

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

Унгурян Ліана Михайлівна

УДК 614.27:164:656.073:615.2].001.5

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА ЗАСАДАХ
ЛОГІСТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

15.00.01 - технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація

Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора фармацевтичних наук

Науковий консультант:
Громовик Богдан Петрович,
доктор фармацевтичних наук,
професор

Одеса – 2015

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АПТЕКАХ	18
1.1 Реалізація фармацевтичної допомоги як інноваційного напрямку національної та зарубіжної фармацевтичної практики	18
1.2 Належна аптечна практика як основа фармацевтичної допомоги	25
1.3 Логістизація - чинник розвитку фармацевтичної практики	35
1.4 Логістичні дослідження - спосіб оптимізації роботи аптек	41
ВИСНОВКИ	47
РОЗДІЛ 2 ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ НАПРЯМКУ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ТА ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
2.1 Вибір напрямку і загальної методології дослідження	49
2.2 Об'єкти, предмет, методи і методики дослідження	54
РОЗДІЛ 3 ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ЛОГІСТИЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ	64
3.1 Наукознавчий аналіз становлення фармацевтичної практики в Україні (1950 рік – наші дні)	65
3.2 Термінологічне навантаження фармацевтичної допомоги (опіки) як складової фармацевтичної практики	77
3.3 Взаємозв'язок логістичного обслуговування з концепціями фармацевтичної практики і належної аптечної практики	86
3.4 Взаємозв'язок логістичного обслуговування з місією і	

вимогами належної аптечної практики та професійними ролями фармацевтичних фахівців	95
ВИСНОВКИ	99
РОЗДІЛ 4 ОЦІНЮВАННЯ ЛОГІСТИЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ НА РІВНІ РЕГІОНУ ТА ОКРЕМОГО МІКРОРАЙОНУ МЕГАПОЛІСА	102
4.1 Комплексна оцінка логістизації фармацевтичної практики з регіонального погляду	102
4.2 Аналіз фармацевтичної практики під кутом логістики, орієнтованої на споживача, в умовах окремого мікрорайону мегаполіса	114
ВИСНОВКИ	122
РОЗДІЛ 5 ДОСЛІДЖЕННЯ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВНІ ПІДСИСТЕМ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, ОБІГУ ТА СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ	125
5.1 Асиметрія інформації на рівні державного управління	126
5.2 Асиметрія інформації на рівні обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення	135
5.3 Асиметрія інформації на рівні споживання	137
5.4 Дослідження особливостей сприйняття пацієнтами текстів інструкцій для медичного застосування лікарських засобів як чинника асиметрії інформації	140
ВИСНОВКИ	146
РОЗДІЛ 6 ВИВЧЕННЯ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВНІ ПІДСИСТЕМ ІНФОРМУВАННЯ ПРО ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК, ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ І САМОРЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ЇЇ ВПЛИВУ	148

6.1 Асиметрія інформації в професійних засобах масової інформації	148
6.2 Асиметрія інформування про фармацевтичний ринок в соціально-політичних газетах	155
6.3 Асиметрія інформації на рівні підготовки фармацевтичних кадрів	169
6.4 Асиметрія інформації і саморегулювання фармацевтичної практики	174
6.5 Шляхи мінімізації впливу асиметрії інформації на функціонування фармацевтичного ринку	190
ВИСНОВКИ	192
РОЗДІЛ 7 ТЕОРЕТИКО–ПРИКЛАДНЕ ПРОЕКТУВАННЯ РОЛІ НЕЙРОЕКОНОМІКИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ	195
7.1 Опрацювання теоретичної сутності нейроекономіки та її складових для фармації	195
7.2 Дослідження особливостей прояву нейромаркетингу в аптеках	208
7.3 Опрацювання напрямків удосконалення аптечного нейромаркетингу	217
ВИСНОВКИ	232
РОЗДІЛ 8 НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТРАКТУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ	235
8.1 Дослідження засадничих аспектів соціальної фармації	235
8.2 Еволюція соціальних ролей фармацевтичних фахівців	241
8.3 Самоідентифікація пацієнтами і фармацевтичними фахівцями своїх соціальних ролей як суб'єктів фармацевтичної допомоги	244
8.4 Вивчення мотивації вибору студентами фармацевтичного фаху як етапу формування їх соціальних ролей	253

	5
ВИСНОВКИ	255
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	258
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	262
ДОДАТКИ	316

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АІ	– асиметрія інформації
МОХ	– безвідмовний метод обслуговування хворих
ВМП	– виробни медичного призначення
ВНЗ	– вищий навчальний заклад
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	– громадська організація
ЄС	– Європейський Союз
ЗМІ	– засоби масової інформації
ІМЗ	– інструкція для медичного застосування
КП	– клінічний провізор
КСУЯЛО	– комплексна система управління якістю лікарського обслуговування
ЛЗ	– лікарський засіб
ЛНМУ	– Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
ЛПЗ	– лікувально-профілактичний заклад
МАКР	– метод адміністративно-командного розподілу
МНН	– міжнародна непатентована назва
МФФ	– Міжнародна фармацевтична федерація
НАП	– належна аптечна практика
НПП	– належна публікаційна практика
ОНМедУ	– Одеський національний медичний університет
ОФП	– об'єднання фармацевтичних підприємств
ПР	– побічна реакція
РФП	– ринок фінансових послуг
СГ	– суб'єкт господарювання
СН	– серцева недостатність

СПГ	– соціально-політична газета
СРО	– саморегулівна організація
СФ	– соціальна фармація
ТМ	– торгова марка
ФД	– фармацевтична допомога
ФЛ	– фармацевтична логістика
ФО	– фармацевтична опіка
ФП	– фармацевтична практика
ФР	– фармацевтичний ринок
ФТ	– фармакотерапія
ФФ	– фармацевтичний фахівець
DRP	– drug-related problems (методологія ліко-пов'язаних проблем)
GPP	– Good Pharmacy eutical Practice (належна аптечна практика)
PhC	– Pharmaceutical Care (фармацевтична опіка)
PhED	– фармацевтична етика та деонтологія
PrD	– Provision Drugs (процес забезпечення населення ЛЗ)
PrP	– Pharmaceutical Practice (фармацевтична практика)

ВСТУП

Актуальність теми

Сучасна фармація – це медико-соціальний комплекс, який глибоко зачіпає всі сторони життя людини і суспільства. Вона, будучи складною соціально-економічною системою і специфічним сектором галузі охорони здоров'я, покликана виконувати найважливішу соціальну функцію – збереження та поліпшення здоров'я населення внаслідок надання висококваліфікованої фармацевтичної допомоги (ФД). Ця функція належним чином реалізується в межах фармацевтичної практики (ФП), зокрема в аптеках шляхом персональної діяльності фармацевтичних фахівців (ФФ), які покликані забезпечити громадян і лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) усім асортиментом лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП).

В останнє десятиліття різним аспектам ФД населенню присвячено чимало досліджень відомих вітчизняних вчених. До їх числа відносяться наукові праці Волоха Д. С. [27], Гали Л. О. [42], Галій Л. В. [305], Громовика Б. П. [76], Гудзенка О. П. [88], Зіменковського А. Б. [123], Зупанця І. А. [126], Котвіцької А. А. [291], Немченко А. С. [213], Панфілової Г. Л. [230], Парновського Б. Л. [232], Пономаренка М. С. [263], Посилкіної О. В. [244], Сагайдак–Нікітюк Р. В. [271], Сятині М. Л. [297], Толочка В. М. [303], Трохимчука В. В. [164] Яцкової Г. Ю. [374] та ін. У них визначено роль державної політики в сфері фармацевтичного забезпечення, висвітлено питання теорії і практики фармацевтичної логістики (ФЛ), розкрито зміст ФД, належної аптечної практики (НАП), фармацевтичної опіки (ФО), фармацевтичної діагностики і профілактики, соціальної фармації (СФ) як складової системи фармацевтичного забезпечення, а також інтеграції систем медичної та ФД.

Разом з тим, не знайшли належного висвітлення в науковій літературі питання становлення ФП в Україні, визначення місця і перспектив нейроекономіки та асиметрії інформації (AI) у ФД, рівня логістизації ФП окремих регіонів, взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів, ФП, НАП і професійних ролей ФФ.

Таким чином, проблема подальшого розвитку теоретичних та методично-прикладних засад ФД населенню визначила актуальність теми наукового дослідження, його цільову спрямованість і зміст.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Одеського національного медичного університету (ОНМедУ) «Організація і економіка фармацевтичної справи» на період 2011-2016 рр. (№ державної реєстрації 0111U010170) та відповідно до плану проблемної комісії «Фармація» МОЗ та НАМН України (протокол № 73 від 21 грудня 2011 р.).

Мета і задачі дослідження

Мета роботи полягала у теоретичному обґрунтуванні, розробці прикладних положень і конкретних рекомендацій стосовно вдосконалення ФД населенню на засадах логістичного обслуговування.

Для реалізації поставленої мети необхідно було вирішити такі задачі:

- узагальнити та критично проаналізувати дані джерел літератури стосовно сучасного стану і перспектив ФД та ФЛ;
- здійснити наукознавчий аналіз розвитку ФП України з погляду еволюції її змісту і форм;
- дослідити взаємозв'язок логістичного обслуговування з концепціями ФП, НАП та професійними ролями ФФ;
- оцінити рівень логістизації регіональної ФП та споживчих уподобань щодо вибору аптеки в умовах окремого мікрорайону мегаполіса з погляду логістики, орієнтованої на споживача;

– проаналізувати сутність і проблемні питання прояву АІ на рівні різних учасників фармацевтичного ринку (ФР) та шляхи зниження негативного її впливу;

– теоретично осмислити змістове наповнення і складові нейроекономіки та визначити особливості її управлінських рішень для фармації;

– визначити реалії та перспективи розвитку СФ в Україні, еволюцію поля соціальних ролей ФФ та з'ясувати погляди різних соціальних груп на взаємини двох суб'єктів процесу ФД - відвідувача аптеки та провізора.

Об'єкт дослідження: стан ФП та логістичного обслуговування; механізми АІ та нейроекономіки, відвідувачі аптек; ФФ.

Предмет дослідження: теоретичні питання, основні принципи, методи і практичні аспекти організації ФД населенню.

Методи дослідження

Теоретичною основою дисертаційного дослідження були: методологія наукового пізнання, фундаментальні положення організації ФД населенню в сучасних умовах і концепція ФЛ.

Інформаційну та фактологічну базу дослідження становили наукові праці визнаних зарубіжних і вітчизняних учених, що присвячені проблемам ФД та ФЛ, публікації трьох професійних періодичних видань та 15 соціально-політичних газет (СПГ) національного рівня, дані теленовин прайм-тайму восьми провідних українських телеканалів, інформація Міністерства юстиції України про реєстрацію громадських організацій (ГО) та офіційних сайтів низки об'єднань фармацевтичних підприємств (ОФП) і ГО, тексти інструкцій для медичного застосування (ІМЗ) торгових марок (ТМ) Небівололу, а також матеріали, зібрані автором у процесі спеціально організованих спостережень.

Для вирішення поставлених задач були застосовані методи дослідження: системний, спостереження, порівняння, вимірювання,

експерименту, аналізу та синтезу, контекстного аналізу тексту, моделювання термінів у мові науки, контент-аналізу, регіональний підхід, вибіркоче очно-заочне опитування, експертної оцінки, формалізації, моделювання, математичної статистики, узагальнення.

Наукова новизна одержаних результатів

Обґрунтовано та розроблено теоретичні положення і методологічні підходи ФД населенню. Найвагоміші результати дослідження, які характеризують наукову новизну, полягають у тому, що:

Вперше:

- ✓ наукознавчо визначено напрямки та особливості становлення вітчизняної ФП (глибина пошуку – 1956–2012 рр.), що дозволяє розкривати її складові та закономірності функціонування і розвитку як соціального інституту та особливої форми діяльності;

- ✓ промодельовано та встановлено взаємозв'язок логістичного обслуговування відвідувачів аптек з концепціями ФП, НАП та професійними ролями ФФ, що уможлиблює реалізацію ефективної ФД на засадах синергії;

- ✓ опрацьовано методичний підхід оцінки рівня логістизації регіональної ФП, що служить індикатором взаємозв'язку попиту і пропозиції, концентрації суб'єктів ФР і конкуренції на ньому, доступу до каналів постачання і збуту, платоспроможності на регіональних ринках;

- ✓ сформовано узагальнююче знання щодо особливостей прояву АІ на рівні різних суб'єктів ФР, що уможливило опрацювання 10 принципів зниження негативних її проявів;

Удосконалено:

- ✓ методику вивчення споживчих уподобань щодо вибору аптеки, яка відрізняється від існуючих тим, що внаслідок дослідження, проведеного в умовах окремого мікрорайону мегаполіса, отримано 7 пропозицій та 6 додаткових послуг для покращення роботи аптек;

✓ змістове наповнення соціальних ролей у фармації внаслідок з'ясування поглядів трьох соціальних груп на взаємини двох суб'єктів процесу ФД - відвідувача аптеки та провізора.

Дістало подальшого розвитку:

✓ понятійний апарат ФП, який уможлиблює ідентифікацію специфіки категорій «ФД», «логістизація ФП» і «регіональна ФП» та змістовного навантаження з погляду фармації суті термінів «АІ», «нейроекономіка», «нейроменеджмент», «нейромаркетинг», «дослідницький нейромаркетинг» та «аптечний нейромаркетинг»;

✓ напрямки аптечного нейромаркетингу, інтегроване застосування яких дозволить створити і підтримати лояльність відвідувачів та позитивний імідж аптеки.

Практичне значення одержаних результатів

Розроблено пропозиції та рекомендації, що сприяють підвищенню якості ФД населенню, а також підтверджується їх рівнем впровадження.

Підготовлені та погоджені з Управлінням фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції МОЗ України методичні рекомендації «Асиметрія інформації: особливості впливу на функціонування фармацевтичного ринку та шляхи його мінімізації» (2014 р.) та «Науково-практичне обґрунтування аптечного нейромаркетингу» (2015 р.) впроваджені в практичну діяльність МФ «Вікторія ЛТД», м. Одеса (акти від 20.02.2015), МКП «Вінницька міська аптека» (акти від 20.02.2015), КП «Одесфарм» (акти від 24.02.2015), ТОВ «Сатурн», м. Котовськ Одеської обл. (акти від 24.02.2015), ПФ «Медсервіс», м. Одеса (акти від 26.02.2015), аптеки «Будь Здоров», м. Київ (акти від 26.02.2015), ТОВ «Алтея», м. Львів (акти від 26.02.2015), ТОВ «Деніс Фарма», Одеська обл. (акти від 26.02.2015), ТОВ «Інформполісервіс», м. Одеса (акти від 27.02.2015), ТОВ «Аптека № 49», м. Львів (акти від 27.02.2015), Державної служби ЛЗ в Одеській області (акти від 01.03.2015), Львівської обласної аптечної корпорації (акти від 17.03.2015),

ПАТ «АМ Фармація», м. Одеса (акти від 18.03.2015), Державної служби ЛЗ в Житомирській області (акти від 24.03.2015), мережі аптек ПрАТ «Аптеки Запоріжжя» (акти від 30.03.2015), КП «Примула», м. Запоріжжя (акти від 30.03.2015), а також у науково-освітній процес кафедр: управління та економіки підприємств і організації і економіки фармації Національного фармацевтичного університету (акти від 23.02.2015), організації та економіки фармації і технології ліків Івано-Франківського національного медичного університету (акти від 23.02.2015), управління та економіки фармації з технологією ліків Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (акти від 24.02.2015), організації, економіки фармації та фармакогнозії ОНМедУ (акти від 25.02.2015), організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (акти від 03.03.2015), управління та економіки фармації ІПКСФ Національного фармацевтичного університету (акти від 05.03.2015), фармації Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акти від 10.03.2015), управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного правознавства Запорізького державного медичного університету (акти від 10.03.2015), організації і економіки фармації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (акти від 16.03.2015), організації і економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького - ЛНМУ (акти від 20.03.2015).

Результати теоретично-методологічного обґрунтування проблемних питань ФП, особливостей соціальної ролі ФФ, значення засобів масової інформації (ЗМІ) та саморегулювання у формуванні громадської думки про них, а також логістичного обслуговування в аптеках, які відображені в монографії «Фармацевтична логістика: фокус на допомозі пацієнту» (2013 р.), знайшли застосування у навчально-методичному процесі та науково-дослідній роботі кафедр: управління і економіки фармації, медичного та

фармацевтичного правознавства Запорізького державного медичного університету, менеджменту та економіки сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, соціальної фармації Національного фармацевтичного університету, управління та економіки фармації Курського державного медичного університету, організації та економіки фармації ДЗ «Луганський державний медичний університет», управління та економіки фармації з технологією ліків ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, організації та економіки фармації і технології ліків Івано-Франківського національного медичного університету, організації, економіки фармації та фармакогнозії ОНМедУ, фармації Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, фармації Буковинського державного медичного університету (акти від 17.11.2013, 25.11.2013, 07.12.2013, 15.12.2013, 25.12.2013, 10.02.2014, 11.02.2014, 27.05.2014, 26.11.2014, 16.12.2014 і 26.01.2015 відповідно).

Результати вивчення специфіки ФП в умовах окремого мікрорайону, а також аналізу смислового змісту ІМЗ препаратів-аналогів, які відображені в монографії «Сучасні аспекти фармацевтичної практики в Україні» (2014 р.), використані при формуванні інформаційного забезпечення науково-педагогічного процесу кафедр: організації, економіки фармації та фармакогнозії ОНМедУ, фармації Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, управління та економіки фармації з технологією ліків ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, фармації Буковинського державного медичного університету (акти від 26.11.2014, 16.12.2014, 22.12.2014 і 26.01.2015 відповідно).

Особистий внесок здобувача

Дисертантом особисто визначено мету і задачі дослідження, проведено літературний огляд світових і вітчизняних інформаційних потоків із проблеми ФД та ФЛ, вибрано напрямок, загальну методологію та об'єкти дослідження, проаналізовано сучасні методи і методики дослідження та відібрано найбільш адекватні до поставлених задач, здійснено планування та виконання експериментальної частини роботи, проведено наукознавчий аналіз становлення ФП в Україні, вивчено взаємозв'язок логістичного обслуговування з концепціями ФП, НАП і професійними ролями ФФ, комплексно оцінено логістизацію регіональної ФП, в умовах окремого мікрорайону мегаполіса під кутом логістики, орієнтованої на споживача, досліджено сутність і проблемні питання прояву АІ на рівні різних учасників ФР та шляхи зниження негативного її впливу, узагальнено теоретичну сутність логістизації ФП, нейроекономіки та її складових для фармації, досліджено особливості прояву аптечного нейромаркетингу та опрацьовано напрямки його удосконалення, вивчено засадничі аспекти СФ, узагальнено еволюцію соціальних ролей ФФ, здійснено самоідентифікацію пацієнтами і ФФ своїх соціальних ролей, вивчено мотивації вибору студентами фармацевтичного фаху, обговорено та узагальнено отримані результати, сформульовано висновки.

В опублікованих у фахових виданнях у співавторстві з А. В. Горіликом, Б. П. Грошовиком, І. А. Зупанцем, В. Й. Кресюном, О. Б. Панькевичем, Б. Л. Парновським, Н. А. Прилипко, С. Є. Прокіп, В. В. Пропісновою, Н. О. Ткаченко, У. Я. Янишин автором визначено напрями та методологію, взято участь у проведенні експериментальних досліджень, інтерпретовано та узагальнено їх результати. Матеріали, що належать співавторам, у дисертації не використовувалися.

Апробація результатів дисертації

Основні теоретичні і методичні положення та результати дисертаційного дослідження висвітлювалися й обговорювалися на міжнародних, зарубіжних, всеукраїнських і регіональних науково-практичних форумах. Серед них: II Всеукраїнська науково-освітня internet конференція «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» (Харків, 2012), XIV Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) (Донецьк, 2012), VI міжнародний симпозіум з біоетики «Етичні проблеми профілактичної медицини: вплив довкілля, харчування та умов праці на здоров'я населення» (Київ, 2012), IX та X міжнародні науково-практичні конференції «Маркетинг та логістика в системі менеджменту» (Львів, 2012 і 2014), всеукраїнські науково-практичні інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів «Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи» (Харків, 2013 і 2014), II та IV науково-практичні конференції «Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики» (Харків, 2013 і 2015), українсько-польський симпозіум «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я» (Львів, 2013), I та II міжнародні науково-практичні Internet-конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (Харків, 2013 і 2014), конференція «Роль провизора в современной системе здравоохранения» (Омск, 2013), VIII науково-практична конференція з міжнародною участю «Управління якістю в фармації» (Харків, 2014), науково-практична конференція з міжнародною участю, присвяченої 50-літтю створення кафедри організації та економіки фармації ЛНМУ «Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою» (Львів, 2014), міжнародна науково-практична конференція «Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем медицини» (Дніпропетровськ, 2014), всеукраїнська науково-методична відео конференції «Актуальні питання

дистанційної освіти та телемедицини 2014» (Запоріжжя – Київ, 2014), VII науково-практична Internet-конференція «Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку» (Харків, 2014), міжнародна науково-практична конференція «Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві» (Одеса, 2014), міжнародна науково-практична конференція «Сучасні тенденції у медичних та фармацевтичних науках» (Київ, 2014).

Апробацію роботи проведено на міжкафедральному засіданні професорсько-викладацького складу кафедр фармацевтичного профілю Одеського національного медичного університету: організації, економіки фармації та фармакогнозії; фармацевтичної хімії та технології лікарських засобів (протокол № 1 від 20.05.2015 р.).

Публікації

За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 48 робіт, а саме: 24 статті (серед яких – 12 статей у вітчизняних наукових фахових виданнях та 11 статей у виданнях, включений до міжнародних наукометричних баз), 2 монографії, 20 тез доповідей, 2 методичні рекомендації, погоджені Управлінням фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції МОЗ України.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АПТЕКАХ

1.1 Реалізація фармацевтичної допомоги як інноваційного напрямку національної та зарубіжної фармацевтичної практики

ФД, як інноваційний напрямок у ФП, виник в середині 70-х років минулого століття як відповідальне надання фармакотерапії (ФТ) з метою досягнення певних результатів, які покращують якість життя пацієнта [418]. Відповідно до неї, всі практикуючі ФФ повинні нести відповідальність за результати ФТ своїх пацієнтів.

Основною метою ФД є забезпечення належної якості ФТ конкретного пацієнта з конкретним захворюванням [386].

До основних її завдань відноситься:

- надання пацієнту ЛЗ і ВМП необхідної якості;
- навчання пацієнта правильному застосуванню ЛЗ і ВМП;
- контроль застосування безрецептурних ЛЗ на основі постійної співпраці з пацієнтом;
- ведення фармацевтичного дос'є як бази даних про пацієнта, його ФТ;
- співпраця з лікарем при складанні плану ФТ рецептурними ЛЗ;
- інформування лікаря про ЛЗ, про перебіг і ускладненнях ФТ безрецептурними ЛЗ у конкретного пацієнта;

Фармацевтичне дос'є може містити такі блоки [103]:

1. Соціально-демографічні відомості про пацієнта, прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, вік, стать, домашня адреса і телефон, номер страхового поліса, назву та адресу страхових медичних організацій, пільги з лікарського

забезпечення, соціальний статус (працюючий, пенсіонер, дитина, учень, інвалід, безробітний).

2. Основний діагноз хвороби та супутні захворювання: основні захворювання, хронічні захворювання, частота відвідувань лікаря, госпіталізації.

3. ФТ: основні ЛЗ, призначені при основному захворюванні і хронічних хворобах, додаткові ЛЗ, що застосовуються самостійно або за життєвими показаннями, відомості про ЛЗ: назва, призначені дози, режим прийому, особливі рекомендації, проблеми ФТ, контроль.

4. Алергічні та побічні реакції: алергічні та побічні реакції при прийомі призначених ЛЗ, заходи щодо нейтралізації побічних реакцій, алергічні реакції на харчові продукти.

5. Консультації: консультації пацієнта з лікарем щодо розробки плану ФТ, консультації пацієнта з лікарем щодо коригування плану ФТ, консультації пацієнта з провізором щодо ЛЗ безрецептурного відпуску для самопомоги та самопрофілактики, консультації пацієнта з провізором щодо засобів народної медицини, в т.ч. фітозасобів, консультації пацієнта з провізором щодо ВМП або парафармацевтичної продукції.

У концепції ФД ФФ повинні брати участь в систематичному, комплексному процесі з виконанням трьох основних функцій [451]:

- 1) визначення фактичних та потенційних проблем пацієнтів, пов'язаних з ЛЗ;
- 2) вирішення цих проблем;
- 3) запобігання потенційним проблемам стати актуальними проблемами.

ФД охоплює різноманітні послуги і функції, деякі з них нові для фармації, інші - традиційні, що визначаються та надаються ФФ, які обслуговують індивідуальних пацієнтів.

Міжнародним стандартом ФД передбачені наступні види діяльності, які розглядаються як доповнення до основної фармацевтичної діяльності [102]:

- ведення конфіденційної документальної бази даних про пацієнта (персональна інформація) і про ЛЗ, що надаються даному пацієнтові;
- навчання пацієнта правилам безпечного і ефективного застосування ЛЗ при його конкретному захворюванні, а також правилам поводження з пристроями (обладнанням), необхідними для моніторингу або введення ЛЗ (співробітництво з пацієнтом);
- участь у розробці плану терапії (фармакотерапевтичний план) рецептурними засобами з пацієнтом і лікарем, що виписав рецепт;
- контроль і реєстрація відомостей про досягнення бажаних результатів ФТ на підставі обговорення їх з пацієнтом.

Концепція ФД включає в себе також моральні зобов'язання за благополуччя пацієнтів, як особистостей, які потребують і заслуговують співчуття і турботи ФФ. Прийняття цієї відповідальності є істотною умовою в практиці ФД [340].

Дослідження практики ФД в Європі фокусується на різних питаннях, зокрема на оцінці знань і потреб пацієнтів, їх думок про ЛЗ та ставленні до ФФ [381, 386, 397, 399, 436, 456]. Всі такі дослідження вказують на обмежені знання ФФ про хворих та їх потреби у фармацевтичній інформації. При цьому пацієнти воліють отримувати цю інформацію насамперед від свого лікаря.

Фактичну поведінку ФФ щодо ФД було оцінено в різних країнах, використовуючи поведінкову шкалу ФД [377, 434]. З результатів таких досліджень випливає, що ФФ готові надати ФД і визнати свою політичну необхідність, але вони все ще бачать багато перешкод в реалізації ФД на практиці.

Вивчення реалізації ФД в 4696 громадських аптеках 13 європейських країн (Бельгія, Данія, Англія, Німеччина, Ісландія, Мальта, Північна Ірландія, Португалія, Ірландія, Шотландія, Швеція, Швейцарії (німецькомовна частина) та Уельс) показало, що її надання в сукупності є даниною моди і як раніше обмежене у Європі. ФФ регулярно здійснюють скринінг записів стосовно пацієнтів, перевіряють їх розуміння наданих консультацій, але нечасто документують заходи, пов'язані з доглядом за пацієнтами, планують надання ФД, а також оцінюють задоволеність пацієнта або своєю роботою щодо надання цієї допомоги [435].

Показані перспективи розвитку та впровадження ФД у процесі лікування окремих захворювань, у т.ч. професійних, оскільки провізори, як партнери лікарів, є важливим ресурсом в досягненні бажаних терапевтичних результатів [235]. Принципи взаємодії провізорів і лікарів знайшли своє відображення в системі ФД, яка включає в себе не тільки ФТ, а й вирішення проблем, пов'язаних з індивідуалізованим призначенням курсів того чи іншого ЛЗ.

В штаті Мінесота (США) законодавчо чітко визначені стандарти ФД, що створило основу для фармацевтів чітко розуміти і послідовно демонструвати кожен раз, що вони надають допомогу пацієнтові [426]. Введено Інтернет-навчання з ФД, що дозволило фармацевтам отримувати доступну підготовку незалежно від їх доступу до університетської освіти. Опрацьовано інструменти розвитку ФП, включаючи керівництво з її планування та документування, які знаходяться у доступному продажу. Ці три чинники допомогли реалізувати життєздатну ФД по всьому штату і в даний час використовується, щоб допомогти іншим фармацевтам на національному та міжнародному рівні.

Впровадження ФД в США стимулюється університетами, Американською фармацевтичною Асоціацією (АРНА), окремими

фармацевтами або групами фармацевтів. Американською фармацевтичною асоціацією створеною Американський Центр ФД (ACPC) [378].

Показано, що в концепції ФД ФФ повинні в кінцевому рахунку взяти на себе відповідальність не тільки за відпуск ЛЗ, а й правильне визначення і уникнення ліко-пов'язаних проблем. ФД являє собою значний прорив в професії ФФ, позаяк основний акцент робиться на пацієнта та результати медичної допомоги, а не на розподіл ЛЗ [455].

Здійснено структурування системи ФД стаціонарним хворим з виділенням трьох основних компонентів [20]:

- структурної - основні фонди та ресурси (матеріально-технічні, кадрові, фінансові, інтелектуальні);
- процесної - технологічні операції та процедури (визначення потреби, закупівля, приймання, виготовлення, зберігання, контроль якості, відпуск та призначення ЛЗ, формування обмежувальних списків ЛЗ, аудит, контроль, моніторинг, фармакоекономічна оцінка);
- результативної - результат діяльності медичних і фармацевтичних фахівців ЛПЗ (поліпшення якості життя пацієнтів, їх одужання, усунення симптомів, полегшення стану, переведення на амбулаторне лікування, ступінь досягнення економічної доцільності витрати/ефективність).

Отримує розвитку концепція «доказової ФД» як ФД, заснованої на доказах, яка ґрунтується на чотирьох послідовних кроках [378]:

- крок перший - чітке обрамлення питання на основі клінічної проблеми;
- крок другий - пошук відповідного свідoctва у фаховій літературі;
- крок третій - критична оцінка сучасного стану;
- крок четвертий - застосування висновків клінічних рішень.

Виявлено, що на задоволеність населення ФД впливають як суб'єктивні, так і об'єктивні чинники. Серед останніх можна виділити зовнішній вигляд, інтер'єр і розташування аптеки, зручність викладки ЛЗ і

ВМП, кваліфікацію і культуру ФФ, асортиментну і цінову політику аптечної організації, а також наявність додаткових послуг [224].

Суперечливим шляхом розвитку ФД населенню є використання Інтернет-технологій при її наданні, яке створює складності контролю за діяльністю Інтернет-аптек, припускає значні ризики насамперед для споживачів, сприяє неправомірному використанню ЛЗ і невідповідальному самолікуванню [426].

Сама по собі Інтернет-аптека – це набір комп'ютерних файлів, що зберігаються на сервері, як і у будь-якого іншого віртуального магазину. Відмінності тільки в асортименті пропонованих ЛЗ і в деяких технологічних особливостях самого аптечного підприємництва [85].

Піонерами та лідерами з продажу ЛЗ через Інтернет на сьогодні є США і Канада, а серед країн ЄС – Нідерланди [304].

Масова поява Інтернет-аптек спричинила до гострої проблеми, позаяк внаслідок недосконалості законодавства з'явилася можливість вільного придбання рецептурних препаратів, незареєстрованих ЛЗ і, не рідко, фальсифікованих і неякісних ЛЗ [219].

За даними експертів, від 50% до 60% ЛЗ, що продаються Інтернет-аптеками, є фальсифікованими, інші не відповідають вимогам з якості. Причому підробляють майже всі ЛЗ – від дорогих, призначених для лікування небезпечних для життя захворювань, до відносно дешевих генериків, таких як деякі популярні знеболюючі або антигістамінні препарати. Виготовляють фальсифіковані ЛЗ переважно в третій країнах, а реалізують через Інтернет-аптеки [242].

Узагальнення літературних джерел стосовно організації розвитку Інтернет-аптек показує, що у більшості держав (Китай, Мальта, Польща, Португалія, Словенія, США, Швейцарія) засновником такої аптеки може бути будь-який суб'єкт господарської діяльності, в ряді країн (Велика Британія, Нідерланди, Німеччина, Швеція) - зареєстровані аптеки. Інтернет-

аптеки в зазначених державах можуть реалізувати як рецептурні, так і без рецептурні ЛЗ (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Матриця “приналежність сайту – порядок виписування і відпуску ЛЗ”
стосовно інтернет-аптек деяких держав

<i>Приналежність сайту</i>			
<i>Порядок виписування і відпуску ЛЗ</i>		Зареєстрованій (оффлайн) аптеці	Будь-якому суб'єкту господарювання
	Усі ЛЗ	Велика Британія Нідерланди Німеччина Швеція	Китай, Мальта Польща, Португалія Словенія, США Швейцарія
	ЛЗ без рецепта лікаря	Франція Чехія	Іспанія

Джерело: опрацювання власне на підставі [179, 365, 413, 437]

У Франції, Чехії та Іспанії інтернет-аптеки мають право реалізовувати лише безрецептурні ЛЗ. При цьому в Іспанії, на відміну від перших двох країн, сайт онлайнної реалізації ЛЗ може належати будь-якому суб'єкту господарської діяльності.

Як показують дослідження, зміст поняття «ФД» далеко не однозначне; більше того, воно зазнало значних змін за останні 18-20 років. Причинами цього є зміни взаємовідносин лікарів, фармацевтів, пацієнтів, підвищення інформованості та медичної грамотності населення, нові досягнення у виробництві ефективних ЛЗ, розвиток і розширення ФР та ін. [340].

Термінологічна невизначеність терміну «ФД» у вітчизняній законодавчо-правовій базі та науковому середовищі зумовлює неможливість ефективного впровадження новітніх форм і методів фармацевтичного забезпечення населення в Україні.

Результати досліджень свідчать про необхідність визнання та нормативно-правового відбиття інтеграційного (організаційно-економічного) визначення терміну «ФД» у вітчизняній законодавчій базі та практичній охороні здоров'я [230], про важливість систематизації знань з надання населенню якісної ФД в умовах зовнішнього і внутрішнього середовища, що постійно змінюється [212], а також з проблем організації доступної та якісної ФД населенню в умовах функціонування медичного страхування [213].

У цьому плані актуальним є проведення теоретичного дослідження щодо систематизації знань з питань становлення ФП в Україні.

1.2 Належна аптечна практика як основа фармацевтичної допомоги

З кінця вісімдесятих років Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародна фармацевтична федерація (МФФ) працюють над визначенням ролі і функцій ФФ, а також розробкою керівних принципів для НАП як основи ФД.

У 1986 р. ВООЗ на тридцять дев'ятій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я переглянула стратегію в галузі ЛЗ. Далі у 1988 р. було проведено дві наради з ролі ФФ в Мадриді (Іспанія) та Делі (Індія). Відтоді такі зустрічі проводилися в Токіо (Японія) в 1993 р., у Ванкувері (Канада) в 1997 р. і в Гаазі (Нідерланди) в 1998 р. [412].

У 1992 р. МФФ опрацювала документ «Належна аптечна практика у громадських і лікарняних аптеках», який у 1993 р. був офіційно оприлюднений на конгресі в Токіо (Японія) [410].

Текст документа був представлений на засіданні Комітету експертів ВООЗ із специфікації фармацевтичних препаратів (Женева, 1994 р.). Відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВООЗ і схвалення їх радою МФФ в 1997 р. спільний документ ВООЗ і МФФ щодо належної аптечної практики був опублікований в серії технічних доповідей ВООЗ в 1999 р. [182].

Фармацевтична група Європейського Союзу (ЄС) в 1998 р. розробила документ з НАП для Європи, в якому особлива увага приділялася країнам ЄС - «Належна аптечна практика в Європі».

У 2001 р ВООЗ розробила керівництво «Належна аптечна практика в нових незалежних державах. Керівництво з розробки та впровадження стандартів». Рекомендації, викладені в керівництві, покликані допомогти регуляторним органам і керівникам аптек в їх роботі по впровадженню стандартів НАП як на державному рівні, так і на рівні аптечних організацій [183].

У 2006 р., МФФ і ВООЗ опублікувала керівництво "Розвиток фармацевтичної практики. Фокус на лікуванні пацієнтів", яке визначило нову парадигму ФП.

Із спільною метою поліпшення стандартів і практики розподілу та використання ЛЗ за допомогою настанови МФФ/ВООЗ з НАП в якості основи, МФФ запровадила ініціативу з вивчення можливостей для надання технічної допомоги своїм організаціям-членам з Таїланду, Уругваю, В'єтнаму, Молдови, Монголії, Парагваю і Камбоджі в розробці національних стандартів з НАП в пілотному дослідженні з 2005 до 2007 р.

У 2007 р. у Південно-Східній Азії була прийнята «Бангкокська декларація з НАП в громадських аптеках» і були викладені зобов'язання асоціацій-членів щодо підвищення рівня аптечних послуг і професійної практики [405].

Крім того, у 2007 р. МФФ вирішила оновити настанови НАП з урахуванням сучасних досягнень ФП. Для цього у 2008 МФФ організувала консультації експертів у Базелі (Швейцарія) під час 68-го Всесвітнього Конгресу.

Водночас, в кінці 2008 р., Панамериканською організацією охорони здоров'я за підтримки групи експертів з різних фармацевтичних організацій підготовлено «Керівництво з фармацевтичних послуг в первинній медико-санітарній допомозі» з метою підкреслення ролі ФФ в системі охорони здоров'я країн Латинської Америки.

З огляду на консультації із 120 національними членами МФФ в 2011 р. та з урахуванням змін, що відбуваються на ФР, було оновлені положення НАП шляхом прийняття спільної настанови МФФ/ВООЗ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» [423]. Цей документ закликає національні аптечні професійні організації прийняти ці керівні принципи і розробити деякі спеціальні правила щодо НАП. Власне настанова МФФ/ВООЗ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» Наказом МОЗ України від 30.05.2013 № 455 визначена в якості базового інформаційного джерела для розробки національного стандарту НАП [205].

Подальший розвиток концепції НАП визначається додатковими послугами, що може надавати аптека і які можна розділити на такі групи [150]:

1. Фармацевтичні послуги, які супроводжують надання ФД населенню при відпуску ЛЗ, за призначенням лікаря, а також у порядку самопомоги та самопрофілактики, при забезпеченні населення фармацевтичною інформацією, необхідною для правильного застосування товарів аптечного асортименту.

2. Медичні послуги, до яких відносяться консультаційні послуги, проведення днів медичних фахівців, експрес-тестування, масаж, контроль за станом здоров'я, надання долікарської допомоги.

3. Оздоровчі та навчальні послуги, у перелік яких включається санітарно-просвітня робота, організація шкіл здоров'я, бібліотечні послуги, підбір дієти та ін.

4. Споживчі послуги, до яких віднесені послуги, що поліпшують сервіс обслуговування населення та стимулюють збут. Вони сприяють підтримці прихильності відвідувачів до певної аптеки і формуванню їх лояльності.

5. Благодійні акції для окремих категорій громадян (ветеранам, літнім людям, дітям-сиротам та ін.).

Традиційна роль ФФ як особи, яка лише виготовляє та реалізує ЛЗ, за кордоном змінюється. Вивчення досвіду роботи аптек як закладів охорони здоров'я в розвинених країнах світу показало, що ФФ беруть активну участь у різноманітних соціальних проектах, спрямованих на зміцнення здоров'я населення та профілактику захворювань. Монітори з рекламними сюжетами на теми здоров'я, консультації лікаря, додаткові послуги, як-от вимірювання тиску чи зважування – це вже норма для європейських аптек [41].

В якості прикладу варто навести англійські аптеки, де крім ЛЗ можна побачити широкий асортимент інших товарів та функції, якими українські аптеки не займаються: проявлення і друк фотографій, продаж фотопаперу, фотоплівки, карт пам'яті для фотокамер, самі фотокамери, чохли для них та елементи живлення в повному асортименті, а також велика кількість аксесуарів для фотографій: рамки, альбоми, підставки [210].

Крім шпильок, щіток і гребінців є величезний вибір електропобутових приладів для сушки і укладання волосся: фени, щипці, випрямлячі і т.п. Широко представлена очкова оптика. Є секція подарунків, де продаються наручні годинники, кухлі, біжутерія.

Асортимент парфюмерно-косметичної продукції «мас-маркет» мало відрізняється від українських аптек, тільки значно ширший. Вражає величезна кількість подарункових наборів і спеціальні пропозиції для

покупців за зниженими цінами. З питань косметики консультують не співробітник аптеки, а представники виробника конкретної ТМ.

Представлений вибір предметів для дітей: іграшки, розраховані на вік від 6 місяців до 10 років, дитячі коляски і крісла для автомобілів, одяг для дітей віком від новонароджених до 6 років, а також шкарпетки і колготки, притому для дітей віком до 7 років, взуття для дітей до півторарічного віку, дитячі тапочки до 7 років. Також досить широкий вибір книг по догляду за дітьми.

Крім доходу від продажів досить широкого асортименту товарів, англійські аптеки мережі «Boots» також заробляють наданням послуг: доставка товарів, замовлених через Інтернет, консультації і вакцинація, які проводяться спеціальною фармацевтичною командою, з питань еректильної дисфункції, програми втрати ваги і збереження волосся, вакцинації проти грипу і раку шийки матки.

Аптеки надають соціальні послуги з підбору та продажу слухових апаратів, виготовляють окуляри за індивідуальними замовленнями, а також комплекс заходів, спрямований на допомогу літнім самотнім людям. В аптеці можна придбати страховий поліс здоров'я, вибрати госпіталь, до якого буде прикріплений застрахований, і план страхування.

Німецькі аптеки також вражають великою кількістю вільнодоступних та безкоштовних брошур (журналів), які присвячені конкретній хворобі (діабету, гіпертонії та ін.), або розраховані на конкретну цільову аудиторію (вагітних, матерів, літніх людей) [97].

В Данії, у випадку, якщо пацієнт придбаває одночасно кілька різних ЛЗ, він має право попросити ФФ аптеки розділити їх на дози - розфасувати кожне в невеликі пакетики із зазначенням щоденного часу прийому [96].

У польських аптеках активне сприяння отримала програма «Роль фармацевта у підтримці нікотин замісної терапії», під час проведення якої

компетентні в питаннях здоров'я ФФ, надавали корисні послуги пацієнтам з нікотиною залежністю, котрі прагнули покинути палити [383].

В Італії відкриваються придорожні аптеки. Перша дорожня аптека «Зупинка здоров'я» відкрита на трасі Рим - Флоренція недалеко від міста К'янті. Аптека пропонує мандрівникам близько 2500 найменувань ЛЗ. Планується відкрити кілька десятків придорожніх аптек [22].

В Іспанії деякі аптеки надають послуги з проведення аналізу на ВІЛ / СНІД [115].

В окремих аптеках Естонії можна виміряти рівень тригліцериду (нейтрального жиру) в організмі, визначити склад тіла за допомогою спеціального апарату, провести діагностику шкіри [132].

Аптеками Швейцарії проводиться національна кампанія «Зупини діабет – зроби тест зараз», яка уможлиблює виявлення цукрового діабету на ранньому етапі та здійснення консультації серед відвідувачів аптек щодо зміни способу життя [444].

У країнах Європи мережа незалежних аптек Алфєга-Аптека проводить європейську програму тематичних (застуда, алергія, захист від сонця) і профілактичних (астма, діабет, остеопороз) кампаній. Перші заходи здійснюються сезонно (зазвичай 1 раз на місяць), а другі мають цілорічну важливість. Для їх підтримки використовуються інформаційні матеріали виробника, а також журнал для споживачів, який випускає Алфєга-Аптека у Франції, Іспанії та Італії [130].

У ряді країн (Велика Британія, Іспанія, Італія, Латвія, США, Естонія) ФФ надають в аптеках, окрім вимірювання артеріального тиску, такі медичні послуги: визначення в крові глюкози, холестерину, гемоглобіну [5, 29, 115, 116].

В аптеках Великої Британії, США, Франції ФФ мають право виписувати рецепти на окремі групи ЛЗ [29, 285].

Крім традиційної для інших країн світу функції - задоволення потреб населення в ЛЗ, - японські ФФ виконують ще одну - контроль гігієнічного стану відведеного їм району, який здійснює, наприклад, шкільний фармацевт. Для допомоги у здійсненні цієї програми до співпраці запрошуються фармацевти з довколишніх аптек, в обов'язок яких входить спостереження за якістю води та повітря, освітлення, рівнем шуму та ін., а в разі невідповідності показників встановленим вимогам - оформлення приписів. Крім того, шкільні фармацевти дають поради учням щодо застосування ЛЗ і читають лекції щодо здорового способу життя [153].

В Швеції та Канаді ФФ здійснюють візити додому до пацієнтів для спостереження за процесом лікування [29].

В аптеках США проводять вакцинацію проти грипу, косметичні процедури (видалення бородавок, акне), здійснюють консультації з дієтичного харчування [5].

В останні десятиліття здійснюється трансформація фармації зі складової соціального інституту медицини у самостійний соціальний інститут, який, зважаючи на свою медико-соціальну орієнтованість, глибоко зачіпає всі сторони життя людини і суспільства та вимагає ґрунтовного соціологічного його аналізу. Зосередження на виконання найважливішої соціальної функції – збереження та поліпшення здоров'я населення внаслідок надання висококваліфікованої ФД, спричинило до появи відносно нової наукової концепції – СФ.

Науковий інформаційний потік містить ряд публікацій, присвячених розгляду концептуальних питань СФ, її важливості в моделях фармацевтичної освіти і практики [188, 291, 376, 385, 441, 445, 447], а також з'ясуванню особливостей розподілу соціальних ролей у фармації [48, 79, 154, 344].

На сьогодні серед фармацевтичної громадськості склалося певне бачення СФ, як напрямку діяльності ФФ, проте, думка фармацевтичної

спільноти щодо місця та перспектив цього нового напрямку в системі вітчизняної охорони здоров'я досі системно не вивчалася.

НАП встановлює вимоги до кожного елементу фармацевтичного обслуговування, які повинні відповідати потребам пацієнта, бути чітко визначені і ефективно доведені до відома всіх учасників лікувального процесу [423].

У цьому напрямку проаналізовано проблеми взаємовідносин в системі «лікар – ФФ – пацієнт». Визначено проблеми взаємодії ФФ і представників медичних організацій [234], показано необхідність налагодження тісних міжпрофесійних зв'язків для поліпшення якості надання медичної допомоги і ФД та покращення якості життя пацієнтів [258]. Виявлено соціальні фактори поведінки представників і споживачів фармацевтичних послуг та оптимальні форми регулювання їх взаємовідносин [48].

При цьому відвідувачі аптек відзначають не завжди охайний зовнішній вигляд, непомірну косметику, низьку культуру мовлення ФФ, відсутність бджів, провокування конфліктів (відсутність розмінної монети, розмови з колегами під час обслуговування, грубі відповіді), необхідність питати про правила прийому і зберігання ЛЗ [259].

