізор), покрита позолотою. Якщо провізор захищав дисертацію, то він отримував ступінь не доктора, як було в медицині, а магістра фармації. Тому існував й спеціальний магістерський знак, на якому замість вензельної літери "П" стояли "МФ" – магістр фармації. Існували й так звані фрачний варіанти знаків провізорів і фармацевтів.

Також літерні символи існували й в інших країнах. Наприклад, велика червона літера «А» в Німеччині та Австрії – має значення аптека (Apotheke). Зустрічається символ «Rx» (літера R з діагональною рискою), який означає, що в даному місці можна придбати лікарські препарати за призначенням лікаря.

Символіка медицини та фармації, також використовується міжнародними організаціями. Емблема Всесвітньої організації охорони здоров'я з 1948 року представляє собою символ Організації Об’єднаних Націй, як організації-засновника, на тлі якого знаходиться посох, котрий оповиває змія. Саме посох із змією символізує медицину й медичну професію.

Зелений хрест, який досить часто можна зустріти біля входів в аптеки був зареєстрований у 1984 році у Франції, а зелений колір в даному випадку асоціюють з травами та фітопрепаратами.

Цікавість до фармації, і зокрема до її історії, безперервно зростає. А символи та емблеми медицини та фармації здавна мали узагальнюючу і світоглядну роль. Виражаючи зміст того чи іншого виду лікарської діяльності, вони відігравали роль символів, які збирали однодумців, тобто роль об'єднуючу, мобілізуючу, яка сприяє залученню до своїх лав і одночасно визначає норми поведінки фахівців. Загальноісторичне значення символів показує тісний зв'язок медицини та фармації з загальною історією і культурою народів.

Таким чином, можна стверджувати, що безперечним є те, що, чим краще ми уявляємо собі зміст тієї культурної естафети, яку прийняли від минулих поколінь, тим більш ціннішим стає для нас наше власне життя, тим більше ми розуміємо свою відповідальність як фахівці за те, що маємо виконувати свої професійні обов’язки на належному рівні й берегти здоров’я населення країни.

ПРОФЕССОР БОКАРИУС Н.С. - ОСНОВАТЕЛЬ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ УКРАИНЫ

Огнев В.А., Трегуб П.О.
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
socmedozd@mail.ru

Судебная медицина как наука была востребована на протяжении многих лет своего существования и немаловажное влияние на ее развитие оказал выдающийся основатель криминалистического направления в судебной медицине Николай Сергеевич Бокариус. Николай Сергеевич родился 31 марта 1869 г. в Одессе в семье преподавателя и воспитателя Ришельевской гимназии, учился преимущественно на отлично и по ее окончании поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского Университета. После окончания университета Н. С. Бокариуса избрали сверхштатным ординатором

факультетской хирургической клиники (Зав. проф. Грубе), где занимался патолого-гистологическими исследованиями. Это настолько увлекло его, что он больше не представлял себе жизнь без любимого занятия. Его желание и целеустремленность не могли остаться незамеченными - в 1897 г., Николаю Сергеевичу предлагают перейти на кафедру судебной медицины, на должность помощника прозектора. И с этого времени и до конца своих дней он на протяжении 34 лет работает на одной кафедре. Не забывая о науке, им в 1902 г., была успешно защищена при Московском Университете докторская диссертация на тему «Кристаллы Флоранса, их химическая природа и судебно-медицинское значение». В 34 года Николай Сергеевич получает должность приват-доцента, а в 41 - профессора, став заведующим кафедрой судебной медицины. Но он понимал, что изучить предмет, пользуясь только конспектами и книгой, у студентов не получится, если они не будут видеть, как происходит само вскрытие. В связи с чем с 1902 г. принял безвозмездно заведование городским трупным покоем и продолжал заведовать им в течение 19 лет. Это дало возможность использовать трупный материал в учебном процессе. Занимаясь исследовательской деятельностью, он в 1910 году выпускает в свет свое первое оригинальное руководство «Судебно-медицинские микроскопические и микрохимические исследования вещественных доказательств», пользовавшееся заслуженным успехом среди специалистов, не потерявшее значение и в наши дни, участвовал в составлении народной энциклопедии, являлся организатором и редактором журналов "Архив криминологии и судебной медицины" и «Вопросы криминалистики и научно-судебной экспертизы». В 1911 году издал за свой счет „Краткий курс судебной медицины" для студентов, а в 1915 появился капитальный труд Николая Сергеевича – «Судебная медицина в изложении для юристов». С 1923 года начался следующий этап жизни –назначение на должность главного государственного судебного медицинского эксперта УССР. В этом же году при его непосредственном участии был создан кабинет научно-судебной экспертизы, который через 2 года преобразовали в научно-исследовательский

институт и до конца своих дней оставался бессменным директором. После кончины Николая Сергеевича институту было присвоено его имя. И сейчас ни одно криминальное дело не обходится без участия специалистов, работающих в данном учреждении.

Николай Сергеевич Бокариус оставил после себя огромное наследие для последующих поколений, а его девиз «Внимание каждому пустяку» навсегда останется напутствием для многих поколений его учеников.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ У ЛЬВІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ УПРОДОВЖ 1784-1853 рр.

Різничок С.В., Калинюк Т.Г.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
svitlana_r@i.ua

Вступ. Зароджена в нетрях історії людської цивілізації як емпірична наука, фармація наприкінці XVIII ст. розпочала своє входження в університетський освітній простір. На теренах Західноукраїнського регіону, який у 1772 р. увійшов до складу Австрійської імперії, саме в цей період фармацевтична галузь була взята під державний контроль, а фармацевтична освіта зробила свої перші кроки в освітньому середовищі Львівського університету. Вивчення початкових етапів розвитку кожної наукової галузі є важливим з огляду на відтворення історичної достовірності її розвитку та має безпосередній вплив на сучасний розвиток тих чи інших її складових.

Аналіз наукових публікацій показав, що питання перших етапів навчання фармацевтів у Львівському університеті дослідниками історії медицини та фармації сьогодення трактується неоднозначно. З одного боку, Н. Бенюх та Н. Сингалевич опублікували кількісні дані про підготовку аптекарів у

Львівському університеті у 1790-1796 рр. як доведений факт, з іншого боку, у Т. Терещука є сумніви з цього приводу, оскільки жодному із дослідників не вдалося навести прізвища фармацевтів, які навчалися у Львівському університеті на стику XVIII ст. та XIX ст. Ретельним вивчення архівної документації цього періоду нам уперше вдалося підтвердити навчання фармацевтів у Львівському університеті в 1784-1853 рр.

Мета – дослідження особливостей навчання фармацевтів у Львівському університеті в період 1784-1853 рр.

Методики дослідження: узагальнення та систематизації архівних матеріалів і наукових публікацій з метою об'єктивно-достовірного відтворення історичних фактів; метод контент-аналізу архівних матеріалів, документів органів управління у царині фармації та охорони здоров'я Галичини.

Основний матеріал дослідження. 1773 р. з Відня у Львів була скерована урядова комісія на чолі з протомедиком Андреасом Крупіньским, завданням якої було проведення ревізії дипломів практикуючих лікарів та власників аптек у нещодавно приєднаному краї. Окрім цього, вищеозначеній комісії було доручено організувати у Львові при Раді здоров'я Губернаторства медичну школу "Collegium Medicum" для підготовки хірургів та їх помічників. Школа розпочала освітню діяльність у квітні 1773 р. і функціонувала аж до відкриття Львівського університету у 1784 р. За цей час "Collegium Medicum" підготував понад 60 хірургів, акушерок та аптекарів.

Починаючи від заснування університету в 1784 р., фармацевти здобували та удосконалювали свій аптекарський фах у його стінах. Так, за даними історика Л. Фінкеля, упродовж шести років (1790-1796 рр.) у Львівському університеті було 13 студентів-аптекарів, магістрами фармації у 1791-1795 рр. стали також 13 осіб. Вивчаючи архівні матеріали початку XIX ст., нам вдалося віднайти довідку, видану 32-річному жителю Львова Ігнацію Ланері, про те, що він проходив практичний курс аптекарства на медичному факультеті Львівського університету, який включав вивчення

аптекарського законодавства, ботаніки (лікарські рослини) та хімічного складу загальновідомих лікарських засобів. Після цього він з 27 липня по 2 серпня 1803 р. склав заключний іспит кваліфікаційній комісії, до складу якої входили: протомедик Галичини Лаврентій Прессен, директор (декан) медичного факультету Львівського університету Йозеф Кней, професор хімії і ботаніки медичного факультету Бурхард Шіверек, львівські аптекарі Йоганн Ходорович та Якоб Кшижановскі.

Склад кваліфікаційної комісії для заключного іспиту Іґнація Ланері підтверджує, що у 1784-1853 рр. фармацевти, після виконання індивідуального навчального плану, складали заключні іспити з усіх дисциплін цього плану – хімія, ботаніка, фармакологія та аптекарське законодавство. Знання Іґнація Ланері з аптекознавства були оцінені на добре. Довідку засвідчили декан медичного факультету Йозеф Кней та нотар медичного факультету Ґеорґ Хмель. Після належно складеного іспиту Іґнацій Ланері у 1805 р. купив у Львові аптеку «Під Провидінням Господнім» на вул. Карла Людвіга, 3 (тепер пр. Свободи).

У фондах Державного архіву Львівської області також вдалося віднайти інформацію про складання у 1805 р. на медичному факультеті Львівського університету 21-річним фармацевтом із Пресбурга (нині Братіслава) Міхаелем Ніклашем кваліфікаційного іспиту з аптекознавства (“Apothekenkunde”). Складений з відмінною оцінкою (“Vorzüglich Gut”) іспит дозволив Міхаелю Ніклашу купити у Львові одну з найстаріших аптек “Під золотим орлом” (нині аптека «D.S.» на вул. Галицькій, 19), яка була заснована у 1773 р. аптекарем Солкішером.

Обидва архівні документи щодо навчання та складання іспиту з аптекознавства Іґнацієм Ланері й Міхаелем Ніклашем свідчать про наявність індивідуальної підготовки фармацевтів у Львівському університеті в 1784-1853 рр. Підсумком їх навчання було отримання довідки про виконання індивідуального навчального плану і складання кваліфікаційного іспиту. Отже, навчальна програма аптекарів у Львівському університеті упродовж 1784-1853

рр. не мала офіційно затвердженого плану. Студенти фармації вивчали такі ж дисципліни, як студенти-медики перших двох курсів. Основними навчальними дисциплінами цієї програми були ботаніка, хімія, “Materia medicae” (сучасна фармакологія) на медичному факультеті та фізика на філософському факультеті. Лекції та практичні заняття проводилися у неіснуючому нині комплексі будівель Львівського університету в районі вулиці Театральної, знищених пожежею 1848 р.

Висновки. Від часу заснування Львівського університету у 1784 р. фармацевтична освіта розпочала свій поступ у його освітньому просторі, що вдалося підтвердити проведеними архівними пошуками. Узагальнюючи проведене дослідження, можна стверджувати, що на теренах Західного регіону України підготовка фармацевтів була започаткована у Collegium Medicum (1773-1784 рр.) і продовжувалася на медичному факультеті (1784-1805 рр.) Львівського університету.

ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЇ

ВЛИЯНИЕ МАЗИ С ЭКСТРАКТОМ СОЛОДКИ НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАНЫ КОЖИ

Березняков А.В.
Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина
an-ber@ukr.net

Введение. Дестабилизация биологических мембран при воспалительном процессе обусловлена действием комплекса патогенных факторов (лизосомальные ферменты, бактериальные токсины, БАВ, и др.), которые приводят к усилению процессов свободнорадикального окисления и увеличению проницаемости клеточных мембран. Развитие воспалительного процесса в ране кожи сопровождается значительными изменениями окислительно-антиоксидантного гомеостаза, которые коррелируют с проявлениями воспалительно-репаративных процессов и активацией процессов ПОЛ. Изучение процессов ПОЛ и ферментного звена антиоксидантной системы (АОС) позволяет судить не только о степени тяжести патологического состояния, но и об эффективности его лечения.

Цель: изучить протекание свободнорадикальных процессов в патогенезе линейной кожной раны под влиянием комбинированной мази с сухим экстрактом солодки.

Материалы и методы: исследования выполнены на 40 нелинейных белых крысах массой 180 – 200 г, разделенных на две группы по 20 животных в каждой. Моделью служили линейные раны кожи. Первая группа — контрольная, без лечения, на раны второй группы крыс наносили 2,5% комбинированную мазь с сухим экстрактом солодки. О состоянии прооксидантно-антиоксидантной систем судили по содержанию первичных (диеновые конъюгаты) и вторичных (тиобарбитуровая кислота) активных продуктов ПОЛ, ключевых антиоксидантных (АО) ферментов - каталазы (Кат) и супероксиддисмутазы (СОД) в крови.

Результаты: установлено, что в контрольной группе (крысы без лечения), развивалась значительная активация процессов ПОЛ. Об этом свидетельствовало увеличение концентрации первичных и вторичных продуктов пероксидации в периферической крови животных. При нанесении животным опытной группы 2,5% комбинированной мази активность СОД снижалась. По сравнению с другими ферментами, активность энзима - каталазы практически не изменялась. Кинетика в сравнительном анализе групп с линейными ранами и без них показала продолжающийся сдвиг равновесия ПОЛ↔АО в сторону активации свободнорадикальных процессов и снижения АО защиты. Такой эффект обусловлен наличием в сухом экстракте солодки компонентов, проявляющих противовоспалительное и репаративное действие.

Выводы: по результатам исследований установлено, что комбинированная мазь с сухим экстрактом солодки при лечении линейной раны кожи уменьшает активацию свободнорадикальных процессов и повышает антиоксидантную защиту.

ЛІОФІЛІЗОВАНІ КСЕНОДЕРМОІМПЛАНТАТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОПІКАМИ

Гуда Н.В., Бігуняк Т.В., Равлів Ю.А.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна

Протягом багатовікової історії існування людство постійно стикається з проблемою ураження шкірних покривів тепловими факторами – опіками. За даними ВООЗ, питома вага опіків серед травм складає від 5,6 до 10% і вони займають третє місце в структурі загального травматизму.

Організація опікових відділень, центрів з концентрацією хворих з великими за площею і глибокими опіками призвели до необхідності

забезпечення їх трансплантаційним матеріалом, виникла велика потреба в організації банків ксенодермоімплантатів. Ліофілізовані ксенодермоімплантати площею 100-200-250-300 см², товщиною 0,3-0,4 мм, стерильні, упаковані в пакети, використовуються як замінники шкіри при лікуванні опікових (I-II-III-IV ст.), донорських і скальпованих ран, трофічних виразок.

Банк ліофілізованих ксенодермоімплантатів створено при Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського в 1995 році (ТОВ «Інститут біомедичних технологій»).

Для створення банків була розроблена методика забору, кріоконсервування і ліофілізації ксенодермоімплантатів свині (отримано 16 патентів), а також проведена реєстрація виробу медичного призначення.

Щорічно в ТОВ «Інститут біомедичних технологій» виготовляється та відправляється в лікувальні заклади України понад 1 млн. кв. см. ксенодермоімплантатів, проте потреби у них зростають.

Сьогодні опікові відділення України використовують ліофілізовані ксенодермоімплантанти за рахунок обмежених фондів лікарень та за кошти самих пацієнтів.

В Україні функціонує 33 обласних та міжрайонних опікових відділень, які забезпечують надання спеціалізованої допомоги найбільш важкому контингенту опікових хворих. У цих відділеннях працює більше 200 лікарів – комбустіологів, функціонує 1279 ліжок, на яких щорічно лікуються до 17 тисяч обпеченого дорослого та 10 тисяч дитячого населення. Більшість цих потерпілих від опіків вимагають лікування з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів.

Ліофілізовані ксенодермотрасплантати використовуємо при опіках I - II ст. для закриття ран після їх ретельного туалету, який проводимо під загальним знеболенням, в першу добу після травми. Епітелізація опікових ран під ними проходить за 8-10 діб. Лікування таких хворих не вимагає проведення щоденних болючих перев'язок. Після загоєння ран ліофілізовані ксенодермоімплантанти самостійно відпадають. Хворі площею опіків до 5-8%

поверхні тіла лікуються амбулаторно. Дане лікування є набагато дешевше, ефективніше, а головне, що при цьому не проходить поглиблення ран.

При лікуванні хворих з глибокими опіками (III-IV ступенів) ліофілізовані ксенодермоімплантати використовують після проведення ранніх некректомій, а також для закриття ран, які під час аутодермопластики, які залишалися незакритими аутоклаптями, а також для закриття перфорованих аутоклаптів.

Використання ліофілізованих ксенодермоімплантатів призводить до зменшення болі, втрати води, білків, електролітів з ран, відсутність їх інфікування, пришвидшення крайової та острівкової епітелізації. Все це призводить до скорочення перебування хворих на стаціонарному лікуванні з поверхневими опіками на 6-7 діб, а з глибокими – на 16-18 діб, зменшує летальність важких опікових хворих на 30%.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ

Підгірний В.В.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна
pidhirnyi@ukr.net

Виготовлення ліків в умовах аптеки має важливе значення для обороноздатності країни. У випадках надзвичайних станів при умові перебоїв у постачанні медикаментів, аптеки з виготовленням ліків зможуть забезпечити лікувальні установи ліками, виготовленими з лікарських субстанцій. Кожна аптека з виготовленням лікарських форм має певний запас лікарських речовин, посуду, допоміжних матеріалів, що дозволить виготовляти на аптечному обладнанні ліки належної якості і зменшити перебої в постачанні готових ліків.

Проаналізовано стан виготовлення екстемпоральних лікарських форм в аптеках Тернопільської області. Станом на 15.03.2013р. діють 516 ліцензій на роздрібну, оптову реалізацію лікарських засобів та виготовлення в умовах аптеки, з яких ліки виготовляють усього 9 аптек, з них у м.Тернополі – 6. Стерильні лікарські форми готують – 3. Усі вказані аптеки є комунальної власності, одна з них приватизована та продовжує виготовлення ліків за індивідуальними прописами - аптека № 103 ТОВ «Рута-фарм» і за результатами рейтингу «Панацея 2012» визнана кращою в Україні.

Зменшення кількості аптек з виготовленням пов'язано в першу чергу зі значними фінансовими затратами аптек на дотримання вимог фармацевтичного законодавства щодо виготовлення лікарських засобів в умовах аптеки і робить виробничу діяльність аптек збитковою. Обладнання аптек для забезпечення процесу виготовлення ліків втрачає свій якісний стан і списується, а закупляти нове бракує коштів. Проблемою для аптек є також закупівля зареєстрованих субстанцій, т.я. усього 4 дистрибутори в Україні реалізують лікарські речовини. Субстанції пропонують у попередньо розфасованій великій кількості і аптеки вимушені використовувати їх протягом кількох років, що є додатковим заморожуванням обігових коштів.

Серйозною проблемою через певний час постане брак кваліфікованих провізорів, які зможуть готувати екстемпоральні ліки в умовах надзвичайного стану. Це пов'язано з відміною обов'язкової підготовки студентів фармацевтичних факультетів за програмою офіцерів медичної служби запасу. Під час вивчення дисципліни «Технологія лікарських засобів в польових умовах» студенти вивчали особливості виготовлення ліків в умовах надзвичайного стану під керівництвом досвідчених офіцерів-провізорів. Закріплювали здобуті знання майбутні спеціалісти при проходженні військових зборів в реальних польових умовах. Сьогодні ТДМУ ім.І.Я Горбачевського є одним із небагатьох навчальних закладів підготовки офіцерів-провізорів для Збройних сил України.

На сьогодні декларується підтримка аптек з виготовленням екстемпоральних ліків та відновлення процесу виготовлення в аптеках. Проте реально працює тільки положення, згідно якого аптека має пільги в орендній платі виробничих приміщень, де проходить процес виготовлення. В даний час проходить обговорення проекту нових Ліцензійних умов, якими передбачається організація аптечними мережами однієї аптеки з виготовленням ліків на кожні 10 аптек мережі.

Для вирішення піднятої проблеми необхідно у стислі терміни прийняти Державну комплексну програму зі збереження, підтримки та подальшого розвитку виготовлення лікарських форм в аптеках. До її розробки залучити провідних фахівців практичної фармації, наукових працівників профільних кафедр фармацевтичних факультетів та військових провізорів.

ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНІ АНТИТОКСИКАНТИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНАХ

Шумейко М.В.
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ, Україна
xl@bigmir.net

У 2012 році в Україні зареєстровано 212 надзвичайних ситуацій (НС). У відповідності з Національним класифікатором, НС техногенного характеру сталися у 120 випадках, природного характеру у 74 випадках та соціального характеру у 18 випадках. Незважаючи на позитивну динаміку НС, а саме зниження кількості на 4% порівняно з 2011 роком наявність в Україні практично усіх можливих (промислових, сільськогосподарських, мілітарних та побутових) шкідливих чинників створює постійну загрозу їх виникнення. За матеріалами Всесвітньої організації охорони здоров'я, зараз розроблено понад 7 млн. хімічних речовин, серед яких 70 тис. щоденно використовуються у побуті.

Метою роботи є висвітлення питань забезпечення постраждалих у надзвичайних ситуаціях фармацевтичними засобами та поліфункціональними анти токсикантами (ПАТ) на базі біокосних метал-силікатних сполук (БМСС). Для вирішення поставленої задачі використовувались фармацевтичні, фармакологічні, токсикологічні, фізико-хімічні, статистичні методи дослідження.

У статистиці НС, відповідно до даних Державної служби України з надзвичайних ситуацій, переважають ситуації техногенного характеру, що характеризуються значною кількістю різноманітних техногенних факторів. Засобами фармацевтичної допомоги в таких ситуаціях є, не лише, медикаментозне забезпечення, а й застосування засобів фармацевтичної логістики, для надання всіх доступних професійних видів допомоги.

Використання таких хіміко-фармацевтичних засобів, як БМСС у вигляді різноманітних рецептур може спричинити невілювання впливу широкого спектру токсикантів, які можуть нанести шкоду як біологічним об’єктам, так і довкіллю. Досягненню очікуваного ефекту дії БМСС сприяють: 1) Висока реакційна здатність по відношенню до біотоксикантів; 2) Легкість зміни агрегатного стану антитоксикантів переходом із одного фізичного стану в інший; 3) Стабільність складу та властивостей при додержанні спеціальних умов збереження до їх цільового застосування (вимірюється роками, що підвищує логістичну придатність); 4) Здатність створювати відносно стабільні кольорові комплекси антитоксиканту з токсикантами з ознаками, притаманними для безприладної групової експрес-індикації; 5) Мінімальне приладно-апаратурне забезпечення для переводу антитоксиканту у стан робочого використання; 6) Можливість використання для переробки токсикантів на сировину з новими товарними властивостями. У порівнянні із традиційними антидотами ПАТ мають ряд особливостей, які не притаманні традиційним антидотам (табл. 1).

Таблиця 1.

Основні напрями використання антидотів та антитоксикантів

Напрями використання	Традиційні антидоти	Поліфункціональні антитоксиканти
Дегазатор	Таких властивостей немає чи вони не придатні для такого використання	Основна властивість
Дезактивуючий засіб чи радіопротекторні властивості		Бажана властивість, яка має місце у газо-аерозолів БМСС
Дезінфікуючі властивості		Основна властивість
Стерилізуючі властивості		Бажана властивість
Індикатор забруднення		Основна властивість
Детоксикуючий засіб	Частково придатні	Основна властивість
Лікувальний засіб	Основне використання	Може використовуватись
Захисних функція	Бажана властивість	Основна властивість

Всі перераховані властивості БМСС дозволили створити та пройти попередні випробування 27 рецептурам, серед яких 5 було впроваджено в Україні у формі окремих препаратів ПАТ. В табл. 2 описані властивості 4-х з них, забезпечення якими можливе при залученні до ліквідації НС засобів фармацевтичної логістики, а за особливих умов, виготовлення яких можливе у стаціонарних та пересувних обладнаних аптеках.