Отже, важливим є вивчення рівня взаємного сприйняття двох суб'єктів процесу ФД - пацієнта і ФФ (провізора аптеки).

На сучасному етапі одним із визначальних чинників конкурентоспроможності фармацевтичних організацій є налагодження ефективної системи обслуговування споживачів. Сьогодні аптеки, які конкурують виключно на підставі цінових характеристик ЛЗ, раніше чи пізніше опиняються у не вигідній для себе ситуації порівняно з організаціями, що підвищують якість фармацевтичного обслуговування. Під останнім розуміють усі види послуг, що надаються з боку ФФ у межах надання ФП, тобто відповідального надання ФТ для досягнення певних результатів, що покращують або підтримують якість життя пацієнта [265].

Поведінкою індивідуума керують складні емоційні взаємини, які можна візуально визначити в динаміці реального часу. Знаючи нейрофізіологічні процеси емоційно-кіркових реакцій споживачів і застосовуючи позитивні подразники, нейрофізіологи і маркетингологи можуть впливати на всі органи чуттів людини для ефективного просування товарів на ринку.

Комплекс нейронаук, що включає нейроанатомію, нейрофізіологію, нейрохімію, нейроімунологію й нейропсихологію, отримав спеціальну назву – нейробиологія [353].

Нейронауки розглядають, з одного боку, як новий методологічний інструмент («тонше скальпеля») для аналізу процесів прийняття рішень, не питаючи думки безпосередньо споживачів, оцінювання або стратегії, з іншого - як джерело генерації теорії, доповнюючи цілою низкою традиційних дисциплін [395]. Так, філософія, економіка, соціологія, політологія проявили інтерес до нейронаук, внаслідок чого з'явилися нові дисципліни: нейроекономіка, нейроетика, нейросоціологія, нейроестетика, нейротеологія, нейрополітологія і т.д. [281].

Перспективу отримання глибшого розуміння того, як мозок людини (споживача товарів або послуг) реагує на широке коло інструментів впливу у повсякденних ситуаціях, пропонує сьогодні нейроекономіка (англ. *neuroeconomics*).

Термін “нейроекономіка” став фактично використовуватися лише у 90-і роки минулого століття, тобто теорія і практика нейроекономіки починає лише розвиватися [458].

Одні з найперших робіт, у яких намагалися пояснити нейробиологічні основи поведінки, використовуючи взяті з економіки нормативну теорію вибору, ґрунтувалися на експериментах, проведених з тваринами [432, 445], а одна з перших робіт, присвячена нейроекономічному дослідженню людини,

характеризувалася використанням неінвазивного методу дослідження – функціональної магніторезонансної томографії [409].

Найвідомішу технологію нейроекономіки розробив і запатентував під назвою ZMET (Zaltman Metaphor Elicitation Method – метод вилучення метафор Залтмена) в кінці 1990-х років гарвардський професор Джеррі Залтмен.

Суть ZMET зводиться до прощупування підсвідомості людини за допомогою наборів спеціально підібраних картинок, які викликають позитивний емоційний відгук і активізують приховані образи-метафори, що стимулюють покупку. На основі виявлених образів конструюються графічні колажі, які закладаються в основу рекламних звернень [458].

На сьогодні з питань нейроекономіки у фармації зустрічаються поодинокі публікації [239, 430], тобто вивчення та формулювання теоретичних її засад розглянуто методологічно не достатньо.

Саме тому важливого практичного значення набуває дослідження теоретичних положень і розробка широкого кола питань, які відносяться до визначення соціально-економічної природи нейроекономіки та її складових з погляду фармації.

Відповідно до Етичного кодексу фармацевтичних працівників України (підрозділ 7.3) ФФ повинен надавати пацієнту в доступному вигляді всебічну інформацію щодо застосування, протипоказань, побічних дій ЛЗ і медичної продукції, навіть всупереч власним інтересам або комерційним інтересам установи [112].

Проте ФП, зокрема її складова – ФО, характеризується певним видом невизначеності, пов'язаним із нерівномірним розподілом інформації (асиметрією інформації, *asymmetric information* – AI) між провізором і відвідувачем аптеки, що може проявлятися як ФО. При цьому AI притаманна ФД через її особливості.

Теорію АІ опрацювали американські економісти Дж. Ейкерлоф, М. Спенс і Дж. Стигліц, які за це у 2001 р. були удостоєні Нобелівської премії [95]. Асиметрією в розподілі інформації, на їх думку, є така ситуація, коли частина учасників ринку володіє інформацією, якої не знають інші зацікавлені особи. АІ є серйозною причиною, що породжує невизначеність використання засобів і ресурсів [367].

Питання нерівномірного розподілу інформації активно опрацюються щодо медицини. Так, обґрунтовано, що АІ при наданні медичних послуг по-різному проявляється в державній, змішаній і приватній системах охорони здоров'я та пов'язана з механізмом фінансування, способом оплати праці виробників цих послуг і методом оплати медичної допомоги споживачами [174]. Показано, що внаслідок АІ лікар чинить суттєвий тиск на формування попиту щодо медичних послуг і при виборі варіанта лікування може керуватися не лише інтересами пацієнта, але й власними [404].

Щодо АІ у фармації, то в науковій літературі трапляються поодинокі публікації. Зокрема, показано, що в ринковому сегменті безрецептурних ЛЗ спостерігається недостатня компетентність споживачів унаслідок нерівномірного розподілу інформації. При цьому по-справжньому усвідомлене споживання безрецептурних ЛЗ вимагало би від пацієнта розуміння суті його хвороби в комплексі зі знанням механізму дії ЛЗ [9].

Незважаючи на досягнуті успіхи в дослідженні функціонування світового та національного ФР, питання аналізу ситуацій, які виникають через існування АІ у процесі ФП, розглядалися недостатньо.

1.3 Логістизація - чинник розвитку фармацевтичної практики

ФЛ – це процес управління матеріальним, фінансовим та кадровим потоками, а також необхідним інформаційним потоковим процесом для прискорення фізичного розподілу і мінімізації загальних витрат при

здійсненні процесу постачання, виробництва та збуту ЛЗ і ВМП з метою задоволення потреб споживачів [59].

Як для кожної наукової дисципліни, для ФЛ характерний свій підхід, а саме логістичний підхід, суть якого у прискоренні потокових процесів при зменшенні сукупних витрат фармацевтичної організації внаслідок усунення конфліктів часткових витрат функціональних підрозділів [78].

Розвиток ФЛ в Україні ґрунтувався на детальному науковому обґрунтуванні її методології і теоретичних основ, трьох основних (функціональних) видів ФЛ: виробничої, постачальницької і збутової, розгляді шести допоміжних складових ФЛ: транспортної, складської, поводження з відходами, інформаційної, фінансової і кадрової, висвітленні основних систем ефективного управління товарними запасами фармацевтичних підприємств. Методи логістики упроваджено в побудову формулярної системи і Національної лікарської політики, обґрунтовано напрями логістичного забезпечення інноваційної діяльності, здійснено структурування стандартів фармацевтичного управління і розроблено методику моделювання ділових процесів фармацевтичних підприємств [76].

На базі логістичного підходу і міжнародних правил GMP і стандартів ISO опрацьовано теоретичні основи, методичні і практичні рекомендації з оптимізації управління матеріальними ресурсами на ФП [272].

Розроблено концепцію транспортно–складської логістики для фармацевтичних підприємств, визначено її функціональну підсистему та підсистему забезпечення, запропоновано блок-схему процесу стратегічного управління, що включає: стратегічний аналіз, стратегічне планування і стратегічний контроль [21].

Проаналізовано етапи застосування математичних методів для задач ФЛ та розроблено схему взаємозв'язків суб'єктів ФР і напрямки функціонування логістичної системи [190]. Обґрунтовано можливість

використання апарату теорії нечітких множин для формалізації параметрів логістичного обслуговування клієнтів на ФР [191].

На основі розробки і впровадження науково-обґрунтованих моделей, методичних підходів, практичних рекомендацій для покращання взаємодії з аптеками та виробниками ЛЗ удосконалено діяльність оптових фармацевтичних підприємств при дистрибуції ЛЗ [157]. Розвинуто використання методології нечітко-множинного підходу для оцінювання якості логістичного обслуговування аптек оптовими фармацевтичними підприємствами [100]. Запропоновано підхід до порівняння оптових фармацевтичних фірм на основі м'яких оцінок параметрів обслуговування ними аптечних установ [99].

На засадах концепції логістичного управління науково обґрунтовано та опрацьовано методичні підходи до організації та удосконалення медикаментозного забезпечення військовослужбовців [309].

Встановлено, що одним із головних завдань державної стратегії розвитку фармацевтичного сектору має стати впровадження маркетинг-логістичної концепції управління і сучасних методів менеджменту (економічних і соціально-психологічних) [370].

Запропоновано методичні підходи до розрахунку оптимальної площі складів фармацевтичних підприємств з урахування вимог логістики та міжнародних правил GMP і рекомендацій GSP [270].

Виявлено, що підвищення ефективності логістики на фармацевтичних підприємствах пов'язано з оптимізацією складських запасів і активним використанням інформаційних технологій, при цьому геомаркетинг (географічний маркетинг) дозволяє раціоналізувати розміщення підприємств аптечних мереж, складів, з використанням новітніх інформаційних технологій, що в результаті призведе до підвищення ефективності використання запасів, підвищенню доступності фармацевтичних підприємств для потоків споживачів і постачальників [186].

Показано, що управління логістичною системою за допомогою застосування RFID-системи у фармацевтичному виробництві дозволить оптимізувати його роботу, а також сформувавши систему управління логістичного ланцюга для виконання соціальної функції [86].

Розглянуто концептуальні основи аудиту на засадах логістичного менеджменту. Запропоновано алгоритм його проведення на промислових фармацевтичних підприємствах в умовах упровадження менеджменту якості [245].

Спираючись на вимоги міжнародних стандартів якості та правил належної виробничої практики, опрацьовано методологічні підходи до оптимізації процесу логістичного аудиту на фармацевтичних підприємствах [246].

На підставі формування та розвитку логістичного обслуговування удосконалено теоретичні засади та розроблено науково-практичні рекомендації щодо управління партнерськими відносинами промислових фармацевтичних підприємств в ланці взаємодії з клієнтами [49].

Доведено актуальність побудови інтегрованих логістичних систем для вирішення проблеми підвищення доступності ЛЗ для населення України та обґрунтовано необхідність розробки стратегії інтегрованого управління логістичними фармацевтичними ланцюгами постачань [244].

Обґрунтовано необхідність розвитку в Україні клінічної логістики для підвищення якості й ефективності клінічних досліджень. Визначено та угруповано основні види логістичних операцій в процесі проведення клінічних досліджень.

Розглянуто систему критеріїв для оцінки ефективності діяльності контрактних організацій з надання логістичних послуг у сфері клінічних досліджень [243], запропоновано методичний підхід до оцінки їх ефективності діяльності і конкурентоспроможності [181], визначено логістичні ризики, які притаманні діяльності зазначених організацій у сфері

клінічних досліджень, опрацьовано рекомендації з управління такими ризиками та методичний інструментарій їх оцінки [350].

Опрацьовано питання використання в діяльність фармацевтичних підприємств аутсорсингу (контрактного виробництва та аналізу) як інструменту вдосконалення процесу логістичного обслуговування, що сприятиме вирішенню проблем підвищення їх конкурентоспроможності [140, 147].

Обґрунтовано методологію формування системи рівневої логістики і науково – прикладні підходи до створення ефективного механізму управління поточковими процесами у фармацевтичній галузі на мезорівні та побудовано систему інформаційного його забезпечення, а також досліджено науково-практичні підходи до управління фармацевтичними відходами [271].

Розглянуто питання удосконалення управління логістичною діяльністю фармацевтичних підприємств з використанням системи збалансованих показників [310].

На підставі аналізу вітчизняного ринку праці досліджено стан забезпечення підприємств фармацевтичної галузі логістичним персоналом, досліджено структуру вакансій і резюме з логістики, а також проаналізовано виконання логістичних функцій різними відділами суб'єктів фармацевтичної галузі [101].

Обґрунтовано актуальність підготовки фахівців з логістики в фармацевції, визначено знання, навички й компетенції, якими вони повинні володіти. Запропоновано перелік професійно-орієнтованих дисциплін для підготовки фахівців з логістики для потреб фармацевтичної галузі [213]. Визначено варіативні дисципліни, які доцільно вивчати на рівні магістра [269].

Визначена необхідність створення складної, динамічної, відкритої, адаптивної фармацевтичної логістичної системи, основними елементами якої будуть виступати логістичні центри та їх різновид - багатофункціональні логістичні комплекси в країні і за кордоном [89].

Проведено аналіз сучасного стану міжнародної ФЛ, перспективних тенденцій і здійснено розробку наукового підходу та методології з даної тематики, а також теоретичних і практичних рекомендацій для фахівців з фармації.

Розглянуто принципи сучасного міжнародного логістичного менеджменту стосовно фармацевтичної галузі, принципи вдосконалення логістичної діяльності фармацевтичних структур, сформульовані завдання сучасної ФЛ [30].

Не дивлячись на низку наукових досліджень, вагомого значення набуває логістизація ФП.

Логістизація розглядається як база зниження витрат на всьому шляху просування товару від виробника до споживача, концептуальна основа оптимізації виробничо-комерційної діяльності, умова конкурентоспроможності сучасного підприємства [277].

З погляду економічної безпеки логістизація ФП фактично виконує дві функції [295]:

- 1) страхувальну, направлену на зниження економічного ризику за рахунок об'єднання підприємств;
- 2) розвиваючу, націлену на більш повне й ефективне використання ресурсів.

Логістизація передбачає оптимізацію управління потоками за допомогою інтеграції окремих ділянок логістичного процесу в ефективну систему, що забезпечує доставку необхідного товару, сировини, отримання інформації, забезпечення фінансовими ресурсами і кваліфікованими кадрами [368].

Сучасний стан економіки України потребує впровадження нових сучасних форм організації управління регіональними системами, які би сприяли комплексному розвитку регіонів [352].

У цьому плані важливого значення набуває дослідження рівня логістизації ФП окремих регіонів, як цілісної, структурованої, адаптивної фармацевтичної системи регіону, яка складається із взаємозалежних елементів, виконує ряд логістичних функцій і діє з метою надання якісних фармацевтичних послуг споживачам шляхом оптимізації та інтенсифікації логістичного обслуговування.

1.4 Логістичні дослідження - спосіб оптимізації роботи аптек

На сучасному етапі одним із визначальних чинників конкурентоспроможності фармацевтичних організацій є налагодження ефективної системи обслуговування споживачів. Сьогодні аптеки, які конкурують виключно на підставі цінових характеристик ЛЗ, раніше чи пізніше опиняються у не вигідній для себе ситуації порівняно з організаціями, що підвищують якість фармацевтичного обслуговування. Під останнім розуміють усі види послуг, що надаються з боку ФФ у межах надання фармацевтичної практики, тобто відповідального надання ФТ для досягнення певних результатів, що покращують або підтримують якість життя пацієнта [265].

Щодо відвідувачів аптек, то фармацевтичне обслуговування – це реалізація маркетингово-логістичних рішень, тобто управлінська діяльність, яка спрямована на максимальне задоволення потреб пацієнтів у ЛЗ і ВМП та досягнення цілей аптеки через вивчення й створення попиту і прискорення потокових процесів при зменшенні сукупних витрат аптеки [80]. Тому важливим є реалізації стратегії логістичного обслуговування пацієнтів у системі фармацевтичного обслуговування.

Ураховуючи тенденцію до зміщення фокусу фармацевтичної діяльності, первинно зосередженого на забезпеченні ЛЗ, на наданні допомоги пацієнтові під логістичним обслуговуванням у фармації (Logistics Services

Pharmacy, LSP) розуміють процес створення блага шляхом реалізації комплексу (семи правил, 7R) логістики [69] (рис. 1.1), а саме: необхідному пацієнту (right patient, R1) необхідні ЛЗ (right drug, R2) необхідної дози (right dose, R3) необхідної якості (right quality, R4) необхідної вартості (right price, R5) у необхідному місці (right place, R6) та у необхідний час (right time, R7).

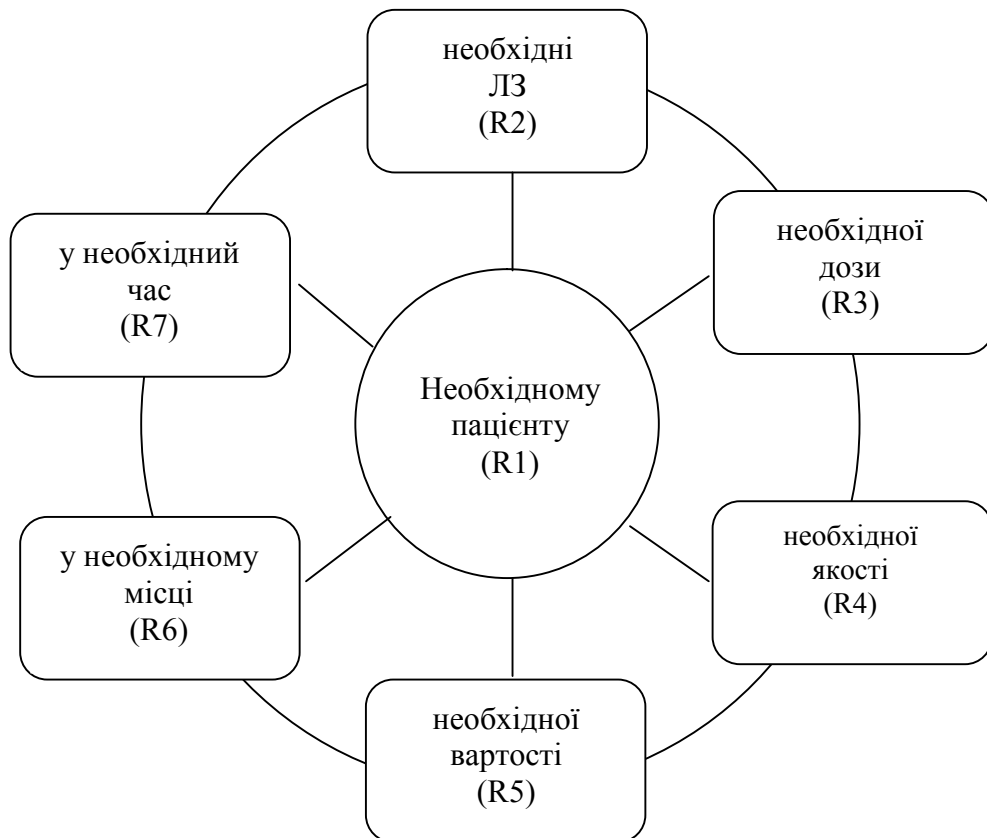


Рис. 1.1. Модель логістичного обслуговування у фармації з погляду фокусування на допомозі пацієнту

Джерело: [69]

При цьому елементи цього комплексу найповніше реалізуються ФФ в аптеці на відміну від лікарів стаціонарних і поліклінічних відділень ЛПЗ, які впроваджують у практику медичного обслуговування відповідно R1-R3, R6 і R7 та R1-R4, R6 і R7 елементи комплексу логістики (рис. 1.2).

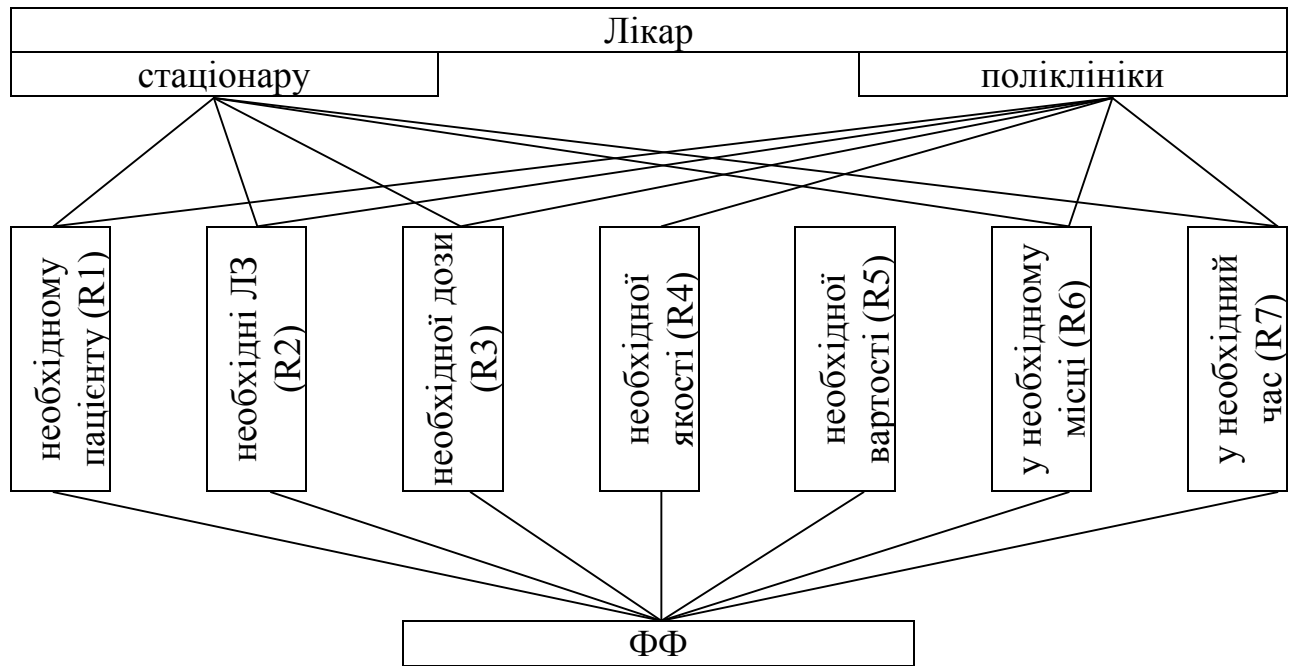


Рис. 1.2. Модель логістичного обслуговування з погляду фокусування на пацієнті

Джерело: власна розробка

Декомпозиція комплексу логістичного обслуговування уможливила отримання ієрархічної структури його проблемних питань [79], а саме для:

- R1 – комплаєнс хворого, фармакогенетичний парадокс, етнічний поліморфізм, гендерна специфічність ЛЗ, рідкісні хвороби, тріада проблем призначення ЛЗ;

- R2 і R3 – дефектура ЛЗ, відсутність актуальних ЛЗ для ФТ багатьох хвороб, недостатність ЛЗ для дітей, відсутність коштів у ЛПЗ на закупівлю необхідних ЛЗ, ліко-пов'язані проблеми, резистентність;

- R4 – наявність ЛЗ, терапевтична ефективність яких не доведена рандимізованими клінічними дослідженнями та яким обмежено медичне застосування, біодоступність ЛЗ, біоеквівалентність генеричних ЛЗ, фальсифікація ЛЗ, постановка контролю якості ЛЗ;

- R5 – різна економічна доступність ЛЗ, незабезпеченість конституційних гарантій щодо безоплатної медикаментозної допомоги в

державних (комунальних) ЛПЗ, не запровадження обов'язкового медичного страхування;

– R6 – різна лояльність відвідувачів щодо аптек, низька фізична доступність лікарського забезпечення для сільських жителів та екстемпоральних ЛЗ для населення;

– R7 – чинники обслуговування та прийому ЛЗ (хронофармакологія).

Питання логістичного обслуговування в аптеках знайшло відображення в ряді наукових досліджень. Так, висвітлено основні системи ефективного управління товарними запасами аптек, роль логістики в побудові формулярної системи і Національної лікарської політики [76].

Визначено науково-практичні засади управління товарорухом ЛЗ в комунальних аптечних організаціях на засадах логістичного менеджменту і менеджменту якості для повнішого і своєчасного задоволення потреб населення в якісних і доступних за ціною ЛЗ [14].

Узагальнено теоретичні положення та розроблено комплексні практичні і методичні рекомендації стосовно створення умов для розвитку і широкого застосування концепцій логістики в діяльності аптечних мереж та формування логістичних центрів [238]. З погляду логістичного управління вивчено особливості транспортування ЛЗ і ВМП в межах регіональної аптечної мережі [50].

Розкрито недоліки реалізації логістичних функцій в аптеках [439]:

- неправильне управління запасами;
- наднормативні втрати;
- інтенсивна фізична праця;
- тривалі цикли закупівель;
- неправильна організація повернення ЛЗ;
- невміле використання технології штрих-кодування.

Представлено методіку автоматизованого управління запасами ЛЗ і ВМП в аптеці закладу охорони здоров'я. Показано порядок розрахунків рівня

запасів і точки відновлення замовлення на прикладі конкретного ЛЗ [1]. Опрацьовано алгоритм управління інформаційними потоками в аптечній мережі [142].

Запропоновано логістичний алгоритм дій ФФ аптек, що мають відношення до зберігання термолабільних лікарських препаратів на 4-му рівні «холодового ланцюга» [39].

З використанням логістичних підходів запропоновано рекомендації для розробки Робочої інструкції про порядок зберігання та повернення з аптеки постачальникам забракованих ЛЗ і ВМП і Стандартних операційних процедур про порядок приймання в аптеці ЛЗ та здійсненні приймального контролю [19].

Проаналізовано способи оптимізації черг в аптеках, які впливають на якість фармацевтичного обслуговування населення та лояльність відвідувачів аптек. Показано використання для зменшення черг аптеки додаткового персоналу в «години пік», впровадження автоматизації бізнес-процесів, штрих-кодування, інтернет-бронювання та інші логістичних технології [152].

Сьогодні в межах регіональної логістизації споживачі мають можливість вибору саме тієї аптеки, яка значною мірою задовольняє їх потреби у придбанні ЛЗ і ВМП. Від розуміння ФФ бажань пацієнтів (одужати) і потреб (придбати ЛЗ, який задовольняє за співвідношенням «ціна - якість») залежить кількість постійних відвідувачів аптеки та відповідно рівень її прибутковості.

Вивчення споживчих переваг допомагає зрозуміти механізм ухвалення рішення про вибір аптеки, оскільки кожен відвідувач - індивідуум і відрізняється від іншого за багатьма параметрами - в усіх свої пріоритети і критерії.

Проведено низку досліджень, результати яких відображали поведінкові характеристики відвідувачів аптек. Серед них ініціативне дослідження бюро

маркетингових технологій «Брюс» (обсяг вибірки - 1 тис. осіб із Донецька), компанії “Inspire metamarketing” (загальний обсяг вибірки - 174 особи з Одеси й Іллічівська) та компанії “GfK Ukraine” (вибірка становила 1 тис. осіб з усіх регіонів країни) [165, 175, 279].

У ході цих досліджень, з одного боку, вивчали думку пересічного громадянина держави або окремого мегаполіса, з другого - вони були спрощеним соціологічним дослідженням незначної частини жителів мегаполіса та міста обласного підпорядкування.

Відсутність в даний час чіткого контролю за розміщенням роздрібно-аптечної мережі призводить до того, що в цілому ряді мегаполісів замість максимального наближення до населення аптеки концентруються в основному в центрі міст і місцях загальноміського призначення [236]. Така надмірна концентрація аптек призводить до значного їх видалення від споживачів в інших мікрорайонах мегаполісу.

Поліфункціональність структури великого міста визначає важливість моніторингу споживчих переваг у масштабах окремого мікрорайону, тому прикладне соціологічне дослідження, спрямоване на вивчення конкретного соціуму (мікрорайону), конкретних об'єктів (відвідувачів аптек) і розв'язання певних соціальних проблем (рівень логістизації ФП), є актуальним.

До теперішнього часу в Україні і за кордоном не проводилися системні дослідження з вивчення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів, ФП та НАП, а також логістичного обслуговування пацієнтів, місії і вимог НАП та професійних ролей ФФ як актуальних науково-практичних напрямків фармації.

Важливість таких досліджень полягає, насамперед, в тому, що вони уможливають виявлення проблем і особливостей фармацевтичної галузі з позиції багатоаспектності та дозволять прийняти раціональні управлінські рішення і опрацювати рекомендації для практичного функціонування.

Виклади першого розділу дисертації найшли відображення у монографії «Фармацевтична логістика : фокус на допомозі пацієнту» [79].

ВИСНОВКИ

1. Охарактеризовано тенденцію становлення концепції ФД, як інноваційного напрямку у ФП, роль ВООЗ і МФФ у її розвитку та особливості реалізації такої діяльності у ряді розвинених країн.

Показано основні досягнення в розвитку ФЛ як теорії управління потоковими процесами фармацевтичної галузі. Зазначено важливість належної логістизації регіональних фармацевтичних систем із страхувального і розвиваючого поглядів.

Визначено переваги налагодження ефективної системи логістичного обслуговування відвідувачів аптек.

2. Встановлено, що не знайшло належного висвітлення в науковій літературі питання фармацевтичної діагностики:

- становлення ФП в Україні;
- думок фармацевтичної спільноти щодо місця та перспектив СФ в системі вітчизняної охорони здоров'я;
- рівня взаємного сприйняття двох суб'єктів процесу ФД - пацієнта і ФФ (провізора аптеки);
- теоретичних положень широкого кола питань, які відносяться до визначення соціально-економічної природи нейроекономіки та її складових з погляду фармації;
- ситуацій, які виникають через існування АІ у процесі ФП.

Крім цього, актуальним і доцільним є:

- дослідження рівня логістизації ФП окремих регіонів, як цілісної, структурованої, адаптивної фармацевтичної системи;

– моніторингу споживчих переваг щодо аптек з погляду логістики у масштабах окремого мікрорайону мегаполіса;

– вивчення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів, ФП та НАП, а також логістичного обслуговування пацієнтів, місії і вимог НАП та професійних ролей ФФ як актуальних науково-практичних напрямків фармації.

РОЗДІЛ 2

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ НАПРЯМКУ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ТА ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Вибір напрямку і загальної методології дослідження

Огляд літературних джерел висвітлив необхідність визначення та впровадження обгрунтованих науково-практичних підходів до удосконалення ФП в Україні, яке неможливе без врахування національних особливостей її розвитку.

Сучасна фармація являє собою дуже складний комплекс і, зважаючи на свою соціально-медичну орієнтованість, глибоко зачіпає всі сторони життя людини і суспільства. Вона, будучи складною соціально-економічною системою і специфічним сектором галузі охорони здоров'я, покликана виконувати найважливішу соціальну функцію – збереження та поліпшення здоров'я населення внаслідок надання висококваліфікованої ФД. Ця функція належним чином реалізується в межах ФП, зокрема в аптеках шляхом персональної діяльності ФФ, які покликані забезпечити громадян і ЛПЗ усім асортиментом ЛЗ і ВМП.

За останні десятиліття соціальна роль ФФ еволюціонувала від посередника і постачальника фармацевтичної продукції до постачальника послуг та інформації і, зрештою, до професійної ролі фахівця, який забезпечує ФД пацієнту. Роль ФФ все більш полягає у забезпеченні того, щоб ФТ хворих відповідала показанням за умов найбільшої ефективності, доступності, безпечності і зручності для пацієнта.

На практиці виникає потреба в деталізації соціальних ролей ФФ та дослідження особливостей формуванні громадської думки про них ЗМІ. Важливого значення набуває визначення проблемних питань ФП та удосконалення системи фармацевтичного обслуговування, яка має

результативніше реагувати на швидко змінюване ринкове оточення і відповідати вимогам пацієнтів щодо її надійності, гнучкості та зручності. У цьому процесі важлива роль належить ефективно організованому логістичному обслуговуванню та аптечному нейромаркетингу, а також мінімізації впливу АІ.

Тому основною ідеєю цієї дисертації є намір продемонструвати, що ФП, ФЛ, нейроеконіміка та соціальні ролі ФФ не повинні розглядатися нині самі по собі, а з погляду системного та комплексного підходів.

Напрямок нашого дисертаційного дослідження пов'язаний з Основними концептуальними напрямами реформування системи охорони здоров'я, затвердженими Постановою КМ України від 17.02.2010 р. № 208, та Концепцією розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр., затвердженою наказом МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. (у редакції наказу МОЗ України № 242 від 27.03.2013), а також Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я (проект).

Так, Постановою КМ України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» затверджено основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я, в тому числі фармацевтичного сектору [247]. Зокрема визначено, що покращення стану забезпечення населення ЛЗ і ВМП передбачає:

- включення до клінічних протоколів генеричних ЛЗ, що входять до Національного переліку ЛЗ і ВМП та мають доведені біоеквівалентність і терапевтичну ефективність;
- розширення переліку ЛЗ і ВМП, що відпускаються виключно за рецептом;
- створення єдиної інформаційної бази даних про ЛЗ і ВМП, що перебувають в обігу.

Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки [203] має на меті перевести всі відносини, що

виникають при здійсненні фармацевтичної діяльності, у контрольований, адресний, з чітко визначеним суб'єктним складом та чітким розмежуванням прав, обов'язків і відповідальності учасників, їх характер значною мірою може бути досягнутий в рамках переведення цих відносин в систему господарсько-правового регулювання, у сферу дії господарсько-правових засобів державного регулювання з врахуванням реально функціонуючих господарських відносин та соціальної специфіки їх реалізації.

Крім цього, Концепцією розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки визначаються засади, виходячи з яких забезпечується дієвість та ефективність стандартів, формуються вимоги:

- до кожної ланки обігу ЛЗ: хіміко-фармацевтичної, технологічної, випробування, допуску їх з метою застосування;
- до забезпечення відтворюваності і незмінності визначених при створенні та випробуванні властивостей ЛЗ під час зберігання та доставки їх до пацієнта.

При цьому, важливими елементами системи регламентації призначення та застосування ЛЗ є:

- втілення стандартів обслуговування населення, фармацевтичних послуг на основі НАП;
- розвиток ФД пацієнтам як основи відповідального самолікування та безрецептурного відпуску ЛЗ;
- формування переліку безрецептурних ЛЗ.

Проектом Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я визначено пріоритетом забезпечення ефективної фармацевтичної політики через:

- впровадження і контроль дотримання стандартів, правил і норм системи забезпечення якості та доступності ЛЗ;

– надання медико-фармацевтичних послуг на основі дотримання принципів виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистриб'юторської (GDP), аптечної (GPP) та інших належних практик відповідно до вимог нормативного регулювання ЄС [257].

На основі аналізу наукових публікацій та результатів власних досліджень була опрацьована загальна методика дослідження, основна мета якого досягалася шляхом виконання завдань по кожному з п'яти етапів (рис. 2.1).

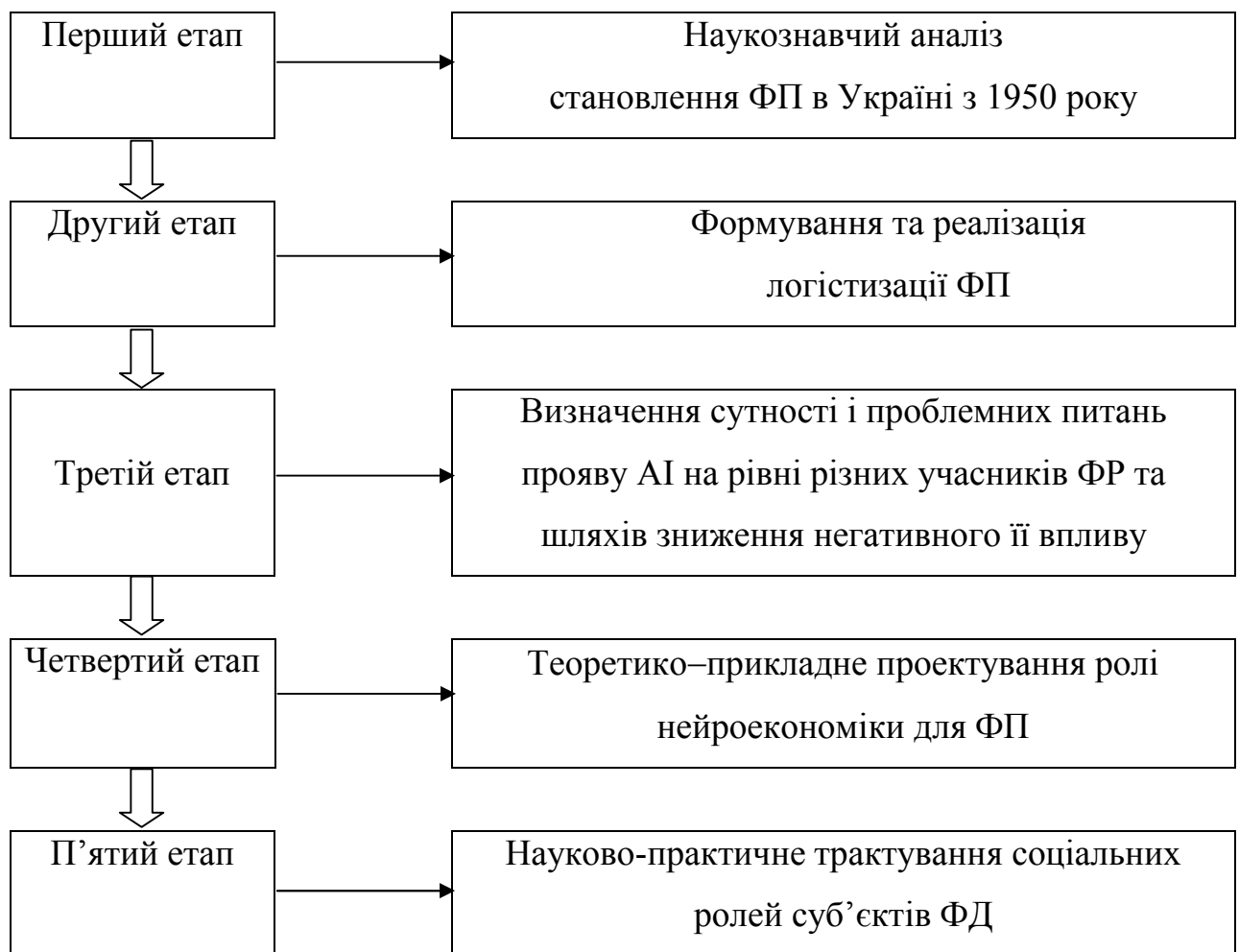


Рис. 2.1. Етапи наукового дослідження

Джерело: власна розробка

Перший етап полягав у наукознавчому аналізі становлення ФП в Україні з 1950 року як соціального інституту та особливої форми діяльності, ідентифікації специфіки категорій «ФД», виявленні взаємозв'язку логістичного обслуговування з концепціями ФП і НАП, місією і вимогами НАП та професійними ролями ФФ.

Другий етап стосувався комплексної оцінки стану ФП на підставі логістичного і регіонального підходів та вивчення споживчих уподобань щодо вибору аптеки в умовах окремого мікрорайону мегаполіса під кутом логістики, орієнтованої на споживача (ЛОНС).

На третьому етапі, визначено сутність і проблемні питання прояву АІ на рівні різних учасників ФР (державного управління, обігу та споживання ЛЗ і ВМП, інформування про ринок, підготовки ФФ, саморегулювання ринку) та шляхи зниження негативного її впливу.

Далі, на четвертому етапі здійснено теоретико-прикладне проектування ролі нейроекономіки для ФП шляхом теоретичного осмислення змістовного наповнення і складових нейроекономіки та визначення особливостей її управлінських рішень для фармації, зокрема пропозиції комплексу пропозицій щодо вдосконалення аптечного нейромаркетингу.

П'ятий етап присвячувався науково-практичному трактуванню соціальних ролей суб'єктів ФД через дослідження засадничих аспектів СФ та еволюції поля соціальних (професійних) ролей ФФ, а також самоідентифікації пацієнтами і ФФ свої соціальних ролей.

Теоретичною основою дисертаційного дослідження були:

- методологія наукового пізнання, тобто філософське вчення про систему методів наукового пізнання і перетворення реальної дійсності, а також вчення про застосування, принципів, категорій, законів діалектики і науки до процесу пізнання і практики в інтересах набуття нових знань [15];
- фундаментальні положення організації ФП населенню в сучасних умовах як комплексу організаційно-економічних, медико-фармацевтичних і

соціально-суспільних заходів, спрямованих на збереження, поліпшення та усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей з використанням ЛЗ і ВМП [214] шляхом забезпечення населення належними ЛЗ, реалізації належної фармацевтичної етики та деонтології, належної системи ліко-пов'язаних проблем, належної ФО та її елементів: фармацевтичної діагностики, фармацевтичної профілактики та фармацевтичної інформації [227].

2.2 Об'єкти, предмет, методи і методики дослідження

Об'єктами дослідження був стан ФП та логістичного обслуговування; механізми АІ та нейроекономіки, відвідувачі аптек, ФФ, а предметом дослідження - теоретичні питання, основні принципи, методи і практичні аспекти організації ФД населенню.

Інформаційну та фактологічну базу дослідження становили наукові праці визнаних зарубіжних і вітчизняних учених, що присвячені проблемам, пов'язаних з розвитком ФП, а також інформаційний потік з питань понятійно-термінологічного апарату АІ та прикладних нейронаук.

Вихідними даними слугував зміст:

– публікації трьох професійних періодичних видань загальнодержавного рівня (Провизор, Рецепты аптечных продаж, Еженедельник Аптека) за 2010-2014 рр.;

– повідомлень 15 СПГ національного рівня (Аргументы и факты в Украине, Газета по-українськи, Голос України, Демократична Україна, День, Дзеркало тижня, Еженедельник 2000, Известия в Украине, Комсомольская правда в Украине, Сегодня, Сільські вісті, Профспілкові вісті, Україна молода, Урядовий кур'єр, Факты и комментарии), що вийшли 15 вересня 2012 року або напередодні (всього перегляд 19 номерів СПГ);

– теленовин прайм-тайму восьми провідних українських телеканалів (1+1, Інтер, ICTV, Новий канал, Україна, Перший національний, ТВі, Телеканал новин «24») за 14-16 серпня 2012 року (усього переглянуто 21 випуск теленовин);

– повідомлень в СПГ щодо найбільш резонансних випадків виявлення фальсифікованих ЛЗ в Україні, які датуються серпнем 2010 р. (м. Васильків Київської обл.) та листопадом 2012 р. (м. Львів Львівської обл.). Усього було проаналізовано 432 номери 15 СПГ національного рівня (Аргументы и факты в Украине, Газета по-українськи, Голос України, Демократична Україна, День, Дзеркало тижня, Еженедельник 2000, Известия в Украине, Комсомольская правда в Украине, Профспілкові вісті, Сегодня, Сільські вісті, Україна молода, Урядовий кур'єр, Факты и комментарии) за відповідні періоди;

– інформації Міністерства юстиції України про реєстрацію ГО та даних офіційних сайтів низки ОФП і ГО (усього дані щодо 57 організацій) [10-13, 32-38, 47, 113, 187, 217, 260, 261, 293, 341];

– публікацій у періодичному фаховому виданні «Еженедельник Аптека» за 2013 рік (усього переглянуто 509 номерів щотижневика);

– текстів 8 ІМЗ ТМ Небівололу за даними електронної бази Державного реєстру ЛЗ [90];

– соціологічних досліджень 439 відвідувачів 45 аптек та їх структурних підрозділів одного з мікрорайону м. Одеса (було роздано 500 анкет); 301 пацієнта м. Одеси (було роздано 350 анкет); 22 викладачів ЛНМУ та ОНМедУ, які проводять підготовку з фармацевтичних управлінсько-економічних дисциплін під час дипломної підготовки і первинної спеціалізації (інтернатури) провізорів; 294 відвідувачів аптек м. Львів і м. Одеса; 195 провізорів м. Львів і м. Одеса; 89 студента першого курсу фармацевтичного факультету ЛНМУ та ОНМедУ, а також зібрані автором у процесі спеціально організованих спостережень.

Для постановки проблеми і вивчення об'єктів дослідження використані методи [225]:

– системний – метод, при якому предмет (явище), що вивчається, розглядається як елемент цілісного об'єкту або як цілісний об'єкт, в який об'єднана впорядкована сукупність взаємопов'язаних і функціонально взаємодіючих елементів, що і визначають його характер;

– спостереження – метод безпосереднього сприйняття предметів і явищ з допомогою органів відчуття без втручання зі сторони дослідника;

– порівняння – метод, завдяки якому предмет (явище), що вивчається, характеризується через співвідношення, вимірювання, зіставлення з іншими одноякісними предметами або явищами. Зазвичай порівняння проводять із відомими предметами (явищами), які виконують роль еталонів певних властивостей або ознак, тобто нормами, нормативами, цінами, середніми даними тощо;

– вимірювання – метод визначення числового значення певної величини за допомогою одиниці виміру. Вимірювання передбачає наявність таких основних елементів: предмету (явища) вимірювання, еталона, вимірювальних приладів, методу вимірювання;

– експерименту – метод вивчення предмету (явища), за яким дослідник активно й цілеспрямовано впливає на нього завдяки створенню штучних умов або використанню природних умов, необхідних для виявлення відповідної властивості;

– аналізу – метод розчленовування або розкладання предметів (явищ) на складові частини;

– синтезу – метод з'єднання окремих сторін предмета (явища) в одне ціле.

Для впорядкування і уточнення термінології в понятійному апараті нейроекономіки використано методи контекстного аналізу тексту та моделювання термінів у мові науки, сутність яких у визначенні загального

поняття, в якому відображається головна, основна характеристика об'єктів даного класу, в утворенні нових наукових понять, формулювання законів і теорій [135].

Для дослідження взаємозв'язку логістичного обслуговування з концепціями ФП, НАП та професійними ролями ФФ використано моделювання, тобто відображення певним чином в матриці, схемі, взірці тощо характерних ознак об'єкту, який досліджується. Використовували аналогові моделі, тобто такі, які поводять себе так, як реальні об'єкти, але зовнішньо на них не схожі [177].

Вивчення професійних ЗМІ, СПГ і новинних передач на телеканалах здійснювали за допомогою методу контент-аналізу, тобто якісно-кількісного методу обробки значних обсягів інформації шляхом моніторингу текстових джерел за змістом, який характеризується об'єктивністю висновків і строгістю процедури та полягає у квантифікаційній обробці тексту з подальшою інтерпретацією результатів [278].

Для опитування громадської думки користуватись спрощеною формулою розрахунку простої імовірнісної вибірки ($P=0,954$), яка показана у разі, якщо генеральна сукупність більша від 5000 одиниць (населення м. Одеса і м. Львова віком від 16 років на 01.01.2014 р. склало менше 870 тис. та 760 тис. осіб [264]):

$$n = 1 / \Delta^2, \quad (2.1)$$

де n – обсяг вибіркової сукупності, Δ – частка заданої похибки вибірки [222].