Таблиця 2.

Основні поліфункціональні антитоксиканти з групи БМСС

Назва	Загальна характеристика	Властивості
Ветазоль	Препарат широкого господарського призначення; рідина, що переходить в ГАС	Дезінфекція, детоксикація, дегазація, протигрибкова дія, експрес – індикація; поліфункціональний засіб
Дерматозоль	Паста для обробки шкіри, захисту від токсикантів	Дезінфекція, детоксикація, дезодорація, протигрибкова дія.
Санапін	Препарат для лікування бджіл; рідина, що переходить в ГАС	Дезінфекція, детоксикація, дегазація, дезодорація, протигрибкова дія, поліфункціональний засіб
Водозоль	Засіб для дезінфекції; рідина, розчинна у воді	Дезінфекція, детоксикація, дезодорація

Вирішення питання забезпечення засобами ПАТ можливе при залученні кваліфікованого фармацевтичного персоналу, що за відсутності НС задіяний у звичайній для окремої місцевості фармацевтичної виробничої діяльності. Така діяльність від час НС та при їх ліквідації може привести до усунення значної кількості наслідків для здоров'я населення та довкілля у регіонах.

Висновки: Викладені вище властивості засвідчують, що використання ПАТ у якості засобів для усунення шкоди здоров'ю та якості життя населення та біологічних об'єктів постраждалих від НС та їх наслідків можливе й буде ефективним при системній організації структур регіональної фармацевтичної логістики. Можливість лабораторного виготовлення свідчить на корисний потенціал ПАТ в умовах надзвичайних ситуацій, саме в Україні, за рахунок значної кількості діючих виробничих аптек.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ДОСЛІДЖЕННЯ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Громовик Б.П., Панькевич О.Б., Унгурян Л.М.[1]
Львівський національний медичний університет ім.. Данила Галицького, м. Львів, Україна
Одеський національний медичний університет[1], м. Одеса, Україна
ostap.pankevych@rambler.ru, lianau@ukr.net

Вступ. Громадська думка щодо фармацевтичної діяльності є специфічним проявом свідомості пацієнтів, а отже, і чинником їх комплаєнтності.

Мета. Метою роботи було вивчення поглядів населення на фармацевтичну діяльність.

Методики дослідження. За допомогою спеціально опрацьованої анкети нами було проведено опитування населення Львівської та Одеської областей.

Основний матеріал дослідження. Опитано 105 осіб, що проживають в Львівській, та 189 – в Одеській областях. При цьому за статевою приналежністю значно переважали жінки (70 і 61% відповідно). За соціальним статусом найманими працівниками були 47% респондентів у Львівській області та 39% - в Одеській, незайнятими роботою були 41% опитаних мешканців Львівщини та 29% населення Одещини, підприємницьку діяльність провадили 6% учасників дослідження на Львівщині та 20% - на Одещині, безробітними були 6% опитаних у Львівській області та 12% - в Одеській.

У ході опитування населення Львівської області встановлено, що 48% респондентів хотіли б відчувати себе в аптеці клієнтом, 41% - відвідувачем, понад 9% - пацієнтом, 2% - хворим. Натомість 41% опитаних в Одеській області бажають бути відвідувачем, 33% - клієнтом, 21% пацієнтом та 5% хворим.

Наступним етапом роботи було дослідження образу фармацевтичного працівника в суспільстві. Виявлено, що 55% опитаних на Львівщині вважають працівника аптеки фармацевтом, 17% - аптекарем, 10% - лікарем, по 8% - провізором і продавцем, по 1% - агентом і шарлатаном. Водночас для 43%

респондентів на Одещині працівник аптеки є фармацевтом, 22% - провізором, 16% - аптекарем, 8% - продавцем, 7% - лікарем, 3% - шарлатаном, 1% - агентом. При цьому 78% опитаних у Львівській області зазвичай розраховують на допомогу аптечного працівника при покупці в аптеці, 6% - рідко очікують на таку допомогу, 16% - затруднялися відповісти. Натомість в Одеській області лише 44% опитаних очікують на допомогу аптечного працівника, 36% - розраховують на себе, 20% респондентів затруднялися відповісти.

Встановлено, що 55% опитаних у Львівській області позитивно ставляться до фармацевтичних працівників, 42% - нейтрально, 3% - негативно. Схоже ставлення спостерігалось в мешканців Одещини, позаяк 58% опитаних виявляють позитивне відношення, 37% - нейтральне, 4% - негативне та 1% - різко негативне.

На думку респондентів, що брали участь в обох опитуваннях, найбільш важливими особистісними якостями аптечних фахівців є уміння розмовляти та розуміти проблему, культура обслуговування, ввічливість та уважність.

Особливого резонансу в суспільстві набувають випадки виявлення фальсифікованих лікарських засобів (ЛЗ). З цього приводу понад 87% респондентів на Львівщині висловлюють свою стурбованість, 7% - не вбачають проблеми, 6% - стверджують, що їм байдуже, позаяк вони перевіряють сертифікати якості ЛЗ в аптеці. Чотири п’ятих (83%) опитаних на Одещині теж непокояться з цього приводу, 12% респондентів не переймаються цією проблемою, 5% - перевіряють сертифікати якості ЛЗ в аптеці.

Варто зазначити, що 17% респондентів на Львівщині та 20% - на Одещині, вважають, якщо на один і той же ЛЗ ціна є значно нижчою, ніж та яку пропонують інші аптеки, то є підозра щодо фальсифікації цього ЛЗ.

Ціна є важливим чинником споживчої поведінки, тому нами була досліджена поведінка пацієнтів у випадку, коли ціна на необхідний ЛЗ є високою. Виявлено, що 75% опитаних на Львівщині та 72% - на Одещині все одно купують ЛЗ, позаяк «здоров’я дорожче», дешевший аналог шукають 21% опитаних у Львівській області, та 26% - в Одеській. Варто зауважити, що 4%

мешканців Львівщини та 2% опитаних на Одещині, в такому випадку, відмовляються від купівлі ЛЗ.

У ході обох опитувань встановлено, що основними факторами вибору аптеки є місце розташування, доступність цін та ширина асортименту ЛЗ.

Висновки. За даними анкетування виявлено, що щонайменше половина респондентів Львівської (52%) та дві третіх опитаних Одеської (67%) областей не хочуть відчувати себе в аптеці клієнтом. Лише 8% респондентів вважають працівника аптеки продавцем. При цьому понад половини опитаних (55 і 58% відповідних груп) позитивно ставляться до аптечних працівників.

Абсолютна більшість респондентів Львівської (87%) та Одеської областей (83%) непокоїться з приводу фальсифікації ЛЗ.

Встановлено, що у випадку, коли ціна на необхідний ЛЗ висока, три четвертих опитаних (75 і 72% відповідних груп) все одно його купують, позаяк «здоров'я дорожче».

ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Жиляев С.А., Хоменко В.Н.
Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького
stanislav_zhilya@mail.ru

Вступление явление курения в самом социально-активном и восприимчивом слое общества, а именно в студенческой среде, с каждым годом становится все распространеннее. Превентивные меры, осуществляемые на государственном уровне, позволяют определить распространение и последствия, в том числе социальные, экономические и демографические. Однако данные мероприятия не способствуют изучению причин, заставляющих представителей молодого поколения культивировать в своей среде эту привычку.

Целью данного исследование было изучение распространенности, частоты, кратности, причин начала, прекращения и нежелания курения среди студентов ВУЗов Донецкой области с учетом гендерного аспекта, для разработки эффективных методов профилактики данного явления.

Материалы и методы. Сбор информации производился при помощи разработанной авторами оригинальной анкеты, на добровольных основах и при условии сохранения анонимности респондентов. Обработка статистических данных производилась в редакторе Excel.

Результаты. В опросе приняло участие 556 респондентов, из них 343 мужчин и 213 женщин. Средний возраст респондентов, принявших участие в опросе для мужской подгруппы оставил 19,1 ± 0,1 лет, а женской 18,9 ± 0,1 лет. Курильщиками на момент опроса в мужской подгруппе являлись 57,7% (198 чел.) опрощенных, а в женской подгруппе 40,8% (87чел.) респонденток. Средний возраст начала курения для мужчин составил 14,7 ± 0,2 лет, для женщин 16,3 ± 0,2 лет. Среднее количество сигарет выкуриваемое за день мужчинами составило 6,7±0,3 шт., а для женщинами 4,8±0,9 шт. Среди указанных причин курения основными являются: личный интерес - 54,5% (108 чел.) для мужчин и 59,8% (52 чел. для женщин, общественное давление 18,7% (37 чел.) для мужчин и 17,2% (15 чел.) для женщин, стресс 3,5% (7 чел.) для мужчин и 2,3% (2 чел. для женщин. Затруднились указать причины начала курения 23,2% (46 чел. мужчин и 20,7% (18 чел.) женщин. Количество респондентов, которые бросили курить, в мужской подгруппе составляло 14,9% (53 чел.), а в женской 17,4% (38 чел). Стаж курения для мужчин – 2880±137,64 дн. и 570,8±131,6 дн. для женщин. Здоровье в качестве основной причины прекращения курения было указано в 19,6% (10 чел.) случаев в мужской подгруппе и 23,7% (9 чел.) случаев в женской, общественное давление 3,9% (2 чел) среди мужчин и 13,2% (5 чел) среди женщин, спорт 17,6% (9 чел) мужчин и 2,6% (1 чел) женщин. Затруднились указать причины прекращения курения 62,73% (32 чел) мужчин и 57,9% (22 чел) женщин. Никогда ранее не куривших респондентов в мужской подгруппе оставляло 26,8% (92 чел), а в женской

41,8% (89 чел). В качестве основных причин нежелания начала курения, здоровье, мужчины указали в 8,7% (8 чел.) случаев, а женщины в 39,3% (35 чел.). Общественное давление для мужчин было актуально в 1,1% (1 чел), а для женщин неактуально вообще, спорт стал профилирующей причиной для мужчин и составил 27,2% (25 чел) ответов и для женщин в 1,1% (1 чел) случае. Затруднились указать ответы 63% (58 чел) респондентов в мужской подгруппе и 59,6% (53 чел) в женской.

Выводы. Профилактика курения для обоих полов должна носить характер скрытой пропаганды и носить косвенный характер пресекая как интерес личности к данному явлению, так и молчаливое одобрение общества по отношению к курению. Профилактика начала курения для мужского населения необходимо начинать с 12-13 лет и должна проводиться с акцентом на образ физически крепкого волевого мужчины, не подверженного вредным привычкам. Профилактику начала курения для женского населения необходимо начинать с 13-14 лет и должна проводиться с акцентом на формирование образа здоровой женщины и будущей матери.

ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ НАРКОМАНИИ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Жиляев С.А., Хоменко В.Н.
Донецкий национальный медицинский институт им. М.Горького
stanislav_zhilya@mail.ru

Вступление Употребление наркотических веществ все чаше встречается в студенческой среде. Как показал опыт лечение наркозависимости – это долгий, трудоемкий и не всегда эффективный процесс. Но согласно историческому опыту наиболее эффективное средство для борьбы с недугами, которые плохо поддаются радикальному лечению – это профилактика.

Целью данного исследование было изучение распространенности, частоты, кратности, причин начала употребления наркотических веществ среди студентов ВУЗов Донецкой области с учетом гендерного признака, для разработки эффективных методов профилактики данного явления.

Материалы и методы. Сбор информации производился при помощи разработанной авторами оригинальной анкеты, на добровольных основах и при условии сохранения анонимности респондентов. Обработка статистических данных производилась в редакторе Excel.