Гранична похибка вибірки у випадку соціологічного дослідження:

- 439 відвідувачів аптек м. Одеси становила $\pm 0,048$ або $\pm 4,8$ %;
- 301 пацієнта м. Одеси – $\pm 0,058$ або $\pm 5,8$ %;
- 105 відвідувачів аптек м. Львів – $\pm 0,097$ або $\pm 9,7$ %, а 189 відвідувачів аптек м. Одеса – $\pm 0,073$ або $\pm 7,3$ %.

Таким чином, одержані результати опитування громадської думки відображають досліджувану дійсність в межах звичайної міри надійності ($\Delta = 3-10\%$) [24].

Оптимальний обсяг вибірки ФФ для анкетного опитування визначали за формулою безповторного відбору А.Н. Колмогорова та співавторів [282]:

$$n \cdot p > 4, \quad (2.2)$$

де n – число спостережень; p – імовірність помилки.

Позаяк в соціологічних дослідженнях допускається помилка $p=0,05$, то має бути щонайменше 81 спостереження. Таким чином, число опитаних ФФ у процесі дослідження як загалом, так і за окремими групами можна вважати достатньо репрезентативним.

Для визначення мінімальної кількості експертів (N_{min}) для оцінки логістизації регіонального фармацевтичного ринку, достатньої для зазначеного показника достовірності, була використана формула [40]:

$$N_{min} = 0,5 \times (3 / \alpha + 0,5), \quad (2.3)$$

де α – допустима похибка результатів експертного оцінювання.

Згідно з проведеними розрахунками за формулою 2.3, мінімальна кількість експертів повинна складати 33 особи. До зазначеного експерименту було залучено 61, 52, 44 та 66 експертів, тобто проведене дослідження можна вважати достовірним.

Достовірність проведеного дослідження була встановлена на рівні 95% ($\alpha = 0,05$).

Для визначення ступеня узгодженості думок експертів використовують коефіцієнт конкордації М. Кендалла за формулами [52]:

$$W = \frac{12}{m^2(n^3 - n) - m \sum_{j=1}^m T_j} \times \sum_{j=1}^n \left(\sum_{i=1}^m x_{ij} - \frac{m(n+1)}{2} \right)^2, \quad (2.4)$$

при цьому

$$T_j = \sum_{k=1}^{H_j} (t_k^3 - t_k), \quad (2.5)$$

де m – число експертів, n - кількість факторів,

$\sum_{i=1}^m x_{ij}$ – сума рангів фактору під номером i ;

T_j – показник зв'язаних рангів в ранжуванні j -го експерта,

H_j – число груп однакових рангів в ранжуванні j -го експерта, t_k – число однакових рангів в k -ій групі зв'язаних рангів при ранжуванні j -тим експертом.

Коефіцієнт конкордації W змінюється в діапазоні від нуля до одиниці ($0 \leq W \leq 1$), причому при $W=0$ спостерігається повна неузгодженість, при $W=1$ – повна єдність думок експертів.

Для перевірки значущості коефіцієнта конкордації при заданому рівні значущості α (0.1;0.05;0.01) обчислюють фактичне $\chi_{\phi}^2 = m(n-1)W$ і критичне $\chi_{кр}^2 = m(n-1, \alpha)$ (за таблицями критичних точок Пірсона) значення.

Якщо $\chi_{\phi}^2 > \chi_{кр}^2$, тоді ранговий зв'язок між думками m експертів вважають значущим, коефіцієнту конкордації можна довіряти і отримані на його основі висновки справедливі.

Якщо $\chi_{\phi}^2 < \chi_{кр}^2$, тоді приймають гіпотезу про відсутність рангового кореляційного зв'язку між думками всіх експертів.

Автоматизований аналіз експертних оцінок проводили за допомогою програми *Expertus*, яка доступна в он-лайн режимі на сторінці <http://stat.adfarm.com.ua/table.php>.

В якості об'єктів дослідження виступили аптеки м. Одеси. Всього досліджено 111 аптек. Для розрахунку граничної похибки вибірки Δ використали формулу безповторної вибірки [294]:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot \sigma^2}{t^2 \cdot \sigma^2 + N \cdot \Delta^2}, \quad (2.6)$$

де n – кількість аптек, яка необхідна для дослідження (при ймовірності $P = 0,954$ і дисперсії вибіркової сукупності $\sigma^2 = 0,25$); t – квантиль розподілу ймовірностей, який визначається за табличними значеннями функції $\Phi(t)$ і для значення ймовірності $P = 0,954$ дорівнює 2; N – загальна кількість аптек у м. Одеса, яка за даними Державної служби лікарських засобів в Одеській області на 01.01.2014 р. становила 705 одиниць; Δ – гранична похибка вибіркової сукупності.

У нашому випадку гранична похибка вибірки становила $\Delta = \pm 0,087$ або $\pm 8,7\%$, тобто одержані результати відображають досліджувану дійсність в межах звичайної міри надійності ($\Delta = 3\text{--}10\%$) [24].

Для кількісної оцінки щільності зв'язку застосовували лінійний коефіцієнт кореляції (r). Якщо задані значення змінних X та Y , то він розраховується за формулою [268]:

$$r_{XY} = r_{YX} \frac{\overline{XY} - \bar{X} \cdot \bar{Y}}{\sigma_X \cdot \sigma_Y}. \quad (2.7)$$

Коефіцієнт кореляції набуває значення від -1 до $+1$. Якщо $|r| < 0,30$, то зв'язок між ознаками слабкий; $0,30 \leq |r| \leq 0,70$ – помірний зв'язок; $|r| > 0,70$ – сильний або щільний зв'язок.

Коли $|r| = 1$ – зв'язок функціональний. Якщо $|r| \approx 0$, то лінійний зв'язок між X та Y відсутній.

З метою комплексної характеристики нейроекономіки та її структуризації, а також АІ на рівні споживання у вигляді аналогової моделі використано метод формалізації, тобто відображення об'єкта або явища у знаковій формі якої-небудь мови (наприклад, математики) і забезпечення можливості дослідження реальних об'єктів та їх властивостей через формальне дослідження відповідних знаків [225].

При зборі первинних соціологічних даних використовували регіональний підхід та вибіркоче очно-заочне опитування, тобто метод збирання первинної інформації, що передбачає зв'язування позицій людей, їх

поглядів на ті чи інші проблеми на підставі їх відповідей на заздалегідь підготовлені запитання [62]. Інструментами збору даних були анкети:

- оцінювання факторів регіонального ФР (додаток А);
- моя думка про аптеку (додаток Б)
- розуміння ІМЗ ЛЗ (додаток В);
- вивчення особливостей нейромаркетингу в аптеці (додаток Д);
- з питань СФ (додаток Е);
- опитування студентів (додаток Ж);
- опитування ФФ (додаток З);
- опитування відвідувачів аптек (додаток И).

Параметри дизайну конкретного дослідження наведені у відповідних розділах дисертації.

Для вивчення, групування, порівняння, оцінки та інтерпретації фактичних даних аптечного нейромаркетингу, а також обробки результатів аналізу ЗМІ та соціологічних досліджень використано методи математичної статистики, головними рисами яких є масове спостереження, групування і зведення отриманих результатів, розрахунок і аналіз узагальнюючих показників. Їх інструментами є складання та аналіз рядів динаміки, використання коефіцієнтів та індексів, тобто відносних величин, що отримують шляхом порівняння відносних величин в часовому періоді, вибірковий, кореляційний і графічний методи [268, 369].

З метою інтерпретації результатів дослідження становлення ФП, взаємозв'язку її з ФЛ, НАП та соціальними ролями ФФ використаний метод узагальнення – логічний процес і результат уявного переходу від одиничного до загального, від менш загального до більш загального, розсуду єдиного в розмаїтому, загального в одиничному, закономірного у випадковому, а також об'єднання предметів за схожими властивостями або зв'язками в однорідні групи [15].

Зв'язок наукової проблеми, мети, об'єктів, предмету і методів

дисертаційного дослідження узагальнено на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Зв'язок наукової проблеми, мети, об'єктів, предмету і методів дослідження

Джерело: власна розробка

Математична обробка даних дисертаційного дослідження проводилась на ЕОМ з використанням електронних таблиць Microsoft Excel 7.0.

Таким чином, виходячи з мети, об'єктів і предмету наукового дослідження, нами в цілому сформовано програму організування та виконання дослідження, яка включає загальнонаукові методи і спеціально опрацьовані методичні підходи та програмне комп'ютерне забезпечення обробки отриманих наукових даних.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ЛОГІСТИЗАЦІЇ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ

За даними різних науковців логістизація це:

- комплекс необхідних логістичних перетворень у діяльності діючих господарських або яких-небудь інших громадських структур для поліпшення результатів цієї діяльності [134];
- тотальна організація логістичних систем і ланцюгів на основі теорії логістики або спонтанний та / або цілеспрямований процес поширення (впровадження) логістичного підходу до оптимізації розвитку організаційно-економічної діяльності (підприємництва, комерційної), в національній чи світовій економіках [276];
- процес реорганізації існуючої системи управління потоками, заснований на застосуванні загальних принципів логістики, інтеграції та координації функцій всіх учасників ланцюга «постачання сировини - виробництво - збут - розподіл» [155];
- у вузькому розумінні - процес впровадження нових або модифікації вже існуючих інструментів управління потоками і потоковими процесами на підприємстві, заснованих на принципах сучасної логістики; у широкому розумінні – процес впровадження принципів логістики в людській діяльності шляхом перетворення діючих систем управління потоками і потоковими процесами (і не тільки в економічній сфері) [127];
- оптимізація управління потоками за допомогою інтеграції окремих ділянок логістичного процесу в ефективну систему, що забезпечує доставку необхідного товару, сировини, отримання інформації, забезпечення фінансовими ресурсами і кваліфікованими кадрами [368].

Аналіз різних визначень поняття «логістизація» показав, що більшість авторів сходиться на тому, що воно характеризує процес впровадження логістики в існуючу систему управління потоковими процесами (як на рівні підприємств, так і галузей та економіки в цілому), основною метою якого є формування повноцінних логістичних систем [127].

Ураховуючи зазначене, ми вважаємо за необхідне уточнити поняття «логістизація» для ФП.

На нашу думку, логістизація ФП – це процес вдосконалення діючих форм і методів фізичного розподілу ЛЗ і ВМП, а також впровадження нових інструментів управління потоковими процесами фармацевтичної організації (регіону чи галузі в цілому), заснованих на логістичних принципах, які зачіпають не тільки матеріальний, але й фінансовий, кадровий та інформаційний потоки.

3.1 Наукознавчий аналіз становлення фармацевтичної практики в Україні (1950 рік – наші дні)

ФП (Pharmaceutical Practice, PrP) – сукупність усіх видів діяльності та послуг, що здійснюються ФФ у системі охорони здоров'я, зокрема у межах аптечних закладів та персональної діяльності ФФ. Вона, на думку [214, 400], включає в себе порядок відпуску ЛЗ, забезпечення обігу ЛЗ, фармацевтичне обслуговування та ФД (ФО).

Трансформація змісту та форм надання ФП в Україні за останні десятиліття здійснювалися відповідно до змін політичних, економічних, науково-технічних та інших чинників зовнішнього організаційного середовища. Тому актуальним, на нашу думку, було вивчення ФП, з погляду еволюції її змісту і форм у процесі розвитку вітчизняної фармацевтичної галузі [227].

Результати проведеного наукознавчого аналізу публікацій фармацевтичного профілю дозволили змодельовати процес становлення ФП в Україні з 50-х років минулого століття у вигляді шести етапів.

Як видно з даних рис. 3.1, перший етап її розвитку характеризувався впровадженням однієї з форм організації праці та фармацевтичного обслуговування пацієнтів - доставки ЛЗ додому тяжкохворим, інвалідам, матерям із грудними дітьми, самотнім пенсіонерам, хворим, що з якихось причин не могли відвідати аптеку або вдруге прийти за виготовленими ліками [44].

Власне доставці передував процес замовлення ліків. Воно приймалося телефоном, поштою, безпосередньо в аптеці, вдома у хворого. Телефонем замовлення здійснювали як лікарі, так і хворі. Останні могли замовляти телефоном лише безрецептурні ЛЗ, а лікар повідомляв в аптеку зміст рецепта (крім отруйних і наркотичних засобів) і адресу хворого. Доставка ЛЗ найчастіше здійснювалася працівниками аптек, а також членами родини хворого, сусідами, пенсіонерами, активом Червоного Хреста, школярами. У випадку, коли хворий був з периферії, замовлені ЛЗ могли надсилатися поштою [371].

В умовах дефіциту низки ЛЗ важливе значення мала реалізація безвідмовного методу обслуговування хворих (БМОХ), за яким факт відсутності в аптеці необхідного ЛЗ реєструвався в спеціальному зошиті або на поштовій листівці із зазначенням адреси хворого, якого письмово (листівкою) або телефоном сповіщали про одержання ЛЗ [107].

Великого значення почала набувати організація системи наукової інформації з фармації [168], для чого наказом МОЗ УРСР від 18.08.64 р. № АМ-13 затверджено положення про відділ інформації обласного аптечного складу [192].



Рис. 3.1. Модель розвитку фармацевтичної практики в Україні: КСУЯЛО – комплексна система управління якістю лікарського обслуговування.

Джерело: власна розробка

У цей період набуває поширення реклама в аптеках, оскільки вважалося, що вона покликана широко розповсюджувати відомості про

товари та їх властивості, популяризувати і сприяти впровадженню нових товарів у вжиток і допомагати формуванню попиту на них [87]. Першочерговим її завданням була популяризація ЛЗ, для чого найбільш доступним і зручним стало використання вітрин пристінних шаф і прилавків, у яких медикаменти та предмети догляду за хворими виставлялися для огляду [372].

На другому етапі розвитку ФП БМОХ поступово трансформувалася в метод адміністративно-командного розподілу (МАКР) ЛЗ дефіцитної групи. На зміну принципу, що при відсутності в аптеці необхідного ЛЗ хворий реєструвався в спеціальному зошиті або на поштової листівці з зазначенням його адреси, а при одержанні ЛЗ хворого сповіщали письмово (листівкою) або телефоном, прийшов принцип – лікарі повинні виписувати лише наявні ЛЗ (виключення – життєві покази). За призначення відсутнього в аптеці препарату лікарям вказували на надмірне захоплення ЛЗ, що закуповували в обмежених кількостях [195].

У цьому періоді були проведені перші в Україні науково-методологічні дослідження фармацевтичної інформатики, відбулося опрацювання низки фармацевтичних інформаційних мов і пошукових систем і запровадження до фармацевтичної теорії та практики методів інформатики [231].

Удосконалювалася система інформації про ЛЗ шляхом використання кабінетів фармацевтичної інформації при великих поліклініках і стаціонарах [240].

Обґрунтовувалося, що упаковка та гарний зовнішній вигляд ЛЗ відіграють велику роль у його рекламі. Пропонувалося розробити такі законодавчі акти, які виключали б саму можливість появи необґрунтованої та невірної реклами недоброякісних ЛЗ, а також провести чітку межу між пропагандою ЛЗ для спеціалістів-медиків і широкого кола населення. Вважалося, що рекламу необхідно будувати на науковій, етичній основі [348].

Позитивним стало використання для реклами та інформації про ЛЗ науково-практичних конференцій і семінарів медичних працівників, організація та проведення пересувних і постійно діючих виставок [122]. Велику роль відігравали стенди-вітрини, по кабінетний метод інформації, «Дні відкритих дверей» в аптеках. У останніх брали участь представники органів охорони здоров'я, професорсько-викладацький склад медінститутів, лікарі ЛПЗ, працівники аптечних управлінь. Їх також проводили за профілем лікарів – «День хірурга», «День терапевта» тощо [25, 216, 241].

На третьому етапі розвитку ФП відбувалося впровадження КСУЯЛО та її складової – методу бездефектної праці в аптеках [237].

Під КСУЯЛО розуміли сукупність технічних, організаційних, економічних та соціальних заходів, установлених стандартами і направлених на підвищення якості лікарського обслуговування населення. Цей стандарт фармацевтичного управління, вперше опрацьований у Львівській області [349], з'єднував в одне ціле усі сфери діяльності аптечного закладу: підсистему управління якістю обслуговування, підсистему управління якістю праці, підсистему управління якістю постачання, підсистему управління якістю ЛЗ, автоматизовану підсистему вивчення попиту і споживання, соціально-економічні аспекти комплексного управління якістю, інформаційне забезпечення тощо [301].

Цей період характеризувався нерівномірним постачанням низки ЛЗ медичною промисловістю, недоліками у визначенні потреби ЛЗ на плановий рік, яка на початок періоду задовольнялася лише на 57 % [31]. При моделюванні попиту виходили із ситуації «помірного» дефіциту, під яким розуміли такий процес, коли кількість відмов (за обсягом замовленого препарату або в натуральному вираженні поданих замовлень) не перевищує 40 % [176]. Тому на кінець етапу рівень задоволення потреби України в ЛЗ і ВМП становив 45–50 %, а за деякими препаратами - ще нижчий (25–30 %) [254].

З питань організації БМОХ було надіслано звернення до лікарів з вимогами не давати хворим усних рекомендацій та порад придбати ті або інші (здебільшого дефіцитні) ЛЗ, а використовувати у практиці лише наявний в аптеці асортимент медикаментів [308]. При цьому впровадження БМОХ здійснювалося шляхом створення резерву ЛЗ для окремих груп хворих, зокрема персонального закріплення за аптеками інвалідів Великої Вітчизняної війни.

З метою розвитку фармацевтичної інформатики була опрацьована типова система фармацевтичної інформації аптечного управління, обґрунтовано та змодельовано бази даних про ЛЗ, опрацьовано і впроваджено систему вузівської та післядипломної підготовки спеціаліста з фармацевтичної інформації та експериментальну модель автоматизованої інформаційно-довідкової системи результатів наукових досліджень у галузі фармацевтичної інформації, удосконалено інформаційне забезпечення про застосування ЛЗ [342].

Центри і кабінети фармацевтичної інформації та довідкові бюро стали важливою ланкою в БМОХ [31]. Проте роботу провізори-інформатори спрямовували, здебільшого, на створення такого положення, щоб лікарі при проведенні ФТ хворих використовували лише наявний в їх розпорядженні асортимент ЛЗ [31, 117].

Четвертий етап розвитку ФП ідентифікувався кризовими явищами для системи лікарського забезпечення населення в 1992–1993 рр. Основною проблемою була нестача валютних коштів на закупівлю імпортованих ЛЗ при низькому рівні вітчизняного виробництва [28]. У 1993 р. рівень задоволення потреб населення і ЛПЗ у ЛЗ становив 35 % [139]. Це спричинило деактуалізацію БМОХ і фармацевтичної інформації.

Переломним у розвитку фармацевтичної галузі став 1994 р., з якого почалося поступове збільшення реєстрації іноземних і виробництва вітчизняних готових ЛЗ [292]. При цьому у взаємовідносинах виробників ЛЗ,

лікарів, провізорів і пацієнтів започаткувалося домінування маркетингових комунікацій.

П'ятий етап розвитку ФП характеризувався стрімким розширенням асортименту зареєстрованих ЛЗ, кількості оптових фармацевтичних підприємств і аптек та їх відокремлених структурних підрозділів. Зазначене потребувало впровадження нової парадигми управління потоковими процесами в системі лікарського забезпечення - ФЛ [83].

Власне, було визначено її теоретичні положення, методологічні підходи до формування механізмів логістичного управління фармацевтичними підприємствами та опрацьовано практичні рекомендації щодо його здійснення [76]. Відбулося також обґрунтування логістичного обслуговування як процесу створення блага шляхом реалізації комплексу логістики: необхідному споживачу (пацієнту) необхідні ліки необхідної дози необхідної якості необхідної вартості у необхідному місці та в необхідний час [61].

У цей період відбулося впровадження систем управління якістю, зокрема, за вимогами поширеного міжнародного стандарту ISO 9001 – як універсальної управлінської моделі, що забезпечує належну якість фармацевтичних послуг з погляду їх кінцевого споживача та сприяє уніфікації підходів до управління фармацевтичними організаціями згідно з передовим міжнародним досвідом [75, 106, 158, 159].

У свою чергу, згідно з Постановою КМ України № 1419 від 28.10.2004 р., починаючи з 1 січня 2009 р., МОЗ України почало забезпечувати обіг ЛЗ відповідно до вимог належної виробничої, дистрибуторської, лабораторної та клінічної практики, гармонізованої з відповідними директивами ЄС і ВООЗ [248].

Важливим було впорядкування та уточнення понятійного апарату ФП шляхом запровадження ФД чи ФО, тобто комплексної програми взаємодії провізора і пацієнта (провізора і лікаря) протягом усього періоду

медикаментозної терапії, починаючи з моменту відпуску ліків до повного припинення їх дії [337].

За іншим визначенням ФО – це прийняття провізором (клінічним провізором) відповідальності перед конкретним пацієнтом за результати лікування ЛЗ, а також як комплексна програма взаємодії провізора (клінічного провізора), лікаря та пацієнта впродовж усього періоду ФТ, починаючи від моменту призначення чи відпуску ЛЗ до контрольованого фахівцем закінчення його дії [123].

За ще одним визначенням ФД (ФО) – це комплекс організаційно-правових і спеціальних (медико-фармацевтичних), соціально-економічних заходів, спрямованих на збереження здоров'я людей, профілактику захворювань, забезпечення ефективної ФТ з метою усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей незалежно від їх соціального й матеріального статусу в суспільстві, расової та національної приналежності, віросповідання, громадянства, віку, статевої приналежності, сексуальної орієнтації [214, 400].

Концепція ФД запропонована наприкінці ХХ ст. американськими вченими С.D.Helper & L.M.Strand [218]. Усі види послуг, що надаються з боку ФФ у рамках надання ФД (ФО) є фармацевтичним обслуговуванням (Pharmaceutical Services) [400].

Для кращого розумінні суті ФД (ФО) були опрацьовано змістовне навантаження двох її елементів:

– фармацевтичної діагностики, а саме: фармацевтичних досліджень раціональності ФТ хворих з метою оцінки правильності вибору схеми застосування конкретного ЛЗ або їх сукупності для індивідуального хворого з урахуванням чинників, що визначають вибір стратегії й тактики ФТ, купівельної спроможності хворого та існуючого стану ФР [373];

– фармацевтичної профілактики як комплексу заходів, які передбачають взаємодію провізора, пацієнта і, за необхідності, лікаря,

спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я, покращання якості життя, запобігання виникненню патологічних станів і захворювань, а при їх появі – на запобігання прогресуванню і погіршенню стану пацієнта, рецидиву захворювань та їх переходу у хронічну форму, а також можливим негативним або небажаним наслідкам (побічним ефектам, ускладненням, нераціональності) ФТ [374].

На підставі аналізу реалізації в Україні опрацьованих ВООЗ Правил ФО показано, що в аптеках не вимагається наявності файлів щодо нормативно-правових актів, які регламентують фармацевтичне обслуговування, зокрема запобігання розкриттю конфіденційної та особистої інформації пацієнта, передавання рецептів телефоном або електронною поштою, переведення рецептів з аптеки до аптеки, надання телефармацевтичних послуг, здійснення контролю фармацевтами за побічними реакціями [18]. Уперше в Україні були розроблені принципи ФО, спрямовані на хворих і медичний персонал при використанні ВМП [251].

Запропоновано прийняти нормативно-правові акти, які б регламентували запровадження ФО, чітко визначали її терміни і стандарти, права та обов'язки лікаря, провізора і пацієнта з питань надання ФО, їх відповідальність за порушення нормативно-правових основ щодо неї [17], а також опрацьовано моделі ФО [124].

З метою інформаційного забезпечення пацієнтів МОЗ України затвердило протоколи провізора (фармацевта), тобто ФО, при відпуску безрецептурних ЛЗ з приводу найбільш поширених захворювань [213], які сьогодні чинні в четвертій редакції [204].

Проведено аналіз історичних передумов й особливостей появи терміну «ФО», починаючи з 1970–тих років. Відслідковано ключову лінію еволюції трактування цього терміну – від теорії та практики соціально-професійної комунікації, зокрема, як компоненти практичної діяльності клінічного

фармацевта, до раціональності застосування ЛЗ і високодоказової інформації про ЛЗ та задоволеності пацієнта наданням фармацевтичних послуг [109].

У подальшому визначено основні концептуальні положення та характеристики ФО як складової ФП, а також фактори, які впливають на її якість; розроблено класифікацію ФО залежно від спрямування, місця реалізації, асортиментних груп фармацевтичної продукції, виду відпуску ЛЗ; виокремлено та охарактеризовано три етапи ФО на рівні провізора (клінічного провізора – КП) і відвідувача аптеки (хворого, його родичів і близьких): етап попередній, етап супроводження, завершальний етап [60]. При цьому, з погляду управління, під ФО почали розуміти:

- процес планування, організації, мотивування, контролю і регулювання ФТ хворих, які перебувають під амбулаторно–поліклінічним спостереженням і на стаціонарному лікуванні, за безпосередньої участі провізора (КП);

- міжособистісний комунікаційний процес на рівні провізора (КП) і відвідувача аптеки (хворого, його родичів і близьких), при домінуванні власне провізора внаслідок значно вищої його фаховості від відвідувача аптеки;

- партнерський комунікаційно-інформаційний процес на рівні лікар – провізор (КП), провізор – КП при наданні переваги медичному (у першому випадку) або фармацевтичному (в іншому випадку) персоналу.

Обґрунтовано, що ФО притаманні наступні характеристики [60]:

- неосязність;
- локальність;
- нематеріальність;
- неможливість зберігання;
- виробництво (надання) і споживання ФО одночасні;
- безповоротність реалізованої опіки;

- ґрунтується на індивідуальному підході до кожного окремого відвідувача аптеки на всіх її етапах реалізації;
- відвідувачі аптеки є активними її учасниками;
- невід’ємною її частиною є ФФ;
- суб’єктивність оцінки якості ФО;
- оцінка якості ФО можлива лише після її надання.

ФО в інтеграції з логістичним обслуговуванням, середовищем аптеки, ЛЗ і ВМП визначено складовими забезпечення якості фармацевтичного обслуговування в аптеці, тобто управлінської діяльності, спрямованої на максимальне задоволення потреб споживачів і досягнення цілей аптеки через вивчення та створення попиту, прискорення потокових процесів при зменшенні сукупних витрат аптеки [61].

Ще один блок досліджень стосувався актуалізації фармацевтичної інформації. Показано, що за кордоном серед основних питань менеджменту велике значення відводиться дослідженню комунікаційних процесів усередині фармацевтичної організації, ролі фармацевтичної інформації та високої відповідальності провізорів перед споживачами [228].

Визначено, що ці питання нагальні й для України, позаяк централізоване інформаційне забезпечення аптек зруйноване. При цьому система фармацевтичної інформації повинна орієнтувати на інформаційне забезпечення ФО [189, 255].

На шостому етапі розвитку ФП відповідно до наказу МОЗ України № 634 від 03.10.2011 р. запроваджено належну практику зберігання ЛЗ, яку слід застосовувати разом із належною виробничою і дистрибуційною практикою [207].

Крім цього актуалізувалися питання НАП як аптечної практики, що відповідає потребам людей, які користуються послугами фармацевтів з метою забезпечення оптимальної медичної допомоги на засадах доказової медицини [206].

В умовах зростання конкуренції на роздрібному сегменті ФР започатковано використання нейромаркетингу – нового методологічного підходу маркетингу, який охоплює дослідження споживчої поведінки (мислення, пізнання, пам'ять, емоційні реакції тощо) із застосуванням методів нейробиології, які дозволяють об'єктивно оцінити суб'єктивну реакцію споживача [65].

На цьому етапі здійснено впровадження в галузь охорони здоров'я України методології ліко-пов'язаних проблем, з англ. drug-related problems (DRP), обґрунтовано важливість документування DRP-інформації в процесі ФО [125]. Показано, що DRP – це система оцінки та покращення якості медикаментозного процесу, включно з ФТ, що базується на чотирьох основних складових:

- проблемах, пов'язаних із ЛЗ;
- їх причинах;
- клініко-фармацевтичних втручаннях;
- результатах цих втручань.

Вона передбачає: оцінку та стандартизацію причинно-наслідкового зв'язку щодо проблем, пов'язаних із ЛЗ, на всіх етапах їх застосування, з можливістю впливу на якість медикаментозного процесу на кожному етапі; доказовий менеджмент – прийняття доказового рішення щодо раціонального застосування ЛЗ (потребує подальшого вивчення); індивідуалізацію ФТ та підвищення її безпеки у кожного пацієнта.

Встановлено наявність спільних складових DRP та ФО, а також їх тісний зв'язок із концепцією раціональної ФТ, що відображається у фаховій клініко-фармацевтичній діяльності, скерованій на оцінку та покращення якості медикаментозного процесу. Визначено, що система DRP нерозривно пов'язана з ФО. При цьому правильно побудована ФО базується на глибокому розумінні природи DRP та процесі, пов'язаному з їх ідентифікацією, вирішенням і, що найголовніше, попередженням [123].

У плані розвитку фармацевтичної інформатики була опрацьована концепція АІ, для чого деталізовані проблеми прояву та основні способи її зниження у процесі ФО відвідувачів аптек. Уточнено зміст АІ у ФО як характеристики нерівномірності розподілу інформації про специфічні властивості та параметри активності ЛЗ між провізором і пацієнтом, наслідки якої, з одного боку, можуть бути мінімізовані у процесі належної ФО, а з іншого боку, можуть мати негативні соціально-економічні прояви - моральний ризик, несприятливий відбір і зростання трансакційних витрат [72].

На завершення, зважаючи на те, що усі види діяльності та послуг, що здійснюються ФФ у системі охорони здоров'я, насамперед в аптечних умовах та в межах персональної діяльності ФФ, характеризуються мінливістю, динамічністю, детермінованістю, ризикованістю та плінністю, нами, уточнено складові фармацевтичної практики [212, 213], до яких віднесли:

- процес забезпечення населення ЛЗ;
- систему ліко-пов'язаних проблем;
- фармацевтичну етику і деонтологію та пов'язаний з ними нейромаркетинг;
- ФО та її елементи: фармацевтичні діагностику і профілактику, фармацевтичну інформацію та пов'язану з нею АІ.

3.2 Термінологічне навантаження фармацевтичної допомоги (опіки) як складової фармацевтичної практики

За даними досліджень вітчизняних науковців існує низка визначень ФД (ФО) - $n = 28$ [123] чи $n = 11$ [230]. При цьому спостерігається термінологічна невизначеність терміну «ФД» («ФО») у зарубіжному та вітчизняному науковому середовищі, що зумовлює неадекватне сприйняття сутті ФД (ФО).

Тому метою цього етапу роботи було переглянути існуючі визначення ФД (ФО) та виявити загальні елементи і відмінності між ними.

При аналізі термінів «ФД» («ФО») виходили з розуміння терміну «допомога», яке згідно з академічним тлумачним «Словником української мови» представляє собою сприяння, підтримку в чому-небудь, захист, порятунок у біді, сприяння в лікуванні, полегшенні страждань та тих, хто приходить на допомогу кому-небудь [221]. Як зрозуміло, суть розглядуваного поняття полягає в наданні особі, яка цього потребує, того чи іншого блага, яке така особа не може отримати самостійно з тієї чи іншої причини. При цьому вказане благо для особи дійсно є необхідним, оскільки приносить їй полегшення. Іншими словами, в системі заходів, реалізація яких має на меті принести кому-небудь полегшення, присутні суб'єкти (надавачі та отримувачі), предмет і результат, якими він досягається.

У результаті детального вивчення 44 джерел наукової літератури виявлено 49 трактувань терміну «ФД» («ФО»). При вивченні їх сутності виявлено, що надавач ФД уточнено в 29 або 59,2 % з них. Зокрема надавачом ФД визначено ФФ у 18 або 36,7 % трактуваннях термінах, а саме ФД - це:

1) погодження стосунків між пацієнтом і ФФ, в яких останній виконує функції менеджера з використання ЛЗ, володіючи для цього спеціальними знаннями і навичками, керуючись певними зобов'язаннями перед хворим і глибоким розумінням його інтересів (Hepler C.D., 1987) [420];

2) складова практичної діяльності ФФ, яка полягає в безпосередньому впливі цього фахівця на пацієнта з метою опіки його потреб, пов'язаних із ЛЗ (Hepler C.D., Strand L.M., 1989) [418];

3) складова ФП, що несе за собою безпосередню взаємодію ФФ з пацієнтом з метою опіки над потребами пацієнта (задоволення його потреб), пов'язаними з ЛЗ (Strand L.M. та ін., 1992) [449];

4) структурована інтенсифікована опіка ФФ для оптимальної ФТ, де пацієнт і його стан є першочерговими, а метою опіки є досягнення оптимальної якості життя, пов'язаної із здоров'ям (Van Mil J.W.F. та ін., 1993) [454];

- 5) місія ФФ, що полягає в безпосередньому забезпеченню опікою, пов'язаною із ЛЗ, для досягнення певних результатів, які покращують якість життя пацієнта (American society of Hospital Pharmacy, 1993) [380];
- 6) назва ідеології практики, що визначає пацієнта та суспільство як первинних користувачів діяльності ФФ (WHO, 1996) [427];
- 7) шлях розвитку клінічної ролі комунікації ФФ (Strand L.M., 1997) [450];
- 8) опіка окремих пацієнтів, що надається ФФ, скерована на поліпшення якості життя цих пацієнтів (Dutch Scientific Institute for Pharmacy (WINAp), 1998) [401];
- 9) технологія, що представляє оригінальну мету клінічної фармації (притаманну лише цьому напрямку фармації), якщо розуміти її як новий підхід до професійної (фармацевтичної) практики (Hepler C.D., 2004) [415];
- 10) філософія ФП, що базується на способі навчання ФФ окремих пацієнтів індивідуально щодо їх ФТ, концепції шляху отримання і застосування пацієнтом ФТ та способу його навчання щодо використання ЛЗ, а також концепції зобов'язань, фармакотерапевтичного спостереження (моніторингу), консультування та оцінки всіх результатів опіки і лікування (Van Mil J.W.F. та ін., 2004) [452];
- 11) компроміс ФФ між отриманням максимальної вигоди від фармакологічних методів лікування пацієнтів та відповідальністю за моніторинг їх ФТ (Berenguer B. та ін., 2004) [387];
- 12) пацієнтсфокусована (індивідуалізована, персоніфікована) опіка, пов'язана із застосуванням ЛЗ, яка надається ФФ з метою покращення результатів ФТ (Franklin B.D, Van Mil J.W.F., 2005) [408];
- 13) прийняття провізором відповідальності перед конкретним пацієнтом за результати лікування ЛЗ (Зупанец І.А., 2006) [338];
- 14) комплекс фармацевтичних (спеціальних) організаційно-правових, соціально-економічних та інформаційних заходів, які здійснює ФФ, що

спрямовані на збереження здоров'я й життя людини, профілактику та лікування з метою усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей незалежно від їхнього соціального та матеріального статусу в суспільстві, расової та національної належності, віросповідання, громадянства, віку, статі, сексуальної орієнтації (А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова, 2009) [212, 213];

15) процес планування, організації, мотивування, контролю і регулювання ФТ хворих, які перебувають під амбулаторно–поліклінічним спостереженням і на стаціонарному лікуванні, за безпосередньої участі провізора (КП) (Громовик Б. П. та ін., 2009) [60];

16) міжособистісний комунікаційний процес на рівні провізора (КП) і відвідувача аптеки (хворого, його родичів і близьких), при домінуванні власне провізора внаслідок значно вищої його фаховості від відвідувача аптеки (Громовик Б. П. та ін., 2009) [60];

17) безперервна, систематична та фахова опіка, що надається ФФ індивідуально конкретному пацієнту, з метою попередження чи корекції ліко-пов'язаних проблем (Van Mil J.W.F., 2010) [453];

18) внесок ФФ у піклування над особами з метою оптимізації використання ЛЗ і поліпшення здоров'я (Allemann S.S. та ін., 2014) [431].

У 6 або 12,2 % визначеннях, надавачами ФД є ФФ і лікар, а саме ФД - це:

19) система постійного спостереження короткотривалих результатів ФТ в динаміці, що допомагає зробити корекцію з удосконалення (покращення) управління цими результатами, та потребує міждисциплінарного підходу і, зазвичай, стосується пацієнта, ФФ та лікаря загальної практики (WHO, 1998) [384];

20) комплексна програма взаємодії ФФ, лікаря та пацієнта впродовж усього періоду ФТ, починаючи від моменту відпуску ЛЗ до повного закінчення його дії (Зупанец І.А та ін., 2003) [339];

21) консультуюча роль лікаря і провізора та їх спостереження за вживанням ЛЗ пацієнтами (Солонина А.В. , 2003) [287];

22) прийняття фармацевтом, КП відповідальності перед конкретним пацієнтом за результати лікування ЛЗ, а також комплексна програма взаємодії фармацевта, КП, лікаря та пацієнта впродовж усього періоду ФТ, починаючи від моменту призначення чи відпуску ЛЗ до контрольованого фахівцем закінчення його дії (Зіменковський А.Б та ін., 2009) [109];

23) прийняття фармацевтом, КП відповідальності перед конкретним пацієнтом за результати та якість життя останнього впродовж та після лікування ЛЗ, а також комплексна програма взаємодії фармацевта, КП, лікаря та пацієнта, що базується на високо доказовій інформації про ЛЗ, впродовж усього періоду ФТ, починаючи від моменту призначення чи відпуску ЛЗ до контрольованого фахівцем закінчення його дії (Зіменковський А.Б та ін., 2009) [109];

24) партнерський комунікаційно-інформаційний процес на рівні лікар – провізор (КП), провізор – КП при наданні переваги медичному (у першому випадку) або фармацевтичному (в іншому випадку) персоналу (Громовик Б. П. та ін., 2009) [60].

У 5 або 10,2 % термінах надавачом допомоги визначена практикуюча особа, а саме ФД – це:

25) практика, де практикуючий бере на себе зобов'язання за потреби ФТ пацієнта і несе відповідальність за ці зобов'язання (Strand L.M., 1997) [448];

26) практика, орієнтована на пацієнта, в якій практикуючий бере на себе відповідальність перед пацієнтом за задоволення його потреб, пов'язаних із ЛЗ, та за задекларовані зобов'язання, пов'язані з використанням ЛЗ (Cipolle R.J. та ін., 1998) [392];

27) пацієнтцентристська практика, в якій практикуючий бере на себе зобов'язання за задоволення потреб пацієнта, пов'язаних із ЛЗ, і несе за це зобов'язання відповідальність (Cipolle R.J. та ін., 2004) [393];

28) практика, орієнтована на пацієнта, в якій практикуючий відповідальний перед пацієнтом або групою пацієнтів за задоволення їх потреб, пов'язаних із ЛЗ та ризиком лікарської хвороби або індукованого захворювання, протягом періоду практики (Blackburn D.F. та ін., 2012) [433];

29) практика, орієнтована на потреби пацієнта, пов'язані з ЛЗ, комплексно через розробку плану ФД, дотримання якого практикуючим вселяє впевненість, що лікарська терапія надається ефективним, безпечним і зручним способом (Sanchez A.M., 2011) [440].

В інших (40,8 %) визначеннях постачальник ФД залишається не уточненим, в них ФД – це:

30) надана необхідна пацієнту опіка щодо безпечного і раціонального використання ЛЗ (Mikael R.L., та ін., 1975) [428];

31) визначення потреби в ЛЗ для певного пацієнта і забезпечення не лише необхідним ЛЗ, а й необхідними послугами (до, впродовж та після ФТ), для досягнення оптимальної її безпеки та ефективності Brodie D.C. та ін., 1980) [389];

32) відповідальне надання ФТ з метою отримання певних результатів, що поліпшують якість життя пацієнта (Hepler C.D. та ін., 1989) [416];

33) відповідальна умова ФТ для досягнення певних результатів, що покращують якість життя пацієнта (Hepler C.D. та ін., 1990) [418];

34) пряме, відповідальне надання ЛЗ, яке пов'язано з турботою про досягнення певних результатів, які покращують якість життя пацієнта (American Society of Hospital Pharmacists , 1993) [379];

35) надання (в будь-яких умовах практики) лікарської терапії, спрямованої на досягнення певних результатів, які сприятимуть поліпшенню якості життя пацієнта (Hepler C.D., 1996) [419];

36) форма діяльності, метою якої є, по-перше, забезпечення населення та окремо кожної людини всіма необхідними товарами аптечного асортименту, по-друге, надання науково-консультативних послуг медичному персоналу та окремим громадянам з питань вибору найбільш ефективного та безпечного ЛЗ та інших товарів аптечного асортименту, засобів їх зберігання, застосування, придбання тощо (Лопатин П.В., 1997) [167];

37) важливий елемент суспільно професійної комунікації (Cipolle R.J. та ін., 1998) [392];

38) відповідальне забезпечення (супровід) ФТ з метою досягнення певних результатів (вилікувати хворобу, усунути чи зменшити симптоматику хворого), що поліпшують якість життя пацієнта. (Hepler C.D., Strand L.M., 1998) [417];

39) послуга, що систематично і постійно відслідковує клінічні та психосоціальні ефекти ФТ на пацієнтів (Munroe W.P., Dalmady-Israel C., 1998) [429];

40) відповідальне надання ФТ з метою досягнення певних результатів, (поліпшення або збереження якості життя пацієнта) (МФФ, 1998) [407];

41) виявлення, попередження і вирішення проблем, пов'язаних з ЛЗ (Consensus of Granada on Drug-Related Problems, 1999) [394];

42) система гарантованого забезпечення лікарської терапії, що функціонує з метою досягнення заздалегідь визначеного її результату, який сприяє підвищенню якості життя пацієнтів (Г.Т.Глембоцька, А.Р. Маскаєва, 2000) [45];

43) система лікарського, інформаційного та організаційно-методичного забезпечення індивідуалізованої ФТ конкретних захворювань (Н.Б. Дремова, Т.М. Литвинова, 2001) [104];

44) організація надання інформаційно-консультативних та освітніх послуг у вигляді проведення тематичних днів в аптеках, виданні інформаційних буклетів тощо (Е.Ф. Шарахова, 2002) [366];

45) комплекс заходів, які спрямовані на задоволення потреб населення у придбанні необхідних ЛЗ, ВМП та інших товарів для підтримки та відновлення здоров'я (Л.В. Мошкова і співавт., 2003) [180];

46) перспективна, орієнтована на пацієнта практична діяльність, що спрямована на виявлення, вирішення та попередження фармакотерапевтичних проблем. Ця мета досягається у процесі 4 кроків: оцінка потреби пацієнта у медикаментозній терапії; розробка плану ФД, який дозволить задовольнити ці потреби; втілення плану ФД; оцінка та перегляд плану ФД (Посібник ВООЗ та МФФ, 2006) [212, 213];

47) додаткова фармацевтична послуга, що становить систему лікарського, інформаційного та організаційно-методичного забезпечення якості надання ФТ конкретному хворому з конкретним захворюванням (Н.Б. Дремова, А.І. Овод, 2007) [103];

48) філософія практики спілкування з пацієнтом та громадськістю в аптеці, як першою ланкою багаторівневої системи охорони здоров'я; є компонентом якості життя, спрямованою на виявлення потенційних і нагальних потреб в ЛЗ, вирішення проблем, пов'язаних з прийомом ЛЗ (Дремова, Н.Б. та ін., 2009) [102];

49) внесок у догляд за хворим шляхом виявлення ліко-пов'язаних проблем та опрацювання і введення плану надання ФД (Carollo A. Та ін., 2012) [391].

Щодо отримувача ФД, то 35 або 71,4 % визначень, а саме терміни 1-5, 8, 10-13, 17, 19-35, 38-40, 42, 45, 46, 48 стосуються пацієнта (пацієнтів). Окрім цього, у 4 трактуваннях або 8,2 % використовують у якості отримувачі хворих (номера 15, 36, 47 і 49), по 2 або по 4,1 % - людей (терміни 14 і 36) та осіб (терміни 18 і 45), а по 1 або по 2,0 % - пацієнта та суспільство (термін 7) і відвідувач аптеки (визначення 16).

У 7 або 14,3 % термінах, а саме: 7, 9, 37, 41, 43, 44 і 47 - відсутні отримувачі ФД.

Предметом ФД вважають:

- ЛЗ – 18 або 36,7 % (терміни 1-3, 5, 12, 18, 21-23, 26-31, 34, 41, 48);
- ЛЗ і ВМП – 2 або 4,1 % (визначення 33 і 45);
- ФТ – 17 або 34,7 % (терміни 4, 10, 11, 15, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 38-40, 42, 43, 46, 47);
- ліко-повязані проблеми – 1 або 2,0 % (визначення 49)
- комунікаційний процес – 5 або 10, 2 % (терміни 7, 16, 34, 37, 44);
- фахова опіка - 3 або 6,1 % (визначення 8, 9 і 17)
- діяльність ФФ - 1 або 2,0 % (термін 6);
- відповідальність – 1 або 2,0 % (термін 13);
- заходи – 1 або 2,0 % (визначення 14).

У якості результатів ФД вбачали:

- якість життя – 14 або 28,6 % (терміни 4, 5, 8, 14, 18, 23, 32-35, 38, 40, 42, 45);
- оптимізація ФТ – 6 або 12,2 % (визначення 12, 13, 19, 22, 31, 47);
- попередження та корекція ліко-повязаних проблем – 2 або 4,1 % (терміни 17 і 41).

Понад половину трактувань (22 або 55,1 %) не містили очікуваних результатів ФД.

Таким чином, у науковій літературі існує багато різних визначень ФД, які значно відрізняються одне від одного неоднозначністю їх прочитання та багатоваріантністю вкладеного в них змісту. У значній мірі це веде до спрощення та обмеження сприйняття сутності ФД.

Відсутність єдиного погляду на визначення суті ФД, уможливило власне трактування цього поняття. На нашу думку, ФД – це філософія ФП, яка полягає у піклуванні ФФ у взаємодії з лікарем над особами (хворим, його родичами і близькими) впродовж усього періоду індивідуалізованої ФТ за задалегідь опрацьованим планом з метою попередження і корекції ліко-пов'язаних проблем та збереження чи покращення якості життя.

3.3 Взаємозв'язок логістичного обслуговування з концепціями фармацевтичної практики і належної аптечної практики

У сучасних умовах проблема вдосконалення фармацевтичної діяльності вирішується у двох напрямках – оптимізація лікарського забезпечення населення та розвиток сфери фармацевтичних послуг. Важливу роль у цьому відіграє ФЛ, тобто впорядкована сукупність знань, а також цілеспрямовані дослідження процесів формування та розвитку наскрізних (інтегрованих) матеріальних і нематеріальних потоків у фармацевтичній галузі [62].

На комплексне вирішення завдань щодо оптимізації лікарського забезпечення та розвитку фармацевтичних послуг орієнтована також концепція ФП (Pharmaceutical Practice, PrP).

Одним із шляхів її здійснення є впровадження НАП (Good Pharmacy Practice, GPP) – концепції діяльності аптек, яка визначає пацієнта первинним користувачем результатів діяльності ФФ.

До теперішнього часу в Україні і за кордоном не проводилися системні дослідження з вивчення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів, ФП і НАП як актуальних науково-практичних напрямків фармації.

Важливість таких досліджень полягає, насамперед, в тому, що вони уможливають виявлення проблем і особливостей фармацевтичної галузі з позиції багатоаспектності та дозволять прийняти раціональні управлінські рішення і опрацювати рекомендації для практичного функціонування. Тому нами було здійснено обґрунтування теоретичних основ взаємозв'язку логістичного обслуговування відвідувачів аптек з концепціями ФП і НАП [63, 77].

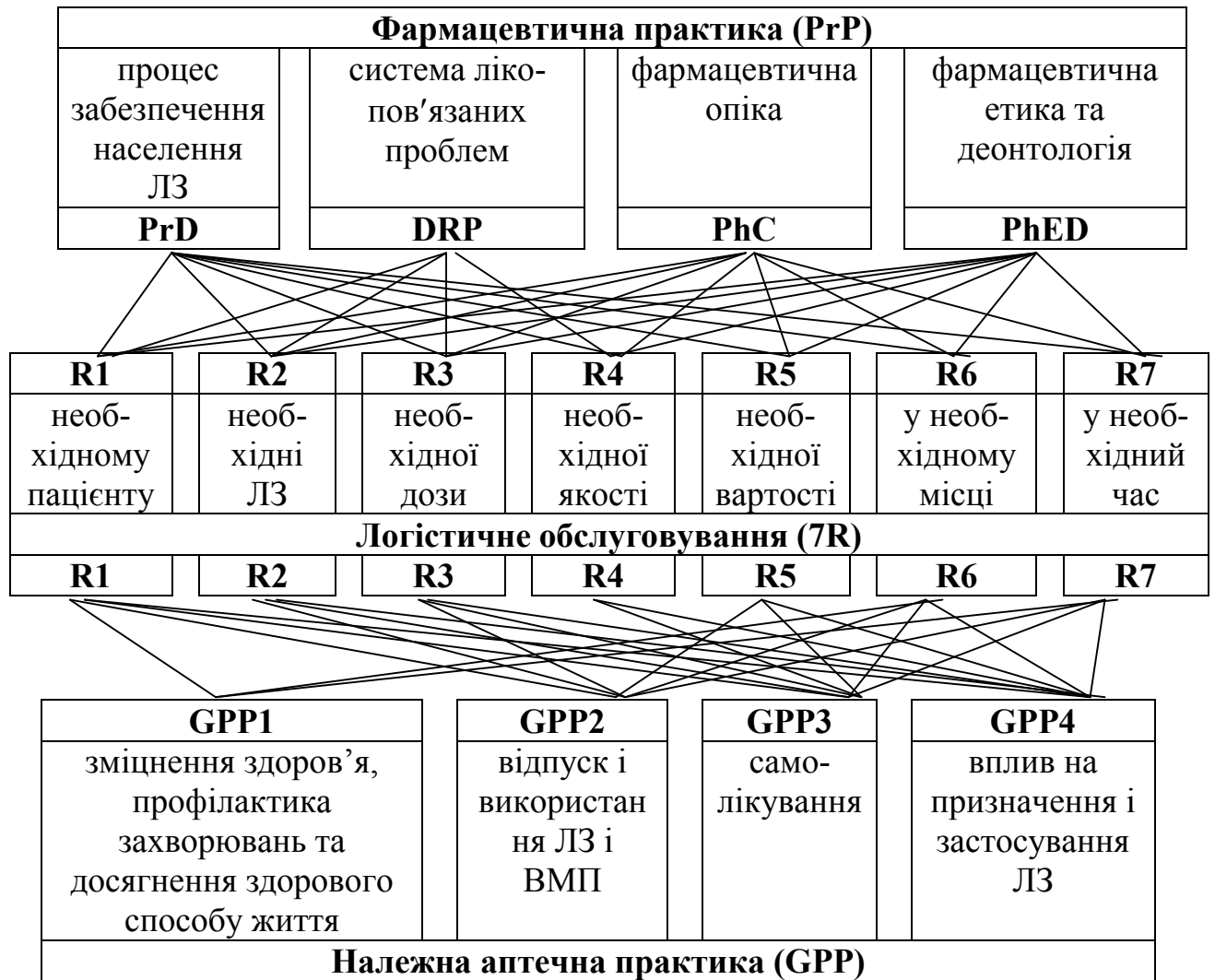


Рис. 3.2. Модель взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної і належної аптечної практик

Джерело: власна розробка

Вихідними даними слугували складові:

- ФП (PrD - процес забезпечення населення ЛЗ, DRP - система ліко-пов'язаних проблем, PhC - ФО, PhED - фармацевтична етика та деонтологія);
- логістичного обслуговування (сім правил (7R): необхідному пацієнту (right patient, R1) необхідні ЛЗ (right drug, R2) необхідної дози (right dose, R3) необхідної якості (right quality, R4) необхідної вартості (right price, R5) у необхідному місці (right place, R6) та у необхідний час (right time, R7);
- НАП (GPP1 - зміцнення здоров'я, профілактика захворювань та досягнення здорового способу життя; GPP2 - відпуск і використання ЛЗ і

ВМП; GPP3 - самолікування; GPP4 - вплив на призначення і застосування ЛЗ).

На основі формалізації особливостей кожної із досліджуваних концепцій здійснено їх структуризацію та особливості взаємозв'язку у вигляді аналогової моделі.

З даних, представлених на рис. 3.2, видно, що ФП реалізується через процес забезпечення населення ЛЗ (Provision Drugs, PrD).

Процес забезпечення населення ЛЗ здійснюється в три важливі етапи (рис. 3.3):

- організація договірної роботи з постачальниками;
- формування асортименту ЛЗ;
- організація їх реалізації.

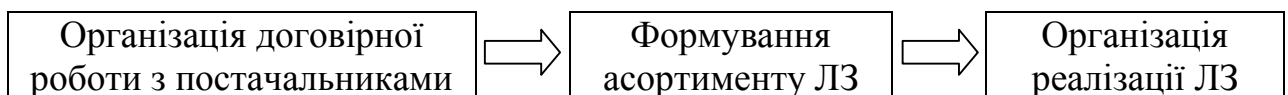


Рис. 3.3. Етапи процесу забезпечення населення ЛЗ

Джерело: власна розробка

В ідеалі цей процес повинен зрівноважити очікування і вимоги споживачів з цілями, прийнятними для фармацевтичних організацій, які є його учасниками.

Іншими словами, процес забезпечення населення ЛЗ з погляду аптек направлений на досягнення ринкових їх цілей (отримання прибутку завдяки зростанню обсягу продаж, високій якості фармацевтичного обслуговування і низьким виробничим витратам) через визначення потреб відвідувачів у ЛЗ і створення та надання їм більшої порівняно з конкурентами цінності ЛЗ.

З погляду пацієнтів, споживна цінність ЛЗ характеризується дуалізмом очікуваних вигод і прийнятних витрат.

Першу складову характеризують чотири елементи [56]:

- 1) переваги ЛЗ;

- 2) переваги обслуговування;
- 3) переваги взаємовідносин;
- 4) переваги іміджу.

Іншу складову формують теж чотири елементи:

- витрати грошових коштів;
- витрати часу;
- витрати зусиль;
- психологічне навантаження.

Таким чином, урівноваження очікувань і вимог пацієнтів з цілями, прийнятними для аптек, можливе за умови, що у процесі забезпечення населення ЛЗ урахуватимуться всі елементи логістичного обслуговування (7R).

Логістичне обслуговування здійснюється через систему DRP [123], позаяк вона передбачає:

- оцінку та стандартизацію причинно-наслідкового зв'язку щодо проблем, пов'язаних із ЛЗ, на всіх етапах їх застосування, з можливістю впливу на якість процесу забезпечення населення ЛЗ на кожному етапі (елементи R1- R4);
- доказовий менеджмент – прийняття доказового рішення щодо раціонального застосування ЛЗ (елементи R2- R4);
- індивідуалізацію ФТ та підвищення її безпеки у кожного пацієнта (елемент R1).

Логістичний комплекс реалізується також у ФО (Pharmaceutical Care, PhC), позаяк вона припускає залучення ФФ до активної діяльності щодо забезпечення здоров'я та запобігання захворюванням серед населення, його відповідальність перед конкретним пацієнтом за результат ФТ (R1) [126]. При цьому ФФ в аптеці в системі заходів, що визначають PhC, враховує фізіологічні, біофармацевтичні та фармакоеконічні чинники (R1, R5) і дає рекомендації до застосування ЛЗ, їх генеричної заміни (R2, R3). Крім цього,

здійснюючи PhC при відпуску безрецептурних ЛЗ, в аптеці реалізуються такі елементи логістичного комплексу - R1-R4, R6, R7, позаяк ФФ повинен:

- правильно оцінити проблему пацієнта (вік, стать та індивідуальні особливості особи, яка підлягає PhC);
- симптоми, тривалість нездужання, лікарський анамнез;
- з'ясувати, чи не пов'язані симптоми з будь-яким серйозним розладом здоров'я і, якщо це так, направити хворого до лікаря;
- при менш серйозній проблемі дати пораду;
- забезпечити пацієнта безрецептурним ЛЗ та повною інформацією про його дію та спосіб застосування, тривалість лікування, поєднання з іншими ЛЗ та їжею, можливі побічні ефекти;
- порадити пацієнту подальший нагляд лікаря.

Вивчення Етичного кодексу фармацевтичних працівників України [112] показало, що існує стійкий взаємозв'язок його принципів з логістичним комплексом.

Як видно з даних табл. 3.1, логістичне обслуговування є серцевиною фармацевтичної етики та деонтології (Pharmaceutical Ethics&Deontology, PhED), позаяк у повній мірі опосередковано відображене в Етичному кодексі фармацевтичних працівників України.

Таблиця 3.1

**Взаємозв'язок елементів логістичного обслуговування та положень
Етичного кодексу фармацевтичних працівників України**

Елементи логістичного обслуговування	Положення Етичного кодексу фармацевтичних працівників України
1	2
Необхідному пацієнту (R1)	Фармацевтичний працівник повинен з повагою ставитись до кожного пацієнта з позицій індивідуального підходу, не виказуючи переваг чи неприємні (підрозділ 3.3)

1	2
<p>Необхідні ЛЗ (R2)</p> <p>Необхідної дози (R3)</p>	<p>Надавати пацієнту право вибору призначених ЛЗ та медичної продукції (підрозділ 3.5)</p> <p>Співпраця фармацевтичного працівника та лікаря має бути спрямована на вибір ефективніших та доступних ЛЗ, оптимальної лікарської форми та дози, раціональної схеми лікування та способу їх застосування (підрозділ 4.3).</p>
<p>Необхідної якості (R4)</p>	<p>Забезпечення гарантій якості та безпеки застосування ЛЗ і медичної продукції, а також запобігання помилкам при виготовленні, контролі якості, просуванні та відпуску ЛЗ (пункт 3 підрозділу 2.1)</p> <p>Співпраця фармацевтичного працівника та лікаря має бути спрямована на вибір ефективніших та доступних ЛЗ, оптимальної лікарської форми та дози, раціональної схеми лікування та способу їх застосування (підрозділ 4.3).</p>
<p>Необхідної вартості (R5)</p>	<p>Інтереси пацієнта, турбота про його здоров'я мають бути пріоритетними для фармацевтичного працівника по відношенню до комерційних інтересів продажу ЛЗ та медичної продукції (підрозділ 3.1)</p> <p>Співпраця фармацевтичного працівника та лікаря має бути спрямована на вибір ефективніших та доступних ЛЗ, оптимальної лікарської форми та дози, раціональної схеми лікування та способу їх застосування (підрозділ 4.3).</p>
<p>У необхідному місці (R6)</p>	<p>Сприяння раціональному призначенню та використанню ЛЗ та ВМП і медичної техніки (далі – медична продукція), що перебувають в обігу та/або застосовуються у сфері охорони здоров'я, дозволені до реалізації в аптечних закладах і їх структурних підрозділах (підрозділ 2.1)</p>

1	2
У необхідний час (R7)	Кодекс є сукупністю норм фармацевтичної етики і деонтології поведінки фармацевтичних працівників у процесі надання кваліфікованої, якісної, доступної та своєчасної ФД населенню (розділ 1)

Джерело: власна розробка

GPP містить рекомендації до діяльності, пов'язаної з постачанням, зберіганням і застосуванням ЛЗ і ВМП, яка здійснюється в аптеках, ЛПЗ і домашніх умовах [197].

У складі GPP виділяють чотири основні практичні напрями [196, 255]:

- 1) зміцнення здоров'я, профілактика захворювань та досягнення здорового способу життя (GPP1);
- 2) відпуск і використання ЛЗ і ВМП (GPP2);
- 3) самолікування (GPP3);
- 4) вплив на призначення і застосування ЛЗ (GPP4).

Як видно з даних табл. 3.2, перший напрямок GPP ґрунтується на трьох (R1, R6, R7), другий і третій – на шести (R1-R4, R6, R7) елементах логістичного обслуговування. У четвертому напрямку відображений весь комплекс логістики (7R).

Таким чином, на підставі моделювання наукового опрацьовано особливості взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної і належної аптечної практик.

та елементів логістичного обслуговування

Вимоги ВООЗ до GPP [410], конкретизовані в європейській GPP [411]	Елементи логістичного обслуговування
1	2

GPP1. Зміцнення здоров'я, профілактика захворювань

та досягнення здорового способу життя

Можливості конфіденційної бесіди пацієнта з працівниками аптеки.	у необхідному місці (R6)
Надана інформація повинна носити персональний характер відповідно до культурних і соціальних особливостей пацієнтів, а також стану пацієнта в момент отримання інформації.	необхідному пацієнту у необхідний час (R1, R7)

GPP2. Відпуск і використання ЛЗ і ВМП

<p>У кожній аптеці має бути певний порядок обслуговування рецептів. У рамках цього порядку повинні бути виділені фізичні і людські ресурси, щоб забезпечити безпечний і ефективний відпуск ЛЗ за рецептами при ефективному особистому спілкуванні з пацієнтом, коли в цьому виникне необхідність.</p> <p>Повинен існувати відповідний порядок для:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ідентифікації пацієнта, медпрацівника, який видав рецепт, і організації, що відповідає за оплату; 	необхідному пацієнту необхідні ЛЗ необхідної дози необхідної якості у необхідному місці у необхідний час (R1-R4, R6, R7)
--	--

Продовж. табл. 3.2

1	2
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • перевірки достовірності рецепта; • надання допомоги пацієнту у вирішенні проблеми, коли немає в наявності ЛЗ, зазначеного в рецепті; • правильного розуміння призначення лікаря; • ідентифікації ЛЗ та перевірки фармацевтом лікарської форми, активності, дозування, форми випуску, способу введення і тривалості лікування. <p>Умови на момент відпуску пацієнтові:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при відпустці пацієнтові ЛЗ і ВМП фармацевт повинен упевнитися в стабільності і придатності ЛЗ до відпуску, при цьому слід перевірити термін придатності і упаковку. • фармацевти повинні гарантувати якість ЛЗ і ВМП в момент їх відпуску з аптеки. 	
--	--

GPP3. Самолікування

<p>Фармацевт повинен використовувати професійний досвід при виборі безрецептурних ЛЗ, беручи до уваги їх ефективність, якість, безпечність застосування.</p> <p>Якщо пацієнт отримує безрецептурний ЛЗ, то фармацевту належить забезпечити, щоб у хворого або особи, яка здійснює догляд за хворим, не було жодних сумнівів щодо дії ЛЗ, способу його застосування (як, коли і в яких дозах), тривалості лікування, можливих побічних ефектів, протипоказань та взаємодії з іншими ЛЗ.</p>	<p>необхідному пацієнту необхідні ЛЗ необхідної дози необхідної якості у необхідному місці у необхідний час (R1-R4, R6, R7)</p>
--	---

Продовж. табл. 3.2

1	2
---	---

GPP4. Вплив на призначення і застосування ЛЗ

<p>Рациональне використання ЛЗ має на увазі, що виписаний необхідний ЛЗ, цей ЛЗ може бути придбаний у відповідні терміни і за доступною для пацієнта ціною, що при відпуску ЛЗ в аптеці пацієнт отримав інструкції і ЛЗ буде прийматися в правильних дозах через необхідні інтервали часу протягом достатнього для лікування періоду. Необхідний ЛЗ має бути ефективним, відповідати вимогам, що пред'являються до якості і безпеки.</p>	<p>необхідному пацієнту необхідні ЛЗ необхідної дози необхідної якості необхідної вартості у необхідному місці у необхідний час (7R)</p>
--	--

Джерело: власна розробка

3.4 Взаємозв'язок логістичного обслуговування з місією і вимогами належної аптечної практики та професійними ролями фармацевтичних фахівців

За спільними керівними рекомендаціями ВООЗ і МФФ (2011 р.) НАП є практика аптеки, яка реагує на потреби людей, що користуються послугами ФФ, шляхом забезпечення оптимальної науково-обґрунтованої медичної допомоги [423]. При цьому місією аптечної практики є сприяння поліпшенню здоров'я і допомога пацієнтам з проблемами зі здоров'ям для досягнення максимального терапевтичного ефекту і мінімальних проявів несприятливого впливу від застосування ЛЗ.

Виділяють шість елементів цієї місії (6 components to mission of GPP):

- component 1 – доступність для пацієнтів з або без призначення лікаря;
- component 2 – виявлення та усунення або сортування проблем, пов'язаних зі здоров'ям;
- component 3 – зміцнення здоров'я;
- component 4 – забезпечення ефективності ЛЗ;

- component 5 – запобігання шкоди здоров'ю пацієнта від застосування ЛЗ;

- component 6 – забезпечення відповідального використання обмежених ресурсів охорони здоров'я.

GPP ґрунтується на чотирьох вимогах (4 requirements of GPP):

- requirement 1 – основною турботою ФФ в будь-яких умовах є благополуччя пацієнтів;

- requirement 2 – головним у діяльності аптек є сприяння кращому використанню пацієнтами ЛЗ. Основні функції включають відпуск ЛЗ та іншої медичної продукції належної якості, надання відповідної інформації і консультації пацієнтам щодо способів застосування, протипоказань, побічних ефектів тощо ЛЗ, здійснення моніторингу ефективності ЛЗ;

- requirement 3 – невід'ємною частиною діяльності ФФ є сприяння раціональному та економічно доцільному призначенню та відпуску ЛЗ;

- requirement 4 – цілі кожного елемента фармацевтичного обслуговування пацієнта чітко визначені і ефективно доведені до відома всіх зацікавлених сторін. Мультидисциплінарність (залучення якомога ширшого кола фахівців) є ключовим чинником забезпечення ефективної та безпечної ФТ.

Стандарти якості аптечних послуг, як зазначалося в підрозділ 3.4, ґрунтуються на чотирьох професійних ролях ФФ (4 roles for pharmacists), а саме:

- role 1 – виготовлення, отримання, зберігання, безпека, розповсюдження, застосування, відпуск і утилізація ЛЗ, тобто належний обіг ЛЗ;

- role 2 – забезпечення ефективного ведення ФТ;

- role 3 – підтримання і поліпшення професійної діяльності;

- role 4 – сприяння підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Логістичне обслуговування в аптеці (Logistics Services Pharmacy, LSP), як зазначалося вище, – це процес створення блага шляхом реалізації комплексу логістики (7 rights): необхідному пацієнту (right patient, R1) необхідні ЛЗ (right drug, R2) необхідної дози (right dose, R3) необхідної якості (right quality, R4) необхідної вартості (right price, R5) у необхідному місці (right place, R6) та у необхідний час (right time, R7).

Ураховуючи зазначене вище, на основі формалізації особливостей кожної із досліджуваних концепцій здійснено їх структурування та особливості взаємозв'язку у вигляді аналогової моделі (рис. 3.4).

Взаємозв'язок елементів LSP з місією і вимогами концепції GPP та професійними ролями ФФ можна записати у такому формалізованому вигляді [64]:

- R 1 = \langle components 1–5, requirements 1–4, roles 1–4 \rangle ;
- R 2 – 4 = \langle components 1,4&5, requirements 2&3, roles 1–3 \rangle ;
- R 5 = \langle components 1&6, requirement 3, roles 3&4 \rangle ;
- R 6&7 = \langle component 1, requirements 1&2, roles 1–3 \rangle .

4 roles for pharmacists

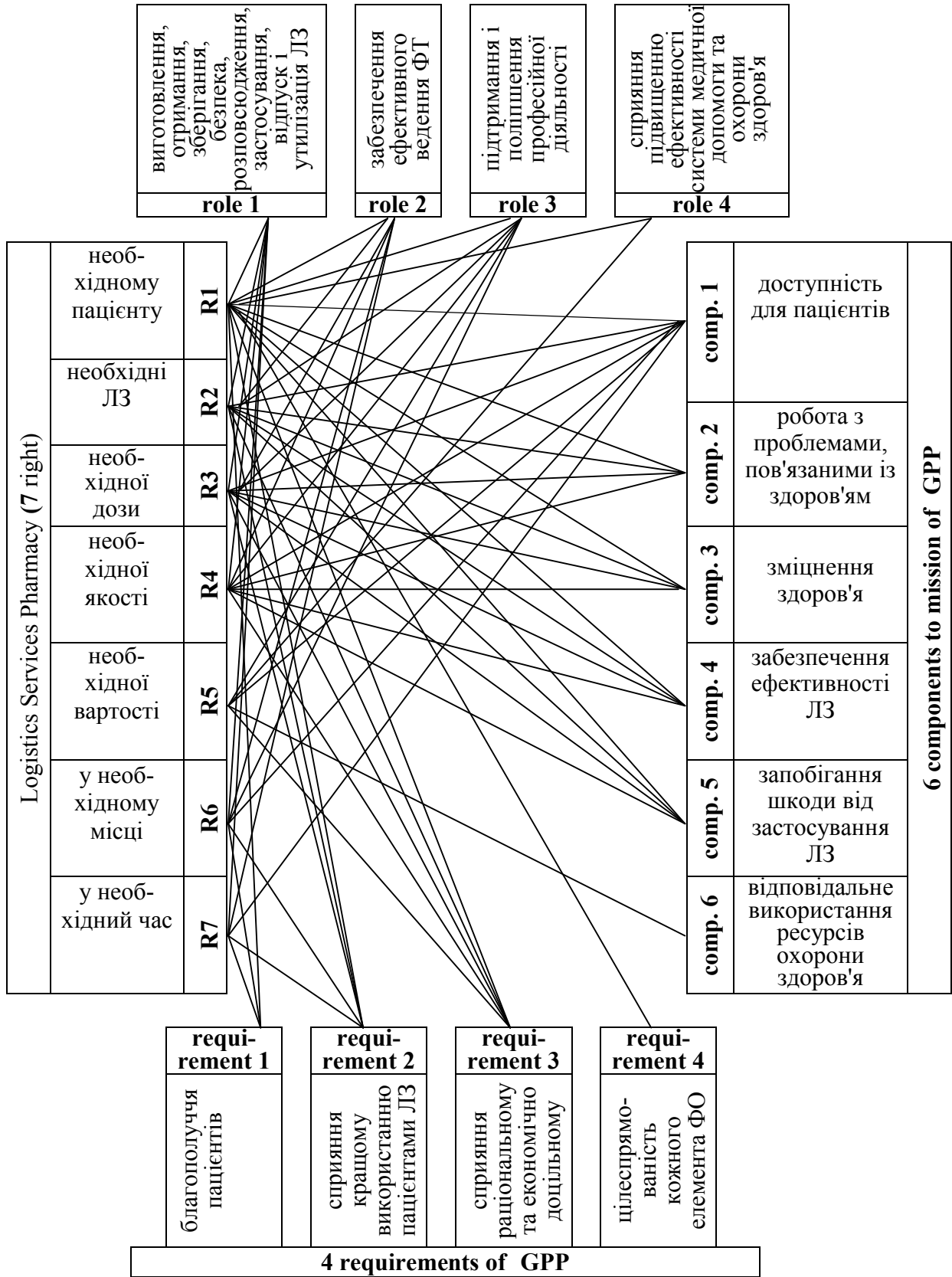


Рис. 3.4. Модель взаємозв'язку логістичного обслуговування з місією і вимогами належної аптечної практики та професійними ролями ФФ

Джерело: власна розробка

Результати третього розділу дисертації знайшли відображення у монографії “Фармацевтична логістика : фокус на допомозі пацієнту” [79] та чотирьох наукових публікаціях [63, 64, 77, 227]. Крім цього вони впроваджені у практичну та освітню діяльність (акти див. дод. К.1-К.11).

ВИСНОВКИ

1. Уточнено поняття «логістизація» для ФП як процес вдосконалення діючих форм і методів фізичного розподілу ЛЗ і ВМП, а також впровадження нових інструментів управління поточковими процесами фармацевтичної організації (регіону чи галузі в цілому), заснованих на логістичних принципах.

2. За допомогою наукознавчого аналізу публікацій фармацевтичного профілю з 50-х років минулого століття визначені характерні закономірності кожного з шести етапів розвитку ФП як соціального інституту та особливої форми діяльності, а саме:

– I етап (1950–1970 рр.) - упровадження доставки замовлених ЛЗ додому та БМОХ, а також фармацевтичної інформації та елементів реклами;

– II етап (1971–1980 рр.) - трансформація БМОХ у МАКР ЛЗ дефіцитної групи та науково–методологічне обґрунтування фармацевтичної інформатики і теоретичне насичення реклами;

– III етап (1981–1991 рр.) - впровадження КСУЯЛО, реалізація БМОХ лише на підставі наявного асортименту ЛЗ за високого рівня (50%) їх дефіциту, створення резерву ЛЗ для окремих груп хворих, а також подальше теоретичне насичення фармацевтичної інформації за наполегливого спрямування лікарів на використання лише наявного асортименту ЛЗ;

– IV етап (1992–1994 рр.) - деактуалізація БМОХ, МАКР та фармацевтичної інформації внаслідок значного (65%) дефіциту ЛЗ;

– V етап (1995–2010 рр.) - упровадження ФЛ, систем управління

якістю, належних (виробничої, дистрибуторської, лабораторної та клінічної) практик, а також ФО, зокрема фармацевтичних діагностики, профілактики та інформації як її складових;

– VI етап (з 2011 р.) - актуалізація належної практики зберігання ЛЗ та НАП, а також нейромаркетингу аптечного середовища, а також системи ліко-пов'язаних проблем та концепції асиметрії фармацевтичної інформації.

3. У результаті детального вивчення 44 джерел наукової літератури виявлено 49 трактувань терміну «ФД» («ФО»). При вивченні їх сутності виявлено, що у двох п'ятих термінів (40,8 %) постачальник ФД не уточнений, а в 14,3 % визначеннях відсутні отримувачі ФД. Предметом понад однієї п'ятої визначень (22,4 %) не були питання ЛЗ і ВМП, ФТ та ліко-пов'язаних проблем. Понад половину трактувань (55,1 %) не містили очікуваних результатів ФД.

Ураховуючи зазначене, запропоноване власне трактування ФД, під якою розуміємо філософію ФП, яка полягає у піклуванні ФФ у взаємодії з лікарем над особами (хворим, його родичами і близькими) впродовж усього періоду індивідуалізованої ФТ за заздалегідь опрацьованим планом з метою попередження і корекції ліко-пов'язаних проблем та збереження чи покращення якості життя.

4. Уточнено складові ФП, до яких відносяться: процес забезпечення населення ЛЗ, система ліко-пов'язаних проблем, фармацевтична етика і деонтологія та пов'язаний з ними аптечний нейромаркетинг, ФО та її елементи: фармацевтичні діагностика і профілактика, фармацевтична інформація та пов'язана з нею АІ.

5. Здійснено моделювання і наукове обґрунтування теоретичних засад взаємозв'язку логістичного обслуговування відвідувачів аптек з концепціями ФП і НАП.

Показано, що кожна з чотирьох складових ФП реалізуються з урахуванням усіх елементів логістичного обслуговування пацієнтів. У свою

чергу, перший напрямок НАП ґрунтується на трьох, другий і третій – на шести, четвертий – на всіх елементах логістичного обслуговування.

6. Промодельовано і науково обґрунтовано теоретичні засади взаємозв'язку логістичного обслуговування з місією і вимогами НАП та професійними ролями ФФ, а також здійснено формалізацію цього взаємозв'язку.

РОЗДІЛ 4

ОЦІНЮВАННЯ ЛОГІСТИЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ
НА РІВНІ РЕГІОНУ ТА ОКРЕМОГО МІКРОРАЙОНУ МЕГАПОЛІСА4.1 Комплексна оцінка логістизації фармацевтичної практики з
регіонального погляду

Перетворення, які здійснюються у вітчизняній ФП, висувають в число пріоритетних завдань розробку концепції її логістизації, що має бути адекватною специфіці ринкової системи господарювання. При цьому варто враховувати специфіку регіонів, позаяк шляхи виходу з кризи кожен з них сьогодні вишукує сам, у відповідності зі своїм потенціалом і можливостями.

Регіон [347]:

– як система є організованою сукупністю предметів і засобів праці, суб'єктів та середовища господарювання регіону, що функціонують на певній території, взаємопов'язані та взаємодіють між собою, утворюючи єдине ціле;

– як логістична система характеризується сукупністю вхідних і вихідних потоків, наявністю внутрішнього та зовнішнього середовища, в якому відбуваються основні етапи логістичного процесу: постачання – виробництво – розподіл – споживання.

Поняття «регіон» тісно пов'язано з парадигмою «фармацевтична географія», під якою розуміють інтегровану галузь фармацевтичної науки, що вивчає взаємовідношення і вплив територіальних компонентів географічного середовища (природно-кліматичних, екологічних, демографічних, етнічних, соціально-економічних, медико-фармацевтичних) на громадське здоров'я, поширення нозологічних форм захворювань і рівня потреби в лікарському забезпеченні населення [93].

У свою чергу, регіональна ФП, на нашу думку, – це сукупність економічних відносин, що виникають в межах одного регіону (однієї сукупності територіальних компонентів географічного середовища) між ринковими суб'єктами з приводу купівлі-продажу і призначення-споживання ЛЗ і ВМП.

Зважаючи на сказане, метою цього етапу дисертаційної роботи було вивчення рівня логістизації регіональної ФП. Для цього нами опрацьований методичний підхід, в основі якого спеціальна анкета з чотирма ключовими складовими (додаток А).

Перша з них містить у вигляді таблиці перелік 12 чинників із 17 показниками, які характеризують:

- стійкість ФР через показники динаміки продажу та ступеню насичення ЛЗ;
- попиту на ЛЗ і ВМП через показники еластичності, прогнозованості та рівня попиту;
- тиск фармацевтичних виробників через показники рівня їх концентрації та монополії;
- доступ до каналів постачання як можливість купувати ЛЗ на умовах ринкової конкуренції;
- рівень концентрації оптових фармацевтичних фірм за розподілом часток регіонального продажу ЛЗ між ними;
- доступ до каналів збуту як можливість реалізувати ЛЗ на умовах ринкової конкуренції;
- конкуренцію зі сторони імпорту за її часткою у попиті;
- регіональну замкнутість ФР через показники частки транспортних затрат в ціні та регіональної дисперсії цін;
- рівень концентрації роздрібно-аптечної мережі за показником розподілу аптек, аптечних пунктів і кіосків територією регіону;

- купівельну спроможність населення за змогою придбати за наявні грошові кошти та за регіонального рівня цін необхідні ЛЗ;
- забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ через рівень покриття обіговими коштами потреби ЛПЗ у ЛЗ;
- регіональні особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності через рівень втручання державних контрольних органів у цю діяльність.

Для експертної оцінки чинників із показниками опрацьований також діапазон їх бальної оцінки та критерії, які використовуються при оцінюванні (тал. 4.1).

Таблиця 4.1

Діапазон оцінки чинників

Інтервал оцінок		Рівень впливу чинників
min	max	
1	3	Негативний (<i>падіння, надлишок, значний, утруднений, незадовільний, недостатня</i>)
4	6	Нейтральний (<i>стабільність, рівновага, нормальний, середній, задовільний</i>)
7	10	Позитивний (<i>ріст, дефіцит, високий, вільний, низький, достатня</i>)

Джерело: власна розробка

Залежно від вектора спрямованості впливу на фармацевтичну логістизацію регіону всі показники поділяються на «позитивні» (характеризують сформовану кон'юнктуру як сприятливу для розширення ФЛ) і «негативні» (знижують логістичну привабливість і вимагають від суб'єктів ФП додаткових витрат для зміцнення своїх позицій). Якщо показник знижує логістичну привабливість, то йому дається оцінка від 1 до 3 балів.

Якщо показник позитивний, то він оцінюється від 7 до 10 балів. Чим більше «дефіцит», тим більше балів.

За допомогою експертної оцінки ФФ кожному показнику привласнюється певна кількість балів, на основі яких визначається сумарна та середня оцінка кожного показника та чинника. Позаяк їх вплив на загальну логістичну привабливість ФП неоднакова, зокрема в кожному регіоні, то друга складова анкети присвячена експертній оцінці чинників за ступенем впливу на загальну логістичну привабливість шляхом апріорного ранжування. Для цього чиннику з найвищим ступенем впливу присвоюється ранг 1, дещо менш ефективному – 2, ще менш ефективному – 3 і т. д. до 12.

Дані апріорного ранжування використовуються для визначення коефіцієнта вагомості кожного чинника за часткою у зведеній сумі рангів, коли зведена сума приймається за 10, а сумі рангів кожного чинника аналітичним шляхом знаходиться значення таким чином, щоб усі вони в сумі давали 10. Призначення коефіцієнтів – підвищувати або знижувати частку чинника привабливості ринку у вільній оцінці.

Третя складова анкети містить одне контрольне питання для перевірки правильності відповідей експертів.

Четверта складова характеризує професійно-кваліфікаційний рівень експертів.

За обраною методологією мінімальне значення зведеної оцінки логістизації конкретної регіональної ФП дорівнює 8,3, а максимальне – 83,3.

При цьому п'ятирівнева шкала оцінювання має вигляд:

- 8,3 – 23,3 – низький;
- 23,3 – 38,3 – нижче середнього;
- 38,3 – 53,3 – середній;
- 53,3 – 68,3 – вище середнього;
- 68,3 – 83,3 – високий рівень.

Апробація методичного підходу здійснена на базі Львівської та Одеської областей, вибір яких пояснюється схожістю як культурних, туристичних, промислових, торговельних і прикордонних регіонів, а також розходженням ментальності населення.

Дослідження проводилося в 2005 р. та 2014 р. В якості експертів виступили ФФ цих областей, що мають сертифікат провізора-спеціаліста за спеціальністю «Організація та управління фармацією» або атестовані за цією спеціальністю з присвоєнням (підтвердженням) відповідної категорії. Перевірку гіпотези про наявність узгодженості суджень експертів здійснюють за допомогою коефіцієнта конкордації. Їх характеристика подана в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Характеристика експертів

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Число експертів, осіб	61	52	44	66
Стаж роботи за спеціальністю, роки:				
– мінімальна	2	2	1	1
– максимальна	54	42	32	40
– середня	19	15	13	10
Наявність кваліфікаційної категорії, %	37,7	13,4	22,8	12,1

Джерело: власна розробка

Стаж роботи опитаних ФФ в середньому складав від 10 до 19 років залежно від періоду та місця опитування. При цьому в якості експертів виступили особи з різним досвідом керівної роботи (від 1-2 до 32-54 років). Варто зазначити, що кваліфікаційну категорію мали від понад п'ятої частини в Одеській області до майже двох п'ятої у Львівській області в 2005 р. Цей

показник знизився щонайменше до десятої частини в 2014 р. з причини необов'язковості її для керівних посад в аптеках і аптекних складах [161] та відсутності доплати за її наявність в аптекних закладах приватної/колективної форми власності.

Для наочності представлення результатів ранжування факторів побудовані середні апріорні діаграми рангів розподілу факторів, що впливають на загальну логістичну привабливість ФП (рис. 4.1).

Позаяк значення коефіцієнтів конкордації відрізняється від нуля, то можна вважати, що думки ФФ в основному співпадають стосовно впливу досліджуваних факторів. При цьому табличні значення критерію Пірсона значно менші за розрахункові, можна з 95 % імовірністю стверджувати, що думки експертів збігаються статистично значимо. Проте невисокі значення коефіцієнтів конкордації пояснюються неузгодженістю думок експертів з окремих факторів, а саме:

– по Львівській області у 2005 р. щодо трьох факторів: x_4 (доступ до каналів постачання), x_5 (рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств) і x_9 (рівень концентрації роздрібної аптекної мережі), а в 2014 р. стосовно п'яти факторів: x_5 (рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств), x_6 (доступ до каналів збуту), x_7 (конкуренція зі сторони імпорту), x_9 (рівень концентрації роздрібної аптекної мережі) і x_{10} (купівельна спроможність населення);

– по Одеській області у 2005 р. щодо двох факторів: x_9 (рівень концентрації роздрібної аптекної мережі) і x_{10} (купівельна спроможність населення), а в 2014 р. стосовно трьох факторів: x_5 (рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств), x_6 (доступ до каналів збуту) і x_{12} (регіональні особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності).

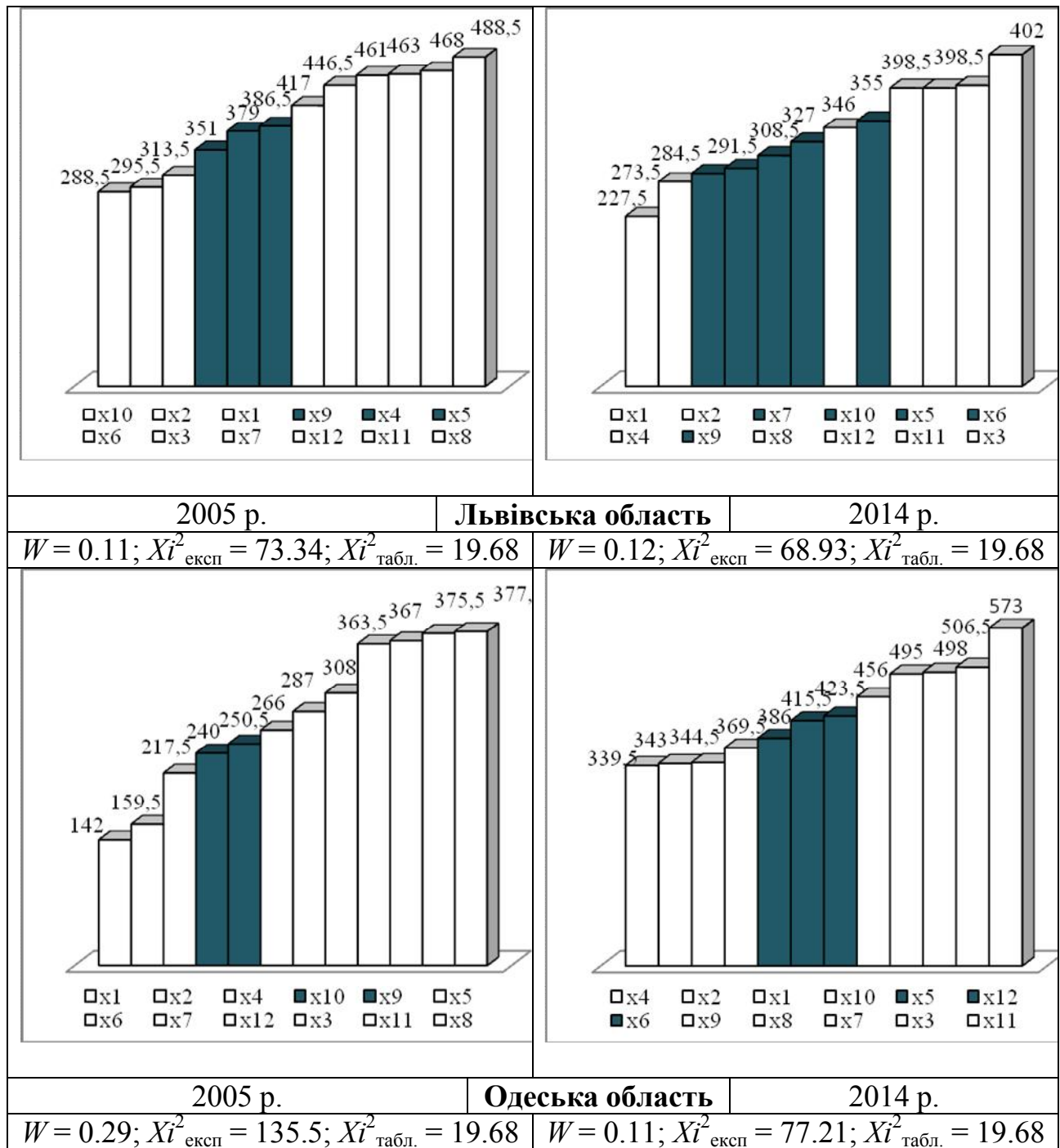


Рис. 4.1. Результати експертної оцінки впливу факторів на загальну

логістичну привабливість фармацевтичної практики:

x1 - стійкість ФР; x2 - характер попиту на ЛЗ і ВМП; x3 - тиск фармацевтичних виробників; x4 - доступ до каналів постачання; x5 - рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств; x6 - доступ до каналів збуту; x7 - конкуренція зі сторони імпорту; x8 - регіональна замкнутість ФР; x9 - рівень концентрації роздрібної аптечної мережі; x10 - купівельна спроможність населення; x11 - забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ; x12 - регіональні особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності.

Джерело: власна розробка

Аналіз гістограм дозволив визначити, що більше інших впливають на досліджуваний параметр, на думку опитаних ФФ обох областей та обох періодів, фактори:

- x1 (стійкість ФР);
- x2 (характер попиту на ЛЗ і ВМП);
- x10 (купівельна спроможність населення).

При цьому важливими є фактори:

- для Львівської області x9 (рівень концентрації роздрібної аптечної мережі) у 2005 р. та x7 (конкуренція зі сторони імпорту) у 2014 р.;
- для Одеської - x4 (доступ до каналів постачання).

Варто зазначити, що серед факторів, які меншою мірою впливають на загальну логістичну привабливість ФП, потрапив фактор x11 (забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ).

Зазначене експертами цілком закономірне, частка госпітального сегменту в загальному обсязі ФР у грошовому виразі зменшилась з 16% (2005 р.) [161] до 7,6% (2014 р.) [51].

Далі, на підставі аналізу результатів експертної оцінки, встановлено (табл. 4.3), що рівень логістизації ФП у Львівській області змінився з вище середнього (53,4) до середнього (50,6), в Одеській області за вербальною шкалою не змінився (вище середнього), проте за числовою шкалою незначно зменшився (з 57,2 до 56,7).

Таблиця 4.3

Зважено-зведені результати вивчення рівня логістизації регіональної фармацевтичної практики

Показники	Львівська область						Одеська область					
	2005 рік			2014 рік			2005 рік			2014 рік		
	Ое	Вп	Оз	Ое	Вп	Оз	Ое	Вп	Оз	Ое	Вп	Оз
Стійкість ФР	4,3	1,0	4,3	4,4	1,20	5,3	5,5	1,48	8,1	5,2	1,01	5,3
Характер попиту на ЛЗ і ВМП	6,4	1,1	7,0	6,2	0,99	6,1	6,7	1,32	8,8	6,8	1,01	6,9
Тиск фармацевтичних виробників	5,1	0,71	3,6	5,2	0,61	3,2	5,2	0,58	3,0	5,2	0,94	4,9
Доступ до каналів постачання	8,3	0,85	7,1	8,0	0,79	6,3	8	0,98	7,8	7,9	1,02	8,1
Рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств	4,7	0,83	3,9	4,2	0,88	3,7	4,5	0,79	3,6	4,4	0,90	4,0
Доступ до каналів збуту	7,5	0,77	5,8	7,2	0,84	6,0	7,6	0,74	5,6	7,4	0,82	6,1
Конкуренція зі сторони імпорту	3,5	0,69	2,4	3,2	0,96	3,1	3,0	0,69	2,1	3,5	0,70	2,5
Регіональна замкнутість ФР	5,2	0,66	3,4	5,2	0,68	3,5	6,5	0,56	3,6	4,7	0,70	3,3
Рівень концентрації роздрібно-аптечної мережі	7,1	0,91	6,5	7,0	0,77	5,4	7,5	0,84	6,3	7,6	0,76	5,8
Купівельна спроможність населення	3,6	1,11	4,0	3,5	0,93	3,3	5,0	0,87	4,4	5,1	0,69	3,5
Забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ	3,2	0,68	2,2	3,3	0,67	2,2	2,5	0,57	1,4	3,8	0,61	2,3
Регіональні особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності	4,7	0,69	3,2	3,7	0,68	2,5	4,3	0,58	2,5	4,8	0,84	4,0
Зведені результати	63,6	10,0	53,4	61,1	10,0	50,6	66,3	10,0	57,2	66,4	10,0	56,7

Ое – оцінка експерта; Вп – вагомість показника; Оз – оцінка зважена

Джерело: власна розробка

Щодо конкретизації окремих складових логістизації ФП, то ФФ показники взаємозв'язок попиту і пропозиції оцінили таким чином (табл. 4.4):

Таблиця 4.4

Взаємозв'язок попиту і пропозиції

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Стійкість регіонального ФР	4,3	5,3	8,1	5,3
	задовільна		висока	задовільна
Характер попиту на ЛЗ і ВМП	7,0	6,1	8,8	6,9
	високий	середній	високий	середній
Регіональна замкнутість ФР	3,4	3,5	3,6	3,3
	значна		значна	

Джерело: власна розробка

– стійкість регіонального ФР в Одеській області, на думку експертів, за період дослідження змінилася з високої до задовільної, у Львівській області вона залишилася на задовільному рівні при зростанні числової оцінки;

– характер попиту на ЛЗ і ВМП в обох регіонах знизився з високого до середнього;

– для обох областей відмічена значна регіональна замкнутість ФР в досліджуваних роках.

Спостерігаючи за оцінкою рівня концентрації суб'єктів ФР варто зазначити наступне (табл. 4.5):

– тиск фармацевтичних виробників в Одеській області змінився з високого до нормального, у Львівській області залишився високим;

– рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств в обох регіонах, на думку експертів, є нормальним, а роздрібною аптечною мережі – задовільним;

– в обох областях в досліджувані періоди відмічається висока конкуренція зі сторони імпорту.