Результаты. В опросе приняло участие 556 респондентов, из них 343 мужчин и 213 женщин. Средний возраст респондентов, принявших участие в опросе для мужской подгруппы оставлял 19,1 ± 0,1 лет, а женской 18,9 ± 0,1 лет. Количество респондентов, которые употребляют наркотические вещества на момент опроса в мужской подгруппе составили 24,2 % (83 чел), а в женской 8 % (17 чел). Бросивших употреблять наркотики на момент опроса в мужской и женской подгруппах было 16% (55 чел.) и 2,8 % (6 чел.) соответственно. Для мужчин личный интерес был причиной начала употребления наркотиков в 67,5% (56 чел.) случаев, а для женщин в 82,4% (14 чел.) случаев. Общественное давление стало пусковым моментом для респондентов-мужчин в 14,5% (12 чел.) случаев, а для женщин 17,6% (3 чел.) случаев. Депрессия , необходимость расслабиться и отсутствие причин были причиной начала употребления среди мужчин в таком соотношении: 1,2% (1 чел), 2,4% (2 чел), 12,2% (10 чел) соответственно, а для женщин данные причины актуальными не были. Коноплю и ее производные на этапе знакомства с наркотиками употребляли в 86,8% (72 чел.) случаев среди мужчин и 94,1% (16 чел.) среди женщин. Систематически ее использовали уже 74,8 % (62 чел.) мужчин и 94,1% (16 чел.) женщин. Винт и его разновидности мужчины употребляли 3,6 % (3 чел.) случаев без дальнейшей отрицательной динамики, а женщины 5,9% (1 чел.) случаев с положительной динамикой 0% (0 чел.). Употребление трамадола среди мужчин наблюдалось в 2,4% (2 чел.) случаев с последующей увеличение приверженцев данного вещества до 6% (5 чел.). Амфетамины среди мужской

подгруппы пользовались популярностью на начальном этапе 4,8% (4 чел) респондентов и в динамике 7,2% (6 чел.). Частота употребление ЛСД среди мужчин составила 2,4% (2 чел) на начальном этапе и 8,4% (7 чел) на момент опроса. Трамадол, амфетамины и экстази среди женщин-респонденток популярностью не пользовались. Отсутствие ожидаемых результатов являлось причиной отказа от употребления наркотиков в 54,5 % (30 чел) для мужчин и 66,7 % (4 чел) для женщин, сохранение здоровья было актуальным в 9,1 % (5 чел) случаев для мужчин и не актуальным для женщин. С финансовыми трудностями, которые привели к прекращению употребления наркотиков встречались в мужской подгруппе в 5,5% (3 чел) случаев и в женской 16,7 % (1 чел). Проблемы с властями и спорт были актуальны для мужчин в равной степени и составили по 1,8% (1 чел.). Затруднились указать причины мужчины в 27,3 % (15 чел) случаев, а женщины в 16,7 % (1 чел).

Выводы. Основной причиной начала употребления наркотических веществ в среде студенческой молодежи является любопытство как в мужской, так и в женской группах. Профилактика должна основываться на пропаганде побочных действий наркотических веществ и детальным разбором побочного влияние наркотиков на здоровье. Мужская часть группы в 12% случаев и женская часть группы в 5,9% изменяют свои предпочтения, что сопровождается употреблением более «тяжелых наркотиков», чем на этапе знакомства с наркотиками.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ «ПРОВІЗОР – СПОЖИВАЧ»

Котвіцька А.А., Мазурець С.І.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@ukr.net

Кардинальні зміни в соціально-політичному та економічному житті суспільства вимагають готовності майбутніх фахівців до постійного самовдосконалення та компетентної праці. Фармацевтичний ринок є достатньо специфічним та вимагає необхідності підготовки фахівців, які могли б не лише готувати ліки, а й професійно надавати консультації й встановлювати налагоджені контакти з відвідувачами аптек, лікарями, представниками фармацевтичних компаній та державних установ.

Метою нашого дослідження стало з'ясування психологічних аспектів взаємодії в системі «провізор – споживач», які сприяють більш ефективній реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Не викликає сумніву той факт, що кількість аптечних закладів зростає, що приводить до постійної жорсткої конкуренції між ними та використання сучасних технологій маркетингу й менеджменту у своїй діяльності. Сучасні керівники аптечних закладів усвідомлюють, що аптеки, які мають приблизно однаковий набір конкурентних переваг, можуть чітко різнитися за такими економічними показниками, як прибутковість та рентабельність. На сьогодні успіх аптечного закладу визначається не лише його місцезнаходженням, широким асортиментом лікарських засобів (ЛЗ), зовнішнім виглядом та технічним забезпеченням, а найголовніше – таким необхідним психологічним явищем, як вміння і бажання провізорів та фармацевтів гідно й кваліфіковано спілкуватись із споживачами.

Основною рисою нашої країни є дуже низька платоспроможність населення. За цих умов аптечні заклади вимушені конкурувати, зберігати вже існуючих постійних клієнтів та залучати нових. Саме тому, можна стверджувати

про необхідність розширення асортименту ЛЗ та технічне забезпечення. На першому місці у цьому аспекті можна розглядати психологічну складову у спілкуванні з пацієнтом. Фахівці добре розуміють необхідність створення довіри у споживачів, від чого залежить успішна робота самої аптеки.

Актуальним питанням сьогодення, на нашу думку, є участь провізора у розробці стратегії залучення клієнтів й отримання у кінцевому результаті консенсусу – задоволення потреб споживача (клієнта) з одного боку й забезпечення прибутковості аптеки – з іншого. Провізор, який буде обізнаний в галузі психології, навіть у складній ситуації зможе легко знайти компроміс і задовольнити потреби відвідувача.

У результаті проведених досліджень нами було встановлено, що найбільш важливим для відвідувачів аптек є рівень підготовки персоналу, його кваліфікація та психо-емоційна комфортність обслуговування. Також важливим у формуванні прихильності пацієнта до аптечного закладу є широта асортименту ЛЗ.

Саме тому, провізор, під час своєї діяльності, має виступати також у якості психолога. Основними якостями, якими має володіти провізор є: знання асортименту ЛЗ, вміння вислухати пацієнта та, у разі необхідності, вміння надати пораду, спостережливість (необхідна для вибору належної стратегії поведінки у спілкуванні з відвідувачем), лояльність по відношенню до себе, колег та споживачів, толерантність та почуття такту.

Аналіз проведених досліджень свідчить, що повноцінне функціонування аптек значною мірою залежить від професійних та особистісних якостей фармацевтичних фахівців, знання психологічного підходу до споживачів лікарських засобів. Знання психології та її практичне використання допомагають провізорам враховувати особливості поведінки кожного конкретного пацієнта, незалежно від віку, полу, етнічної приналежності. Саме тому, для того щоб вважатися конкурентоспроможним та висококваліфікованим фахівцем, провізорам та фармацевтам, на нашу думку, необхідно постійно самовдосконалюватись у знаннях з психології та соціальних відносин.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Кубасова Г.В., Посилкіна О.В.,
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.ep.nfay@rambler.ru

Вступ. Успішна діяльність будь-якого підприємства залежить не тільки від кваліфікації персоналу, але і від умілого використання кадрів, ефективності управління ними. На даний час пошук шляхів активізації людського фактора на фармацевтичних підприємствах (ФП) та врахування соціально-психологічних особливостей персоналу є однією з вирішальних умов підвищення ефективності їх діяльності.

Сьогодні перед вітчизняними ФП постають принципово нові завдання. Якщо декілька років тому, це, в першу чергу, були питання стимулювання працівників, збереження на підприємстві висококваліфікованих фахівців, то сьогодні це завдання створення комплексної системи забезпечення високої якості трудового життя працівників. У цих умовах розробка концепції управління соціальним розвитком ФП та створення на її основі моделі соціального управління ФП буде сприяти найбільш ефективному досягненню цих цілей.

Метою наукового дослідження є аналіз соціально-психологічних аспектів впливу на управління персоналом на фармацевтичних підприємствах.

Як основні **методи дослідження** використовувались: системний метод наукового пізнання; метод економічного аналізу, який застосовувався для визначення стану соціального розвитку ФП; метод вибіркового дослідження, що використовувався під час оцінки рівня та ефективності використання соціальних резервів.

Основний матеріал дослідження. Своєчасне забезпечення споживачів необхідними, якісними лікарськими препаратами, відповідно з попитом, в значній мірі залежить від фактору продуктивності праці. Визначальним

фактором впливу на рівень конкурентоспроможності ФП чинить і фактор кваліфікації персоналу. Багато в чому конкурентоспроможність ФП залежить і від обраної системи управління персоналом та особистих якостей, досвіду і знань управлінців. Якщо управління здійснюється неефективно, то навіть найбільш кваліфікований персонал не буде працювати з повною віддачею, він і його потенціал не буде використовуватися повністю.

Підсистеми планування персоналу, його набору, відбору, адаптації та розвитку, підсистеми трудових відносин й управління мотивацією, підсистеми інформаційного та правового забезпечення управління, управління соціальним розвитком на ФП виконують свої специфічні функції і проблеми, які потребують вирішення. У свою чергу соціальне управління є дуже багатогранним поняттям. Соціальне управління включає в себе адміністративно-державний, соціокультурний і виробничий аспекти, які знаходяться в безперервному процесі ранжування і переранжируванні пріоритетів ролей. Соціальне управління як вид включає в себе відповідні рівні, форми і підвиди управління. Соціально-психологічні методи управління засновані на використанні морального впливу і соціального механізму управління (система взаємовідносин у колективі, соціальні потреби, інтереси особистості, групи і т.п.). Вони базуються на використанні закономірностей соціології і психології і дозволяють встановити статус співробітників в колективі, виявити лідерів, забезпечити ефективні комунікації, знайти рішення в конфліктних ситуаціях, обґрунтовано ухвалювати кадрові рішення. До соціологічних методів відносяться: анкетування, інтерв'ю, соціометрія, спостереження, співбесіда та ін. Психологічні методи направлені на конкретну особу працівника і строго індивідуалізовані, звернені до внутрішнього світу людини, наприклад, бесіда, інструктаж, індивідуальне тестування. Як показали проведені дослідження, найбільш розповсюдженими на ФП соціально-психологічним методами управління є включають: соціально-психологічна діагностика працівників, встановлення соціальних норм поведінки, моральних санкцій і заохочень. В цьому аспекті особливої актуальності набувають питання

управління мінімізація психологічних конфліктів, стресів, здійснення психологічного відбору персоналу, психологічної адаптації нових працівників, розробка професійної кар'єри на основі психологічної орієнтації працівників, розвиток інтелектуальних і особистісних якостей співробітників, рівня їх освіти; формування корпоративної культури на основі норм поведінки співробітників. У той же час, не розвиваючи соціальні відносини на ФП, не можна підвищувати якість життя персоналу психологічним кліматом в трудових колективах, морально-психічним станом особистості.

Аналіз літературних джерел показав, що категорія «соціально-економічний аспект» в повному обсязі включає в себе: соціальні процеси, пов'язані з функціонуванням суспільних відносин; соціальні процеси, обумовлені розвитком суспільних відносин; процеси подолання негативних соціальних явищ; процеси поліпшення життєвих умов персоналу.

Отже, планування соціального управління персоналом фармацевтичного підприємства, розробка і реалізація відповідних управлінських рішень повинні здійснюватися в тісному зв'язку з цілями і задачами підприємства в цілому. Швидка зміна зовнішнього оточення організації та її внутрішніх станів передбачає побудову ефективних алгоритмів управління соціальним розвитком персоналу ФП.

Висновки. Побудова системи соціального управління персоналом на ФП передбачає створення низки ряду взаємопов'язаних підсистем, які забезпечують прийняття управлінських рішень в цій сфері. Забезпечення функціонування системи соціального управління на ФП пов'язане зі значними витратами матеріальних та часових ресурсів. Але головним методологічним завданням побудови подібної системи є впровадження принципів сучасних систем мотивації персоналу та підвищення індивідуального кадрового потенціалу, що є передумовою забезпечення конкурентоспроможності підприємства.

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

Грошовий Т.А., Стецюк І.І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»,
м. Тернопіль, Україна
grochovuy.tern@mail.ru

Порядок медикаментозного забезпечення жителів сільської місцевості дешевими та якісними лікарськими засобами (ЛЗ) у максимально стислий період є актуальною і докінця не вирішеною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я.

Медикаментозне забезпечення сільських жителів здійснюється через аптеки, аптечні пункти або фельдшерсько-акушерські пункти, сільські амбулаторії, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, дільничні лікарні згідно укладених з ліцензіатом договорів.

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, затверджені наказом МОЗ України № 723 від 31.10.211р. суттєво спростили медикаментозне забезпечення жителів сільської місцевості, передбачивши реалізацію ліків через ФАПИ, СЛА, АЗСМ, дільничні лікарні згідно договорів, встановивши мінімальну площу аптеки в селі 30 м.кв. і зменшення площі обов'язкових аптечних приміщень: до 10 м.кв. – торговельного залу, 6 м.кв. – матеріальної кімнати, 4 м.кв. – кімнати персоналу. Також надано можливість відкриття аптечного пункту в селах, де відсутні аптечні і лікувально – профілактичні заклади, не в закладах охорони здоров'я, і дозволено розміщення аптеки у будинках громадського призначення сільської (селищної) ради, підприємств поштового зв'язку без улаштування окремого самостійного виходу назовні, що звісно, дало свої результати і покращило динаміку медикаментозного забезпечення сільського населення. Позитивом теж є необов'язковість в кімнаті персоналу сільської аптеки холодильника і

можливість займання посад зав. аптекою і уповноваженої особи фармацевтом. Але ці заходи не вирішили проблему повністю. Для того, щоб функціонував аптечний заклад в селі, на наш погляд, необхідно вирішити деякі питання.

Найважливіше питання – прогнозування рентабельності, бо жоден суб'єкт господарювання не наважиться відкрити завідомо збиткову аптеку чи аптечний пункт. Великі села (в Тернопільській області більше 1000 сіл) з значною кількістю жителів є потенційно придатними для відкриття аптечних закладів, малі ж навпаки - потенційно не придатними або малорентабельними. Надання аптечним закладам, розташованим в селах, певних преференцій, щодо зменшення податкового навантаження, звісно стане каталізатором їх відкриття. Це питання не належить до юрисдикції і компетенції МОЗ України, а самі суб'єкти господарювання, що мають сільські аптеки, працюють на різних системах оподаткування. І як відокремити нерентабельну сільську аптеку від такої ж але рентабельної ? Навіть зареєстровано ряд проектів нормативних актів щодо зменшення податкового навантаження – нажаль далі проектів справа не дійшла, хоча в успіх дуже хочеться вірити.

Слід зменшити мінімальну площу аптечного пункту, в селах де відсутні аптечні заклади з 18 м.кв. до 12 м.кв. Скільки аптечних пунктів не відкрито в селах області через те, що не хватило 1 або 2 м.кв. площі ? Адже нових приміщень ніхто не будує, використовувати можна тільки існуючі площі фельдшерсько-акушерських пунктів.

У разі відсутності в селі аптечного закладу потрібно дозволити з аптечних пунктів (структурних підрозділів аптеки, що мають копію ліцензії) реалізовувати ЛЗ особам з медичною освітою. Відсутність або наявність аптечних закладів в селі легко перевіряється шляхом наявності чи відсутності даних у Держреєстрі органу ліцензування. Якщо в селі немає лікувально-профілактичних і аптечних закладів хтось має реалізовувати хворим ліки. Крім того, цей процес набагато більш контрольований ніж реалізація ліків медперсоналом, через фельдшерсько-акушерські пункти, сільські амбулаторії, дільничні лікарні згідно договорів. По - перше, на відміну від ФАПІВ, де

медперсонал не в штаті аптек, зав. аптечним пунктом штатний аптечний працівник і безпосередньо підпорядкований зав. аптекою та перебуває під його наглядом. По - друге аптечний пункт має копію ліцензії і зобов'язаний дотримуватись Ліцензійних умов, а отже він підконтрольний Державній службі України з лікарських засобів та її територіальним органам. За невиконання Ліцензійних умов, копії ліцензії може позбутися не лише аптечний пункт, а й аптека цього аптечного пункту, або ще гірше, і весь суб'єкт господарювання. Тому тут зав. аптекою повністю впливає на процес медикаментозного постачання, зберігання і відпуску. Фармацевтичний фахівець сам зацікавлений в бездоганності всіх стадій, адже спитають, як з аптечного пункту, так і з аптеки, які цей аптечний пункт підпорядкований.

Вищезвані зміни не потребують жодного фінансування і потребують лише доповнення 1–го нормативного акта МОЗ України – Ліцензійних умов, затверджених наказом МОЗ України № 723 від 31.10.2011р., а користь від такого доповнення може стати дуже і дуже значною для жителів села.

СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНОГО СЕГМЕНТА В ГОРНЫХ РАЙОНАХ Р. ДАГЕСТАН, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА КАЧЕСТВЕННОЙ И ДОСТУПНОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Магомедов А.М., Наркевич И.А.
ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная
Химико-фармацевтическая академия,
г.Санкт-Петербург, Российская Федерация

Во многих регионах Российской Федерации значительная часть населения проживает в сельской местности, и в связи с этим проблема доступности и качества фармацевтической помощи сельскому населению становится актуальной в настоящее время. К субъектам РФ, где население

сельской местности составляет более половины всего населения, и мало изучено состояние фармацевтической помощи, относится Республика Дагестан, и связи с этим видится необходимым исследование состояния данной сферы на территории республики. В качестве объекта изучения взяты труднодоступные горные районы Дагестана.

Основной задачей нашего исследования является анализ состояния фармацевтической помощи в труднодоступных горных районах Республики Дагестан, изыскание и предложение способа по улучшению качества и доступности фармацевтической помощи.

Одним из основных составляющих в получении качественной фармацевтической помощи, и ее доступности населению является наличие лицензированных аптечных учреждений, квалифицированного и грамотного фармацевтического персонала и соблюдении ими всех государственных стандартов предъявляемых аптечным учреждениям.

Для оценки состояния данного показателя в горных районах Дагестана, было изучено развитие аптечного сегмента на всей территории Р. Дагестан, а так же вели собственные наблюдения в четырех труднодоступных районах Республики, озвученных в нашем исследовании в качестве районов непосредственного наблюдения.

Общий анализ развития аптечного сегмента показывает, что доля аптек приходящихся на горную и высокогорную часть во всей численности аптек по Республике составляет 12%. Доля аптек приходящихся на сельские поселения горных районов, не включая муниципальные районные центры составляет всего 3,2%, тогда как сельское население по Республике составляет 57,6% от всего населения, а население непосредственно горных районов 30,7% от всего населения. Основная же масса аптек, около 70% , расположена в городах.

Исходя из анализа состояния и развития аптечного сегмента , основанного на собственных наблюдениях , видно что в исследуемых четырех районах имеется 9 аптечных учреждений , 8 из которых сосредоточены в муниципальных районных центрах, и 1 аптека в сельском населенном пункте,

при сопоставлении этих данных с численностью населения, то на одну аптеку в данных районах приходится 12666 человек.

Анализ фармацевтических кадров в данных районах показывает ,что в большинстве случаев в аптеках за первым столом работают не фармацевты а специалисты со средним медицинским образованием.

Для оценки качества и доступности фармацевтической помощи в указанных районах так же изучался ассортимент данных аптек, так как при малом количестве аптек, поддержание необходимого ассортимента имеющимися аптеками является необходимым условием качественной и доступной фармацевтической помощи . Для определения запроса потребителей изучены назначения врачей по социально значимым нозологиям в данных районах, и сопоставлены с ассортиментом аптек имеющихся в данных районах. Проведенный анализ и оценка соответствия данных компонентов исследования показывает, что на момент нашего наблюдения в аптеках не имелось в наличии от 18% до 50% запрашиваемых препаратов.

Исходя из всего вышеперечисленного, и подводя итог можно сказать, что аптечный сегмент, как основная составляющая качественной и доступной фармацевтической помощи населению , в труднодоступных горных районах , и вообще сельской местности Р. Дагестан остается слаборазвитым. Слабое развитие данного сектора в исследуемой нами местности обусловлено социально-экономическими, демографическими, климатическими, географическими особенностями данной местности, отсутствием фармацевтических кадров, и др., основываясь на которых необходимо подходить к улучшению фона для развития аптечного сегмента в данной местности, и качественно новым подходам решения этой проблемы.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Бойко А.І.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
abojko71@yahoo.com

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) – хронічне захворювання, що має значні темпи поширення. Згідно з даними 5-ого випуску Атласу Діабету (5th edition Diabetes Atlas, 2012) у світі зареєстровано більше 371 млн. хворих. ЦД супроводжується важкими ускладненнями та супутніми захворюваннями, що потребують одночасної фармакотерапії гіпоглікемічними лікарськими засобами(ЛЗ) та численними препаратами інших фармакотерапевтичних груп. Програмними документами розвитку охорони здоров'я України інформатизація розглядається як важливий фактор покращення медичної та фармацевтичної допомоги населенню. Особлива увага при цьому приділяється оптимізації лікарського забезпечення хворих на соціально важливі захворювання, яким, безперечно, є ЦД.

Мета дослідження. Оптимізація фармацевтичної допомоги хворим на ЦД за допомогою сучасних інформаційних технологій.

Методики дослідження. Ведення електронного медикаментозного паспорту; призначення ЛЗ за допомогою електронного рецепту; програмно-цільового управління при опрацюванні проектів інформатизації фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

Основний матеріал дослідження. На базі ЛПЗ ендокринологічного профілю Тернопільської обл. проведено експеримент з використання комп'ютерної бази даних "Споживання лікарських засобів хворими на діабет". Використовуючи зафіксовану інформацію про споживання ЛЗ пацієнтом та багатофакторну експертну систему оцінки індивідуальної фармакотерапії, визначається потреба у ЛЗ для хворих на ЦД.

З 2012 р. у вищевказаному регіоні реалізується Проект “Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні”. Визначена сукупність аптек для здійснення планового забезпечення хворих протидіабетичними ЛЗ з аналізом споживання та планування потреби в них. В роботі вищевказаних аптек передбачено ведення електронного медикаментозного паспорту пацієнта та систем фармацевтичної діагностики електронних рецептів з акцентуванням уваги на попередженні небажаних взаємодій протидіабетичних ЛЗ між собою та з препаратами інших фармакотерапевтичних груп.

На першому етапі інформатизації обігу рецептів планується аналіз обліку рецептури для одержання показників споживання та визначення потреби у традиційній формі з наступним поступовим переходом до використання сучасних комп’ютерних технологій, що дозволяє проводити обробку результатів моніторингу індивідуального споживання протидіабетичних ЛЗ з його узагальненням на значну статистичну сукупність, визначати обсяги фінансування на розраховану кількість протидіабетичних ЛЗ на рівні аптеки, регіону тощо з внесенням корективів. На основі вищенаведеного існує об’єктивна необхідність у підготовці фармацевтичних спеціалістів для опрацювання елементів комп’ютеризації обліку руху ЛЗ.

Нами опрацьовано авторську програму, навчально-методичне забезпечення та проведено цикл тематичного удосконалення для провізорів “Інформатизація рецептурного обігу в Україні”. Необхідні теоретичні знання базуються на основах фармацевтичної інформатики, елементів фармацевтичної діагностики, а практичні знання вимагають оволодіння методами збору, обробки, нагромадження інформації про ЛЗ (на прикладі протидіабетичних) для моніторингу споживання та планування потреби в них.

Висновки. Визначено шляхи оптимізації фармацевтичної допомоги хворим на ЦД за допомогою сучасних інформаційних технологій. Опрацьовано та реалізовано Проект “Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні” на регіональному рівні.