Таблиця 4.5

Рівень концентрації суб'єктів фармацевтичного ринку

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Тиск фармацевтичних виробників	3,6	3,2	3,0	4,9
	високий		високий	нормальний
Рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств	3,9	3,7	3,6	4,0
	нормальний		нормальний	
Рівень концентрації роздрібною аптечною мережі	6,5	5,4	6,3	5,8
	задовільний		задовільний	
Конкуренція зі сторони імпорту	2,4	3,1	2,1	2,5
	висока		висока	

Джерело: власна розробка

Доступ до каналів постачання характеризується експертами обох регіонів в періоди дослідження як вільний, а до каналів збуту – як задовільний (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Доступ до каналів постачання і збуту

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Доступ до каналів постачання	7,1	6,3	7,8	8,1
	вільний		вільний	
Доступ до каналів збуту	5,8	6,0	5,6	6,1
	задовільний		задовільний	

Джерело: власна розробка

Оцінка рівня платоспроможності на регіональних ринках показала, що купівельна спроможність населення в обох областях знизилася з середнього значення до низького, а забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ не змінилася і є низькою (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Рівень платоспроможності на регіональних ринках

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Купівельна спроможність населення	4,0	3,3	4,4	3,5
	середня	низька	середня	низька
Забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ	2,2	2,2	1,4	2,3
	низька		низька	

Джерело: власна розробка

Як зазначалося вище, анкета експертної оцінки містила одне контрольне питання, що стосувалося умов фармацевтичного підприємництва для перевірки правильності відповідей експертів, зокрема з питання регіональних особливостей державного регулювання фармацевтичної діяльності (табл. 4.8).

**Перевірки правильності відповідей експертів
на підставі оцінки умов фармацевтичного підприємництва**

Показники	Львівська область		Одеська область	
	2005 рік	2014 рік	2005 рік	2014 рік
Регіональні особливості державного регулювання фармацевтичної діяльності	4,7	3,7	4,3	4,8
	задовільні (за 10-бальною шкалою)			
Умови фармацевтичного підприємництва (<i>контрольне питання для перевірки правильності відповідей експертів</i>)	3,1	3,3	3,2	2,8
	задовільні (за 5-бальною шкалою)			

Джерело: власна розробка

Результати, наведені в табл. 4.8, підтверджують об'єктивність відповідей експертів, позаяк на обидва питання в періоди дослідження отримані відповіді, які характеризують тенденції розвитку досліджуваних показників як задовільний.

4.2 Аналіз фармацевтичної практики під кутом логістики, орієнтованої на споживача, в умовах окремого мікрорайону мегаполіса

Аналіз діяльності аптек під кутом ЛОНС [220], уможлиблює ширший погляд як на особливості ФП, так і на відвідувачів аптек. Виявлення споживчих переваг або цінності відвідувача аптеки є важливим елементом логістизації ФП.

ЛОНС вимагає знань з таких напрямів:

– чому споживачі купували ЛЗ в конкретній аптеці, продовжують в ній купувати або відмовляються від неї?

- що для відвідувача краще - низькі ціни та/або забезпечення додатковим сервісом?
- які їх потреби і переваги, та як їх задовольнити найбільш повно?
- які споживачі є найбільш цінними для аптеки?
- чи споживач віддає перевагу аптеці, фармамаркету або аптечному пункту?

На базі обліку споживчих переваг, можливо, визначити найкращий варіант ФП, який задовольнить купівельні запити, забезпечить необхідний рівень сервісу і, таким чином, буде сприяти максимальному збереженню кількості лояльних відвідувачів аптек.

Тому метою цього етапу дисертаційного дослідження було вивчення споживчих уподобання щодо вибору аптеки в умовах окремого мікрорайону мегаполіса під кутом ЛОНС.

Як досліджуваний соціум був обраний мікрорайон Одеси, який включає 15 вулиць та два провулки і де знаходяться 10 вищих навчальних закладів, 12 закладів охорони здоров'я і 45 аптек та їх структурних підрозділів. Опитано 439 відвідувачів аптек мікрорайону. Інструментарієм дослідження була анкета (додаток Б). Варто зазначити, що на деякі питання анкети респонденти мали можливість давати кілька відповідей, тому загальна сума не завжди становила 100 %.

Як показують дані рис. 4.2, серед опитаних переважали жінки. Більше половини респондентів були віком від 15 до 25 років.

Серед відвідувачів аптек найбільше було працюючих і студентів. Споживачі ЛЗ мали різний рівень середньомісячного сімейного доходу. При цьому на купівлю ЛЗ респонденти витрачали 6 % цього доходу при розмаху варіації від 0,2 до 41,2 %.

Зазвичай близько третини опитаних купували ЛЗ у найближчій аптеці до місця проживання (35,5 %) або в одній і тій же аптеці (26,9 %), або в аптеці, яка доступна на даний момент (24,1 %). Незначна частка респондентів

відвідує кілька аптек у пошуках доступної ціни (9,6 %) або найближчу до місця роботи аптеку (5,9 %).

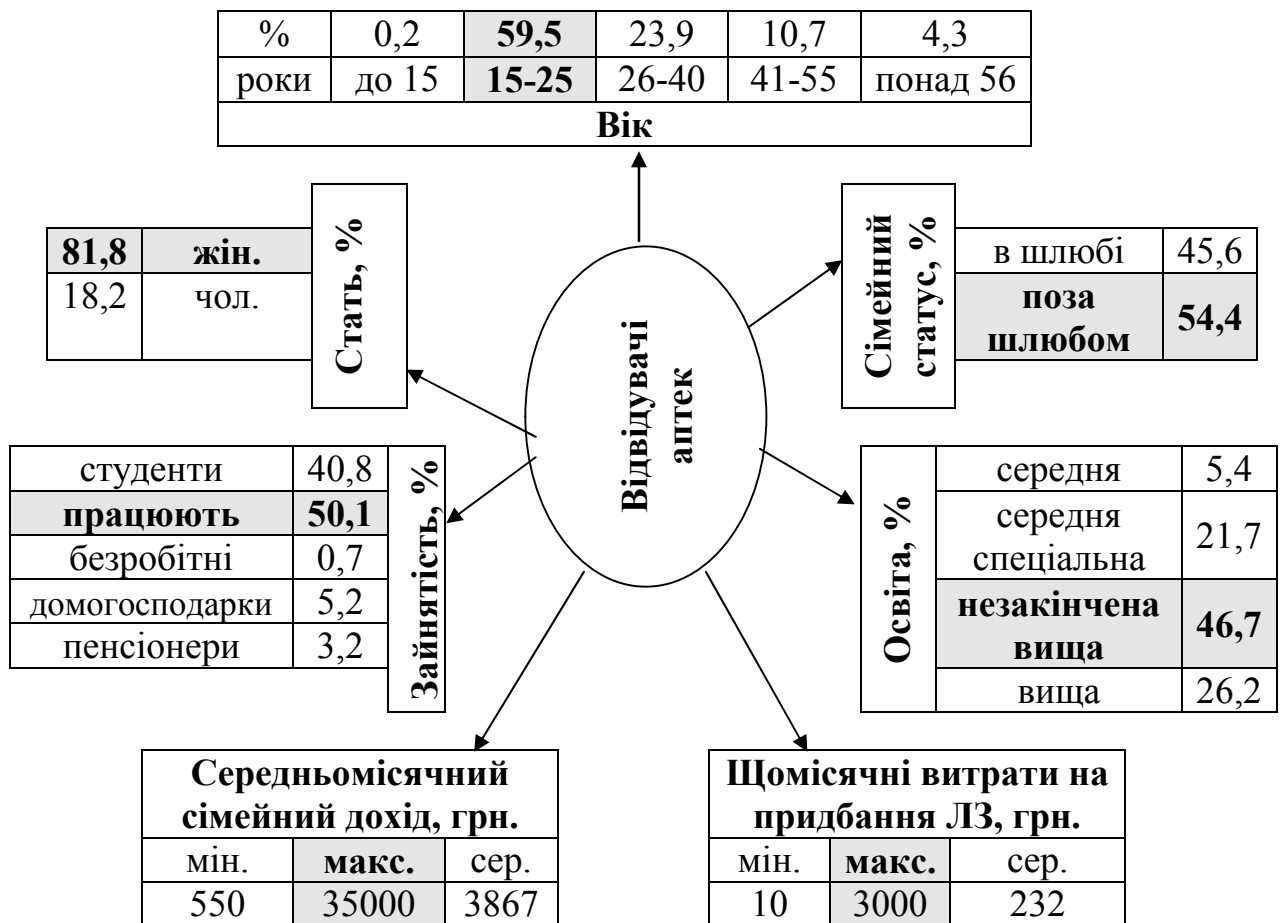


Рис. 4.2. Соціальний профіль опитаних відвідувачів аптек
Джерело: власна розробка

Майже дві п'ятих опитаних (39,2 %) звертаються в аптеку за необхідності, одна п'ята респондентів (20,7 %) відвідують 1 раз на місяць, 16,9 % – 1 раз на тиждень, 13,0 % – 2 рази на місяць, 10,3 % – менше 1 разу на місяць, лише 1,6 % – щодня.

Як видно з даних табл. 4.9, більше половини опитаних пріоритетними факторами вибору аптек вважали місце її розташування, доступність цін і широкий асортимент ЛЗ.

Таблиця 4.9

Рейтинг чинників вибору аптеки

Ранг	Чинник вибору	%	Ранг	Чинник вибору	%
1.	Місце розташування	56,5	11.	Відсутність черг	12,3
2.	Доступні ціни	54,4	12.	Звичка	11,1
3.	Широкий асортимент ЛЗ	51,5	13.	Приналежність до конкретної аптечної мережі	8,4
4.	Фаховість ФФ	34,4	14.	Зовнішній вигляд аптеки	6,8
5.	Довіра до аптеки	31	15.	Зручна викладка ліків	6,6
6.	Режим (графік) роботи аптеки	24,8	16.	Естетичний інтер'єр	5,9
7.	Цінові знижки	24,1	17.	Супутні товари	3
8.	Висока якість обслуговування	21,4	18.	Додаткові послуги	2,7
9.	Особистісні якості ФФ	17,3	19.	Оформлення вітрин	2,1
10.	Наявність дисконтної карти	14,4	20.	Форма власності	0,5

Джерело: власна розробка

Для третини відвідувачів аптек важливими були фаховість ФФ і довіра до конкретної аптеки. Більше однієї п'ятої частини опитаних вказали на режим (графік) роботи аптеки, цінові знижки та високу якість обслуговування. Понад десяту частку відповідей отримали особистісні якості ФФ, наявність дисконтної карти, відсутність черг і звичка. На решту факторів, серед яких належність до конкретної аптечної мережі, мерчандайзингові заходи та форма власності, звернула увагу незначна частка опитаних.

Рівень фармацевтичного обслуговування в аптеці, на думку 65,4 % опитаних, залежить від професіоналізму конкретного провізора. При цьому у 22,3 % випадків консультації завжди фахові, проте в 11,6 % – заангажовані на вартості ЛЗ.

Щодо черг, то лише 4,6 % відвідувачів аптек завжди очікують на обслуговування, 5,7 % – тривало у час «пік», 35,5 % – помірно очікують, а 54,2 % – практично не чекають.

Естетика інтер'єру отримала низький рейтинг як фактор вибору, оскільки 60,3 % відвідувачів аптек він подобається, 4,3 % – не подобається, решта не приділяє цьому уваги.

Зручним викладання ЛЗ в аптеці вважало 53,1 % респондентів, незручним – лише 5,2 %, для решти – однаково.

Як видно з даних табл. 4.10, дві третини респондентів, які вказали на особистісні якості ФФ як фактор вибору аптеки, вважали основним серед них культуру обслуговування.

Таблиця 4.10

Рейтинг особистісних якостей ФФ

Ранг	Чинник вибору	%	Ранг	Чинник вибору	%
1.	Культура обслуговування	68,4	7.	Уміння слухати	11,8
2.	Ввічливість	51,3	8.	Уміння упереджувати конфлікти	5,3
3.	Уміння розмовляти і розуміти проблему	47,4	9.	Вік	2,6
4.	Доброзичливість	34,2	10.	Стать	2,6
5.	Уважність	34,2	11.	Стаж роботи	2,6
6.	Зовнішній вигляд	17,1	12.	Спокій	1,3

Джерело: власна розробка

Більше третини опитаних відзначили доброзичливість і уважність, майже одна п'ята – зовнішній вигляд, більш як десята частина – вміння слухати. Варто зазначити, що вік, стать і стаж роботи не визначали особистісних якостей працівників аптек.

Рішення про купівлю конкретного ЛЗ, ВМП чи іншого товару аптечного асортименту 47,6 % респондентів приймали попередньо до відвідування аптеки, 44,9 % – залежно від обставин, а 7,5 % – безпосередньо в аптеці.

При прийнятті рішення про купівлю попередньо до відвідування аптеки 84,7 % опитаних звертали увагу на важливість для них ЛЗ, 52,2 % – на ціну, а 41,1 % визначалися за довірою до виробника. Наявність сертифікатів якості вважали важливою 12,9 %, зручність упаковки – 3,3 %, дизайн упаковки – 1,4 % відвідувачів аптек. Усі зазначені фактори вважали суттєвими лише 19,6 % респондентів.

На консультаційну допомогу ФФ частіше очікує 48,3 % опитаних, не очікує – 31 %, решта – не визначилися. Поведінка ФФ на рішення про купівлю впливає на 56,9 % респондентів, немає значення для 21,6 %, не впливає – на решту відвідувачів.

При пропозиції ФФ кількох варіантів необхідного безрецептурного ЛЗ 64,9 % опитаних оберуть відомий ЛЗ, перевірений ними або їх рідними чи знайомими, 23,9 % – звернуться за порадою до провізора. Незначна частка респондентів обере дешевший ЛЗ даної групи – 4,8 %, дорожчий ЛЗ даної групи – 2,1 % або ЛЗ, який недавно рекламувався, – 1,4 %.

Досить часто з відсутністю необхідних ЛЗ у даній аптеці стикалися 10,3 % відвідувачів, часто – 6,8 %, часом – 61,5 %, дуже рідко – 19,1 %. Лише 2,3 % зазначили, що не стикалися з відсутністю необхідних ЛЗ у аптеці.

Щодо цінової політики, то 64,0 % відвідувачів аптек вказали та те, що ціни на ЛЗ значно зросли, 21,6 % – ціни зросли незначно, лише 1,4 %

вказали, що ціни знизилися, 0,5 % відвідувачів не звертають на ціни уваги. У разі якщо ціна на необхідний ЛЗ висока, 70,0 % опитаних усе одно купують його, оскільки «здоров'я дорожче», 26,4 % шукають дешевший аналог і лише 3,6 % відмовляються від придбання ЛЗ.

Проблема фальсифікації ЛЗ турбує 85,4 % відвідувачів аптек, не турбує 10,3 %, а решта перевіряє сертифікати якості ЛЗ у аптеці. Якщо на один і той же ЛЗ ціна в одній аптеці нижча, ніж в інших, то у 23,0 % опитаних виникають підозри щодо його фальсифікації, 27,1 % – не вважають його підробленим, а майже половина (49,9 %) – не надають цьому значення.

Рівень обслуговування в аптеці на відмінно оцінили 17,8 % респондентів, добре – 53,1 %, задовільно – 26,9 %, погано – 1,4 %, дуже погано – решта. Середня оцінка становила 3,9.

Причинами відмови від повторного відвідування деяких аптек майже половина респондентів назвали високі ціни (47,2 %) і некваліфікований персонал (46,7 %). Вузкий асортимент ЛЗ відмітили 27,6 %, довгі черги – 19,6 %, незручне місце розташування аптеки – 18,9 %, поганий її зовнішній вигляд – 10,0 %.

Для покращання роботи аптек відвідувачі запропонували 7 пропозицій і 6 додаткових послуг.

Як видно з даних табл. 4.11, серед пропозицій майже половина стосується підвищення доброзичливості ФФ, більш як четверта частина – надання ними частішої консультаційної допомоги відвідувачам, більше п'ятої частини – запровадження цілодобової роботи й організації в аптеці місць для сидіння, більше десятої частини – наявності пандуса або кнопки виклику ФФ для осіб з обмеженими фізичними можливостями, а також свіжої води для пиття. Більше двадцятої частини опитаних вважали за доцільне застосовувати в аптеці комплекс запахів (аромамаркетинг).

Таблиця 4.11

Перелік пропозицій для покращення роботи аптеки

Ранг	Назва пропозиції	%
1	Персонал має бути доброзичливішим	44,0
2	Персонал повинен частіше допомагати відвідувачам	28,0
3	Запровадити цілодобовий режим роботи	23,9
4	Необхідні місця для сидіння	22,3
5	Необхідний пандус або кнопка виклику ФФ для осіб з обмеженими фізичними можливостями	18,9
6	Наявність свіжої води для пиття	15,3
7	Застосовувати аромамаркетингу	6,4

Джерело: власна розробка

Щодо додаткових послуг (табл. 4.12), то важливою для двох п'ятих опитаних була б консультація лікаря, четвертої частини – розрахунок банківськими картками, доставка ЛЗ додому та замовлення їх по телефону, п'ятої частини – вимірювання артеріального тиску та лише для двадцятої – прокат ВМП.

Таблиця 4.12

Перелік додаткових послуг для покращення роботи аптеки

Ранг	Назва послуги	%
1.	Консультація лікаря	42,8
2.	Розрахунок банківськими картками	26,4
3.	Доставка ЛЗ додому	25,5
4.	Замовлення ЛЗ телефоном	25,3
5.	Вимірювання артеріального тиску	21,6
6.	Прокат ВМП	5,0

Джерело: власна розробка

Результати четвертого розділу дисертації знайшли відображення у монографії “Сучасні аспекти фармацевтичної практики в Україні” [296] та чотирьох наукових публікаціях [54, 323, 326, 330]. Крім цього вони впроваджені у практичну та освітню діяльність (акти див. дод. Л1-Л4).

ВИСНОВКИ

1. Запропоновано авторське трактування регіональної ФП як сукупності економічних відносин, що виникають в межах одного регіону (однієї сукупності територіальних компонентів географічного середовища) між ринковими суб'єктами з приводу купівлі-продажу і призначення-споживання ЛЗ і ВМП.

2. Унаслідок апріорного ранжування 12 чинників, які визначають рівень логістизації ФП, виявлено, що найбільше на досліджуваний параметр впливають, на думку опитаних ФФ Львівської та Одеської областей в 2005 і 2014 рр., фактори x_1 (стійкість ФР), x_2 (характер попиту на ЛЗ і ВМП) і x_{10} (купівельна спроможність населення), а меншою мірою - фактор x_{11} (забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ).

3. На підставі аналізу результатів експертної оцінки, встановлено, що рівень логістизації ФП у Львівській області змінився з вище середнього (53,4) до середнього (50,6), в Одеській області за вербальною шкалою не змінився (вище середнього), проте за числовою шкалою незначно зменшився (з 57,2 до 56,7).

4. Показано, що стійкість регіонального ФР в Одеській області за період дослідження знизилася з високої до задовільної, у Львівській області вона залишилася на задовільному рівні за зростання числової оцінки. При цьому характер попиту на ЛЗ і ВМП в обох регіонах знизився з високого до середнього на фоні значної регіональної замкнутості ФР в досліджуваних роках.

5. Спостерігаючи за оцінкою рівня концентрації суб'єктів ФР, визначено, що тиск фармацевтичних виробників в Одеській області змінився з високого до нормального, у Львівській області залишився високим. При цьому на фоні високої конкуренції зі сторони імпорту рівень концентрації оптових фармацевтичних підприємств в обох регіонах є нормальним, а роздрібною аптечною мережі – задовільним.

6. Доступ до каналів постачання характеризується експертами обох регіонів в періоди дослідження як вільний, а до каналів збуту – як задовільний. Оцінка рівня платоспроможності на регіональних ФР показала, що купівельна спроможність населення в обох областях знизилася з середнього значення до низького, а забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ не змінилася і є низькою.

7. На підставі результатів анкетного опитування 439 відвідувачів аптек конкретного мікрорайону Одеси під кутом ЛОНС встановлені особливості споживчих уподобань щодо вибору аптек, зокрема:

- понад третина опитаних купували ЛЗ у найближчій аптеці до місця проживання;
- рівень фармацевтичного обслуговування в аптеці дві третіх респондентів корелювали з професіоналізмом конкретного провізора, при цьому поведінка персоналу аптеки впливає на рішення про купівлю понад половину відвідувачів;
- рішення про купівлю певного ЛЗ майже половина опитаних приймали попередньо до відвідування аптеки, при цьому понад дві п'ятих з них звертали увагу на важливість для них ЛЗ, а понад половину - на ціну;
- дві третіх відвідувачів аптек вказали та те, що ціни на ЛЗ значно зросли;
- проблема фальсифікації ЛЗ турбує понад чотири п'ятих відвідувачів аптек.

– причинами відмови від повторного відвідування деяких аптек майже половина респондентів назвали високі ціни і некваліфікований персонал;

– середня оцінка рівня обслуговування в аптеці склала 3,9.

8. Для покращення роботи аптек відвідувачі запропонували 7 пропозицій та 6 додаткових послуг. Серед пропозицій майже половина стосується підвищення доброзичливості ФФ, понад четверта частина – надання ними частіше консультаційної допомоги відвідувачам, більше п'ятої частини – запровадження цілодобової роботи та організації в аптеці місць для сидіння, більше десятої частини – наявності пандусу або кнопки виклику ФФ для осіб з обмеженими фізичними можливостями, а також свіжої води для пиття. Понад двадцята частина опитаних вважали за доцільне застосовувати в аптеці комплекс запахів (аромамаркетинг). Щодо додаткових послуг, то важливою для двох п'ятих опитаних була би консультація лікаря, для четвертої частини - розрахунок банківськими картками, доставка ЛЗ додому і замовлення їх телефоном, п'ятої частини - вимірювання артеріального тиску та лише для двадцятої - прокат ВМП.

РОЗДІЛ 5

ДОСЛІДЖЕННЯ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВНІ ПІДСИСТЕМ
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, ОБІГУ ТА СПОЖИВАННЯ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

AI чинить істотний негативний вплив як на поведінку учасників ринку [8], зокрема фармацевтичного, так і на механізм його функціонування, що проявляється в зниженні ефективності прийнятих учасниками ринку рішень та життєдіяльності власне самого ринку.

Не дивлячись на досягнуті успіхи в дослідженні функціонування світового і національного ФР, питання комплексного аналізу ситуацій, які виникають через існування AI у процесі ФП, не розглядалися.

На ФР участь бере чисельна сукупність суб'єктів, що чинить активний вплив на ринкові об'єкти – ЛЗ і ВМП, та складається з таких основних підсистем:

- державного управління;
- обігу (реєстрації, виробництва та розподілу) ЛЗ і ВМП;
- споживання (індивідуальні споживачі та організації-споживачі);
- інформування про ринок, зокрема через професійні і суспільно-політичні ЗМІ;
- підготовки ФФ;
- саморегулювання через ГО.

Ураховуючи зазначене, метою цього етапу було проаналізувати сутність і проблемні питання прояву AI на рівні різних учасників ФР та шляхи зниження негативного її впливу.

Комплексний опис концептуальної природи AI уможливив одержання узагальнюючого знання щодо особливостей її прояву на рівні зазначених вище суб'єктів ФР.

5.1 Асиметрія інформації на рівні державного управління

В Україні активно реалізується пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Відповідно до рекомендацій Державної служби України з ЛЗ у разі звернення пацієнтів із рецептами лікаря, де вказана міжнародна непатентована назва (МНН), провізору необхідно повідомити насамперед про наявність ЛЗ за найнижчою ціною [262].

При цьому в цих рекомендаціях стверджується, що хворобу лікує діюча речовина, яка міститься в ЛЗ, а не ТМ на упаковці, позаяк ЛЗ, що зроблені на основі однієї й тої ж самої діючої речовини мають однакову лікувальну дію. Тому, на думку урядового органу, вибираючи найбільш дешевий ЛЗ з однією й тою самою діючою речовиною, відвідувач аптеки зможе суттєво зекономити [163].

Проте, твердження щодо фармакологічної ідентичності ТМ ЛЗ–аналогів без підтвердження даними біоеквівалентності містять АІ.

Зважаючи на зазначене вище, нами був проведений порівняльний аналіз текстів ІМЗ ТМ ЛЗ–аналогів.

Об'єктами дослідження були 8 текстів ІМЗ ТМ Небівололу (МНН) в таблетках по 5 мг, внесених в Державний реєстр ЛЗ станом на 27.04.2013 р. (<http://www.drlz.kiev.ua/>).

Вибір ІМЗ обґрунтований тим, що в їх текстах реалізуються чотири комунікативно-прагматичні функції [4]:

- дескриптивна: опис ЛЗ, його лікувальних властивостей, особливостей взаємодії з іншими ЛЗ і т.д.;
- прескриптивна: вказівка щодо способу прийому ЛЗ, часу, кількості тощо;
- інформативна: повідомлення нової інформації адресату;

– регулятивна: функція контролю поведінки адресата відповідно до вказівок, які містяться в інструкції, попередження щодо наслідків неправильного прийому ЛЗ і т.д.

Вибір Небівололу зумовлений тим, що на його ТМ поширювалася дія пілотного проекту. Це найсучасніший високоселективний β -адреноблокатор з вазодилатуючим ефектом, зумовленим модулюючим впливом на метаболізм ендогенного оксиду азоту, що забезпечує йому перевагу над іншими блокаторами β -адренорецепторів та призначений для лікування артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічної серцевої недостатності (СН).

При цьому аналізувалися ІМЗ таких ТМ:

– Небікор №30 – виробники: Адіфарм ЕАТ, Болгарія; Специфар С.А., Греція;

– Небіволол Сандоз® №30 – виробники: Салютас Фарма ГмбХ, Німеччина; Сандоз Ілак Санайве Тікарет А.С., Туреччина;

– Небітренд №28 – виробник: АТ Фармацевтичний завод ТЕВА, Угорщина);

– Небікард №50 – виробник: Торрент Фармасьютікалс Лтд., Індія;

– Небівал №20 – виробник: Київський вітамінний завод, Україна;

– Небілонг №30 – виробник: Мікро Лабс Лімітед, Індія;

– Небілет® №28 – виробник: Берлін-Хемі АГ, Менаріні Груп, Німеччина;

– Небіволол Оріон №30 – виробники: Оріон Корпорейшн, Фінляндія; Специфар С.А., Греція.

Порівняльний аналіз текстів ІМЗ ЛЗ дозволив виявити в них суттєві різночитання.

Так, вивчення складу ТМ ЛЗ показало, що діюча речовина одна й та ж - Небіволол у вигляді небівололу гідрохлориду. Проте аналізовані ЛЗ різняться за назвою і кількістю допоміжних речовин.

Як видно з даних табл. 5.1, всього у аналізованих ТМ використано 15 допоміжних речовин від 6 до 9 в одному ЛЗ.

Таблиця 5.1

Перелік допоміжних речовин в ТМ Небівололу

Назви допоміжних речовин	ТМ небівололу								Разом
	Небікор	Небіволон Сандоз®	Небіренд	Небікард	Небівал	Небілонг	Небілет	Небіволон Оріон	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Лактоза моногідрат	+	+	+	+	+	+	+	+	8
2. Целюлоза мікрокристалічна	+	+	+	+	+	+	+	+	8
3. Магнію стеарат	+	+	+	-	+	+	+	+	7
4. Натрію кроскармелоза	-	+	+	+	+	+	+	-	6
5. Кремнію діоксид колоїдний безводний	-	+	+	+	+	+	+	-	6
6. Крохмаль кукурудзяний	-	+	+	+	+	-	+	-	5
7. Гіпромелоза	-	+	+	-	+	-	+	-	4
8. Повідон	+	-	-	-	-	+	-	+	3
9. Полісорбат 80	-	-	-	+	+	-	+	-	3
10. Кросповідон	+	-	-	-	-	-	-	+	2
11. Полоксамер	+	-	-	-	-	-	-	+	2
12. Гідроксипропілметилцелюлоза	-	-	-	+	-	-	-	-	1
13. Бетадекс	-	-	-	-	-	+	-	-	1
14. Натрію докузат	-	-	-	-	-	+	-	-	1
15. Тальк	-	-	-	-	-	+	-	-	1
Всього	6	7	7	7	8	9	8	6	58
Термін придатності ЛЗ, роки	3	3	2	3	2	2	3	3	x

Джерело: власна розробка

Найчастіше використовували лактозу моногідрат і целюлозу мікрокристалічну (усі ТМ), магнію стеарат (7 ТМ), натрію кроскармелозу і кремнію діоксид колоїдний безводний (по 6 ТМ).

Загальновідомо, що допоміжні речовини не лише обумовлюють технологічну можливість отримання певних ЛЗ у певній лікарській формі, але й зумовлюють чи регулюють їх стабільність та ефективність протягом певного часу [226]. Зокрема, за даними ІМЗ, термін придатності 5 ТМ Небівололу (Небікор, Небіволол Сандоз®, Небікард, Небілет і Небіволол Оріон) становить 3, а трьох (Небітренд, Небівал і Небілонг) – 2 роки.

Результати подальшого аналізу показали деякі різночитання в показання ТМ Небівололу (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Покази для ФТ ТМ Небівололу

Показники	ТМ небівололу							
	Небікор	Небіволол Сандоз®	Небітренд	Небікард	Небівал	Небілонг	Небілет	Небіволол Оріон
Есенціальна АГ	+	+	+	-	+	+	+	+
АГ	-	-	-	+	-	-	-	-
Хронічна серцева недостатність (СН), як додатковий засіб до стандартної терапії:								
✓ у пацієнтів літнього віку	+	-	-	-	-	-	-	-
✓ у хворих літнього віку \geq 70 років	-	+	-	-	-	+	-	-
✓ у хворих старше 70 років	-	-	+	-	+	-	+	-
Хронічна СН стабільна м'якого та середнього ступеню, як допоміжна терапія при лікуванні у хворих похилого віку								+

Джерело: власна розробка

Як видно з даних табл. 5.2, показаннями 7 ТМ Небівололу є есенціальна АГ, а однієї – АГ, тобто Небікард, на відміну від інших ТМ,

може застосовуватися для ФТ вторинної гіпертензії (симптоматичної), частота якої не перевищує 10% всіх випадків АГ [253].

Крім цього, в ІМЗ 7 ТМ характерним показом є хронічна СН, як додатковий засіб до стандартної терапії у пацієнтів літнього віку. При цьому в одній ІМЗ не конкретизуються роки пацієнтів, хоча відповідно до класифікації ВООЗ до літнього віку відноситься населення у віці від 60 до 74 років [260]. Ще в двох ІМЗ вказується вік від 70 років, в трьох – старше 70 років. Лише в ІМЗ Небівололу Оріон, на відміну від інших, хронічна СН уточнена як стабільна м'якого та середнього ступеня у хворих похилого віку без зазначення років.

Таким чином, в текстах аналізованих ІМЗ щодо ЛЗ-аналогів, на жаль, не завжди однакові покази до застосування.

Далі досліджено специфіку протипоказань ТМ Небовололу (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Протипокази ТМ Небівололу

Показники	ТМ небівололу							
	Небікор	Небіволл Сандоз®	Небігренд	Небікард	Небівал	Небілонг	Небілет	Небіволл Оріон
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Для всіх ТМ								
1. Підвищена чутливість до небівололу та/або допоміжних речовин								
2. Брадикардія (частота скорочення серця менше 60 ударів за хв.)								
3. Бронхіальна астма та бронхоспазм в анамнезі								
4. Гостра СН								
5. Кардіогенний шок								

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Нелікована феохромоцитома								
7. Синдром слабкості синусового вузла, у т.ч. синоатріальна блокада								
8. тяжкі порушення периферичного кровообігу								
9. Тяжкі захворювання печінки та печінкова недостатність	+	-	-	-	-	-	-	-
10.Печінкова недостатність або порушення (обмеження) функції печінки	-	+	+	+	+	+	+	+
11.Декомпенсована СН	+	-	-	-	-	-	-	-
12.Епізоди декомпенсації СН, що вимагають внутрішньовенного введення діючих речовин із позитивним інотропним ефектом	-	+	+	+	+	+	+	+
13.АV-блокада II та III ступеня	+	-	-	-	-	-	-	-
14.Атріовентрикулярна блокада II-III ступеня (без штучного водія ритму)	-	+	+	+	+	+	+	+
15.Метаболічний ацидоз у стадії декомпенсації	+	-	-	-	-	-	-	-
16.Метаболічний ацидоз	-	+	+	+	+	+	+	+
17. Артеріальна гіпотензія:								
✓ систолічний тиск менше 100 мм рт. ст.	+	-	-	-	-	-	-	-
✓ систолічний тиск менше 90 мм рт. ст.		+	+	+	+	+	+	+
18. Одночасне застосування з флоктафеніном (флуоктафеніном) і сультопридом	-	-	-	+	++*	++*	-	+

1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну ≤ 40 мл/хв)	+	–	–	–	–	–	–	–
20. Тяжкі обструктивні органи дихання хронічні захворювання	–	–	–	–	–	–	–	+
21.Період вагітності	+	н.п.*	о.з.*	+	о.з.*	о.з.*	о.з.*	н.р.*
22.Годування груддю	+	н.р.*	о.з.*	+	о.з.*	о.з.*	о.з.*	н.р.*
23.Дитячий вік	+	н.п.*	н.р.*	++	н.р.*	н.р.*	н.р.*	++
* - зазначено не в розділі «Протипокази», н.п. – не показано, н.р. – не рекомендовано, о.з. – особливості застосування								

Джерело: власна розробка

Як видно з даних табл. 5.3, всього в ІМЗ всіх ЛЗ вказано 23 протипоказання. При цьому 8 з них є спільними, а саме: підвищена чутливість до Небівололу та/або допоміжних речовин, брадикардія, бронхіальна астма та бронхоспазм в анамнезі, гостра СН, кардіогенний шок, нелікована феохромоцитома, синдром слабкості синусового вузла, у т.ч. синоатріальна блокада, тяжкі порушення периферичного кровообігу.

В інших випадках ми маємо справу із суперечливою інформацією в ІМЗ, тобто в тексті однієї ІМЗ з яких не будь причин відсутні відомості, що наявні в тексті іншої ІМЗ ЛЗ.

Так, для Небікору важливим протипоказанням є тяжкі захворювання печінки, декомпенсована СН, атріовентрикулярна блокада II-III ступеня (не зазначена наявність штучного водія ритму), метаболічний ацидоз у стадії

декомпенсації, артеріальна гіпотензія за систолічного тиску менше 100 мм рт. ст.

Для інших ТМ небівололу протипоказаннями є печінкова недостатність або порушення функції печінки, епізоди декомпенсації СН, що вимагають внутрішньовенного введення діючих речовин із позитивним інотропним ефектом, атріовентрикулярна блокада II-III ступеня (без штучного водія ритму), метаболічний ацидоз (без зазначення стадії компенсації) та артеріальна гіпотензія за систолічного тиску менше 90 мм рт. ст.

Важливим протипоказом у 4 ТМ є одночасне застосування ЛЗ з флоктафеніном (флуоктафеніном) і сультопридом. При цьому у Небікарда і Небівололу Оріон це вказано в розділі «Протипоказання», а в Небівалу і Небілонгу – при описі взаємодії з іншими ЛЗ.

По одній ТМ мають виняткові протипоказання: тяжка ниркова недостатність (Небікор) і тяжкі хронічні обструктивні захворювання органів дихання (Небіволол Оріон).

Інформація щодо прийому досліджуваних ЛЗ в період вагітності та годування груддю, яка представлена в текстах розглянутих ІМЗ є, на наш погляд, не менш суперечливою. Так, лише у тексті ІМЗ Небікору і Небікарду вказано категоричне протипоказання щодо періоду вагітності та годування груддю. Для інших ТМ ці питання розглядаються в розділі «Застосування у період вагітності або годування груддю» і трактуються як не показано чи не рекомендовано або оговорюється обережне застосування.

Схожа картина характерна для призначення Небівололу дітям. Беззаперечні протипоказання зазначені у Небікору, Небікарду і Небівололу Оріон (в двох останніх в розділі «Діти»). В інших ІМЗ досліджувані ЛЗ для дітей не рекомендуються.

На завершення дослідження нами проаналізовано число побічних реакцій (ПР), зазначених в ІМЗ, та економічна доступність ТМ Небівололу. Як видно з даних табл. 5.4, тексти аналізованих ІМЗ містять в середньому 11

груп ПР при розмаху варіації від 9 до 12. При цьому кількість можливих несприятливих клінічних проявів складає в середньому 43 та знаходяться в межах від 38 до 53.

Таблиця 5.4

Число ПР та економічна доступність ТМ Небівололу

ТМ небівололу	Кількість		ГрОВЦ* за упак., грн.	Вартість добової дози, грн	Коефіцієнт ЕД для	
	груп ПР	можливих несприятливих клінічних проявів			працюючих осіб, %	для хворих пенсійного віку, %
Небітренд	12	39	43,53	1,55	1,44	3,15
Небіволол Сандоз®	12	39	52,85	1,76	1,63	3,58
Небіволол Оріон	11	43	54,80	1,83	1,70	3,72
Небікард	12	43	96,64	1,93	1,79	3,93
Небілонг	12	44	58,93	1,96	1,82	3,99
Небікор	9	53	61,06	2,04	1,89	4,15
Небілет	12	38	64,09	2,29	2,13	4,66
Небівал	9	41	46,35	2,32	2,15	4,72
Коефіцієнт лінійної кореляції, r			$\begin{array}{c} \text{---} \rightarrow 0,10 \leftarrow \text{---} \\ \downarrow \\ \text{---} \rightarrow -0,48 \end{array}$		x	x
Середнє	11	43	59,78	1,96	1,82	3,91
*ГрОВЦ – гранична оптова відпускна ціна						

Джерело: власна розробка

Як видно з даних, наведених у цій же таблиці, Небітренд і Небіволол Сандоз є економічно доступнішими порівняно з іншими ЛЗ, присутніми на ФР України. При цьому між кількістю груп ПР і вартості добової дози 8 ТМ

Небівололу значення коефіцієнта лінійної кореляції є негативним у межах 0,3 - 0,5, що характеризує наявність зворотного помірною зв'язку.

У свою чергу, коефіцієнт лінійної кореляції між кількістю можливих несприятливих клінічних проявів та вартістю добової дози 8 ТМ аналізованого ЛЗ вказує на наявність прямого слабкого зв'язку (показник у межах 0,1-0,3).

Таким чином, встановлено наявність значних різночитань в деяких розділах досліджуваних текстів ІМЗ 8 ТМ Небівололу, що може спричинити неправильний прийом ЛЗ та, як наслідок, ліко-пов'язані проблеми.

5.2 Асиметрія інформації на рівні обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення

Обіг ЛЗ і ВМП включає види діяльності із розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, пересилання, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України.

АІ на рівні обігу ЛЗ і ВМП характеризується викривленням чи замовчуванням інформації щодо (рис. 5.1):

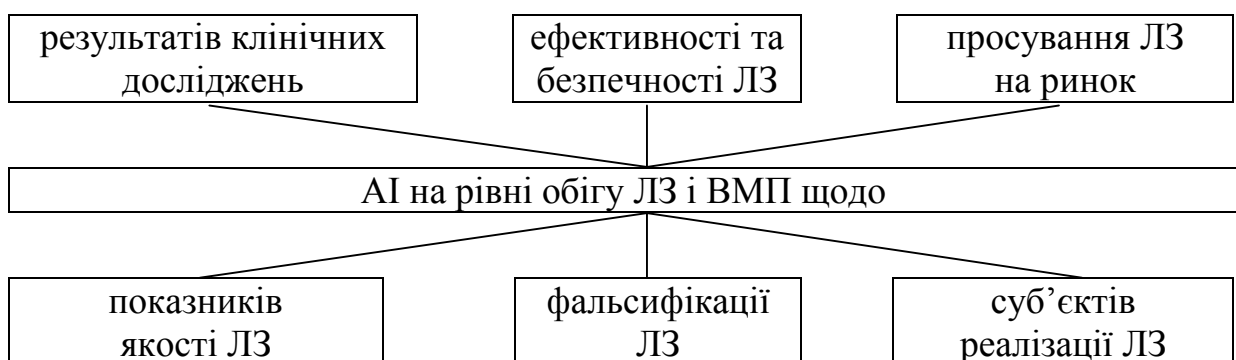


Рис. 5.1. Види АІ на рівні обігу ЛЗ і ВМП

Джерело: власна розробка

– *результатів клінічних досліджень*. Так, співробітники прокуратури міста Алмати з'ясували, що клінічні звіти з ЛЗ сфальсифіковані, що дало змогу запобігти потраплянню на ринок восьми ЛЗ виробництва ТОО «ПФК» Елеас», зареєстрованих комітетом МОЗ Казахстану [23];

– *ефективності та безпеки ЛЗ*. Прикладом є звинувачення американської компанії Abbott Laboratories та її колишнього підрозділу, а нині самостійної фармацевтичної компанії AbbVie Inc., в приховуванні інформації про небезпечні побічні дії ЛЗ для замісної терапії тестостероном у чоловіків AndroGel - ризик розвитку інфаркту, інсульту і навіть летального результату, пов'язаний із його застосуванням, збільшується на 29% [375];

– *просування ЛЗ на ринок*. Так, японською фармацевтичною компанією Такеда Ясучіка Хасегава використовувалися неналежні матеріали та формулювання при просуванні гіпотензивного препарату Vlopress (candesartan), що вводили споживачів в оману щодо підвищеної ефективності ЛЗ у порівнянні з Norvasc [131];

– *показників якості ЛЗ*. Для прикладу, Управління з контролю якості харчових продуктів і ЛЗ США (FDA) заборонило імпорт в США продукції, виробленої на індійському підприємстві канадської генерикової компанії Arotex Inc через її невідповідність стандартам якості [402];

– *фальсифікації ЛЗ*. Так, американська фармацевтична компанія Pfizer відкликкала з продажу 104 тис. флаконів з *антидепресантом venlafaxine hydrochloride*, (Effexor XR), позаяк в упаковці замість Effexor XR був ЛЗ для лікування серцево-судинних захворювань [129];

– *суб'єктів реалізації ЛЗ*. Для прикладу, найчастіше сайти, які реалізують фальсифіковані ЛЗ, видають себе за ліцензовані інтернет-аптеки, а насправді розташовані в інших країнах, зокрема, в азіатському регіоні. Так, у червні 2013 р. проведений 6-й Міжнародний тиждень по боротьбі з фальсифікованими ЛЗ, що продаються через інтернет-аптеки, в ході якої

було виявлено нелегальної продукції на суму понад 41 млн. дол. і прийняті заходи відносно понад 9,6 тис. інтернет-сайтів [403].

5.3 Асиметрія інформації на рівні споживання

Медичні та фармацевтичні знання дуже складні, тому інформації як про наслідки, так і про можливості ФТ тієї чи іншої хвороби у ФФ неодмінно набагато більше, ніж у пацієнта. Крім того, обидві сторони здебільшого обізнані про цю інформаційну нерівність, а їхні стосунки ґрунтуються на цих знаннях.

АІ внутрішньо притаманна ФО. Питання лише в ступені АІ, тому що від цього залежатиме її вплив на ефективність (результативність) ФО. Як видно з даних рис. 5.2, є три складові АІ у ФО [72]:

✓ приховані характеристики – одна зі сторін ФО (провізор) володіє більш повною інформацією, ніж інша (пацієнт) [145];

✓ приховані дії – учасник ФО, який володіє більш повною інформацією, може чинити дії, які не спостерігаються менш поінформованим учасником [145];

✓ обмежена раціональність – позначає феномен когнітивної обмеженості пацієнтів у пошуках, використанні та сприйнятті релевантної і доступної інформації, зокрема фармацевтичної, в процесі прийняття рішення [16].

Із зазначеного вище випливають три обставини. Перша з них полягає в тому, що приховані характеристики є наслідком властивостей самого об'єкта ФО, тобто якості (ефективності) ЛЗ.

На основі здатності споживача визначати якість товарів (у т.ч. й фармацевтичні) можна класифікувати так [398, 402]:

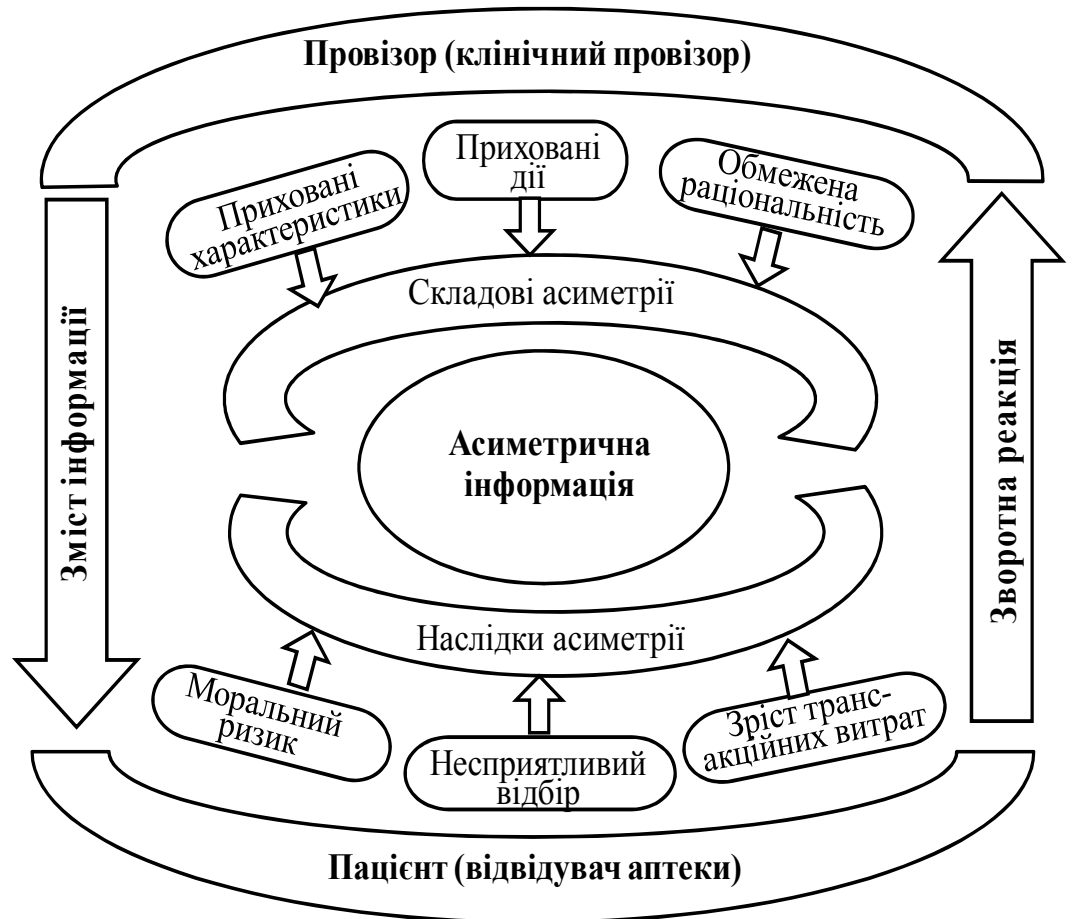


Рис. 5.2. Асиметрія інформації у фармацевтичному обслуговуванні

Джерело: власна розробка

- товари, якість (ефективність) яких можна визначити до використання (“search goods”) – наприклад, тонометр;
- товари, якість (ефективність) яких можна визначити тільки після застосування (“experience goods”) – наприклад, лейкопластир;
- товари, якість (ефективність) яких важко визначити навіть після споживання, або товари на довірі (“credence goods”), – абсолютна більшість ЛЗ.