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АПТЕЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Грошовий Т. А., Тригубчак О. В.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна
trigubchak@mail.ru

Фармацевтична діяльність в Україні підлягає чіткій регламентації. Поновлення законодавчих актів в Україні проходить часто, а їх кількість щорічно зростає. У нинішніх умовах провізор, лікар чи науковий працівник повинен орієнтуватися, як у загальнодержавних так і відомчих нормативних актах. Значну частку Законів, Постанов та Наказів вивчають студенти фармацевтичного і медичного університету ще на студентській лаві. Однак, первинні документи, які б слугували орієнтиром на перші роки самостійної праці не завжди систематизовані, а часто й недоступні. Тому виникла потреба в підготовці збірника нормативних актів, які регулюють діяльність аптечних та фармацевтичних підприємств.

Починаючи з 2003 року, нами було започатковане видання нормативних актів з роботи аптечних підприємств. Останнє видання датувалось 2008 роком. Весь цей період ми відслідковували поновлення чинних і появу нових нормативних актів, які, в окремі роки, змінювались дуже часто.

У збірнику нормативних актів «Фармацевтичне законодавство» розміщені первинні документи, які введені в дію станом на 1 січня 2013 р. Нормативні матеріали систематизовані та розміщені в 14 розділах. Наведені нормативні акти охоплюють діяльність аптечних підприємств (аптек, лікарняних аптек, аптечних складів тощо). Ми розглядаємо також нормативні акти, які регламентують процедуру створення, реєстрації та промислового виробництва ЛЗ. У збірнику наведені матеріали, які потрібні також студентам, які навчаються за спеціальностями «Клінічна фармація», «Технологія фармацевтичних препаратів», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» і в системі післядипломної освіти (інтернатура, курси підвищення кваліфікації).

Фармацевтична галузь України інтенсивно розвивається. Якщо прослідкувати динаміку реєстрації лікарських засобів (ЛЗ), обсяги аптечних продаж, госпітальні продажі та ін., ми побачимо зростання. І хоч сьогодні в Україні кількість виробників ЛЗ зменшилась з 143 (у 2008 р.) до 117 (у 2012 р.), загальна тенденція збільшення кількості зареєстрованих ЛЗ збереглась. Україна налагоджує випуск ЛЗ відповідно до вимог GMP. Наразі, виконати ці умови змогли не всі виробники ліків. Щороку збільшуються обсяги реалізації ЛЗ як в грошовому виразі, так і за кількістю упаковок. Так, у 2007 р. було реалізовано ЛЗ на суму 12,2 млрд. грн., у 2011 р. загальний обсяг продаж товарів «аптечного кошика» склав 27,2 млрд. грн., а в 2012 – понад 31 млрд. грн.

Вдруге за роки незалежності прийнято ряд програм щодо розвитку фармацевтичного сектору. У 1992 році була прийнята урядова програма щодо створення вітчизняних ЛЗ. Однак, жорстка конкуренція на ринку, не дала позитивного результату. Прийнято ряд нормативних документів щодо ціноутворення на ЛЗ. Насамперед, це стосується реалізації пілотного проекту запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Вперше вводиться процедура реімбурсації та референтних цін, а також порядок декларування зміни оптово-відпускних цін на ЛЗ і вироби медичного призначення, які закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Від народження ідеї про створення ЛЗ до його появи в аптеці триває багаторічний пошук, в якому співпрацюють спеціалісти різного профілю – провізори, фармакогности, хіміки, фармакологи, технологи, спеціалісти із забезпечення якості, стандартизації і валідації та ін. На кожному етапі створення та реалізації ЛЗ діють нормативні положення, які регулюють діяльність спеціалістів того, чи іншого профілю. Будь-яка дія в ланцюгу „створення – реєстрація – виробництво – контроль якості – оптова реалізація – роздрібна реалізація – післяреєстраційний фармаконагляд” ЛЗ повинна відповідати нормативним актам, що мають чинність на території України.

Збірник нормативних акти з організації роботи аптечних підприємств «Фармацевтичне законодавство» може бути корисними для працівників наукової і практичної фармації, необхідним для студентів фармацевтичних і медичних вузів (фармацевтичних факультетів) при вивченні професійно-орієнтованих дисциплін. Для ознайомлення з вказаними нормативними документами на сайті Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (www.tdmu.edu.te.ua) треба увійти в розділ «Фармацевтичне законодавство» де розміщені нормативні матеріали, які чинні, та ті, які будуть введені в дію.

СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ПРИ ГОРМОНАЛЬНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Дорикевич К.І.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м.Львів, Україна
pushakk@mail.ru

Вступ. Інформаційне забезпечення фармакотерапії жінок у репродуктивний і нерепродуктивний періоди життя є важливою складовою фармацевтичної допомоги. Так препарати стероїдних гормонів широко використовуються у жінок репродуктивного віку – для запобігання небажаній вагітності, лікування гінекологічних захворювань (ендометріоз, порушення менструального циклу – аменорея, олігоменорея, дисменорея, поліменорея, передменструальний синдром) та акне, нерепродуктивного (пременопауза, менопауза, постменопауза) – для лікування клімактеричних розладів.

Стосовно застосування гормональних препаратів у нашому суспільстві сформувалося багато міфів та упереджень. Тому належне інформаційне

забезпечення фармацевтичної допомоги жінкам при гормональній фармакотерапії повинно бути важливою складовою соціальної фармації.

Мета: провести аналіз сучасного стану та перспектив оптимізації інформаційного забезпечення гормональної фармакотерапії у жінок.

Методи досліджень: узагальнення, фармацевтичної інформатики.

Основний матеріал дослідження. Інформаційне забезпечення фармацевтичної допомоги жінкам при гормонотерапії включає офіційну інформацію – інструкції для медичного застосування препаратів, затверджені МОЗ України (далі – інструкції МОЗ), формулярні статті у Державному формулярі лікарських засобів України (ДФУ), а також результати нових клінічних досліджень лікарських засобів і моніторингу їх побічних ефектів.

В Україні станом на 20.03.2013 зареєстровано 40 гормональних контрацептивів (в т.ч. 5 – для невідкладної контрацепції) і 35 препаратів для замісної гормонотерапії (ЗГТ) у жінок з клімактеричними розладами (враховуючи всі лікарські форми і дозування). До ДФУ включені 29 із 40 (72,5%) гормональних контрацептивів та 11 із 35 (31,4%) препаратів для ЗГТ.

Проведене порівняння інформації в інструкціях МОЗ та формулярних статтях ДФУ на прикладі препаратів для екстреної (невідкладної) контрацепції, що містять левоноргестрел (Постінор, Ескапел, Евадір-2) показало відмінність цих інформаційних джерел, насамперед, за обсягом даних. Обидва джерела містять інформацію про склад, форму випуску і дозування, виробника, загальну характеристику, покази до застосування, спосіб прийому препарату. Однак в інструкції МОЗ інформаційне наповнення набагато детальніше, ніж у формулярній статті. Остання містить лаконічно описані ускладнення при застосуванні лікарського засобу. В інструкції МОЗ до препарату Постінор, вказано, що його ефективність нижча у порівнянні з регулярними методами запобігання вагітності. Наведена рекомендація про перехід на метод довгострокової контрацепції при частій необхідності у препараті. Також зазначено, що недоцільно використовувати препарати левоноргестрелу для переривання вагітності. Це зауваження є особливо важливим з огляду на

зловживання методом екстреної контрацепції в Україні. Так за даними власних досліджень попиту на гормональні засоби контрацепції (2005-2008 рр., опитано 403 провізорів Західного регіону України) саме препарат Постінор був першим у ранжованому ряді і, на думку 82,5% провізорів, мав найвищий попит з усієї сукупності препаратів.

Результати моніторингу побічних ефектів лікарських засобів щороку ретельно аналізуються системою фармакологічного нагляду при Державному експертному центрі МОЗ України. Так, за даними 2011 р., засоби, що впливають на сечостатеву систему і статеві гормони (G), куди відносяться досліджувані препарати, спричинили 0,8% побічних реакцій з усієї їх сукупності випадків (12460). Лідерами за частотою викликаних у пацієнтів побічних реакцій (36,7%) були антимікробні засоби для системного застосування (J), тобто препарати статевих гормонів не викликають значної кількості побічних ефектів.

За останніми даними клінічних досліджень комбінованих гормональних контрацептивів (British Medical Journal, 25.20.2011), встановлено, що вищим ризиком тромбоемболічних ускладнень супроводжується прийом контрацептивів III покоління, які містять нові гестагени (гестоден, дезогестрел, дроспіренон) у порівнянні з препаратами II покоління (левоноргестрел). Так прийом контрацептивів з левоноргестрелом підвищував ризик розвитку вказаної патології у 2,9 рази порівняно з контрольною групою, тоді як при застосуванні препаратів з гестоденом цей показник становив 6,2, дроспіреноном – 6,4, дезогестрелом – 6,6.

Дослідження австралійських науковців за участю понад 40 тис. жінок у постменопаузі (журнал «Артеріальна гіпертензія», 2012, № 4) виявило зростання ризику підвищення артеріального тиску у таких жінок при ЗГТ, особливо у віці 45-55 років, що потребує інформування пацієнток про цей ризик та контролювання рівня тиску при гормонотерапії.

Висновки. Аналіз стану інформаційного забезпечення фармацевтичної допомоги жінкам при гормональній фармакотерапії дозволив визначити напрямки оптимізації фармацевтичної інформації – врахування повного обсягу офіційних даних про лікарські засоби (інструкції МОЗ, формулярні статті), включення

повідомлень про побічні реакції препаратів (за даними моніторингу Державного експертного центру МОЗ України) і результатів нових клінічних досліджень. Перспектива подальших досліджень стосується формування повноцінного інформаційного супроводу фармацевтичної допомоги жінкам при гормонотерапії з урахуванням потреби в інформації лікарів, провізорів і пацієнток.

АНАЛІЗ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ПРО МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПЕДІАТРІЇ

Качерай Ю.В., Заліська О.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м.Львів, Україна
jmajnych@ukr.net, olzaliska@ukr.net

Вступ. Для забезпечення раціонального призначення ліків дітям необхідна повна, достовірна, доступна інформація про ефективність, прийом, дозування, взаємодію лікарських засобів (ЛЗ), тощо. Для стимулювання раціонального використання ЛЗ ВООЗ рекомендують розробляти національні програми, які включатимуть створення переліків основних ЛЗ, зокрема для дітей, що використовуються для закупівель ліків та відшкодування витрат за медичним страхуванням, забезпечення суспільно-доступної незалежної та об'єктивної інформації про ЛЗ для медичного персоналу і споживачів та ін. Для покращення інформаційного забезпечення педіатрів експертами ВООЗ опрацьовано перелік основних ЛЗ для дітей віком до 12 років, який базується на даних доказової медицини. Проведення досліджень у маленьких пацієнтів є складним, тому дані доказової медицини про ЛЗ для дітей є обмеженими.

Метою дослідження було провести аналіз публікацій у базі даних Міжнародної мережі агенцій з оцінки медичних технологій (ОМТ).

Методики дослідження. Проаналізовано публікації з ОМТ для дітей у базі даних “HTA database” Міжнародної мережі агенцій з ОМТ. Пошук був

проведений з використанням ключових фраз «child health», отримані дослідження було ранжовано за датою публікації.

Основний матеріал дослідження. Знайдено 17 публікацій, присвячених дослідженню ліків у педіатрії, перше дослідження опубліковано у 1992 році, а останнє – у 2012. Протягом 1995-1997рр. оцінювались медичні технології для немедикаментозного лікування – догляд за важкохворими дітьми, догляд за недоношеними дітьми, запобігання ненавмисних травм у дітей, розлад слуху та мови у школярів, лікування корости.