Друга обставина АІ у процесі ФО полягає в тому, що пацієнту не вистачає спеціальних знань ФФ щодо ефективності ЛЗ та ширини і глибини їх асортименту, щоб вибрати найкращі ЛЗ для своїх потреб.

Коли ФФ знає, що якість (ефективність) ЛЗ не може бути визначена пацієнтом у процесі його споживання, а асортимент препаратів-аналогів великий, то у ФФ можуть виникнути прагнення отримати більший дохід і спокуса відпустити пацієнтові необґрунтовано дорогі ЛЗ у надмірних кількостях. При цьому для ФФ така поведінка, з погляду торгівельної функції аптеки, може вважатися достатньо раціональною.

Третьою обставиною АІ є те, що наявна інформація сприймається перекручено, тому що людська пам'ять здатна утримувати лише обмежений обсяг інформації. Навіть інформація, яка надходить, не повністю засвоюється, і якась її частина неминуче відсікатиметься внаслідок особливостей мислення пацієнта. При цьому здатність людського розуму до правильного вибору оптимального варіанта дій теж обмежена.

Унаслідок АІ між учасниками ФО виникають три соціально-економічні наслідки:

- ✓ проблема ризику безвідповідальності або морального ризику [4, 79], під яким розуміється недобросовісна поведінка ФФ, що полягає у викривленні інформації та характеризується усвідомленим і/або спонукуваним прагненням провізора отримати додаткову вигоду внаслідок наявності АІ у пацієнта;

- ✓ несприятливий відбір – пацієнти змушені купувати ЛЗ, поєднання яких при одночасному прийомі небезпечні, а також субстандартні чи фальсифіковані ЛЗ;

- ✓ зростання трансакційних витрат – додаткових витрат пацієнтів, що виникають внаслідок необґрунтованої покупки дорогих ЛЗ та/або ЛЗ у надмірних кількостях, а також додаткових витрат на ФТ лікової хвороби, спричиненої поліпрагмазією.

У сучасній національній системі лікарського забезпечення проблема негативних соціально-економічних наслідків АІ є достатньо вираженою, позаяк більшість ЛЗ оплачуються пацієнтами, тому у провізора існує низка

можливостей збільшити «середній касовий чек». Цьому сприяє внутрішнє або усвідомлене (збільшення в перспективі заробітної плати) та зовнішнє спонукання (зі сторони власників аптек, а також відповідними матеріалами фармацевтичної періодики).

5.4 Дослідження особливостей сприйняття пацієнтами текстів інструкцій для медичного застосування лікарських засобів як чинника асиметрії інформації

АІ на рівні споживання також пов'язана із рівнем сприйняття пацієнтами інформації, яку надають їм лікарі та провізори або яка знаходиться в ІМЗ ЛЗ.

Комунікативна точність тексту ІМЗ ЛЗ - це рівень адекватного сприйняття, тобто розуміння та інтерпретації, пацієнтом смислового змісту тексту ІМЗ, який залежить від структурних, лексико-граматичних і параграфічних засобів формування цього тексту. У цьому напрямку обґрунтовано комунікативно-прагматичну значущість різнорівневих засобів комунікативної точності текстів ІМЗ ЛЗ [4]. Проте проблема комунікативної точності текстів ІМЗ є і надалі теоретично і практично важливою, позаяк адекватне сприйняття і розуміння даних текстів пацієнтами, більшість з яких не мають спеціальних (медичних чи фармацевтичних) знань, є необхідною умовою для успішного застосування ЛЗ, а отже і надання належної ФД.

Зважаючи на сказане вище, за допомогою анкети (додаток В) було здійснено визначення думки 301 відвідувача аптеки м. Одеси щодо особливостей сприйняття тексту ІМЗ ЛЗ.

Як показують дані рис. 5.3, серед опитаних переважали жінки. Понад четверту частину респондентів перебувала у віці від 31 до 40 років. Серед відвідувачів аптек найбільше було працюючих осіб та тих, хто мав вишу

освіту. Соціальний профіль респондентів схожий з характеристиками опитаних відвідувачів аптек інших анкетних досліджень [70, 166].

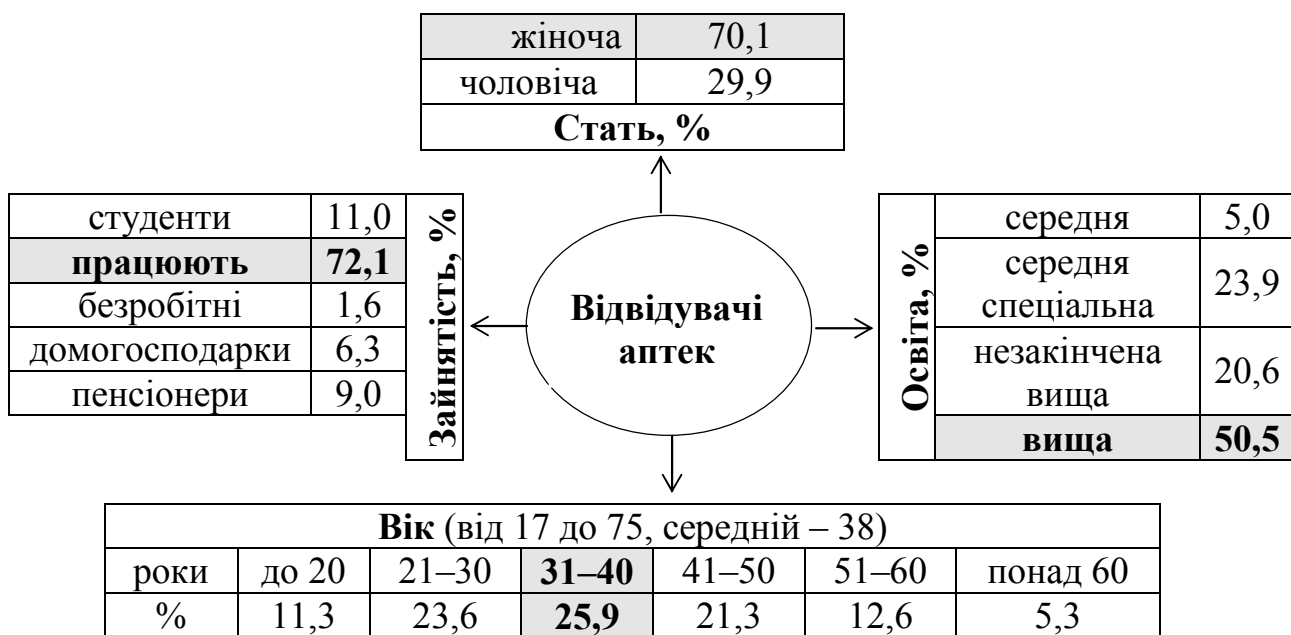


Рис. 5.3. Соціальний профіль опитаних відвідувачів аптек

Джерело: власна розробка

Відповідно до отриманих результатів проведеного анкетного опитування при придбанні ЛЗ прикладену до них ІМЗ читають завжди 46,2 % респондентів, у більшості випадків - 41,2 %, рідко - 12,6 %.

Близько двох третіх пацієнтів обов'язково читають ІМЗ якщо ніколи раніше не приймали придбані ЛЗ (62,5 %), дві п'ятих (41,9 %) – коли ЛЗ придбані без поради лікаря, менше однієї п'ятої (17,3 %) – за порадою фахівця, який призначив / порекомендував ЛЗ, уважно прочитати ІМЗ. Серед інших причин (4,0 %) – купівля дитині, нагадування схеми прийому, вивчення дії ЛЗ, зацікавленість.

Як видно з даних рис. 5.4, причиною читання пацієнтами лише окремих розділів ІМЗ для майже четвертої частини опитаних є добре знання ЛЗ.

Про впевненість в тому, що частина відомостей ІМЗ є марною для хворого, або слідування чітким приписам і рекомендаціям фахівців повідомили майже по одній п'ятій опитаних. Понад однієї десятої

респондентів скаржаться на неможливість зрозуміти суть розділів, які їх цікавлять, а також на брак часу. Одну двадцяту пацієнтів страшить занадто великий масив інформації ІМЗ. Для незначної частини опитаних причиною читання пацієнтами лише окремих розділів є незадовільний шрифт, нечітка рубрикація, зацікавленість власне цими розділами.

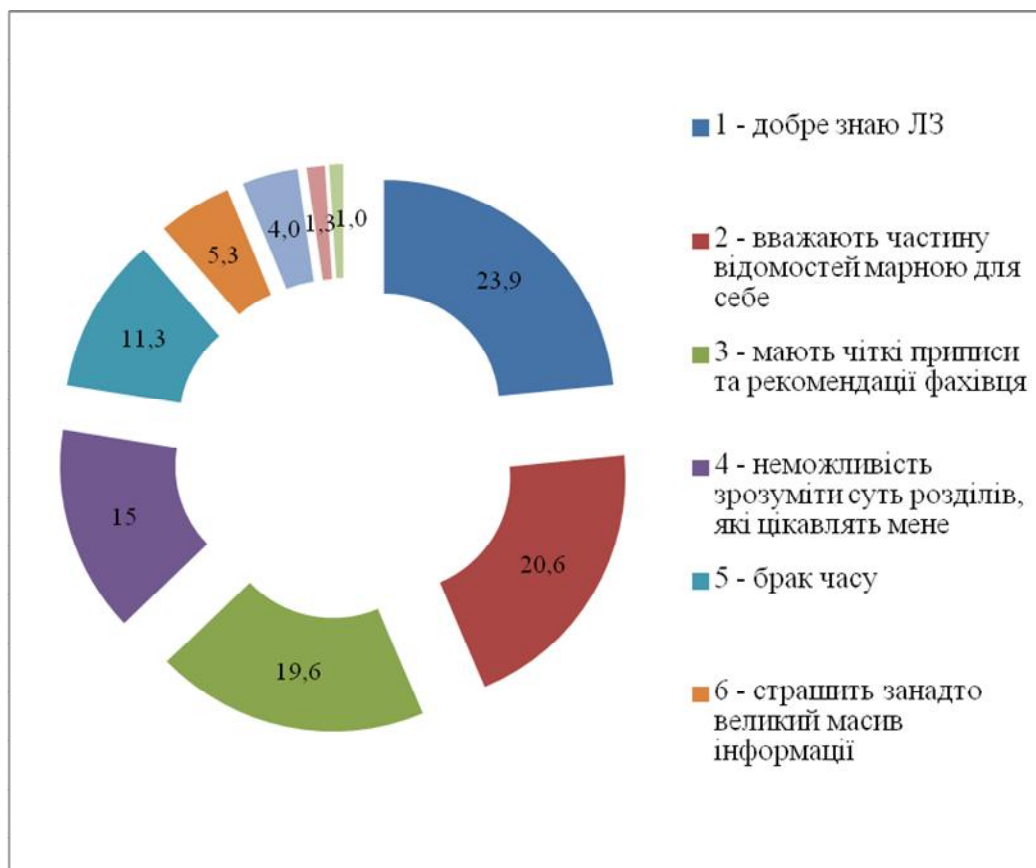


Рис. 5.4. Розподіл респондентів відповідно до думки щодо причин читання лише окремих розділів ІМЗ ЛЗ (%)

Джерело: власна розробка

Як видно з даних табл. 5.5, першочергове читання та кількаразове перечитування пацієнтами окремих розділів ІМЗ ЛЗ за рангом майже співпадають. Проте, у першу чергу понад половини опитаних читають показання до застосування, а третина - спосіб застосування /доза. При цьому майже три четвертих респондентів перечитують кілька разів спосіб

застосування / дози, а показання – лише трохи більше четвертої частини пацієнтів.

Таблиця 5.5

**Розподіл респондентів відповідно до думки
щодо інтенсивності читання окремих розділів ІМЗ ЛЗ**

№ з.п.	Розділи ІМЗ	Читають у першу чергу		Перечитують кілька разів	
		%	ранг	%	ранг
1.	показання до застосування	55,1	1	28,2	2
2.	спосіб застосування / дози	32,2	2	73,4	1
3.	фармакодинаміка, фармакокінетика	6,6	5	5,0	9
4.	протипоказання	11,3	3	25,6	3
5.	побічні ефекти	7,3	4	17,6	4
6.	застосування у літніх / вагітних / дітей	4,7	7,5	8,6	7,5
7.	запобіжні заходи при прийомі ЛЗ	2,3	9	8,6	7,5
8.	взаємодія з іншими ЛЗ	4,7	7,5	12,3	5
9.	передозування	0,7	10	1,0	10
10.	умови зберігання / термін придатності	5,6	6	8,0	6

Джерело: власна розробка

Варто зазначити, що при першому і повторних прочитуваннях важливими є також такі розділи як: протипоказання і побічні ефекти, умови зберігання / термін придатності, а низька увага приділяється питанням передозування ЛЗ.

Важливим для пацієнтів є взаємодія з іншими ЛЗ, позаяк цей розділ перечитують кілька разів понад десятої частини опитаних.

Чотири п'ятих (79,1 %) респондентів розуміли всю інформацію в тих розділах ІМЗ ЛЗ, які читали. Інші пацієнти зовсім або не повністю сприймали текст інструкції. Про це зазначили 17,6 та 3,3 % опитаних відповідно.

Причиною найчастішого нерозуміння інформації ІМЗ ЛЗ було:

- перевантаженість тексту спеціальною науковою термінологією (50,8 %);
- відсутність загальнодоступних формулювань (29,9 %);
- крайня важкість (або фактична неможливість) засвоїти всі відомості з ІМЗ (13,9 %).

Значно менше непорозумінь викликав мовний бар'єр (8,3 %) і позначення доз (0,7 %).

Три четвертих опитаних (75,1 %) вважають, що наявність таких засобів в оформленні інструкції, як розмір і колір шрифту, шрифтові виділення (жирний шрифт, курсив, підкреслення), таблиці, малюнки, полегшує прочитання тексту. Заперечують цьому 12,6 % респондентів, іншим (11,3 %) було важко визначитися з відповіддю.

Майже половина респондентів необхідними засоби оформлення ІМЗ ЛЗ вважали розмір шрифту (51,8 %) і шрифтові виділення (жирний шрифт, курсив, підкреслення) (49,2 %).

Таблиці важливими були для 15,9 %, кольоровий шрифт і малюнки – лише для 9,0 і 8,6 % опитаних відповідно.

Кілька разів ІМЗ читає понад половину респондентів (59,1 %), один раз – менше третини (31,9 %), інші з відповіддю не визначилися.

Як видно з даних рис. 5.5, інформації, яка міститься в ІМЗ ЛЗ, безумовно довіряють третина опитаних, швидше довіряють – майже половина, важко сказати – 15,0 %, скоріше не довіряють – 1,0 %, взагалі не довіряють – 1,6 %.

Ступінь довіри до інформації ІМЗ ЛЗ за п'ятибальною шкалою склав 4,1.

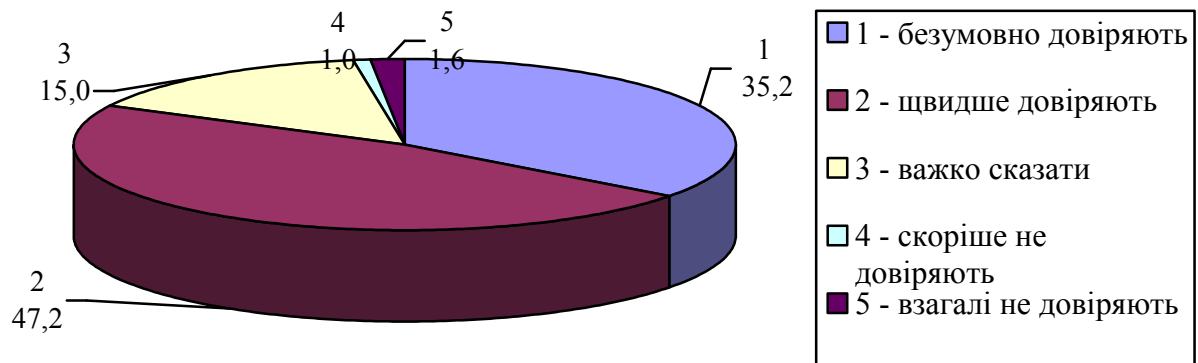


Рис. 5.5. Ступінь довіри респондентів інформації, яка міститься в ІМЗ ЛЗ (%)

Джерело: власна розробка

ІМЗ більше половини пацієнтів (59,5 %) викидає, одна п'ята (20,3 %) зберігає після завершення упаковки ЛЗ. Після разового прочитання ІМЗ викидає 6,2 % респондентів, не звертає на це уваги 14,0 %.

Підсумовуючи зазначене вище, необхідно констатувати, що АІ у ФО — це характеристика нерівномірності розподілу інформації про специфічні властивості та параметри активності ЛЗ між провізором і пацієнтом, наслідки якої, з одного боку, можуть бути мінімізовані з другого - можуть мати негативні соціально-економічні прояви, тобто моральний ризик, несприятливий відбір і зростання трансакційних витрат.

Результати п'ятого розділу дисертації знайшли відображення у монографії “Фармацевтична логістика: фокус на допомозі пацієнту” [79] та семи наукових публікаціях [71, 72, 226, 319, 321, 325, 329].

ВИСНОВКИ

1. Показано важливість прояву АІ на рівні різних учасників ФР, а саме: державного управління; обігу (реєстрації, виробництва та розподілу) ЛЗ і ВМП; споживання (індивідуальні споживачі та організації-споживачі); інформування про ринок, зокрема через професійні і суспільно-політичні ЗМІ; підготовки ФФ; саморегулювання через ГО.

2. На підставі порівняльного вивчення текстів ІМЗ 8 ТМ Небівололу встановлено наявність значних різночитань в деяких розділах досліджуваних текстів:

– в аналізованих ТМ загалом використано 15 допоміжних речовин від 6 до 9 в одному ЛЗ, внаслідок чого термін придатності 5 ТМ Небівололу становить 3, а трьох – 2 роки;

– ЛЗ-аналоги, на жаль, не завжди мають однакові покази до застосування;

– вказано 23 протипоказання, при цьому лише 8 з них є спільними для всіх ЛЗ;

– ІМЗ аналізованих ЛЗ містять в середньому 11 груп побічних реакцій при розмаху варіації від 9 до 12, а кількість можливих несприятливих клінічних проявів складає в середньому 43 та знаходяться в межах від 38 до 53.

Наслідком такої комунікативної розбіжності може стати неадекватне сприйняття тексту ІМЗ, а також неправильний прийом ЛЗ, що спричинить ліко-пов'язані проблеми.

Аналіз економічної доступності виявив, що Небітренд і Небіволол Сандоз є економічно найбільш доступними для населення України як працюючого, так і пенсійного віку.

Отже, твердження органу державного управління у фармацевтичній галузі, що вибираючи найбільш дешевий ЛЗ з однією й тою самою діючою

речовиною, відвідувач аптеки зможе суттєво зекономити, без підтвердження даними біоеквівалентності містять АІ. Тому лікарям і провізорам необхідно враховувати проблему комунікативної розбіжності ІМЗ ЛЗ-аналогів з метою забезпечення достовірного і безпечного призначення і застосування ЛЗ пацієнтами.

3. Показано, що АІ на рівні обігу ЛЗ і ВМП характеризується викривленням чи замовчуванням інформації щодо результатів клінічних досліджень, ефективності та безпечності ЛЗ, їх просування на ринок, показників якості ЛЗ, фальсифікації ЛЗ, суб'єктів реалізації ЛЗ.

4. Моделювання АІ у ФО уможливило виявлення трьох її складових: приховані характеристики, приховані дії та обмежена раціональність. Уточнено зміст АІ у ФО як характеристики нерівномірності розподілу інформації про специфічні властивості та параметри активності ЛЗ між провізором і пацієнтом, наслідки якої можуть бути мінімізовані у процесі належної ФО, проте можуть мати й негативні соціально-економічні прояви: моральний ризик, несприятливий відбір і зростання трансакційних витрат.

5. Результати проведеного анкетного опитування відвідувачів аптек м. Одеси дозволило визначити особливості сприйняття пацієнтами текстів ІМЗ ЛЗ та свідчать про необхідність проведення подальшої інформаційно-методичної роботи у цьому напрямку з метою вдосконалення комунікативної точності ІМЗ ЛЗ як однією із складових мінімізації АІ у ФД.

РОЗДІЛ 6

ВИВЧЕННЯ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВНІ ПІДСИСТЕМ
ІНФОРМУВАННЯ ПРО ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ РИНОК, ПІДГОТОВКИ
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ І САМОРЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ
ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ЇЇ ВПЛИВУ

6.1 Асиметрія інформації в професійних засобах масової інформації

Великий вплив на формування індивідуальної і масової свідомості та конструювання уявлень про ФР мають професійні та суспільно-політичні ЗМІ. Часто для них характерна АІ.

В силу наростаючої конкуренції на ФР пріоритетними стали завдання комерційної, а не медико-соціальної складової в діяльності фармацевтичних організацій.

Позаяк більшість ЛЗ оплачуються пацієнтами, то у провізора існує низка можливостей збільшити «середній касовий чек». Цьому сприяє спонукання з боку власників аптек, а також відповідні матеріали фармацевтичної періодики. Власне на це спрямована діяльність багатьох бізнес-тренерів, які через професійні ЗМІ основну увагу і не завжди у правових рамках зосереджують на реалізації аптекою торгівельної функції.

Тому метою цього етапу нашої роботи стало вивчення проблем прояви АІ в професійних ЗМІ.

Матеріалами дослідження були публікації трьох професійних періодичних видань загальнодержавного рівня (Провизор, Рецепты аптечных продаж, Еженедельник Аптека) за 2010-2014 рр.

На підставі моніторингу професійних періодичних видань було виявлено 9 публікацій тренінгового характеру, що містять АІ з питань аптечних продаж. При цьому детальний аналіз і наукове узагальнення їх

змісту дозволив виділити сім видів АІ (рис. 6.1). Їх характерні риси наведені нижче.

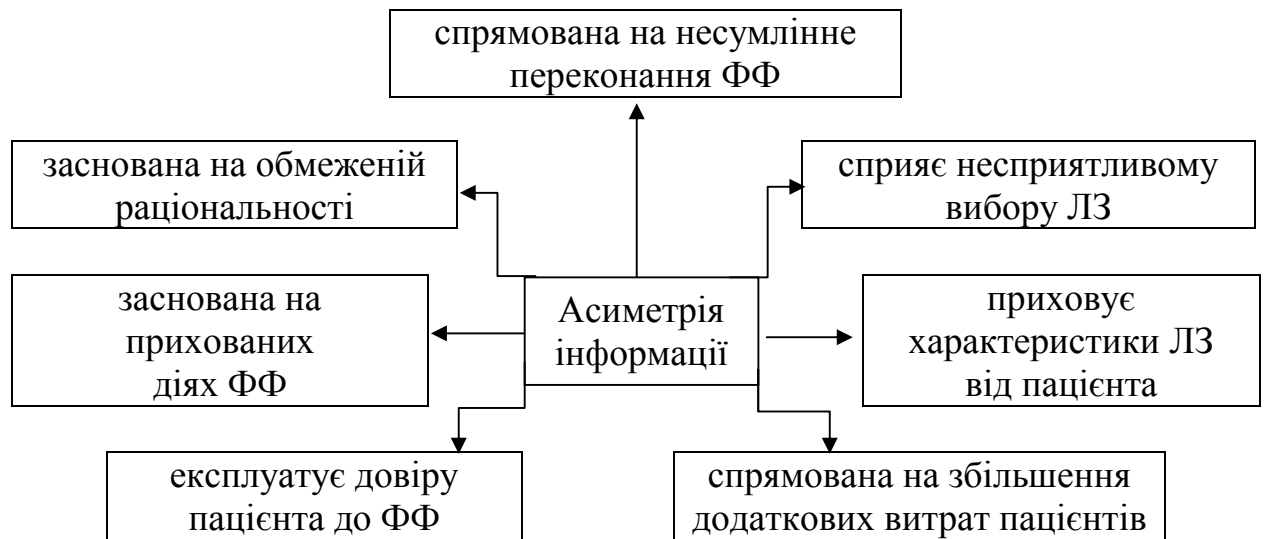


Рис. 6.1. Види АІ з питань аптечних продаж (на підставі моніторингу публікацій у фахових періодичних виданнях)

Джерело: власна розробка

АІ, спрямована на несумлінне переконання ФФ. Так, в одній із публікацій наводяться слова тренер-консультант з ритейлу і мерчандайзингу, яка на власний розсуд визначила пріоритет аптеки: «Часто фармацевти говорять про те, що аптека – це медичний заклад, а не магазин. Такі стереотипи занапащують продажі. Давайте говорити прямо: аптека – це роздрібна торгівля, і в ній працюють ті ж принципи, що і в будь-який інший точці продаж» [363].

Таким чином, тренер-консультант, не володіючи інформацією про медико-соціальну роль аптеки, якою володіють ФФ, або не сприймаючи цю інформацію, нав'язує свою (в даному випадку необґрунтовану, помилкову) думку ФФ.

Відповідно до чинного на той час нормативного документу [198], аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій ЛЗ шляхом здійснення роздрібною торгівлі. При цьому роздрібна торгівля ЛЗ - це

діяльність з придбання, зберігання та продажу готових ЛЗ через аптеку та її структурні підрозділи (у т.ч. ЛЗ, виготовлених (вироблених) в умовах аптеки) безпосередньо громадянам для їх особистого споживання, закладам охорони здоров'я (крім аптекних закладів), а також підприємствам, установам та організаціям без права їх подальшого перепродажу.

Безпосередньо торгівлю ЛЗ можуть здійснювати провізори-фахівці та молодші фахівці з фармацевтичною освітою з дотриманням вимог чинного законодавства [202].

Відповідно до НАП першим завданням ФФ є благополуччя пацієнтів. Головним же в їх діяльності є допомагати пацієнтам найкращим чином застосовувати ЛЗ. Серед основних функцій - надання відповідної інформації та консультації пацієнтів, а також сприяння раціональному і економічному призначенню та відпуску ЛЗ [423].

Крім цього існує чіткий розподіл ЛЗ на рецептурні і безрецептурні. Рецептурний ЛЗ повинен відпускатися з аптеки лише за рецептом лікаря і тут правила магазинної торгівлі не актуальні.

У процесі відпуску безрецептурних ЛЗ перед здійсненням торгівельної операції ФФ повинен здійснити ФО, зокрема з'ясувати інформацію про таке [204]:

- у кого виникла проблема (пацієнт, члени сім'ї, знайомі — діти чи дорослі);
- як давно виникло нездужання і скільки часу триває;
- яких заходів вжито перед зверненням до аптеки;
- які ЛЗ вже прийняті для полегшення стану.

Отже, аптека є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, кінцевою метою якої є забезпечення того, що пацієнт отримує необхідні ЛЗ та вигоди від належного їх використання [457].

АІ, яка сприяє несприятливому вибору ЛЗ, внаслідок чого пацієнти вимушені купувати ЛЗ, поєднання яких при одночасному прийомі може бути небезпечним.

Так, увагу одного з бізнес-тренерів зосереджено на рольовому аналізі ЛЗ, при якому він, на свій розсуд, виділяє ключові показники діяльності провізора – генератори потоку (лідери продажу в упаковках) і генератори готівки (лідери в грошах) [363]. На прикладі, *коли відвідувач аптеки звертається за есенціалє форте (генератор потоку), рекомендовано додатково продати ще й гепабене (генератор готівки) під приводом кращого захисту печінки.*

Проте вживання хворим цих двох ЛЗ, на відміну від прийому лише есенціалє форте, не показано при гострих запальних захворювання печінки і жовчовивідних шляхів, гострому гепатиті та холангіті, гострих отруєння різної етіології, жовчнокам'яній хворобі, обструкції жовчовивідних шляхів. Воно може спричинити ліко-пов'язані проблеми через синергічний прояв побічних реакцій ЛЗ – нудоти, блювання, диспепсії, печії, діареї, підвищення діурезу, алергічних реакцій, посилення алопеції та вестибулярних порушень [90].

АІ, яка приховує характеристики ЛЗ від пацієнта. Так в одній із публікацій бізнес-тренер наголошує, що «Відмінність аптечних продажів від інших полягає в тому, що покупець взагалі не повинен здогадуватися, що саме йому продають» [149]. Через кілька років інакший бізнес-тренер в іншій публікації майже дослівно наводить зазначену вище тезу: «Головна відмінність аптечних продажів від магазинних полягає в тому, що клієнт/пацієнт взагалі немає здогадуватися, що йому саме продають» [360]. Це не зважаючи на те, що відповідно до Етичного кодексу фармацевтичних працівників України (підрозділ 7.3) ФФ повинен надавати пацієнту всебічну та в доступному вигляді інформацію відносно застосування, протипоказань,

побічних дій ЛЗ і ВМП, навіть всупереч власним інтересам чи комерційним інтересам установи [112].

АІ, спрямована на збільшення додаткових витрат пацієнтів, які виникають внаслідок необґрунтованої покупки дорогих ЛЗ і / або ЛЗ в надмірних кількостях. У ряді публікацій бізнес-тренери наводять приклади маніпулятивних прийомів щодо збільшення «середнього чеку - основи аптечних продаж».

Одна з рекомендацій має такий вигляд [356]:

«... клієнт просить цефтриаксон, а ви йому повідомляєте, що при прийомі такого антибіотика обов'язково слід захистити кишечник від дисбактеріозу, і пропонуєте придбати конкретний пробіотик».

Інший прийом тиску на пацієнта з метою збільшення «середнього чеку» ще вишуканіший [357]:

«Пам'ятайте - клієнти не купують якийсь пробіотик або якийсь протиалергічний препарат, необхідно рекомендувати конкретні препарати. Також хорошим посиленням цього прийому служить альтернативне питання, яке можна назвати «вибором без вибору».

Наприклад:

– Дайте мені Кларитроміцин.

– Приймаючи такий антибіотик, необхідно захистити кишечник, це може бути або Лінекс, або Біфіформ.

Клієнт при такій постановці питання просто змушений робити вибір!».

При цьому автор настоює, що: *«Продаючи другий продукт, краще користуватися правилом «низхідної ціни», клієнти краще погоджуються на покупку, якщо ціна другого продукту доступніша, ніж першого».*

При цьому запропонована технологія продажів порушує правила відпустку рецептурних ЛЗ (антибіотиків), що є адміністративним правопорушенням, і як, наслідок, настає відповідальність за безрецептурний

відпуск ЛЗ в порядку ч. 1 ст. 155 Кодексу України про адміністративні правопорушення, яка тягне за собою накладення штрафу на провізора першого контакту від одного до десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [144].

На думку автора ще однієї публікації, *«Якщо в аптеку звертається клієнт, якому потрібен не конкретний препарат, а вирішення проблеми, важливо пам'ятати, що часи монотерапії, коли хвороби лікували одним препаратом, вже канули в лету»*. І не зважаючи на можливі ліко-пов'язані проблеми, бізнес-тренер стверджує: *«У численних дослідженнях доведено, що комбінована терапія майже завжди ефективніша, більш того, комбінована терапія дозволяє знизити дози препаратів внаслідок їх синергізму. Тому коли пацієнт звертається з проблемою, її потрібно максимально ефективно вирішити, порекомендувавши мінімум 2 препарати безрецептурної групи»* [358, 359]. При цьому автор забуває нагадати, що внаслідок синергізму можуть значно потенціюватися побічні реакції двох ЛЗ.

АІ, яка експлуатує довіру пацієнта до ФФ як фактора соціокультурного впливу. Зважаючи на важливість власного прикладу, в досліджуваних публікаціях для відвідувачів аптек, які сумніваються, пропонується: «Дуже ефективно, коли першостольник каже, що сама приймала, або рекомендує його (ЛЗ) своїм родичам». Далі він констатує: *«Не вірте тренерам, які говорять, що не можна застосовувати особисті приклади, це неправильні тренери, які роблять неправильні тренінги»* [358, 359].

На нашу думку, особистий приклад в аптечних продажах, особливо на словах, суперечить індивідуальному підходу в лікуванні. Крім того, відповідно до НАП, ФФ повинен допомагати пацієнту найкращим чином застосовувати ЛЗ шляхом надання достатньої інформації щодо стану здоров'я, захворювання та ліків для участі пацієнта у прийнятті рішень стосовно загального плану лікування. Ця інформація повинна бути

спрямована на підтримку дотримання пацієнтами лікування та розширення прав і можливостей пацієнтів [423].

AI, заснована на прихованих діях ФФ, тобто вчиненні дій провізором, який володіє повнішою інформацією, ніж менш інформований пацієнт.

У звіті про конференцію щодо збільшення аптечних продаж читаємо [351]: *«... потрібно навчити провізора такому прийому продаж, як «навіювання цінності». Ключове повідомлення при цьому виглядає так: «Розумію, що дані ліки коштують дорого, але операція буде коштувати вам дорожче».*

На нашу думку, це не «навіювання цінності», а насамперед елемент морального тиску (використання страху щодо операції), що змушує пацієнта купувати ЛЗ, якого він можливо і не потребує.

AI, заснована на обмеженій раціональності, тобто на феномені когнітивної обмеженості пацієнтів в пошуку, використанні і сприйнятті релевантної та доступної фармацевтичної інформації в процесі прийняття рішення.

Так, наводячи основні стадії розвитку ФФ першого контакту, бізнес-тренер вважає, що відпуск конкретного ЛЗ чи ВМП при зверненні за ним відвідувача аптеки (перша стадія) не є продажем - *«це можуть здійснювати аптечні роботи, в такій роботі немає додаткових цінностей ні для аптеки, ні для споживача»* [361].

Складнішою процедурою є консультування пацієнта (друга стадія), тому що *«як мінімум потрібно знати, від чого допомагає та чи інша таблетка. Однак, маючи профільну освіту, це не так вже й важко».* Нонсенс, бо виходить, що в деяких аптеках працюють фахівці без фармацевтичної освіти.

Третьою стадією є переконання відвідувача провізором власним досвідом, про що зазначалося вище, четвертою – формування нової не завжди доцільної потреби через задоволення існуючої потреби.

Таким чином, автори наведених вище рекомендацій спонукають провізорів до скритих дій на пацієнта внаслідок чого виникають ситуації морального ризику, що призводить до несприятливого вибору пацієнтом ЛЗ та зростання у нього трансакційних витрат, в т.ч. додаткових витрат на ФТ лікової хвороби, спричиненої поліпрагмазією.

6.2 Асиметрія інформування про фармацевтичний ринок в соціально-політичних газетах

ЗМІ – сукупність сучасних каналів зв'язку (преса, телебачення, радіо мовлення, кіно, відео, Інтернет тощо), за допомогою яких поширюється різноманітна інформація у суспільстві, відіграють найбільшу роль у формуванні й поширенні громадської думки, тобто уявлень про спосіб існування свідомості, як сукупної свідомості окремих індивідів, об'єднаних у соціальні групи, що пов'язані спільністю інтересів, в яких фіксується відношення до подій або явищ громадського життя [94].

Новинні ЗМІ мають великий вплив на суспільство і приймають активну участь у формуванні індивідуальної і масової свідомості та конструюванні уявлень про соціальну реальність [307]. Вони є важливим регулятором громадської думки, позаяк будь-які судження формуються тільки стосовно тих явищ та фактів, які є інформаційно доступними спільноті. Власне з цього погляду актуальною є проблема поширення журналістами інформації про фармацевтичну діяльність, зокрема, вплив цієї інформації на формування громадської думки і довіри щодо аптек і ФФ.

Згідно з Кодексом професійної етики українського журналіста головний його обов'язок – сприяти забезпеченню права громадян на одержання оперативної інформації. Це зобов'язує у своїй діяльності завжди бути об'єктивним, коректним, відповідальним за свою справу. Журналіст

повинен поширювати і коментувати лише ту інформацію, у правдивості якої переконаний [143].

Об'єктивності журналіста часто перешкоджає некомпетентність у висвітлюваних темах, наявність у публікаціях власних думок, поглядів та переконань, які формують громадську думку, тобто масову свідомість суспільства [3].

У формуванні громадської думки роль ЗМІ, насамперед, зумовлена стратегією (маніпулятивною або гуманістичною), яку обирає журналіст відповідно до соціального замовлення інституції або організації, що спрямовує й контролює його діяльність [345].

Під маніпулятивною стратегією слід розуміти вид цілеспрямованого або ситуативно обумовленого психологічного впливу, використовуючи ЗМІ для досягнення одностороннього, як правило, прихованого спонукання всієї аудиторії або якоїсь її частини до прийняття певних настанов або й до здійснення певних дій [364]. На відміну від маніпулятивної стратегії, методологічною передумовою гуманістичної стратегії є твердження: функція ЗМІ щодо громадської думки полягає не в звичайній трансляції стимулів, які модифікують свідомість і поведінку аудиторії, а в постачанні їй інформаційних матеріалів та емоцій для створення власних уявлень про зміст і сенс соціальних проблем [345].

Громадська думка щодо фармацевтичної діяльності потребує детального дослідження, позаяк вона є одним з визначальних чинників довіри пацієнтів до ФФ, а це, у свою чергу, є одним з визначальних чинників комплаєнсу пацієнтів, що суттєво впливає на загальну ефективність ФТ.

Відповідно до Указу Президента України від 07.09.1999 р. № 1128/99 «Про День фармацевтичного працівника» в Україні встановлено професійне свято – День фармацевтичного працівника, яке відзначається щорічно в третю суботу вересня [311].

З огляду на зазначене, доцільним було дослідження повідомлень в ЗМІ щодо ФФ, зокрема в період відзначення ними професійного свята, та визначення можливого впливу даної інформації на громадську думку щодо ФФ [58].

На початку нами був проведений аналіз повідомлень у пресі, що вийшла 15 вересня 2012 року або напередодні. Обсяг вибірки становив 15 СПГ національного рівня (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Перелік аналізованих періодичних видань

№ з.п	Назва СПГ	Номер СПГ	Дата номера газети
1	2	3	4
1.	Аргументы и факты в Украине*	37 (840)	12-18 вересня
2.	Газета по-українськи	135 (1482)	14 вересня**
3.	Голос України	172 (5422)	14 вересня
		173 (5423)	15 вересня
4.	Демократична Україна	37 (23928)	14 вересня**
5.	День	164-165 (3807-3808)	14-15 вересня
6.	Дзеркало тижня*	32 (80)	14-21 вересня
7.	Еженедельник 2000*	37 (621)	14-21 вересня
8.	Известия в Украине	173/1636/28680	14 вересня**
9.	Комсомольская правда в Украине	202	14 вересня
		203	15 вересня
10.	Сегодня	205 (4217)	14 вересня
		206 (4218)	15 вересня
11.	Сільські вісті	108 (18848)	14 вересня**
12.	Профспілкові вісті*	№ 37 (655)	13 вересня
13.	Україна молода	136 (4382)	14-15 вересня

Продовж. табл. 6.1

1	2	3	4
14.	Урядовий кур'єр	166 (4810)	14 вересня
		167 (4811)	15 вересня
15.	Факты и комментарии	166 (3664)	14 вересня
		167 (3665)	15 вересня
* щотижневики; ** 15 вересня газета не виходила			

Джерело: власна розробка

Повідомлення цих видань аналізувались на наявність згадки про професійне свято – День фармацевтичного працівника.

Встановлено, що лише в Урядовому кур'єрі за 15 вересня було розміщене привітання з Днем фармацевтичного працівника від Прем'єр-міністра України.

В інших періодичних видання про професійне свято ФФ не згадувалося, хоча в щотижневику «Профспілкові вісті» ціла полоса була присвячена історичній статті «Аптечний бунт. Невдоволення назривало поступово» про організований профспілковий рух фармацевтів проти нещадної експлуатації власників аптек в період першої російської революції.

Далі нами був проведений аналіз теленовин прайм-тайму восьми провідних українських телеканалів за 14-16 серпня 2012 року (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

Перелік аналізованих програм теленовин прайм-тайму

№ з.п.	Назва телеканалу	Назва програми новин	Дата і час початку ефіру
1	2	3	4
1	1+1	ТСН	14.09.12 - 19.30
		ТСН	15.09.12 - 19.30
		ТСН-тиждень	16.09.12 - 19.30

1	2	3	4
2	Інтер	Подробиці	14.09.12 - 20.00
		Подробиці	15.09.12 - 20.00
		Подробиці тижня	16.09.12 - 20.00
3	ICTV	Факти	14.09.12 - 18.45
		Факти	15.09.12 - 18.45
		Факти тижня	16.09.12 - 18.45
4	Новий канал	Репортер	14.09.12 - 19.00
	Україна	Події	14.09.12 - 19.00
		Події	15.09.12 - 19.00
		Події тижня	16.09.12 - 19.00
5	Перший національний	Підсумки дня	14.09.12 - 21.00
		Підсумки дня	15.09.12 - 21.00
		Підсумки тижня.	16.09.12 - 21.00
		Без політики	
6	ТВі	Сьогодні	14.09.12 - 20.30
		Підсумки	16.09.12 - 20.30
7	Телеканал новин «24»	Весь ефір за день	14.09.12
		Весь ефір за день	15.09.12
		Весь ефір за день	16.09.12

Джерело: власна розробка

Результати дослідження вказали на відсутність в прайм-таймі повідомлень про святкування Дня фармацевтичного працівника, натомість в ефірі окремих програм обговорювались проблеми, які пов'язані з фармацією. Зокрема, в сюжеті «День в історії» від 15.09.2012 року телеканалу новин «24» згадувалося про те, що цього дня 1928 року Александер Флемінг першим виділив пеніцилін.

При цьому в новинній частині каналу була своєрідна згадка про День фармацевтичного працівника, позаяк зміст сюжету стосувався того, що в

аптеки одного з міст завезли подарунки від одного з кандидатів у народні депутати. Зазначалося, що подарунки робилися з нагоди професійного фармацевтичного свята.

В ефірі програми «Репортер» «Нового каналу» від 14.09.2012 року був сюжет про пенсіонерів, що займаються спортом, який розпочався зі слів ведучої: «Їх хоче «здихатися» пенсійний фонд, на них мріють «нажитися» фармацевти, але вони не дадуть цього зробити, бо займаються спортом».

В програмі «Підсумки тижня» від 16.09.2012 року телеканалу «Перший національний» обговорювалася агресивна реклама ЛЗ на телебаченні. Зокрема, ведучий зазначав: *«Українці звикли лікуватися самотужки. Дослідження показують – майже 60 відсотків уникають медиків, а якщо організм дає збій – лікують його на свій розсуд. Найчастіше допомагає у цьому телевізор».*

В інтерв'ю завідувача сектора імунопрофілактики МОЗ України стверджувалося, що: *«Фармацевти на різного роду рекламу за рік витрачають більш як сто п'ятдесят мільйонів доларів. Стільки ж у державному бюджеті виділено на ціле Міністерство регіонального будівництва».* Автор сюжету, в свою чергу, підсумувала: *«У Верховній Раді України вже розробляють закон, який повністю заборонив би рекламу всіх ліків. Депутати переконані – не даючи хворим інформації про препарати, вони змусять їх насамперед іти до лікаря, і лише потім – в аптеку, а не навпаки».*

Результати двох контент-аналізів повідомлень 15 СПГ національного рівня і теленовин прайм-тайму восьми провідних українських телеканалів свідчать про відсутність зацікавленості більшості аналізованих ЗМІ до позитивних сторін фармацевтичної діяльності, позаяк, про День фармацевтичного працівника офіційно згадала лише газета «Урядовий кур'єр», а також опосередковано телеканал новин «24». При цьому в ЗМІ

зазначалося про День працівника лісу, День рятівника та День винахідника і раціоналізатора.

Натомість в поодиноких повідомленнях інших ЗМІ, застосовуючи цілеспрямований або ситуативно обумовлений психологічний вплив на аудиторію, ставилося під сумнів порядність і фаховість ФФ, внаслідок чого формувався негативний їх образ.

Ураховуючи важливу роль ЗМІ в терміновому реагуванні на випадки встановлення відповідними урядовими органами фальсифікації ЛЗ шляхом надання населенню усієї можливої та достовірної інформації, на завершення нами був проведений аналіз повідомлень 15 СПГ національного рівня щодо двох найбільш резонансних випадків виявлення фальсифікованих ЛЗ в Україні, які датуються серпнем 2010 р. (м. Васильків Київської обл.) та листопадом 2012 р. (м. Львів Львівської обл.).

Було проаналізовано 206 номерів 15 СПГ національного рівня за перший період та 226 за другий (табл. 6.3). Разом 432 номери СПГ.

За результатами аналізу СПГ за серпень 2010 р. встановлено наявність двох повідомлень про виявлення та вилучення фальсифікованих ЛЗ в м. Васильків, що на Київщині.

Таблиця 6.3

Перелік аналізованих СПГ

№ з.п.	Назва СПГ	Серпень 2010 р.			Листопад 2012 р.		
		номери СПГ	їх дата	їх к-сть	номери СПГ	їх дата	їх к-сть
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Аргументы и факты в Украине*	31-34	07-25	4	45-48	07-28	4
2.	Газета по-українськи	113-127 (1069-1083)	03-31	15	162-179 (1509-1526)	01-30	18
3.	Голос України	142-160 (4892-4910)	03-31	19	206-228 (5456-5478)	01-30	21
4.	Демократична Україна*	031-034 (23818-23821)	06-27	4	044-048 (23935-23939)	02-30	4
5.	День	136-154 (3297-3313)	03-31	15	198-220 (3841-3863)	01-30	18
6.	Дзеркало тижня*	27-31 (807-811)	06-28	5	39-42/43 (87-90/91)	03-30	4
7.	Еженедельник 2000	31 -34 (519-522)	06-27	4	44-48 (628-632)	02-30	5
8.	Известия в Украине	140-160 /1111-1131/ 28155-28175	02-31	18	207-227 /1670-1690/ 28714-28734	01-30	21

Продовж.табл. 6.3

1	2	3	4	5	6	7	8
9.	Комсомольская правда в Украине	168-193 (3571/24966-3596/24991)	02-31	26	243-268 (4237/25632-4262/25057)	01-30	26
10.	Профспілкові вісті*	31-34 (545-548)	05-27	4	32-35 (650-653)	08-30	4
11.	Сегодня	167-189 (3591-3613)	02-31	23	246-271 (4258-4283)	01-30	26
12.	Сільські вісті	89-100 (18526-18537)	03-31	12	128-141 (4258-4283)	01-30	14
13.	Україна молода	141-159 (3907-3925)	03-31.08	19	163-180 (4409-4426)	01-30	18
14.	Урядовий кур'єр	141-159 (4292-4310)	03-31	19	200-221 (4844-4865)	01-30	22
15.	Факты и комментарии	139-157 (3150-3168)	03-31	19	201-221 (3699-3719)	02-30	21
Разом		206				226	
* щотижневики							

Джерело: власна розробка

Як видно з даних табл. 6.4, в газетах «Голос України» і «День» зазначалося, що Державна інспекція з контролю якості ЛЗ України вилучила з обігу фальсифіковані ЛЗ, які виробляли в підпільному цеху, виявленому співробітниками ГУ МВС України в Київській області на одному з приватних складів Василькова.

Варто зазначити, що в обох публікаціях наведена різна кількість найменувань вилучених ЛЗ і ВМП: в першій СПГ – 9, в другій – 8. При цьому лише 5 ЛЗ повторювалися в обох повідомленнях. Проте в них не вказана вилучена кількість фальсифікованих ЛЗ і ВМП, хоча в газеті «День» зазначається, що це «найбільша в історії України партія фальсифікованих ліків».

Таблиця 6.4

Назва ЛЗ та ВМП, що вказані в статтях за серпень 2010 р.

Назва СПГ	Назва повідомлення	Згадувані назви ЛЗ і ВМП
Голос України № 150 (4900) від 13.10.2010	Обережно: фальшиві пігулки	Дифлюкан, ефект, кетанов, лінекс, мезим, стрепсілс, фестал, флюколд, тести на вагітність «Пані» (9 назв)
День № 146 (3305) від 17.10.2010	Фальсифіковані ліки можна відрізнити за кольором і смаком	Доларен, ефект, кетанов, колдфлю, лоринден, мезим, фестал, флюколд (8 назв)
Обидві СПГ	Мезим, фестал, кетанов, флюколд, ефект (5 назв)	

Джерело: власна розробка

У результаті аналізу преси за листопад 2012 р. встановлено наявність 8 публікацій з приводу вилучення фальсифікованих ЛЗ у Львові.

Як видно з даних табл. 6.5, в повідомленні СПГ «Газета по-українськи» вказувалося на те, що міліціонери вилучили 200 ящиків фальсифікованих ЛЗ, які вироблялись на колишньому аптечному складі у Львові.

Таблиця 6.5

Інформації щодо вилучення у Львові ЛЗ, що вказана в статтях за листопад 2012 р.

Назва СПГ	Назва повідомлення	Місце вилучення ЛЗ	Обсяг вилучених ЛЗ	Назви вилучених ЛЗ
1	2	3	4	5
Газета по-українськи № 171 (1518) від 16.11.2012	Мезим і фестал підробляли на складі	Колишній аптечний склад	200 ящиків, майже 40 назв	Амізон, колдфлю, мезим, но-шпа, темпалгін, фармацитрон, фестал (7 назв)
Голос України № 214 (5464) від 13.11.2012	Вилучено дві тони фальсифікованих ліків	Аптеки	200 ящиків, близько 2 тон	Амізон, анаферон, афлубін, бісептол, гепарин, енап, ессенціале, колдфлю, лінекс, мілдронат, но-шпа, сіган, супрастин, темпалгін, уролесан, фармацитрон, фезам, фестал (18 назв)
День № 208 (3851) від 15.11.2012	Відповідь на контрафактний скандал	Неліцензований склад	Не вказано	Не вказано
Комсомольск ая правда в Украине № 263 (4257/25652) від 24.11.2012	Поддельные лекарства, изготовленные во Львовской области, изъяты из оборота по всей Украине	Склади лікарських препаратів	Понад 200 ящиків, 597 серій	Не вказано

Продовж. табл. 6.5

1	2	3	4	5
Известия в Украине № 216/1679/2 8723 від 15.11.2012	Из украинских аптек начали убирать подделки	Неліцензований склад	Близько 3 тон, 90 назв	Анаферон дитячий, доларен, нокспрей дитячий, но-шпа, фестал (5 назв)
Урядовий кур'єр № 213 (4857) від 20.11.2012	Пильнуйте здоров'я від фальсифікату	2 без-ліцензійні склади	Близько 200 тис. уп., 596 назв	L-лізину есцинат, анаферон дитячий, баралгетас, доларен, енап, етанол, імпаза, кетанов, ротокан, темпалгін, уролесан (11 назв)
Урядовий кур'єр № 215 (4859) від 22.11.2012	З ринку ліків приберуть фальсифікати	Підпільний цех і склад	Приблизно 600 назв на 2 млн. грн.	Не вказано
Факти и коментарии № 209 (3707) від 14.11.2012	Во львовской аптеке изъяли 200 ящичков поддельных лекарств	Аптека	Понад 200 ящиків	Активоване вугілля, амізон, анаферон, бісептол, валеріани настойка, есенціале, колдфлю, но-шпа, темпалгін, уролесан, фармацевтрон, фезам, фестал (13 назв)
Часто згадувані ЛЗ в 5 повідомленнях: но-шпа, темпалгін і фестал (по 4 рази), амізон, колдфлю, уролесан і фармацевтрон (по 3 рази), анаферон дитячий, анаферон, бісептол, доларен, есенціале, енап і фезам (по 2 рази)				

Джерело: власна розробка

В газеті «Голос України» зазначалося, що у львівських аптеках працівники підрозділів боротьби з економічною злочинністю виявили 200 ящиків фальсифікованих ЛЗ, а причетних до фальсифікації ЛЗ осіб затримано.

Багато запитань викликає публікація в газеті «День» підзаголовком якої («Експерти підтримують ініціативи уряду, але побоюються їхньої реалізації: вони можуть спустошити полиці аптек») викликає у читачів побоювання щодо ймовірного зникнення ЛЗ з полиць аптек. Журналіст також робить суб'єктивне судження, яке може викликати в читача недовіру до аптек: *«І вже зовсім погано, якщо в аптеках хворим людям підсовують у кращому разі плацебо, а то і зовсім невідомо що»*.

Обговорюється і необхідність внесення змін до законодавства, які б дозволили Державній службі України з ЛЗ проводити перевірку аптек без попередження. Проте зацікавленість викликають інформація голови парламентського комітету з питань охорони здоров'я: *«В Україні щороку виявляють фальсифіковані препарати – від 0,2% до 0,7%. А останнім часом їхня кількість виросла до 2%. І навіть це не так уже й багато порівняно з іншими країнами: у Німеччині, наприклад, виявляють 7-8% фальсифікованих медичних препаратів, в Італії – до 11%»*. Ці дані суперечать бюлетеню ВООЗ № 275 [136], де вказано, що в більшості країн ЄС контрафактні ЛЗ зустрічаються вкрай рідко і становлять менше 1%.

В СПГ «Известия в Украине» опублікована інформація, в якій зазначено, що у Львові 7 листопада вилучили близько 3 тон і 90 найменувань ЛЗ.

Газета «Комсомольская правда в Украине» містила інформацію, що Держлікслужба України пропонує внести зміни до деяких законів України щоб зробити можливість потрапляння фальсифікату в аптеки мінімальним. Наприклад, дозволити органам держконтролю якості ліків проводити

перевірки без попередження, а також зобов'язати аптечних фахівців фіксувати всі розрахункові операції.

В Урядовому кур'єрі було дві публікації щодо інциденту з фальсифікованими ЛЗ у Львові. У першій з них зазначено, що *«у Львівській області на двох безліцензійних складах виявлено і вилучено близько 200 тисяч упаковок, 596 найменувань різних препаратів, які перебували у незаконному обігу»*. У другій публікації вказувалося, що вартість вилучених з обігу приблизно 600 найменувань підроблених ЛЗ складала близько 2 мільйонів гривень.

На першій шпальті СПГ «Факты и комментарии» опубліковано повідомлення, в якому сказано, що підроблені ЛЗ близько року виробляв та збував 41-річний чоловік, який у своєму приватним будинку недалеко від Львова влаштував підпільну фармацевтичну лабораторію.

Таким чином, маємо місце з оперуванням (маніпулюванням) інформацією, а саме з частковим її висвітленням: вибірковістю подання, особливим компонуванням у повідомленнях СПГ тощо, позаяк в інформації аналізованих СПГ подані різні дані щодо вилучених у Львові ЛЗ. Окрім цього їх обсяг вимірюють за вартістю, кількістю найменувань і упаковок, в ящиках та навіть у тоннах. Варто зазначити, що СПГ подають також різні назви вилучених ЛЗ. Це особливо є дивним з погляду посилення авторів публікацій на офіційні джерела інформації – центр громадських зв'язків ГУ МВС у Львівській області, прес-службу МОЗ України, виступ заступника голови Держлікслужби України.

Варто зазначити, що про наслідки розслідування фальсифікації зазначені СПГ не повідомили. Такі дані висвітлив лише один електронний ЗМІ, який зазначив, що під час слідства було проведено кілька десятків експертиз та підтверджена фальсифікація понад 50 найменувань ЛЗ [170].

Різний зміст повідомлень щодо фальсифікації ЛЗ в двох аналізованих періодах, на нашу думку, можна пояснити використанням окремими

журналістами СПГ маніпулятивної, а не гуманістичної програми впливу на аудиторію. При цьому спостерігається експлуатація поглядів та інтересів аудиторії, які повинні, за думкою журналістів окремих СПГ, діяти безвідмовно, зокрема, потреби в безпеці та збереженні здоров'я, а також закріпленням у масовій свідомості читачів СПГ негативного образу аптечної служби.

Позаяк окрема СПГ формує громадську думку через свою безпосередню аудиторію, то варто зауважити, що абсолютна більшість з них входить одночасно до складу аудиторії кількох СПГ. Тобто якоїсь ізольованої аудиторії, яка була б причетна лише до одного СПГ, не існує [223]. Тому різна інтерпретація одного ж й того факту в різних СПГ може спричинити непередбачувані та небажані ефекти, несподівані для самих СПГ.

6.3. Асиметрія інформації на рівні підготовки фармацевтичних кадрів

Фармацевтична освіта – складна і гетерогенна соціальна система цілеспрямованої підготовки та вдосконалення практичних і науково-педагогічних фармацевтичних кадрів. Відповідно до принципів світової системи освіти в ХХІ ст., в основі моделі сучасної фармацевтичної освіти повинна бути закладена етика професії, цілісність особистості та світосприйняття, фармацевтична культура і свідомість [66, 108, 209].

Проблеми вищої фармацевтичної освіти і шляхи їх вирішення слід розглядати в контексті тих проблем, які мають місце сьогодні у вищій освіті взагалі [66, 108, 209], а саме:

- якість освіти не відповідає вимогам сучасного інформаційного суспільства, тим більше не може відповідати соціальному замовленню суспільства в третьому тисячолітті;

- прагматична орієнтація освіти, домінування пасивних форм і методів навчання, що перешкоджає розвитку особистості;
- недостатня доступність якісної освіти для широких верств населення;
- комерціалізація вищої освіти набула практично нерегульованого державою характеру.

Аналіз недоліків сучасної фармацевтичної освіти [66, 108, 209] дозволив нам ідентифікувати 5 основних причин, які сприяють АІ на рівні підготовки ФФ, а саме:

- наявність часового інтервалу між зміною зовнішнього фактора (вимог працедавців до компетентнісного рівня ФФ) і надходженням відповідної інформації до виробника освітніх послуг (вищого навчального закладу – ВНЗ), що спричиняє відставання стандартів і технологій освітньої діяльності та вищої фармацевтичної освіти від вимог реального часу;
- відсутність відповідальності ВНЗ фармацевтичного спрямування за кінцеві результати освітньої діяльності;
- відсутність механізмів зацікавленої участі потенційних працедавців у підготовці ФФ на підставі тісних контактів між фармацевтичними організаціями і ВНЗ фармацевтичного спрямування, а також єдиних вимог в обох сторін до знань і навичок молодих ФФ;
- неможливість студентами набувати необхідних знань і навичок внаслідок неналежного матеріально-технічного забезпечення та повільного впровадження нових освітніх технологій через неадекватне фінансування ВНЗ;
- зацікавленість у зростанні обсягу прийому студентів (насамперед заочної форми) на контрактних умовах навчання внаслідок неналежного фінансування ВНЗ, а також мимовільне провокування у цих умовах притоку студентів без всякого бажання і здібностей вчитися, яких за наявності

корумпованості не можна об'єктивно оцінювати, що спричиняє негласне зменшення вимог до контролю успішності.

Як видно з даних табл. 6.6, за даними експертної оцінки рівня підготовки молодих фахівців у ВНЗ країни за останні 10 років встановлено значне погіршення якості підготовки у технічних і технологічних, медичних і фармацевтичних та сільськогосподарських ВНЗ на фоні позитивних тенденцій у ВНЗ управління, економічних ВНЗ і класичних університетах [193]. При цьому, як видно з даних таблиці, за рейтингом погіршення якості підготовки ФФ знаходять на третьому місці. Основною причиною цього є корумпованість і застаріла матеріально-технічна база ВНЗ.

Таблиця 6.6

Перелік фахівців, якість підготовки яких погіршилась

№ з.п.	Погіршення підготовки	% від загалу опитаних	Причина
1	2	3	4
1	інженерів та технологів	26	нестача виробничої практики
2	кваліфікованих працівників	20	відсутність / недостатні обсяги підготовки
3	фахівців медицини та фармацевції	19	корумпованість ВНЗ, застаріла матеріально-технічна база
4	фахівців сфери освіти	12	нестабільність, часті зміни вимог до діяльності
5	бухгалтерів, банківських фахівців	12	надто розповсюджена спеціальність
6	юристів	11	відсутність прикладних аспектів освіти, масовість підготовки

Джерело; опрацювання власне на підставі [193]

Унаслідок зазначеного вище спостерігається значний розрив між теоретичною і практичною підготовкою молодих ФФ, у багатьох з них виявляється неформованим необхідний рівень фахової готовності до роботи у фармацевтичних організаціях. Вони не в повному обсязі володіють необхідними сьогодні знаннями і навичками у сфері менеджменту, маркетингу, логістики, інформаційних технологій, мають такі недоліки, як невміння вибудовувати взаємовідносини з пацієнтом, слабе розуміння психологічних аспектів відпуску ЛЗ, відсутність навичок планування роботи. З кожним роком фармацевтичні організації все гостріше відчувають дефіцит ФФ, які вміють працювати у команді [284].

Сказане вище спричиняє працедавців до активнішого інвестування у розвиток внутрішньофірмового навчання своїх ФФ [156], яке являє собою процес, організований та ініційований організацією, спрямований на стимулювання підвищення професійного рівня її працівників, з метою збільшення їх внеску в досягнення максимальної ефективності діяльності організації [421]. Основними його методами є: інструктаж, ротація, наставництво, делегування повноважень, метод ускладнюючих завдань, лекції, семінари, заняття з розбору практичних ситуацій, ділові ігри, самонавчання, моделювання, психологічні і корпоративні тренінги, участь у робочих групах консалтингових проектів [136].

Власне на цей вид навчання спрямована, як зазначалося в підрозділі 6.1, діяльність багатьох бізнес-тренерів, які основну увагу і не завжди у правових межах зосереджують на реалізації фармацевтичною організацією комерційної, а не медико-соціальної складової її діяльності.

Питання АІ на рівні підготовки ФФ повинно мінімізувати реальне впровадження положень нового закону про вищу освіту, яким встановлюються основні правові, організаційні та фінансові засади функціонування системи вищої освіти, створюються умови для посилення

співпраці державних органів і бізнесу з ВНЗ на принципах автономії ВНЗ, поєднання освіти з наукою та виробництвом [120].

Зокрема, державна політика у сфері вищої освіти ґрунтується на визначенні збалансованої структури та обсягу підготовки фахівців з вищою освітою з урахуванням потреб особи, інтересів держави, територіальних громад і працедавців. При цьому стандарти вищої освіти за кожною спеціальністю розробляє МОН України з урахуванням пропозицій галузевих державних органів управління ВНЗ і галузевих об'єднань організацій працедавців та затверджує їх за погодженням з Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти (стаття 3).

Автономія ВНЗ стосується визначення форми навчання, розробки та введення освітніх програм, присудження ступенів вищої освіти, надання додаткових навчальних послуг, фінансових засад функціонування шляхом відкриття поточних і депозитних рахунків у банках (стаття 32).

Закон велику увагу приділяє оцінці якості освіти шляхом впровадження системи внутрішнього забезпечення якості, яка передбачає щорічне оцінювання здобувачів вищої освіти, науково-педагогічних працівників ВНЗ та регулярне оприлюднення результатів таких оцінювань на офіційному веб-сайті ВНЗ, на інформаційних стендах та в будь-який інший спосіб. При цьому система внутрішнього забезпечення якості оцінюється Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти або акредитованими ним незалежними установами на її відповідність загальнодержавним вимогам до системи забезпечення якості вищої освіти (стаття 16).

При цьому питання АІ на рівні внутрішньофірмового навчання повинно мінімізувати ретельне дотримання положень Етичного кодексу фармацевтичного працівника України [58].

Таким чином, шляхами зниження АІ на рівні підготовки ФФ є систематичне удосконалення фармацевтичних освітніх стандартів та підвищення ефективності витрат, що спрямовуються на фінансування

навчального процесу ВНЗ фармацевтичного спрямування з метою забезпечення належної якості підготовки ФФ, адекватної реаліям ФР, а також дотримання суб'єктами ФР положень Етичного кодексу фармацевтичного працівника України.

6.4. Асиметрія інформації і саморегулювання фармацевтичної практики

На шляху соціально-етичного маркетингу створення ефективного правового механізму регулювання громадської думки і ФП є одним із ключових завдань національної охорони здоров'я. Саме тому сьогодні досить актуальними є проблеми, пов'язані з саморегулюванням внаслідок розширення діяльності ГО та ОФП.

Варто визнати, що питання діяльності саморегулювних організацій щодо української ФП майже не опрацьовано. У фаховій літературі подана характеристика організаційно-правових форм ОФП і чинників зовнішнього середовища організації прямої дії, зокрема контактних аудиторій, які не мають контрольних функцій, а також консьюмеризму [62, 81, 82]. Існують дві докторські дисертації, що захищені у Російській Федерації, які присвячені опрацюванню моделі соціально-економічної системи саморегулювання ФР на основі теорії організації [173], а також діяльності саморегулювних організацій в аптечному секторі російського ФР [215].

Жодна із згаданих вище робіт не містить системного і концептуального обґрунтування засад саморегулювної діяльності як невід'ємного елемента механізму функціонування української ФП. Тому метою цієї складової дисертації було визначити типологію і функції ОФП і ГО у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я в Україні з позиції розвитку процесів саморегулювання [67].

Відповідно до проекту Закону України "Про саморегулювні організації" №4841-д від 23.07.2010 р. під саморегулюванням розуміється самостійна

діяльність, яка здійснюється суб'єктами господарської або професійної діяльності, і задачею якої є розробка і встановлення стандартів і правил вказаної діяльності, а також контроль за дотриманням вимог зазначених стандартів і правил [256]. Саморегулювання здійснюється на умовах об'єднання суб'єктів господарської або професійної діяльності в саморегулювну організацію. У свою чергу саморегулювну організацію (СРО) – це неприбуткова організація зі спеціальним статусом, яка об'єднує суб'єктів, що здійснюють господарську та/або професійну діяльність певного виду, і відповідає принципам СРО.

В Україні поки-що така організаційно-правова форма, як СРО, характерна лише для ринків фінансових послуг (РФП). Під нею розуміють неприбуткове об'єднання фінансових установ, створене з метою захисту інтересів своїх членів та інших учасників РФП та якому делегуються відповідними державними органами, що здійснюють регулювання РФП, повноваження щодо розроблення і впровадження правил поведінки на РФП та/або сертифікації фахівців РФП [119].

СРО у світовій практиці визнають підприємницькі асоціації, добровільні об'єднання, які встановлюють для своїх членів формальні правила у веденні господарської діяльності [275].

За іншим визначенням, СРО – неурядова організація, яка має можливість створювати і застосовувати галузеві норми і стандарти та пріоритетом якої є захист інвесторів через встановлення правил, які сприяють етиці та рівності [443].

У Російській Федерації СРО визнаються некомерційні організації, що ґрунтуються на членстві та об'єднують суб'єктів підприємницької діяльності виходячи з єдності галузі виробництва товарів (робіт, послуг) або ринку вироблених товарів (робіт, послуг), або об'єднують суб'єктів професійної діяльності певного виду [343].

Фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я є дуже соціально хворобливою сферою цивільних відносин, пов'язаною з необхідністю забезпечення не тільки якості, але й доступності фармацевтичних послуг для населення. Тому у формуванні систем регулювання цього сектору слід виходити з принципу пропорційного поєднання державного регулювання, співрегулювання і саморегулювання. Роль інструментів державного регулювання виражається у формі законодавства, нагляду і фінансування.

Саморегулювання ФП та громадської думки є вищою формою економічних інститутів регулювання, яка переносить ринкові ресурси безпосередньо до кінцевого споживача – системи «лікар – провізор – пацієнт», забезпечуючи виконання стандартів господарської і професійної діяльності у фармації.

Розвиток процесів саморегулювання ФП, на нашу думку, нуртують шість основних чинників:

- концентрація фармацевтичного підприємництва у виробничій, оптовій і роздрібній ринкових ланках і як, наслідок, формування впливових галузевих підприємств;
- лібералізація зовнішньої торгівлі (особливо після вступу України в СОТ), що призвела до різкого збільшення імпорту ЛЗ в Україну, тобто до зростання конкуренції, зокрема недобросовісної (здебільшого по причині демпінгових цін);
- значне посилення впливу держави на фармацевтичну галузь через ліцензування, систему державних закупівель, реєстрацію цін, референтні ціни, затвердження переліків ЛЗ, на які розповсюджується державне регулювання, тощо;
- недосконалий, нестабільний і не виважений нормативно-правовий та регуляторний механізм, що використовується державою;
- АІ щодо фармацевтичної діяльності в ЗМІ;

- запровадження міжнародних стандартів управління якістю (комплекс належних фармацевтичних практик GxP, стандарти міжнародної організації із стандартизації ISO, тотальне управління якістю TQM, модель ділової досконалості EFQM).

За час незалежності в Україні було створено широке коло ОФП і ГО фармацевтичного спрямування, які в умовах високого рівня державного регулювання переслідували насамперед мету захисту та лобіювання інтересів своїх членів у владних структурах.

В ході контекстуального аналізу інформації Міністерства юстиції України та даних офіційних сайтів низки ОФП і ГО [10, 12, 13, 32-38, 47, 113, 187, 217, 252, 260, 261, 293, 341] нами було встановлено, що вони являють собою добровільні об'єднання суб'єктів господарської або професійної діяльності у вигляді некомерційних організацій для досягнення спільних цілей, основною з яких є забезпечення умов професійної діяльності учасників ФР. ОФП і ГО забезпечують як дотримання інтересів самих учасників, так і пацієнтів. Далі нами була проведена типологізація ОФП і ГО фармацевтичного спрямування за переважним відстоюванням інтересів суб'єктів фармацевтичної практики.

Як випливає з даних табл. 6.7, на сьогодні в Україні ОФП і ГО фармацевтичного спрямування представлені 9 типами міжнародних і національних структур, які об'єднують фізичні та юридичні особи у вигляді 57 ОФП і ГО різних секторів національного ФР:

- виробників (національних і чужоземних);
- виробників і посередників (національних і чужоземних);
- оптових і роздрібних посередників, працівників фармацевтичної галузі, виробників;
- оптових посередників та аптечних працівників;
- оптових і роздрібних посередників, аптечних працівників;

Таблиця 6.7

Типологізація ОФП і ГО фармацевтичного спрямування

№ з.п.	Тип ОФП і ГО за відстоювання інтересів суб'єктів ФР	Представники ОФП і ГО	Вид організації, рік реєстрації/заснування
1	2	3	4
1.	Виробники		
1.1	Національні виробники	Асоціація фармацевтичних виробників України	ДО, 2005
1.2	Чужоземні виробники	Європейська Бізнес Асоціація (комітет з охорони здоров'я)	ДО, 2000
		МГО «Асоціація індійських фармацевтичних виробників»	ГО, 2006
		Асоціація виробників інноваційних ліків «АПРАД»	ДО, 2007
		Асоціація представників міжнародних фармацевтичних виробників України (AIPM)	ГО, 2009
2.	Виробники і посередники		
2.1	Національні виробники і посередники	Об'єднання організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України (ООРММП України)	ГО, 2001
		ВГО "Українська Асоціація виробників, дистрибуторів та розробників біологічно активних харчових добавок"	ГО, 2003
		Всеукраїнське об'єднання громадян "Всеукраїнська Асоціація виробників та дистрибуторів медичної та мікробіологічної галузі промисловості України"	ГО, 2006
2.2	Національні зарубіжні виробники і посередники	МГО "Асоціація виробників, розробників та операторів ринку спеціальних харчових продуктів та лікувально-профілактичних косметичних засобів"	ГО, 2005
		Асоціації «Оператори ринку медичних виробів» (АОРМВ)	ГО, 2012

Продовж. табл. 6.7

1	2	3	4
3.	Оптові та роздрібні посередники, працівники фармацевтичної галузі, виробники	Фармацевтична асоціація України (ФАУ)	ГО, 1998
4.	Оптові посередники та аптечні працівники	ВГО «Фармацевтична Асоціація «ФАРМУКРАЇНА»	ГО, 2010
5.	Оптові та роздрібні посередники, аптечні працівники	Всеукраїнська аптечна асоціація (ВАА)	ГО, 2002
		ВГО «Аптечна професійна асоціація України» (АПАУ)	ГО, 2007
6.	Працівники фармацевтичної галузі	Всеукраїнська громадська фармацевтична професійна спілка групи компаній "БІОКОН"	ГО, 2008
		Всеукраїнська Професійна Спілка Працівників Фармацевтичної Галузі України (ВПСПФГУ)	ГО, 2010
		Всеукраїнська профспілка «Працівників фармацевтичних організацій України»	ГО, 2012
		Фармацевтична палата України	ГО, 2014
7.	Працівники біомедичної галузі	ВГО "Асоціація спеціалістів з медичної інформатики, статистики та біомедичної техніки" (АМЕТИСТ)	ГО, 2000
		ВГО "Асоціація біомедикотехнічної галузі України"	ГО, 2007
		ВГО "Українська асоціація біомедичних інженерів і технологів"	ГО, 2010
8.	Маркетингово-дослідницькі організації	МГО "Міжнародний фонд клінічних досліджень"	ГО, 2002
		МГО "Ліга фармацевтичного маркетингу"	ГО, 2003
9.	Хворі (пацієнти)	Українське Товариство сліпих (УТОС)	ГО, 1992

Продовж. табл. 6.7

1	2	3	4
		Українське товариство глухих	ГО, 1992
		Українське громадське об'єднання хворих множинною склерозою	ГО, 1995
		Федерація організацій інвалідів з дитинства та батьків дітей-інвалідів України	ГО, 1996
		Асоціація інвалідів-пацієнтів Професора Васильєва В.М.	ГО, 1997
		Українське громадське об'єднання сприяння хворим на цукровий діабет "Українська діабетична федерація" (спілка)	ГО, 1997
		Всеукраїнське об'єднання хворих на м'язову дистрофію "ERB"	ГО, 1999
		МГО «Міжнародний Центр сприяння паліативній допомозі онкохворим України»	ГО, 2001
		ГО "Українське товариство медикаментозної онкології"	ГО, 2001
		Українська організація батьків дітей – інвалідів хворих на фенілкетонурію	ГО, 2001
		Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів»	БО, 2002
		ВГО "Об'єднання інвалідів-хворих на хворобу Гоше"	ГО, 2002
		ГО «Союз споживачів медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення»	ГО, немає
		МГО інвалідів Чорнобиля, які захворіли на гостру променевою хворобу, та вдів, чоловіки яких загинули від гострої променевої хвороби "Промінь 5-2"	
		Міжнародна громадська асоціація інвалідів – стомованих хворих "Україна-Ілко"	ГО, 2003
		ВГО інвалідів користувачів психіатричної допомоги "Юзер"	ГО, 2004
		ВГО "Асоціація інвалідів розсіяного склерозу"	ГО, 2005

Продовж. табл. 6.7

1	2	3	4
		ВГО «Асоціація інвалідів-спинальників України»	ГО, 2005
		ВГО інвалідів "Всеукраїнське товариство гемофілії"	ГО, 2006
		ВГО «Асоціація хворих на хронічний мієлолейкоз «ОСАННА»	ГО, 2006
		ВГО "Об'єднання інвалідів-хворих на мукополісахаридоз"	ГО, 2006
		ВГО "Асоціація допомоги інвалідам та пацієнтам з хронічними лімфопроліферативними захворюваннями"	ГО, 2006
		Спілка ГО «Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації»	ГО, 2006
		ВГО "Асоціація допомоги інвалідам та пацієнтам з хронічними лімфопроліферативними захворюваннями"	ГО, 2006
		Асоціація пацієнтів «Україна без остеопорозу та переломів»	ГО, 2006
		ВГО "Українська Асоціація допомоги пацієнтам з множинною мієломою"	ГО, 2007
		ВГО "Астма асоціація"	ГО, 2007
		ВГО "Союз підтримки незрячих України"	ГО, 2007
		ВГО "Українська асоціація псоріазу"	ГО, 2008
		Асоціація Служби протидії ВІЛ/СНІДу України	ГО, 2008
		МГО «Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім»	ГО, 2010
		ВГО «Всеукраїнська асоціація допомоги хворим на муковісцидоз»	ГО, 2010
		ВГО «Конгрес з безпеки медицини»	ГО, 2010
		ВГО «Жінок інвалідів та сімей, в яких виховуються діти інваліди «АСОЛЬ»	ГО, 2011

Джерело: власна розробка

- працівників фармацевтичної галузі;
- працівників біомедичної галузі;
- маркетингово-дослідницьких організацій;
- хворих (пацієнтів).

В ході подальшого контент-аналізу нами було виявлено, що ОФП і ГО фармацевтичного спрямування мають свої права і обов'язки, зокрема право встановлювати обов'язкові правила для учасників і здійснювати контроль за їх дотриманням. Функціями же ОФП і ГО є:

- інтегративна – об'єднання інтересів своїх засновників щодо порядку здійснення ними своєї господарсько-професійної діяльності або захисту прав пацієнтів;
- засновницька – створення необхідних органів ОФП і ГО для здійснення ними діяльності;
- нормотворча – формування порядку і правил здійснення господарсько-професійної діяльності або захисту прав пацієнтів;
- представницька – вихід на рівень публічних відносин, донесення до держави своїх колективних інтересів, діалог з органами державного управління, ЗМІ та споживачами;
- інформаційно-аналітична – забезпечення надходження інформації з навколишнього соціального середовища в ОФП і ГО та від них в це середовище, а також збір, обробка, аналіз та оцінка інформації з метою підвищення ефективності діяльності ОФП і ГО;
- освітньо-кваліфікаційна – сприяння і забезпечення навчання фахівців - членів ОФП і ГО упродовж усього їх професійного життя, а також озброєння пацієнтів певною системою знань, навичок і вмінь щодо відповідального самолікування і ФД;
- регуляторна – регулювання діяльності суб'єктів господарювання в межах ФР і фармацевтичної діяльності;

– контрольна – контрольні заходи, що забезпечують ефективність реалізації зазначених вище функцій.

Власне інтеграція нормотворчої, представницької, регуляторної і контрольної функцій сприяють реалізації функції саморегулювання.

Крім цього ОФП і ГО через інтеграцію представницької, інформаційно-аналітичної та освітньо-кваліфікаційної функцій повинні впливати на загальнонаціональний інформаційний простір з метою зниження АІ та покращення громадської думки щодо ФП. Вони мають виконувати функцію популяризації фармацевтичного фаху.

Таким чином, незважаючи на відсутність в Україні нормативного забезпечення СРО, низка ОФП і ГО фармацевтичного спрямування, виконують не лише функцію захисту інтересів своїх членів в органах державної влади, але й певною мірою також функцію саморегулювання.

Проте результати контекстуального аналізу згаданих вище ЗМІ показали, що представницька та інформаційно-аналітична функції ОФП і ГО фармацевтичного спрямування виражені на значно нижчому рівні, ніж решта функцій.

Однією з причин є те, що ОФП і ГО фармацевтичного спрямування діють розрізнено й не виконують своїх функцій у повному обсязі. Власне домінування в більшості ОФП і ГО форми над змістом є причиною невтішної картини щодо відображення в ЗМІ питань фармацевтичної діяльності.

Нами була вивчена активність ОФП, ГО та суб'єктів господарювання (СГ) фармацевтичного спрямування з питань саморегулювання фармацевтичної діяльності. В якості матеріалу дослідження обрані публікації у періодичному фаховому виданні «Еженедельник Аптека» за 2013 рік. Всього проаналізовано 50 номерів тижневика.

Встановлено (табл. 6.8), що за період дослідження на сторінках тижневика питання саморегулювання ФП піднімало 49 ОФП, ГО і СГ як національного, так і регіонального рівнів.

Таблиця 6.8

Саморегулівна активність організацій фармацевтичного спрямування

№ з.п.	Назва організацій фармацевтичного спрямування	Індекс згадувань	Частка, %
1	2	3	4
<i>ОФП та ГО національного рівня</i>			
1	Європейська Бізнес Асоціація	8	7,14
2	Американська торгова палата в Україні (АСС)	7	6,25
3	Асоціація «Оператори ринку медичних виробів»	7	6,25
4	Об'єднання організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України (ООРММПУ)	6	5,36
5	Асоціації виробників інноваційних ліків «АПРАД»	5	4,46
6	Асоціація «Виробники ліків України»	5	4,46
7	Всеукраїнська ГО «Аптечна професійна асоціація України»	5	4,46
8	Громадська рада при Державній службі України з лікарських засобів	4	3,57
9	Асоціація представників міжнародних фармацевтичних виробників України (AIPM)	3	2,68
10	Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів»	3	2,68
11	Всеукраїнська ГО «Фармацевтична Асоціація» ФАРМУКРАЇНА »	2	1,79
12	Міжнародна ГО «Асоціація виробників, розробників та операторів ринку спеціальних харчових продуктів та лікувально-профілактичних косметичних засобів»	2	1,79

Продовж. табл. 6.8

1	2	3	4
13-20	Американо-українська ділова рада (USUBC), Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Всеукраїнська спілка ГО «Конфедерація громадських організацій інвалідів України», Всеукраїнське громадського соціально-політичне об'єднання «Національна асамблея інвалідів України», Міжнародна ГО «Асоціація індійських фармацевтичних виробників», ГО «Українська асоціація по вивченню захворювань печінки», Громадська рада при МОЗ України Союз споживачів медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення	по 1	0,89x8= 7,12
<i>ОФП та ГО регіонального рівня</i>			
21	ГО «Миколаївська обласна фармацевтична асоціація «ФармРада»	3	2,68
22	Фармацевтична асоціація Дніпропетровської області	3	3,68
23	Запорізька регіональна фармацевтична асоціація	2	1,79
24	Благодійний фонд «Щаслива дитина», м. Запоріжжя	2	1,79
25-27	Благодійний фонд «Відкриті долоні», м. Київ, Ініціативна група допомоги онкохворим дітям «Дар янгола», Київ-Харків, Опікунська рада національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», м. Київ	по 1	0,89x3= 2,67

1	2	3	4
<i>Суб'єкти господарювання</i>			
28	ТОВ «Елегант-Групп»	3	2,68
29	ТОВ «Аптека низьких цін Кремінь»	2	1,79
30	ТОВ «Аптека низьких цін Одеса»	2	1,79
31	ТОВ «Аптека низьких цін плюс»	2	1,79
32	ТОВ «Аптека низьких цін ТМ»	2	1,79
33	ТОВ «Аптека низьких цін Харків»	2	1,79
34	ТОВ «Благодія»	2	1,79
35	ТОВ «Дніпрофарма»	2	1,79
36	ТОВ «Домінант-фарма»	2	1,79
37	ТОВ «Ларга-М»	2	1,79
38	ТОВ «Трансфарм-Дніпро»	2	1,79
39- 49	Аптечна мережа «ТАС», Компанії: «БаДМ», «Вента.ЛТД», «Людмила-Фарм», «Альба Україна», КП «Луганська обласна «Фармація», ТОВ: «Аптека низьких цін Дніпро», «Аптека низьких цін К», «Аптека-Магнолія», «Укрвата», «Юнис»	по 1	0,89x11= 9,79
Разом		112	99,99

Джерело: власна розробка

Серед них більше двох п'ятих (22 або 44,7%) представили СГ, решта – ОФП та ГО національного (20 або 40,8%) і регіонального (7 або 1,4%) рівнів.

Переважання СГ пояснюється одночасним направленням пропозицій материнськими і дочірніми аптечними підприємствами. Так, мережа аптек під ТМ «Аптека низьких цін ТМ» в Києві організувала фірма «Елегант-Групп» [111]. У свою чергу, «Домінант-Фарм» налагоджує мережу «Аптека низьких цін» у східних регіонах України. Аптеки під цим же брендом відкривають і інші компанії, зокрема, «ТОВ» Трансфарм-Дніпро».

Ураховуючи, що деякі повідомлення стосувалися кількох СРО, то загальний індекс їх згадок склав 112 одиниць. При цьому за індексом згадки лідирували ОФП та ГО національного рівня (65 або 58,01%), далі розташувалися СГ (34 або 30,37%) і ОФП та ГО регіонального рівня (13 або 11,61%).

Понад половини всіх повідомлень (62 або 55,36%) представили 13 або 26,5% організацій: Європейська Бізнес Асоціація, Американська торгова палата в Україні, Асоціація «Оператори ринку медичних виробів», Об'єднання організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України Асоціація виробників інноваційних ліків «АПРАД», Асоціація «Виробники ліків України» і Всеукраїнська ГО «Аптечна професійна асоціація України», Громадська рада при Державній службі України з ЛЗ, Асоціація представників міжнародних фармацевтичних виробників України, Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів», ГО «Миколаївська обласна фармацевтична асоціація «ФармРада» і ТОВ «Елегант-Груп».

Проте, на сторінках аналізованого тижневика була відсутня активність таких ГО національного рівня: Фармацевтична асоціація України, Всеукраїнська аптечна асоціація, Всеукраїнська громадська фармацевтична професійна спілка групи компаній «БІОКОН», Всеукраїнська Професійна Спілка Працівників Фармацевтичної Галузі України, Всеукраїнська профспілка «Працівників фармацевтичних організацій України», Всеукраїнське об'єднання громадян «Всеукраїнська Асоціація виробників та дистриб'юторів медичної та мікробіологічної галузі промисловості України» та ін.

Як видно з даних табл. 6.9, саморегульованими організаціями було опубліковано 82 повідомлення за 31 тематиці.

Таблиця 6.9

Тематика повідомлень в «Еженедельнике Аптека»

№ з.п.	Повідомлення стосувалися	К-сть	Частка, %
1	2	3	4
1	проекту змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ	36	43,90
2	ліцензування імпорту ЛЗ	6	7,32
3	проекту наказу МОЗ України «Про затвердження Настанови «Лікарські засоби. Належна аптечна практика»	4	4,88
4	захисту інтелектуальної власності та використання запатентованого винаходу, що стосується ЛЗ	3	3,66
5	проблеми регулювання фармацевтичного сектора	3	3,66
6	скасування обов'язкової акредитації аптечних зпкладів	2	2,44
7	скасування пільгової ставки ПДВ на ЛЗ	2	2,44
8	митних перешкод	2	2,44
9	регуляторних аспектів ринку парафармацевтики	2	2,44
10-31	проектів змін Ліцензійних умов та Керівництва «Належна аптечна практика», дотримання вимог GMP при імпорті ЛЗ, закупівлі препарату Креазим, законопроекту «Про виробництво медичні», проекту постанови КМ України «Про внесення зміни до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», проекту постанови КМ України про внесення змін до порядку державної	22 (по 1)	26,83

	реєстрації ЛЗ, проекту Технічного регламенту щодо медичних виробів, визнання в Україні сертифікації препаратів ЕМА, примусового ліцензування виробництва ЛЗ, включення до реєстру перелік заявників та ЛЗ, поданих на реєстрацію / перереєстрацію, необхідності відтермінування введення відповідальності за неподання до органів ДПС копій розрахункових документів і фіскальних звітних чеків з РРО, термінового поновлення обігу ЛЗ, вилучених з обігу у зв'язку з викриттям у 2012 р. неліцензійних складів, ПДВ на ВМП, декларування зміни оптово - відпускних цін на ЛЗ і ВМП, виконання вимоги Європейської соціальної хартії охорони здоров'я, припущення про небезпеку для здоров'я продукції підприємства, питань доступності та контролю якості ЛЗ, організації клінічних досліджень, хвороб печінки, євроінтеграційного курсу, роботи громадської ради		
	Разом	82	100,01

Джерело: власна розробка

Серед них одна тема (корекція Проекту змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ) піднімалася у понад двох п'ятих повідомлень (36 або 43,90%).

Таким чином, повідомлення, в основному, стосувалися проблем державного регулювання ФП. У них спостерігалися представницька і нормотворча функції досліджуваних організацій, а не інформаційно-аналітична, регуляторна і контрольна функції.

Зазначене не сприяє реалізації саморегулювання в повному обсязі, позаяк ФР характеризуються суттєвою АІ необхідною для прийняття рішень про купівлю і продаж, що породжує диктат однієї із сторін, а саме держави.

Питання саморегулювання ФП може вирішити заснована 17 грудня 2014 р. ВГО «Фармацевтична палата України» [233], як добровільне індивідуальне об'єднання фармацевтів і провізорів, за умови, що буде прийнятий Закон України «Про фармацевтичне самоврядування», яким буде делеговано функції самоврядування зазначеній ГО [46].

6.5. Шляхи мінімізації впливу асиметрії інформації на функціонування фармацевтичного ринку

Аби знизити негативні прояви АІ на рівні різних суб'єктів ФР, нами пропонуються шляхи мінімізації впливу, що ґрунтуються на 10 принципах, серед яких:

1. Адекватне законодавче регулювання фармацевтичної діяльності, яке повинно не тільки надавати пріоритет пацієнтам, але й враховувати інтереси фармацевтичних підприємців і фармацевтичної громадськості. До розробки нормативних документів в обов'язковому порядку окрім регуляторних відомств та органів, відповідальних за їх впровадження і контролювання впровадження, повинні залучатися ОФП і ГО фармацевтичного спрямування.

2. Дотримання суб'єктами ФР принципів Етичного кодексу фармацевтичних працівників України та правил належних фармацевтичних практик.

3. Корпоративна соціальна відповідальність, тобто добровільне рішення фармацевтичної організації брати участь у покращенні життя суспільства та захисті довкілля, яке реалізується через дотримання усіх етичних засад.

4. Урахування органами державного управління в галузі охорони здоров'я, лікарями і провізорами проблеми комунікативної розбіжності

інформації щодо ЛЗ–аналогів з метою забезпечення достовірного і безпечного призначення та застосування ЛЗ пацієнтами.

5. Вдосконалення комунікативної точності ІМЗ ЛЗ, які призначені для пацієнтів. Широке використання сайту Державного реєстру ЛЗ України (<http://www.drlz.kiev.ua/>), де медичні і фармацевтичні фахівці та пацієнти можуть безкоштовно в он-лайн режимі отримувати високоякісну сучасну інформацію про ЛЗ. Одним з ключових аспектів даної системи є електронна ІМЗ ЛЗ, яка аналогічна паперовій, вкладеній в його упаковку.

6. Документування здійснення доступної для пацієнта вербальної ФО у вигляді індивідуального плану, що надається пацієнту «на руки», яке сприятиме забезпеченню безперервності ФО протягом усього періоду ФТ та допоможе залучити пацієнта до цього процесу не лише як споживача фармацевтичних послуг, а як активного учасника ФО [90].

7. Дотримання ЗМІ, насамперед фармацевтичного спрямування, належної публікаційної практики (НПП), тобто сукупності правил і вимог щодо добросовісної подачі інформації про ЛЗ у біомедичних і фармацевтичних журналах, включаючи друковані, електронні видання, а також інших видах усного чи письмового представлення наукових даних [94]. Впровадження НПП убезпечить від появи недобросовісних матеріалів різних бізнес-тренерів з маркетингу у фармацевтичній періодиці.

8. Активний та постійний вплив ОФП і ГО фармацевтичного спрямування на загальнонаціональний інформаційний простір із метою покращення громадської думки щодо фармацевтичної діяльності.

9. Розвиток і підтримка державою консюмеризму – діяльності ГО споживачів, яка спрямована на підтримку їхніх прав та можливостей у відносинах із виробниками та постачальниками ЛЗ.

10. Постійний моніторинг вимог роботодавців до якості підготовки ФФ та систематичне удосконалення фармацевтичних освітніх стандартів і підвищення ефективності витрат, що спрямовуються на фінансування

навчального процесу з метою забезпечення якості підготовки ФФ та адекватної адаптації навчального процесу ВНЗ фармацевтичного спрямування до реалій ФР.

Результати шостого розділу дисертації знайшли відображення у монографії «Фармацевтична логістика : фокус на допомозі пацієнту» [79] і галузевих методичних рекомендаціях «Асиметрія інформації: особливості впливу на функціонування фармацевтичного ринку та шляхи його мінімізації» [7] та чотирнадцяти наукових публікаціях [53, 56, 58, 67, 266, 302, 316-318, 320, 321, 334-336].

Крім цього вони впроваджені у практичну та освітню діяльність (акти див. дод. М.1-М.27).

ВИСНОВКИ

1. На підставі аналізу публікацій тренінгового характеру в трьох професійних періодичних виданнях загальнодержавного рівня за 2010-2014 рр. виявлено наявність семи видів АІ з питань аптечних продаж, зокрема встановлено, що ця АІ спрямована на використання в інтересах ФФ (аптеки) відсутності обізнаності пацієнта про ЛЗ, здійснюючи на нього психологічний тиск, який призводить до несприятливого вибору пацієнтом ЛЗ і зростанню у нього додаткових витрат на ФТ лікарської хвороби, спричиненої поліпрагмазією. При цьому ФФ порушує правила відпуску рецептурних ЛЗ, що є адміністративним правопорушенням, і як, наслідок, настає відповідальність за безрецептурний відпуск ЛЗ.