У 2007 р. та у 2010р огляди включають питання моніторингу росту у школярів молодшого віку. Два дослідження розглядали ефективність діагностики при інфекції сечовивідних шляхів у дітей віком до п'яти років (2007р.) та при дисплазії кульшового суглоба у новонароджених (2002р.). З 2003 року зросла кількість даних про ефективність медичних технологій лікування, наприклад, дитячого ожиріння, нічного енурезу, ретинобластоми, алергічної астми, нейтропенії, нудоти, спричиненої хіміотерапією.

За даними доказової медицини при нічному енурезі ефективне призначення препарату десмопресину, менш ефективне ДЛЯ трициклічних препаратів – іміпрамін, амітриптилін і нортриптилін. Профілактика та лікування нудоти після хіміотерапії у дітей проводиться препаратами: ондансетрон, гранісітрон або тропісітрон, застосування дексаметазону та цих препаратів є ще ефективнішим.

Останні два дослідження, які опубліковано, присвячені застосуванню препарату омалізумаб при астмі у дорослих та дітей (2010р. та 2012р.). Омалізумаб в даний час рекомендований NICE для дорослих і підлітків, але не рекомендується для застосування у дітей віком до 12 років. Омалізумаб значно знижує частоту клінічно значущих загострень у дорослих і дітей.

Висновки. Аналіз опублікованих досліджень щодо захворювань дітей свідчить про актуальність доказового інформаційного забезпечення у педіатрії. Дані доказової медицини необхідно використовувати для забезпечення керівників системи охорони здоров’я об’єктивною інформацією щодо надання допомоги дітям, та оптимізації інформаційного забезпечення педіатрів та провізорів для поліпшення якості медичної і фармацевтичної допомоги.

DEFINITION OF WAYS OF COMMUNICATION WITH ELDERLY CONSUMERS OF MEDICINES

Molodozhonova O.O.
Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine
pogorelovaolga@bigmir.net

Provision of medicines for the elderly is an acute social problem. It's solved complex with the achievements of modern science including sectors such as pharmacoeconomics and pharmaceutical informatics as credible sources of information provision of pharmaceutical experts in the selection and effective use of medicines. At the same time, providing quality pharmaceutical care population, given the pace and trends of the pharmaceutical market is a major competitive advantage. Using the basic principles of pharmacoeconomics and pharmaceutical informatics allows medicines institution to develop and to use effective customer loyalty program that addressing both commercial and social issue.

The aim was to study elderly consumers for further design software 1C:Enterprise.Geriatrics to improve the quality of medicines supply elderly.

Materials and methods of tasks based on the integrated use of the generalized statistical data that obtained by questionnaire elderly mathematical modeling and programming environment 1C:Enterprise. Questionnaire was conducted in pharmacies of 212 respondents.

Study of elderly consumers has enabled us to identify the main preferred form of communication with consumers that was the prerequisite for the development of the function block "The Customer Support Organization" software package 1C:Enterprise.Geriatrics. The result of the studies was identification the main means of interaction with the respondents and the direction of their information thus the block "The Customer Support Organization" implements main functions:

- to informing of the need to receive medicines;
- to informing of the need to purchase medicines;
- to informing about medical use;
- to informing on promotions and discounts on certain medicines;

– to informing about the rules and dosage of medicines.

In the study, we performed decomposition relevant for information complex 1C:Enterprise.Geriatrics. We have identified four functional blocks in the information complex, such as the “The Training of Pharmaceutical Professionals”, “The Customer Support Organization”, “The Service and Sale of Medicines” and “The Analytical Block”.

Conclusions:

1. We surveyed 212 consumers of pharmaceutical companies and determined the basic laws of behavior and preferences of the respondents.

2. We confirmed the relevance of the main elements of the block “The Customer Support Organization” of the 1C:Enterprise.Geriatrics.

3. We implemented of decomposition and detailing project of information system 1C:Enterprise.Geriatrics that allows to optimize not only medicines supply elderly, but also it optimize the work of pharmaceutical professionals of providing pharmaceutical care.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯАПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

tkachenko@zsmu.zp.ua

Важливою проблемою сучасності є формування у фахівців фармації нового соціально-економічного мислення. Сьогодні на фармацевтичному ринку праці ціняться спеціалісти, які не тільки мають знання та досвід роботи за спеціальністю, а й можуть прогнозувати тенденції соціальних змін, передбачати вектор розвитку суспільства та добре орієнтуватися у біоетичних проблемах системи фармацевтичної допомоги та маркетингу. Крім професіоналізму й бездоганного володіння необхідними навичками та вміннями сучасному провізору повинні бути притаманні високі особисті морально-етичні якості, гуманізм, милосердя, свідомість вибору професії, патріотизм та активна громадська позиція.

Підвищення рівня знань та вмінь фахівці-провізори здійснюють протягом усієї професійної діяльності. Основними помічниками у цьому виступають періодичні професійно-орієнтовані видання.

Враховуючи вище, сказане метою нашої дослідницької роботи стало вивчення джерел інформаційного забезпечення працівників аптечних закладів на прикладі Південно-Східного регіону України.

Об'єктами дослідження були обрані аптечні підприємства 7 областей України (Запорізької, Дніпропетровської, Кримської АР, Миколаївської, Херсонської, Одеської та Донецької).

Для вивчення питань даної теми був використаний один з методів маркетингових досліджень – анкетування. Була розроблена анкета. Респондентам було запропоновано перелік періодичних видань, за якими сьогодні спеціалісти фармації орієнтуються у сучасних тенденціях розвитку медицини та фармації. Перелік включав наступні джерела (журнали): «Еженедельник «Аптека», «Провизор», «Фармацевт Практик», «Аптечный аудит», Фармацевтичний журнал, «Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, «Ліки України», «Мистер блистер», «Фармаком», «Вісник фармації», «Фармацевтичний кур'єр», «Актуальні питання фармацевтичної та медичної практики», «Запорожский медицинский журнал», «Фармацевтичний час опис», «Да Сгна», «Аптека», «Аптекар», «Ремедиум», «Фармация» та газета «Новости медицины и фармации.

За результатами анкетування спеціалістів на предмет їх переваг у виборі джерел інформації було виділено 18 джерел із 20 запропонованих. Лідируючі позиції у переліку належать журналам: «Мистер Блистер», якому віддають перевагу 63% аптечних підприємств та «Еженедельник «Аптека»» - 60,9%. Третю позицію з результатом 50% займає «Фармацевт Практик». 34,8% фірм вказують журнал «Провизор», як основне джерело отримання інформації.

Потрібно відмітити, що досить високі позиції належать російським періодичним виданням – журналу «Фармація (41,3%) та журналу «Аптека» (39,1%).

Таким чином, основними джерелами інформації з сучасних питань медицини і фармації виступають популярні журнали. Вітчизняним науковим періодичним виданням мало хто приділяє увагу.

АНАЛІЗ ДОКАЗОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Толубаєв В.В., Заліська О.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
tolubaiev@ukr.net, olzaliska@ukr.net,

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є одним з найбільш соціально значущих хронічних захворювань. Важливу роль у наданні медичної та фармацевтичної допомоги населенню відіграє інформаційне забезпечення спеціалістів галузі охорони здоров'я.

Мета. Нашою метою було проаналізувати наявні дані доказової медицини щодо ефективності лікарських засобів при ХОЗЛ.

Методики дослідження. Інформаційний аналіз даних доказової медицини. Дата проведення пошуку: 21 березня 2013р. Джерело – бібліотека Кокранівського товариства (www.thecochranelibrary.com). Метод пошуку: введення пошукової фрази «Chronic Obstructive Pulmonary Disease» (укр. хронічне обструктивне захворювання легень).

Основний матеріал дослідження. Аналіз в системі електронної бібліотеки «The Cochrane Library» дозволив виявити знайдено 5958 публікацій, з них 88 – у розділі «Cochrane Reviews», що містить Кокранівські огляди, або їх протоколи (плановані огляди), підготовлені за відповідною методологією. У розділі «Other reviews», який включає інші огляди та мета-аналізи міститься 64 публікації. Розділ «Trials» містить 5707 публікацій з результатами клінічних досліджень. Розділи «Methods studies» та «Technology Assessments», що містять 27 публікації щодо методологічних досліджень та 34 щодо оцінки медичних технологій. Розділ «Economic evaluations» містить 36 публікацій.

Висновки. Аналіз даних доказової медицини показав наявність значної кількості оглядів про ХОЗЛ, які слід використовувати у практиці.

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ – КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ ТА ЛІКАРСЬКИХ ФОРМУЛЯРІВ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Федущак О.А., Зіменковський А.Б.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
fedushchako@gmail.com

Застосування у медичній практиці стандартів медичної допомоги (МД), зокрема, клінічних протоколів (КП) та лікових (фармацевтичних) формулярів (ФФ), регламентовано законодавством України. На сьогоднішній день стандарти діагностичних та лікувальних технологій розроблені й затверджені в установленому порядку для більшості поширених захворювань, патологічних станів. Застосування КП та ФФ вважається вагомою умовою та критерієм якості МД. Однак, значна частина із них, які були створені до впровадження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, протоколів МД на засадах доказової медицини не в повній мірі відповідають сучасним вимогам, відрізняються між собою за структурою, обсягами та якістю фармацевтичної складової КП.

Метою дослідження був аналіз інформаційного насичення фармакотерапевтичної (ФТ) складової чинних КП, застосовуваних при наданні стаціонарної МД пацієнтам із гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (апендицит, холецистит, ускладнена грижа черевної стінки).

Матеріали та методи. Об’єктом дослідження був обсяг інформації у КП надання МД при гострому апендициті (ГА) (n=7), гострому холециститі (ГХ) (n=5), абдомінальній грижі (АГ) (n=10), гострому перитоніті (n=3). Проаналізовано обсяги ФТ на загал та універсальних її складових: анестезіологічного супроводу (АС), антибактерійної профілактики (АбП) та терапії (АбТ), післяопераційного знеболення (ПЗ). Обсяг інформації вимірювали на підставі кількості слів в електронних версіях досліджуваних КП, обрахованих із допомогою комп’ютерної програми Microsoft Office Word (1 слово – 1 умовна одиниця інформації (у.о.і.)). Застосовано системний підхід, методи порівняльного аналізу, статистичний.

Результати дослідження. Встановлено, що середній обсяг інформації досліджуваних КП становить 643 у.о.і. (від 192 до 974 у.о.і.), при цьому обсяг ФТ інформації складає в середньому 72,7%. Значний частка інформації КП відведена АС (22,7% загальної інформації), зокрема, в структурі ФТ (в середньому 31,2%). На АбТ+АбП, ПЗ припадає, в середньому, 14,1% та 4,9% обсягів ФТ інформації КП. Решта інформації присвячена ФТ профілактиці тромбоемблічних ускладнень, перед– та післяопераційній інфузійній ФТ тощо. При цьому встановлено, що в КП застосовано єдині стандарти ПЗ при защемленій АГ різних локалізацій без ознак гангрени кишки (16 у.о.і.), АГ з явищами гангрени кишки (30 у.о.і.) та у випадках, ускладнених перитонітом (теж 30 у.о.і.); деструктивних форм ГХ (30 у.о.і.), в комплексі ФТ різних форм і перебігу гострого перитоніту; для всіх форм ГА (18 у.о.і.). В КП застосовано уніфікований підхід до АбП при простих та флегмонозних формах ГА, АГ різної локалізації без гангрени кишки (19 у.о.і.), АбТ при грижах, ускладнених гангреною кишки (33 у.о.і.), та перитонітом (130 у.о.і.). В досліджених КП уніфікованою є й профілактика тромбоемболічних ускладнень.

Проведені дослідження засвідчили, що ФТ складова чинних стандартів медичних технологій, застосовуваних у невідкладній абдомінальній хірургії, за обсягами інформації значно переважає інші норми та вимоги до надання МД. При цьому значне місце в текстах КП, призначених для хірургів, посідає ФТ АС оперативних втручань, до чого лікуючі лікарі не мають безпосереднього, а часто – жодного відношення. Отож, виведення цієї інформації із досліджених КП майже на 1/3 підвищило б їх лаконічність і, відповідно, доступність для використання у клінічній практиці та при створенні локальних КП і локальних ФФ. Це стосується уніфікованих ФТ складових передопераційної підготовки та післяопераційного періоду, які могли б, на нашу думку, скоротити обсяг уніфікованого «хірургічно-фармацевтичного» КП та відповідних ФФ.

Висновки. Чинні вітчизняні стандарти медичних технологій у невідкладній абдомінальній хірургії переобтяжені ФТ інформацією, зокрема, щодо АС, має місце дублювання стандартних ФТ технологій, застосовуваних у типових клінічних ситуаціях.

При розробці локальних КП на основі Універсальних КП МД при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини вбачається доцільним створення окремих локальних КП з анестезіологічного забезпечення, АбП та АбТ, ПЗ, а на їх основі – локальних ФФ.

ОГЛЯД ТА АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Чапран А.І.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м.Львів, Україна
anita180290@rambler.ru

Вступ. За даними ВООЗ, у світі понад 2 млрд. осіб страждають на патологію печінки, а смертність пацієнтів за останні 20 років збільшилась вдвічі. Для успішного лікування та профілактики захворювань печінки важливе значення має використання гепатопротекторних (ГП) лікарських засобів (ЛЗ).

Мета. Огляд та аналіз інформаційних джерел щодо номенклатури ГП ЛЗ.

Методи дослідження. Інформаційний пошук.

Основний матеріал дослідження. Залежно від хімічної структури і походження препарату виділяють кілька груп ГП, а саме: препарати жовчних кислот; препарати, що містять природні або напівсинтетичні флавоноїди розторопші плямистої; препарати флавоноїдів інших рослин; препарати амінокислот; препарати ессенціальних фосфоліпідів тощо. Номенклатуру гепатопротекторів вивчали за даними наступних інформаційних джерел: електронної бази Державного реєстру лікарських засобів України (ДР ЛЗ), Державного формуляру лікарських засобів України (ДФ ЛЗ) (випуск четвертий, 2012 рік), Государственного реестра лекарственных средств (ГР ЛС) (Россия), Эциклопедии лекарств (ЭЛ) (Россия). У ДР ЛЗ України включено 59 гепатопротекторів за торговими назвами (ТН), у ДФ ЛЗ – 51 і дещо більше їх у ГР ЛС і ЭЛ России – 70 і 77 препаратів відповідно. Серед препаратів жовчних

кислот у ДР ЛЗ налічується 8, а у ДФ ЛЗ - 7 препаратів за ТН, у російських джерелах – по 11 ЛЗ. Препаратів розторопші плямистої (Силімарин) в українських нормативних документах 14 і 13 відповідно, у російських – по 11 ЛЗ, з них тільки 5 препаратів (Карсил®, Карсил форте, Легалон 140, Легалон 70, Силімарин) наявні у всіх досліджуваних базах даних. Включені у всі досліджувані джерела препарати амінокислот (Глутаргін, Глутаргін алкоклін), один комбінований препарат екстракт рутки лікарської + екстракт плодів розторопші плямистої (Гепабене). Також аналогічно у всіх вказаних нормативно-довідкових матеріалах числяться два препарати фосфоліпідів (Ессенціалє® Н, Ессенціалє® форте Н), один препарат тіатриазоліну (Тіотриазолін) та один комбінований препарат фосфоліпіди + тіамін + рибофлавін + піридоксин + ціанокобаламін + нікотинамід + токоферол (Еслівер форте®). Привертає увагу велика кількість зареєстрованих в Україні препаратів екстракту артишоку – 9 у ДР ЛЗ і 13 у ДФ, тоді як у російських джерелах всього 2 у ГР і 1 в ЭЛ. У той же час в Росії зареєстрована переважаюча кількість комбінованих препаратів – 13 за ТН проти 5 – в Україні, причому тільки 2 з них (Бонджигар і Лів 52) наявні у Реєстрах обох держав. У російських нормативно-інформаційних матеріалах зовсім відсутні такі комбіновані гепатопротекторні препарати, як силімарин + тіамін + рибофлавін + піридоксин + ніацинамід + кальцію пантотенат + ціанокобаламін (Левасил, Симепар), лецитин + антраль (Ліолів), а також препарати лецитину. У ДР ЛЗ України та ДФ відсутні такі препарати за діючою речовиною, які наявні у російських довідково-нормативних матеріалах, як бетаїн, гриб фузаріум біомаса, маакії амурської деревини екстракт та інозиту гліцин-цистеїніл-глутамат динатрію (Моліксан).

Висновки: У результаті пошуку та аналізу номенклатури лікарських засобів з гепатопротекторною дією встановлено відмінності щодо його формування в Україні та Росії. Результати дослідження свідчать, що в Україні зареєстровано дещо меншу кількість гепатопротекторів за ТН (59), ніж в Росії (70). Виявлено, що в ДР ЛЗ України та ДФ включено досить значну кількість гепатопротекторів рослинного походження, зокрема, препаратів розторопші плямистої (14 і 13) та екстракту артишоку (9 і 12 відповідно).

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК:

Foltán, V. 70 ст.
Malovecká, I . 70 ст.
Mináriková, D. 70 ст.
Барнатович С. В. 270 ст.
Березняков А.В. 301 ст.
Бєляєва О.І. 258 ст.
Бігуняк Т.В. 302 ст.
Блавацька О. Б. 168, 230 ст.
Бойко А.І. 330 ст.
Борецька О.Б. 191 ст.
Бочкарев Б.Г. 121 ст.
Братішко Ю. С. 121 ст.
Буряк В. П. 238 ст.
Бутко А.Ю. 164, 178 ст.
Бутко Л.А. 171 ст.
Вадзюк Ю.С. 171 ст.
Винник О.В. 260 ст.
Віскова М.В. 243 ст.
Волкова А.В. 14, 40, 249 ст.
Гацан В.В. 121, 151 ст.
Голопихо Л.І. 213 ст.
Гончарук Н.В. 241 ст.
Горбаньов В.В. 286, 288 ст.
Горбачевська Х.О. 262 ст.
Горошко О.М. 235, 263 ст.
Гоцуля А. С. 164, 178 ст.
Гром Я.О. 92, 183 ст.
Громовик Б.П. 186, 311 ст.
Грошовий Т. А. 324, 332 ст.
Гуда Н.В. 302 ст.
Гудзенко О. П. 270 ст.
Дацко А.Й. 92, 109, 183 ст.
Демченко В.О. 225 ст.
Денькович О.І. 191 ст.
Дзюба О.П. 176 ст.
Дорикевич К.І. 334 ст.
Жиляєв С.А. 313,315 ст.
Жирова І.В. 161 ст.
Заліська О.М. 159, 262, 337, 342 ст.
Заяць М.М. 189 ст.
Зеленюк В.Г. 263 ст.
Зіменковський А.Б 191, 343 ст.
Зінчук А.М. 175 ст.
Зінчук О.Г. 175 ст.
Ігнатенко М.О. 227 ст.
Кабакова Т.И. 121, 151 ст.
Кабачна А.В. 193 ст.
Кабачний О.Г. 193 ст.
Калинюк Т.Г. 83, 296 ст.
Карло В.В. 40 ст.
Качерай Ю.В. 337 ст.
Книш Є.Г. 281 ст.
Козирєва О.В. 99, 273 ст.
Коломієць І.В. 127 ст.
Кононенко О.В. 196 ст.

Корж Ю.В. 210 ст.
Корнієнко О.М. 222 ст.
Коробова Є.С. 40 ст.
Косяшнікова Т. В. 292 ст.
Котвицкая А. А. 290 ст.
Котвіцька А. А. 14, 29, 40, 59, 196, 197, 200, 205, 207, 243, 245, 246, 249, 276, 286, 288, 292, 318 ст.
Котлярова В.Г. 278 ст.
Красуля О.І. 40 ст.
Кубарєва І.В. 14, 29, 40, 59, 196 ст.
Кубасова Г.В. 320 ст.
Лаврієнко Ю.В. 142 ст.
Левицька О.Р. 222 ст.
Лимаренко І. Л. 164, 178 ст.
Литвинова Е.В. 220 ст.
Лобова І.О. 29, 59, 207 ст.
Лотоцька Л.Б. 168 ст.
Магомедов А.М. 326 ст.
Мазурець С.І. 318 ст.
Матвійчук М.Є. 262 ст.
Мищенко А.Н. 173 ст.
Мінакова Д.А. 202 ст.
Молодожонова О.О. 339 ст.
Москаленко В.Ф. 171 ст.
Музика Н.Я. 235, 263 ст.
Наркевич И.А. 326 ст.
Негода Т.С. 142 ст.
Немченко А.С. 202, 210, 216, 218 ст.
Огарь С.В. 161 ст.
Огнев В.А. 173, 175, 294 ст.
Олійник С.П. 83 ст.
Ольхова І.В. 177 ст.
Осипенко Т.С. 173 ст.
Паламар А.О. 236, 263 ст.
Панасенко О. І. 164,178 ст.
Панфілова Г.Л. 227 ст.
Панькевич О.Б. 311 ст.
Парновський Б.Л. 159 ст.
Пастухова О.А. 197 ст.
Підгірний В.В. 304 ст.
Подгайна М.В. 202 ст.
Политюк К. А. 290 ст.
Помогайбо Е.Г. 180 ст.
Попович В.П. 142, 213 ст.
Посилкіна О.В. 220, 238, 251, 278, 320 ст.
Прилипко Н.А. 212 ст.
Притула Р.Л. 264 ст.
Проказюк Н.В. 222 ст.
Прокіп С.Є. 186 ст.
Прокопенко Т.С. 127 ст.
Пустовіт А.Ю. 132 ст.

Равлів Ю.А. 302 ст.
Різничок С.В. 296 ст.
Руденко В.В. 264 ст.
Саханда І.В. 213 ст.
Семенів Д.В. 132, 267 ст.
Слаба А.-М.П. 92 ст.
Слабий М.В. 159 ст.
Сорочак Н.П. 267 ст.
Стецюк І.І. 324 ст.
Суриков А. А. 290 ст.
Суріков О.О. 14, 29, 40, 59, 246 ст.
Сурікова І. О. 292 ст.
Сушарина І.В. 218 ст.
Терещенко Л.В. 216 ст.
Тетерич Н.В. 216 ст.
Ткаченко Н.О. 225, 281, 340 ст.
Ткачук О.Ю. 235 ст.
Толубаєв В.В. 342 ст.
Трегуб П.О. 294 ст.
Тригубчак О. В. 332 ст.
Трохимчук В.В. 177 ст.
Унгурян Л.М. 311 ст.
Федурця О.В. 254 ст.
Федущак О.А. 343 ст.
Федяк І.О., 132, 267 ст.
Хоменко В.М. 218, 313, 315 ст.
Хромих А.Г. 251 ст.
Цурікова О.В. 227 ст.
Чапран А.І. 345 ст.
Червоненко Н.М. 225, 281, 340 ст.
Черкашина А.В. 29, 40, 276 ст.
Чигринова М. Г. 227 ст.
Чмихало Н.В. 200, 245 ст.
Шелкова Е.В. 193 ст.
Шматенко О.П. 264 ст.
Шолойко Н.В. 213 ст.
Шумейко М.В. 306 ст.
Янишин У. Я. 230 ст.
Ященко О.А. 246 ст.

Наукове видання

Серія Наука

Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи

МАТЕРІАЛИ

всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів

(Харків, 3 квітня 2013 року)

Відповідальний за випуск:
Суріков О. О.

Видавництво Національного фармацевтичного університету
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

Підписано до друку 18.03.2013. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк різографічний.
Наклад 150 прим. Замов. № 18032013

Надруковано ФОП Петров В.В.
Адреса: м. Харків, вул. Гв Широнінців, 79 В
тел. (057) 778 - 60 - 34

~ 350 ~