2. За даними аналізу інформації про День фармацевтичного працівника в 15 СПГ національного рівня теленовин прайм-тайму восьми провідних українських телеканалів встановлено наявність лише поодиноких згадок про професійне свято, натомість виявлено ряд повідомлень з АІ.

За результатами аналізу інформації 432 номерів 15 СПГ виявлено наявність двох згадок про вилучення фальсифікованих ЛЗ у Василькові в серпні 2010 р. та восьми повідомлень про аналогічну ситуацію у Львові в листопаді 2012 р. Встановлено, що перші дві публікації не містять інформацію про кількість фальсифікованих ЛЗ і ВМП. В інших восьми повідомленнях виявлено розбіжності щодо кількості вилучених ЛЗ та їх назв. При цьому обсяг фальсифікованих ЛЗ вимірювали за вартістю, кількістю назв та упаковок, в ящиках і тоннах. В публікація подавалися різні назви вилучених ЛЗ.

Зазначена АІ пояснюється використанням окремими журналістами СПГ маніпулятивної, а не гуманістичної програми впливу на аудиторію через експлуатацію потреби аудиторії в безпеці та збереженні здоров'я, а також закріплення у масовій свідомості читачів СПГ негативного образу аптечної служби.

3. Аналіз недоліків сучасної фармацевтичної освіти уможливив ідентифікування 5 основних причин, які сприяють АІ на рівні підготовки ФФ, а саме: наявність часового інтервалу між зміною зовнішнього фактора (вимог працедавців до компетентнісного рівня ФФ) і надходженням відповідної інформації до виробника освітніх послуг (ВНЗ); відсутність відповідальності ВНЗ фармацевтичного спрямування за кінцеві результати освітньої діяльності; відсутність механізмів зацікавленої участі потенційних працедавців у підготовці ФФ; неможливість студентами набувати необхідних знань і навичок внаслідок неналежного матеріально-технічного забезпечення та повільного впровадження нових освітніх технологій через неадекватне фінансування ВНЗ; зацікавленість у зростанні обсягу прийому студентів (насамперед заочної форми) на контрактних умовах навчання внаслідок неналежного фінансування ВНЗ.

4. Опрацьовано типологізацію ОФП і ГО фармацевтичного спрямування за 9 типами міжнародних і національних структур, які

об'єднують фізичні та юридичні особи у вигляді 57 професійних асоціацій (працівників фармацевтичної та біомедичної галузей) та ГО хворих, асоціації представників різних секторів українського ФР (національних і чужоземних виробників, оптових і роздрібних посередників), а також маркетингово-дослідницьких організацій.

Визначено основні причини розвитку саморегулювання щодо громадської думки та української ФП, узагальнено властиві ОФП і ГО фармацевтичного спрямування функції та показано, що вони повинні впливати на загальнонаціональний інформаційний простір з метою покращення громадської думки щодо фармацевтичної діяльності.

На підставі контекстуального аналізу всіх (50) номерів професійного періодичного видання «Щотижневик Аптека» за 2013 виявлено 82 повідомлення про саморегулювання ФП, що надійшли від 49 ОФП, ГО і СГ. Встановлено, що за індексом згадувань лідирували ОФП та ГО національного рівня. Показано, що повідомлення, в основному, стосувалися проблем державного регулювання ФП. В них спостерігалися представницька і нормотворча функції досліджуваних організацій, а не регуляторна, контрольна, інформаційно-аналітична та освітньо-кваліфікаційна функції, що не сприяє реалізації саморегулювання ФП в повному обсязі, в т.ч. зниженню АІ про фармацевтичну діяльність.

5. Опрацьовано 10 принципів, дотримання яких уможливить зниження негативних проявів АІ на рівні різних суб'єктів ФР.

РОЗДІЛ 7

ТЕОРЕТИКО–ПРИКЛАДНЕ ПРОЕКТУВАННЯ
РОЛІ НЕЙРОЕКОНОМІКИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Нейроекономіка ставить своєю метою розкрити еволюційні основи поведінки людини, пояснити роль емоцій і когнітивного контролю в процесах прийняття рішень, механізми соціальної кооперації та змагання між людьми, а також дослідити нейробіологічні механізми соціального впливу та реклами [137, 250, 281, 353].

Тому завданнями цього етапу роботи було теоретичне осмислення змістового наповнення і складових нейроекономіки та визначення особливостей її управлінських рішень для фармації.

7.1 Опрацювання теоретичної сутності нейроекономіки та її складових для фармації

У класифікаційній системі світової економічної літератури нейроекономіка має класифікаційний код D87 у підкласі D8 (інформація, знання і невизначеності) класу D (мікроекономіка) [424]. Її розвиток ґрунтується на таких доказах:

– людина ірраціональна, не завжди говорить правду і не тому, що бреше, а внаслідок того, що не завжди може правильно висловити свої думки та точно пояснити, чому знає ті чи інші речі (прихована пам'ять);

– емоції відіграють головну роль, а підсвідомість має потужну силу в житті людини, більшість її реакцій автоматична.

Методологія нейроекономіки включає лабораторні спостереження за поведінкою піддослідних з одночасним дослідженням діяльності їх головного мозку. Основними її методами є [137, 141, 390]:

– неінвазивні методи – ай-трекінг, тахістоскопія, гальванометрія, електроміографія (ЕМГ), електро- і магнітоенцефалографія (ЕЕГ/МЕГ), функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ), магнітно-резонансна спектроскопія (МРС), позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) і транскраніальна магнітна стимуляція мозку (ТМС);

– інвазивні – реєстрація активності нейронів тварин, дослідження пацієнтів з порушеннями нервової системи;

– біохімічні та генетичні (молекулярно-біологічні) методи – вивчення впливу генів і гормонів на прийняття рішень;

– поведінкові дослідження тварин – порівняльні дослідження процесів прийняття рішень у людини і тварин.

Сучасні уявлення про нейроекономіку, прийняття рішень указують на те, що вибір оптимальної поведінки відбувається на рівні нейронних сіток, які мають здатність регулювати оцінку всіх «за» і «проти» при виборі тієї чи іншої поведінки. Внаслідок цього нейрон, або нейронна сітка, яка приймає рішення, акумулює інформацію про можливі поведінкові альтернативи і здійснює вибір на користь найбільш оптимальної. Нейроекономіка пропонує механістичну (дифузну) модель оцінки мозком суб'єктивної корисності, у якій на вхід нейронної сітки надходить сенсорний, мотиваційний, когнітивний або будь-який інший сигнал, а на виході отримують результат порівняння на користь найоптимальнішого рішення [141].

Ми притримуємося думки, що нейроекономіка – це міждисциплінарний напрямок в науці на перетині нейробіології, психології та економічної теорії, який використовує нейронаукові методи для аналізу прийняття рішення. Вона є прикладним розділом нейробіології. У свою чергу, прикладними розділами і складовими нейроекономіки є нейроменеджмент і нейромаркетинг, позаяк прийняття рішення притаманно менеджменту і маркетингу.

За даними наукової літератури існує низка визначень зазначених складових.

Так, нейроменеджмент:

– міждисциплінарний науковий напрямок, що лежить на стику психології та менеджменту, націлений на розуміння зв'язку структури і функціонування головного мозку з психічними процесами і поведінкою людини (Прикладные нейронауки) [250];

– новий науково-практичний напрямок на стику нейробиології, психології та менеджменту (Крюкова Е., 2012) [151];

– управління на основі знань про структуру та функції людського мозку, які дозволяють визначити стратегії успішної поведінки і глибинні властивості особистості (Самогулова А., 2012) [274];

– дисципліна, яка досліджує інтелектуальні та емоційні механізми, пов'язані з керівництвом та організаційним управлінням на базі застосування нових знань, що генерується в галузі нейронаук (Braidot Néstor, 2006) [388].

Інтегруючи зазначене вище, вважаємо, що нейроменеджмент – це міждисциплінарний напрямок в науці на перетині нейробиології, психології і менеджменту, що досліджує сенсомоторні, когнітивні та емоційні механізми особистості, пов'язані з керівництвом та організаційним управлінням фармацевтичною організацією, з метою підвищення ефективності та результативності праці керівників і кожного члену цієї організації внаслідок розвитку потенціалу мозку.

Аналіз джерел літератури показує, що для тлумачення сутності нейромаркетингу використовуються різні підходи.

Так, прихильники *класичного підходу* до нейромаркетингу як науки, яка знаходиться на перетині нейронаук та традиційного маркетингу, вважають, що нейромаркетинг – це:

А) нова галузь знань, яка являє собою комбінацію двох сфер знань - неврології та традиційного маркетингу (Кан Е. Ю., 2009) [133];

В) наука, яка пояснює механізми дії несвідомих процесів, що протікають в нейронних структурах (Романюха С., 2010) [267];

С) наука (теорія) і практика, що вивчають нейрофізіологічні закономірності поведінки людини (в галузі прийняття рішень і здійснення ним вибору) з метою їх практичного застосування для підвищення ефективності маркетингової комунікаційної діяльності (Ульяновский А. В., 2008) [312];

Д) наука, яка використовує МРТ, ЕЕГ, ТМС, МEG, функціональну МРТ та інші засоби дослідження мозкових хвиль, щоби переглянути відповіді людського мозку стосовно маркетингових стимулів, а також з'ясувати думки споживачів щодо продукту, послуги, реклами або упаковки з метою побудови ідеальної маркетингової кампанії, заснованій на реакції людського мозку (Hammou K. A., Galib H. Мдю, Melloul J., 2013) [414];

Е) галузь дослідження щодо застосування методів нейронауки для аналізу та розуміння людської поведінки, пов'язаної з ринками і маркетинговими обмінами (Lee N., Broderick A. J., Chamberlain L., 2007) [425].

Проте низка визначень акцентує увагу *на виді (новому напрямку) маркетингу*, який використовує різні стимули для впливу на мозок людини. Так, на думку прихильників такого підходу, нейромаркетинг – це:

Ф) такий маркетинг, який використовує різні стимули, що впливають на людський мозок, щоб викликати потрібну дію (Акунич М., 2014) [2];

Г) інноваційний напрямок маркетингу, в якому активно використовуються несвідомі процеси, що дозволяють маніпулювати поведінкою споживачів (Задорожнюк Н. А., 2013) [118]

Н) інноваційний напрям підвищення ефективності маркетингових комунікацій компанії (насамперед, мерчендайзингу та реклами), за допомогою впливу на поведінку людини як потенційного покупця, з

урахуванням нейрофізіологічних особливостей процесу прийняття ним рішення про покупку (Король А. Н., 2013) [148];

I) вид маркетингу, який використовує різні стимули, що впливають на людський мозок, з метою виклику необхідної дії (Макарова Т. Н., Степанова М. А.) [172];

J) нова маркетингова дисципліна, яка використовує методи медицини для розуміння реагування центральної нервової системи людини на маркетингові стимули (Orzan G., Zara I.A., Purcarea V.L., 2012) [430].

Окремі тлумачення віддають перевагу *нейронауці*, тобто науці, яка пояснює механізми дії несвідомих процесів, що протікають в нейронних структурах, відповідно до цього нейромаркетинг (визначення К) – це цілісний процес вивчення споживчої поведінки (мислення, пізнання, пам'ять, емоційні реакції), який передбачає оціночну діяльність при диференційованому маркетинговому та економічному підході, використовуючи при цьому нейрофізіологічні засади в їх теоретичному і практичному застосуванні: сприйняття, вибір, прийняття рішень про покупку, ірраціональну та емоційну поведінку споживача (Таранич А.В., Балдэ К.Б., 2012) [298].

У ряді визначень звертається увага на *новий методологічний підхід маркетингу*, а саме нейромаркетинг – це:

L) прикладний розділ нейроекономіки і новий методологічний підхід маркетингу, що охоплює дослідження споживчої поведінки (мислення, пізнання, пам'ять, емоційні реакції тощо) із застосуванням методів нейробіології, які дозволяють об'єктивно оцінити суб'єктивну реакцію споживача (Громовик Б. П., Унгурян Л. М., 2012) [65];

M) прикладний розділ нейроекономіки, що є новим методологічним підходом маркетингу та містить дослідження споживчої поведінки із застосуванням інструментарію нейронаук (Півень О.П.) [239];

N) прикладний розділ нейроекономіки (міждисциплінарного напрямку в науці на перетині економічної теорії, нейробіології та психології), що представляє собою новий методологічний підхід маркетингу і охоплює дослідження споживчої поведінки із застосуванням інструментарію нейронаук (Сорока Мар'яна, 2011) [288];

O) персонально диференційований маркетинговий підхід у вивченні споживчої поведінки. Це нова галузь практики, що використовує досягнення неврології, які дозволяють визначити особливості споживчої поведінки у відповідь на різного роду маркетингових стимулів (Чернова М. А., Клепиков О. Е., 2012) [354].

Інші визначення розглядають нейромаркетинг як *інструментарій, метод або набір методів*, а саме, що це:

P) лише інструментарій, набір методів, створених з допомогою статистичного опрацювання даних отриманих в результаті психофізичних досліджень (Колесніков А., Шульгат Н., 2011) [146];

Q) лише високоточне апаратне тестування неусвідомлених людських реакцій на будь-який статичний або моторний візуальний об'єкт, будь то предмет мистецтва, модель сукні, етикетка, рекламний ролик або дизайн сайту (Коро Ніколас, 2011) [151, 211];

R) метод вивчення нейрофізіологічних реакцій людей, при прийнятті споживчого рішення або вибору (Павленко Т. С.) [229];

S) один з пріоритетних інструментів торгового сервісу, пов'язаний з вивченням мимовільних реакцій людини на назву, аудіосигнали, символи, колір, логотип і т.п. (Соколова А. П., 2013) [286];

T) застосування методів нейровізуалізації до маркетингу продукції (Ariely D., Berns G. S., 2010) [382].

У деяких визначеннях увага зосереджується на *маніпулятивному механізмі управління* споживачем (див. вище визначення G) відповідно до якого нейромаркетинг (визначення U) полягає у впливі на підсвідомість

людини і створенні маніпулятивного механізму управління споживачем шляхом впливу на 5 основних органів чуття: зір, слух, нюх, дотик, смак (Гладун Г. В., 2010) [43];

Крім цього в тлумаченнях нейромаркетингу прослідковується *практичний підхід* (див. вище визначення С, К, О).

В останні роки поряд з терміном «нейромаркетинг» застосовується визначення «споживча нейронаука», під яким розуміють:

V) нову міждисциплінарна галузь, яка поєднує в собі психологію, нейронауку і економіку для вивчення як на мозок фізіологічно впливають рекламні і маркетингові стратегії (Khushaba R.N., Kodagoda S., Wise C. et al., 2013) [396];

W) наукові дослідження на перетині нейронауки, психології, економіки, теорії прийняття рішень і маркетингу, основною метою яких є вивчення питань споживчої поведінки шляхом поєднання традиційних експериментальних і статистичних методів досліджень з тими, які розроблені неврологами (Plassmann H., Yoon C., Feinberg F. M., Shiv B.) [395].

При цьому терміном «нейромаркетингом» позначають лише застосування висновків споживчої невронауки в рамках практики управління (Hubert M., Kenning P., 2008) [422].

Проте проведений вище термінологічний аналіз показав, що для терміну «нейромаркетинг» теж притаманний *науково-дослідний підхід* (наприклад визначення А, В, С, D, E, J).

Тому, на нашу думку, обидва терміни для запобігання непорозумінь доцільно застосовувати в науково-практичній літературі як синоніми.

Зазначені вище трактуваннях нейромаркетингу відображають ті чи інші її сторони, проте нівелюється найважливіший, на нашу думку, аспект нейромаркетингу – обґрунтовування через нейронаукове дослідження особливості споживчої поведінки етично виважених маркетингових рішень.

Таким чином, термінологічні визначення поняття нейромаркетингу відрізняються неоднозначністю та багатоваріантністю вкладеного в нього змісту. У значній мірі це веде до спрощення та обмеження сприйняття його сутності. Отже оптимальне розуміння нейромаркетингу вимагає мультиплікативного підходу до його визначення.

Ураховуючи наявність різних поглядів, пропонуємо власне трактування поняття “нейромаркетинг” стосовно фармацевтичної галузі.

Нейромаркетинг у фармації – це міждисциплінарний напрямок в науці на перетині нейробіології, психології і маркетингу, який на основі сенсомоторних, когнітивних і емоційних реакцій людей досліджує особливості споживчої поведінки щодо впливу складових комплексу фармацевтичного маркетингу (лікарський засіб, ціна, поширення, маркетингові комунікації), а також інших чинників, насамперед ситуаційного впливу, з метою прийняття етично обґрунтованих маркетингових рішень.

На основі формалізації особливостей нейроекономіки здійснено її структуризацію у вигляді аналогової моделі.

Як видно з даних, наведених на рис. 7.1, нейроекономіка – міждисциплінарний напрям у науці на перетині економічної теорії, нейробіології та психології, який вивчає нейробіологічне розуміння механізмів прийняття економічних рішень на різних рівнях складності [262]:

- генному;
- нейрональному;
- структурно-анатомічному;
- функціональному;
- організмівому;
- соціальному.

Основними цілями нейромаркетингу є скорочення «вартості» маркетингових досліджень і отримання достовірнішої маркетингової інформації. При цьому ключовим його завданням є прогнозування

споживчого вибору індивідів [306]. Актуальність використання технологій нейромаркетингу зумовлена можливістю розширення діапазону впливу на свідомість і підсвідомість споживача.



Рис. 7.1. Генезис і декомпозиція нейроекономіки з погляду фармації

Джерело: власна розробка

Потенційні переваги і недоліки нейромаркетингу для відвідувачів аптек узагальнені нами в табл. 7.1.

Прикладом недоліку етичного характеру є твердження тренера-консультанта з ритейлу і мерчандайзингу, яка категорично відкидає медико-соціальну функцію аптеки [363]. На її думку, принцип дії нейромаркетингу

базується на тому, що товари, які супроводжуються зображеннями, спонукаючи відвідувача до потрібних асоціацій, продаються краще.

Таблиця 7.1

Потенційні переваги і недоліки нейромаркетингу для відвідувачів аптек

Можливі	
переваги лояльностісного характеру	недоліки етичного характеру
<ul style="list-style-type: none"> ✓ сприяє кращому вивченню споживача та його потреб; ✓ дозволяє запропонувати саме ті ЛЗ, які потрібні, і на які чекає споживач; ✓ допомагає споживачу швидше визначитися з вибором ЛЗ; ✓ формує у відвідувача аптеки позитивні враження від м'якого освітлення, звукового ряду, візуальної складової, затишного інтер'єру, ефектного торгового обладнання, ввічливого фармацевтичного персоналу; ✓ надає необхідну інформацію споживачу відповідно до його психологічних особливостей, що уможлиблює отримання прогнозованої бажаної реакції, забезпечення кращого порозуміння та встановлення і підтримування довготривалих стосунків. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ маніпулювання купівельною свідомістю; ✓ навмисний вплив на певні зони людського мозку з метою оволодіти споживчою увагою; ✓ використання хитрих прийомів для «розкрутити» відвідувача аптеки на покупку; ✓ непомітний примус, проти якого людині складно опиратися (методи не агресивні і здебільшого завуальовані); ✓ підпорядкування людського розуму корисливим комерційним цілям; ✓ чинник фармакофобії, фармакоманії, неналежного комплаєнсу пацієнта; ✓ чинник недобросовісної конкуренції.

Джерело: власна розробка

Тому, не зважаючи на питання фармацевтичної етики, а зосереджуючи увагу лише на економічному чиннику, пропонують використовувати цей прийом для оформлення цінників на товари, що приносять найбільший прибуток аптеці [62].

Нейромаркетинг у фармації умовно можна розділити на дві групи:

– дослідницький (передпродажний) нейромаркетинг або нейромаркетингове тестування, що включає дослідження фокус-груп за допомогою неінвазивних, інвазивних, біохімічних та генетичних методів, які спрямовані на визначення споживчих реакцій на аудіовізуальний об'єкт, пов'язаний з фармацією, яким може бути назва чи логотип фармацевтичної компанії, ТМ, етикетка чи упаковка лікарського засобу, обкладинка та розворот періодичного видання, Інтернет-ресурс, плакат, рекламний ролик, товарна полиця в аптеці або її вивіска тощо. При цьому використовують такі методи: ай-трекінг, тахістоскопія, гальванометрія, електроміографія, електро- і магнітоенцефалографія, функціональна магнітно-резонансна томографія), магнітно-резонансна спектроскопія, позитронно-емісійна томографія, однофотонна емісійна комп'ютерна томографія і транскраніальна магнітна стимуляція мозку, ZMET-метод, фоносемантичний аналіз, методи сенсорного маркетингу, ключі очного доступу. У результаті досліджуються споживчі реакції на аудіовізуальний об'єкт, яким може бути назва чи логотип фармацевтичної компанії, ТМ, етикетка чи упаковка лікарського засобу, обкладинка та розворот періодичного видання, Інтернет-ресурс, плакат, рекламний ролик, товарна полиця в аптеці або її вивіска тощо;

– аптечний (продажний) нейромаркетинг або сенсорний маркетинг, який включає візуальний мерчандайзинг (вплив за допомогою кольору і зображень), звуковий дизайн та аромамаркетинг (вплив за допомогою запахів) [128]. Аптечне середовище при цьому являє собою сукупність фізичного комфорту (температура, музика, запах), освітлення, чистоти і

дизайну торгового залу, фаховості фармацевтичного обслуговування і етики, реклами на місці продажу, методів продажу тощо.

Візуальний мерчандайзинг передбачає об'єднання знань в галузі візуального сприйняття об'єктів та мерчандайзингу, тобто комплексу комунікаційних заходів, спрямований на збільшення обсягів продажів аптеками ЛЗ конкретного виробника, насамперед безрецептурних препаратів.

Аптечний (продажний) нейромаркетинг тісно пов'язаний логістичним обслуговуванням (7R), НАП і складовими фармацевтичної практики та є елементом забезпечення якості фармацевтичного обслуговування відвідувачів аптек.

Як видно з даних рис. 7.2, сутність якості фармацевтичного обслуговування проявляється в:

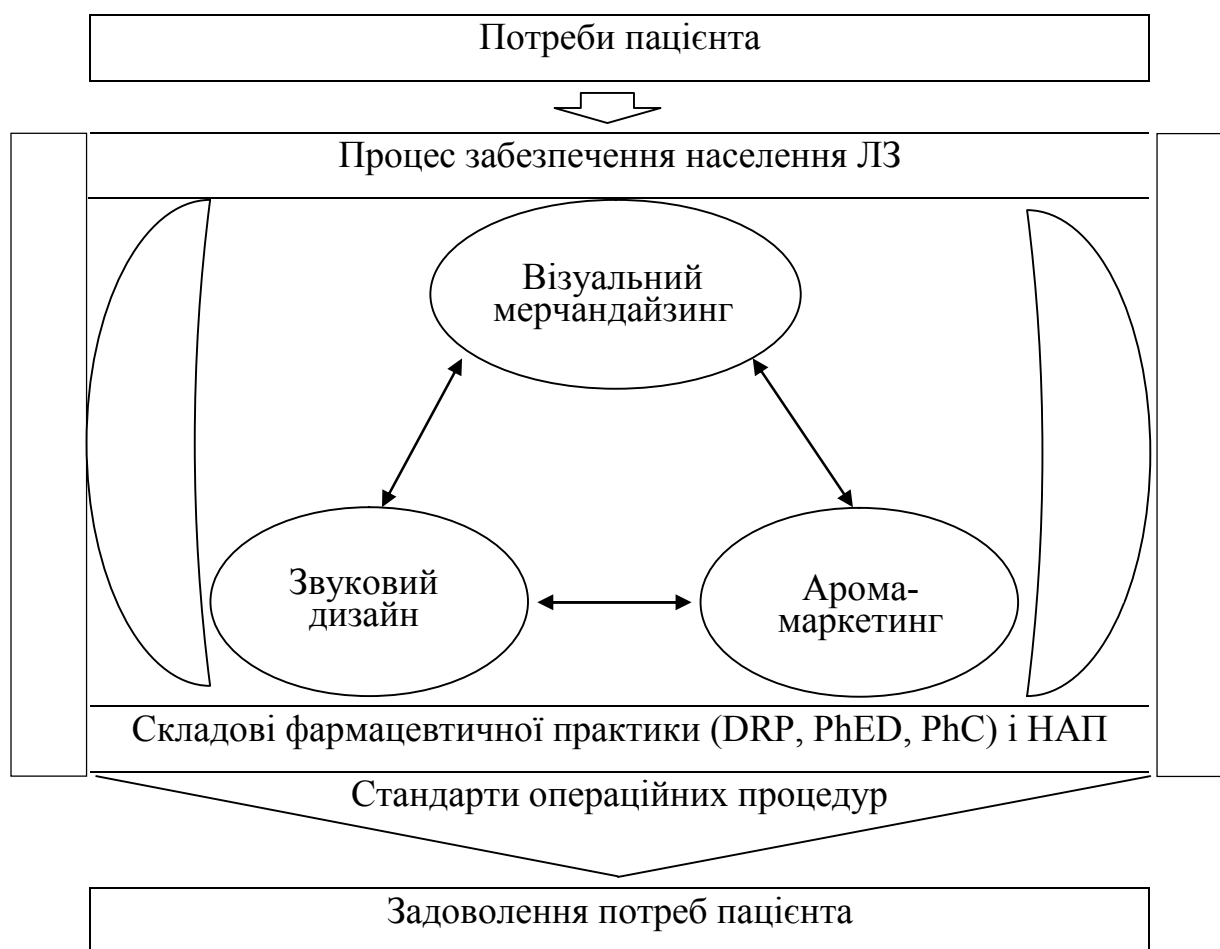


Рис. 7.2. Модель фармацевтичного обслуговування відвідувачів аптек

Джерело: розробка власна на підставі [79]

1. Якості аптечного середовища, яка визначається набором приміщень, об'ємно-просторовим вирішенням залу обслуговування та його просторовим зв'язком з іншими приміщеннями аптеки, обладнанням та оснащенням, санітарно-гігієнічними умовами.

2. Якості аптечного нейромаркетингу як сукупності візуального мерчандайзингу, звукового дизайну та аромамаркетингу.

2. Якості ЛЗ і ВМП, яка проявляється через наявність документів, що підтверджують їх якість, дотримання принципів зберігання, контроль за термінами придатності, відсутність фальсифікованих і субстандартних ЛЗ.

3. Якості оцінки DRP, реалізації ФО, фармацевтичної етики та деонтології, НАП внаслідок необхідної кваліфікації ФФ, аналізу доцільності, раціональності і коректності призначення ЛЗ та дотримання правил їх відпуску конкретному пацієнту, а також належного інформаційного та організаційно-методичного забезпечення.

4. Якості логістичного обслуговування через реалізацію комплексу логістики.

Фармацевтичне обслуговування зводиться до розуміння очікування пацієнтів, пошуку переваг у лікарському забезпеченні порівняно з аптеками-конкурентами, опрацювання якісних параметрів обслуговування - стандартних операційних процедур, тобто документів, що містять детальний опис стадій процедури (способу або процесу), які повинні бути виконані з дотриманням вимог законодавства, що регулює здійснення фармацевтичної діяльності, а також запобіжних заходів, які прямо чи опосередковано стосуються виготовлення, контролю якості та (або) реалізації ЛЗ [79].

Стандартні операційні процедури складаються на всі види робіт, що можуть вплинути на якість ЛЗ і ВМП: отримання і перевірка поставок, зберігання ЛЗ, очищення і обслуговування приміщень (включаючи боротьбу з шкідливими комахами і тваринами), реєстрація умов зберігання, безпечне зберігання як запасів, ведення і зберігання протоколів, у т.ч. протоколів

замовлень, повернення ЛЗ, моніторинг повідомлень про випадки побічних реакцій та/або відсутності ефективності ЛЗ, проведення навчання персоналу тощо.

7.2 Дослідження особливостей прояву нейромаркетингу в аптеках

Важливе значення для успішної діяльності аптечної організації має аптечний нейромаркетинг або сенсорний маркетинг. Його унікальність полягає в тому, що його складові дозволяють провізору суттєво посилювати стимулювання споживчої активності як при безпосередньому контакті з відвідувачами аптеки в залі обслуговування, так і через маркетингові стимули, надсилаючи комунікаційні звернення з апелюванням не стільки до раціональних мотивів можливої покупки безрецептурних ЛЗ, скільки з акцентом на емоційні заклики.

Варто зазначити, що сенсорний маркетинг як новація для фармації — це не так давно забуте старе. У 1970–1980-х роках розглядалися істотні умови та засоби формування кольорового клімату аптеки, яке б відповідало всебічним функціям і естетичним вимогам [185], значну увагу приділяли інформаційній ролі аптечного середовища [184], позитивній емоціональній оцінці відвідувачем інтер'єру аптеки залежно від освітлення, кольорового рішення та конструктивних особливостей залу обслуговування [169].

Тому важливим було вивчення сучасного стану аптечного нейромаркетингу.

В якості об'єктів виступили аптеки м. Одеси. Всього досліджено 111 аптек. Гранична похибка вибірки становила $\pm 8,7\%$, тобто одержані результати відображають досліджувану дійсність в межах звичайної міри надійності.

Первинна інформація дослідження занотовувалася в спеціально опрацьованій анкеті, яка складалася із 46 питань (додаток Д).

Відповідно до отриманих результатів щонайменше три четвертих досліджуваних аптек (75,7 %) знаходилися в житлових будинках, понад десятої частини (10,8 %) – в окремих будівлях, значно менше – в будівлях торгового закладу (7,2 %) і закладу охорони здоров'я (4,5 %) та офісних будівлях (1,8 %).

При цьому в спальних масивах розташовувалися понад половину аптек (58,9 %), решта (41,4 %) – в центральній частині міста. Варто зазначити, що майже четверта частина аптек (23,4 %) знаходилися поряд супермаркету, по одній п'ятій (20,0 %) – біля лікарні (поліклініки) та зупинки громадського транспорту, щонайменше десята частина (11,7 %) – поряд ринку і лише 2,3 % - поряд навчального закладу.

Як видно з даних табл. 7.2, в радіусі 100 м навколо майже трьох четвертих (72,9 %) досліджуваних аптек знаходилися інші аптечні організації. При цьому за середньою медіанною величиною одну аптеку оточувало 2 конкурента при розмаху варіації від 1 до 12, що вказує на значну конкуренцію.

Таблиця 7.2

Характеристика конкурентного місце розташування аптек

Кількість		Кількість	
аптек, які знаходилися в радіусі 100 м	таких випадків, %	аптек, які знаходилися в радіусі 100 м	таких випадків, %
одна	20,7	шість	0,9
дві	20,7	вісім	0,9
три	15,3	дванадцять	0,9
чотири	9,0	Разом	72,9
п'ять	4,5	Всього досліджуваних аптек	100,0

Джерело: власна розробка

Місця для паркування автомобіля були біля понад половини аптек (52,3 %), тобто спостерігалася недостатня фізична доступність до аптек.

Фасад абсолютної більшості аптек (91,0 %) гармонійно поєднувався з навколишнім ландшафтом і будівлями, проте в той же час кидався в очі фасад трохи менше трьох четвертих аптек (73,9 %).

На фасаді будівлі понад половини аптек (54,1 %) встановлений сигнальний показчик (рівносторонній хрест зеленого кольору, у центрі якого зображено чашу зі змією, яка її обвиває, білого кольору).

При оформленні фасадної вивіски аптек використовували як ахроматичні, холодні і теплі кольори, так і їх відтінки та поєднання. При цьому найпоширенішими з них були: червоний, білий і зелений кольори (табл. 7.3).

На видному місці перед входом до абсолютної більшості аптек (92,8 %) розміщувалася інформація про режим роботи аптеки, до менше двох третіх аптек (60,4 %) - про найменування суб'єкта господарювання, до щонайменше двох п'ятих - місцезнаходження чергової (цілодобової) (45,9 %) та найближчої (41,4 %) аптек.

Таблиця 7.3

Кольори фасадних вивісок досліджуваних аптек

№ з.п.	Колір	Частка, %	№ з.п.	Колір	Частка, %
1	2	3	4	5	6
1	Червоний	19,8	12	Голубий на білому	2,7
2	Білий	10,8	13	Синій на білому	2,7
3	Зелений	9,9	14	Білий на червоному	2,7
4	Білий на голубому	7,2	15	Вишневий	1,8
5	Оранжевий	7,2	16	Сірий на білому	1,8
6	Голубий	6,3	17	Червоний на білому	1,8

Продовж. табл. 7.3

1	2	3	4	5	6
7	Бежевий	5,4	18	Зелений на оранжевому	0,9
8	Білий на синьому	4,5	19	Червоний на сірому	0,9
9	Білий на зеленому	4,5	20	Червоний на жовтому	0,9
10	Синій	4,5	21	Червоний на синьому	0,9
11	Коричневий	3,6			

Джерело: власна розробка

Менше третини аптек (32,4 %) працювали цілодобово. Графік погодинної роботи решти аптек був у межах від 8.00 до 23.00 год. При цьому найчастіше такі аптеки були відчинені в межах від 8.00 до 20.00 год. (36,0 %) та від 8.00 до 21.00 год. (30,7 %).

Як видно з даних табл. 7.4, панелі-кронштейни (двосторонні або односторонні конструкції, які використовуються для розміщення назви аптеки, режиму її роботи) кріпилися на фасаді будівлі менше десятої частини аптек (9,9 %). Виносні щитові конструкції (штендери) використовувала понад десята частина аптек (10,8 %).

Таблиця 7.4

Наявність панелей-кронштейнів і штендерів

в досліджуваних аптеках (в %)

Наявність		панелей- кронштейнів	штендерів
Число аптек, %	так	9,9	10,8
	ні	90,1	89,2

Джерело: власна розробка

У майже двох третіх аптек (65,9 %) були наявні від 1 до 14 сходинок при середній медіанній величині 5 сходинок. При цьому майже третина таких аптек (32,4 %) не мали пандусів. Варто зазначити, що дві п'ятих усіх аптек (40,5 %) мали кнопки виклику провізора. Проте лише 45,8 % аптек, які мали сходи, за відсутності пандусів були оснащені такими кнопками.

Доступ до аптек затрудняє також тугість відкривання дверей, яка характерна для щонайменше для четвертої частини досліджуваних об'єктів (26,1 %).

Вхід до залу обслуговування менше третини аптек (60,4 %) знаходився у центрі, понад однієї п'ятої (21,6 %) – зліва, а менше однієї п'ятої (18,0 %) – справа.

Температура в третині залів обслуговування аптек (34,2 %) в період дослідження (лютий місяць) була прохолодною, в інших (65,8 %) – теплою. Духоти, протягів і холоду в аптеках не спостерігалось.

Загальне освітлення залу обслуговування в понад чотирьох п'ятих аптек (87,4 %) здійснювалося за допомоги ламп денного світла, щонайменше в одній десятій (11,7 %) - галогенних ламп, в 3,6 % - ламп розжарювання. Варто зазначити, що майже половина аптек (48,6 %) мали акцентуюче освітлення, яке привертає увагу відвідувачів до певних лікарських засобів.

Рівень освітлення в залі обслуговування чотирьох п'ятих аптек (82,0 %) був нормальним, понад однієї десятої (15,3 %) – темним, решти (2,7 %) – яскравим.

Стіни більшості аптек мали бежевий і білий відтінок, меншість – бірюзовий, світло-сірий, зелений та оранжевий, блакитний і жовтий (табл. 7.5).

В одній десятій аптек (10,8 %) наявні на стінах вставки з дерева, а в менше однієї п'ятої (17,1 %) - облицювальної плитки. Проте гомогенні зони (великі площі голих стін і монолітного скла) були притаманні для майже десятої частини аптек (9,9 %), а агресивні зони (значна кількість однотипних

елементів: великі площі стін, викладені кахлем, решітки на вікнах, дірчасті плити або цегла тощо) - 6,3 % аптек (табл. 7.6). Лише в одній аптеці (0,9 %) спостерігалось поєднання цих зон.

Таблиця 7.5

Кольори стін залів обслуговування досліджуваних аптек

№ з.п.	Колір	Частка, %	№ з.п.	Колір	Частка, %
1	Бежевий	49,5	5	Жовтий	0,9
2	Білий	35,1	6	Оранжевий	1,8
3	Бірюзовий	7,2	7	Світло-сірий	5,4
4	Зелений	1,8	8	Блакитний	0,9

Джерело: власна розробка

Майже п'ята частина усіх досліджуваних аптек (24,3 %) і третина аптек (29,4 %) із гомогенними і агресивними зонами в залі обслуговування мали квіти. Найчастіше квіти в таких аптеках розміщувалися на підвіконниках (94,7 %), часто - біля зони очікування (21,1 %) і рідко - на шафах (5,3 %).

Таблиця 7.6

Наявність агресивних і гомогенних зон

Наявність зон		гомогенних	агресивних
Число аптек, %	так	9,9	6,3
	ні	90,1	93,7

Джерело: власна розробка

Тільки одна п'ята аптек (20,5 %) мала стінну газету або санбюлетень постійно, і більше однієї десятою (15,3 %) - сезонно. Майже третина газет (30,0 %) була присвячена пілотному проекту щодо забезпечення населення гіпертензивними ЛЗ, майже двадцять (17,5 %) – СНІДу, понад однієї десятої (12,5 %) – грипу, решта туберкульозу і застуди (по 7,5 %), вакцинації, діабету,

гострим респіраторним хворобам, захворюванням горла і шлунково-кишкового тракту (по 5,0 %).

Лише у майже двох п'ятих аптек (37,8 %) наявні зони очікування і відпочинку для відвідувачів, що за нормативним забезпеченням не є обов'язковою умовою, але з погляду належного обслуговування – вкрай важливою. При цьому чотири п'ятих зон відпочинку (81,0 %) були оснащені стільцями, дві п'ятих (40,5 %) – столиками, а менше однієї п'ятої (16,7 %) – диванчиком, лавкою чи кушеткою.

Як видно з даних табл. 7.7, незначна частина аптек (8,1 %) застосувала аромаркетинг шляхом впливу на відвідувачів за допомогою легких цитрусових ароматів, які викликають у них позитивні емоції. Лише понад десятої частини аптек (12,6 %) застосовувала музичне супроводження, яке включало спокійну, тиху, ненав'язливу, інструментальну музику, здебільшого без слів.

Для майже двох третіх аптек (59,5 %) характерною була закрыта форма обслуговування відвідувачів (реалізація через прилавок), для решти - поєднана форма (частина товарів реалізується через прилавок, а частина шляхом самообслуговуванням).

Таблиця 7.7

Застосування аромаркетингу і музичного супроводу

Застосування		аромаркетингу	музики
Число аптек, %	так	8,1	12,6
	ні	91,9	87,4

Джерело: власна розробка

Число робочих місць для ФФ (кількість кас у залі обслуговування) коливалося від одного до п'яти при середньому медіанному значенні – два (рис. 7.3).

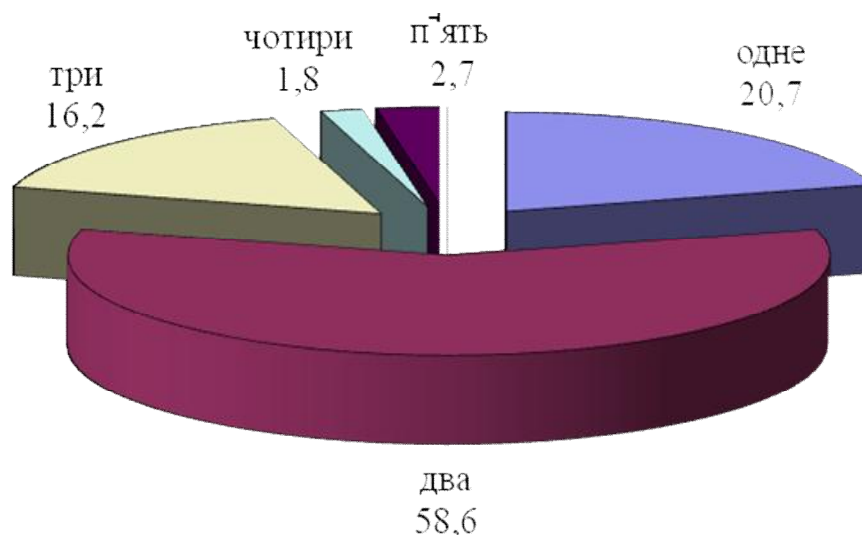


Рис. 7.3. Число робочих місць для ФФ (кількість кас у торговому залі), %

Джерело: власна розробка

Як видно з даних табл. 7.8, в якості технологічного одягу аптеками були обрані білі халати (90,1 %) і білі брючні костюми (9,9 %).

Таблиця 7.8

Характеристика технологічного одягу ФФ

№ з.п.	Показник	Частка, %	№ з.п.	Показник	Частка, %
1	Білий халат	90,1	1.6	синьо-червоними	0,9
1.1	в т.ч. із кольоровими вставками:	19,8	1.7	фіолетовими	0,9
1.2	червоними	8,1	2	Білий брючний костюм в т.ч. із кольоровими вставками	9,9
1.3	голубими	4,5			
1.4	синіми	3,6			
1.5	зеленими	1,8	3	Фірмовий логотип	41,4
			4	Ідентифікатор	77,5

Джерело: власна розробка

При цьому у п'ятій частині аптек (20,7 %) одяг ФФ мав вставки різного кольору (червоного, голубого, синього, зеленого, синьо-червоного,

фіолетового, коричневого). У працівників двох п'ятих аптек (41,4 %) на одязі були наявні фірмові знаки (логотип, емблема), а в трьох четвертих (77,5 %) - ідентифікатори.

Секційні шафи (стелажі) або полицки у майже половині аптек (45,0 %) розміщувалися по всьому периметру залу обслуговування, в третині (32,4 %) - позаду робочих місць, в решти - у вигляді літери Г (14,4 %) або літери П (8,1 %).

При цьому здебільшого (63,1 %) спостерігалось поєднання відкритих і закритих секційних шаф (стелажів) або полицок, дещо менше аптеки були оснащені лише закритими (19,8 %) і відкритими (17,1 %) шафами. Вітрини були розміщені у залі обслуговування трьох четвертих аптек (76,6 %).

Викладка ЛЗ в залі обслуговування в абсолютній більшості аптек (97,3 %) здійснювалася за фармакотерапевтичними групами (табл. 7.9).

Таблиця 7.9

Принципи викладки ліків в залі обслуговування досліджуваних аптек

№ з.п.	Принцип	Частка, %
1	За фармакотерапевтичними групами	97,3
2	У залежності від способу застосування	27,9
3	Наявність корпоративних блоків	23,4
4	З використанням написів для ЛЗ однотипної дії	19,8
5	Пропорційність розміщення	5,4
6	Асиметричність розміщення	4,5

Джерело: власна розробка

Крім цього близько четвертої частини аптек розміщування ЛЗ акцентували на способі їх застосування та наявності корпоративних блоків (спільного розміщення ЛЗ одного виробника), п'ята частина - використання написів на полицях чи вітринах для ЛЗ однотипної дії. Лише в незначній

частині аптек була помітна явна пропорційність або асиметричність розміщення ЛЗ.

Цінники абсолютної більшості аптек (95,5 %) були оформлені в одному стилі, в інших - наявні зміни фону і деяких деталей для привернення уваги до певних ЛЗ (3,6 %) або цінники відсутні (0,9 %).

Фон цінників у чотирьох п'ятих аптек – білий, в однієї десятої – зелений, в решти – оранжевий, червоний, жовтий і темно-червоний (рис 7.4).

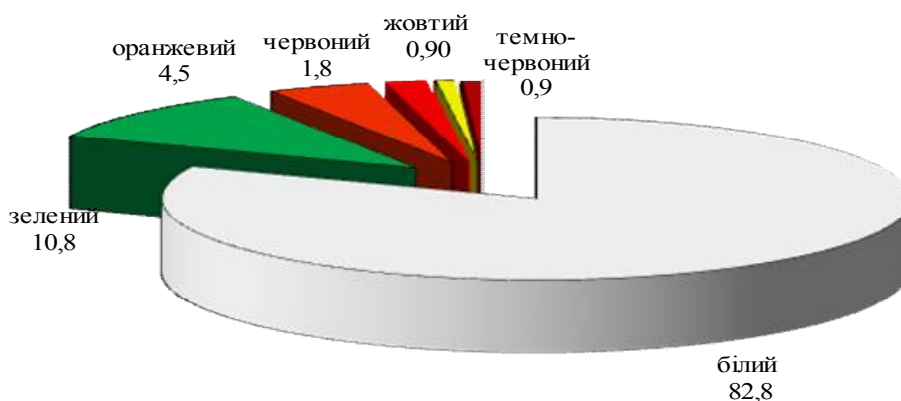


Рис. 7.4. Фон (колір) цінників

Джерело: власна розробка

Понад чотирьох п'ятих аптек (84,7 %) мали аптечну довідку, майже три четвертих - фірмові пакети для пакування (72,1 %).

7.3 Опрацювання напрямків удосконалення аптечного нейромаркетингу

Унаслідок проведеного дослідження встановлено недостатній рівень реалізації аптечного нейромаркетингу та необхідність його доопрацювання. Нами уточнені напрямки створення привабливого образу аптек, що стосуються візуального мерчандайзингу, звукового дизайну та аромамаркетингу.

7.3.1. Візуальний мерчандайзинг. При застосуванні візуального мерчандайзингу головну увагу приділяють розміщенню товарних груп, їх кольоровій палітрі, вітринному представленню товарів, місцю розташування, освітленню, емоційним аспектам тощо [62, 98, 110, 160, 178, 273, 299, 300].

Важливим з погляду візуального мерчандайзингу є реалізація фірмового стилю [362], тобто комплексної системи візуальної ідентифікації, яка сприяє формуванню сприятливого іміджу аптеки і підсилює ефективність її контактів із споживачами, що підвищує довіру партнерів і сприяє зростанню репутації і популярності аптеки на ринку.

Фірмовий стиль складають:

- фірмовий (товарний) знак - зареєстровані в установленому порядку образотворчі, словесні, об'ємні, звукові позначення або їх комбінації, які використовуються власником для його ідентифікації;
- логотип (назва або умовне позначення аптеки або підприємства-засновника, виконана в певній графічній манері);
- фірмові кольори (використовувані аптекою кольори, які створюють її образ);
- фірмові шрифти (використовувані аптекою шрифти для оформлення друкованої продукції);
- фірмове гасло (слоган) - постійно використовуваний аптекою оригінальний девіз;
- фірмовий блок (може включати товарний знак, поштові, банківські реквізити, рекламний символ, слоган).

Крім цього в аптеці має бути розроблений стандарт візуального мерчандайзингу [289], в якому:

- викладено всі правила, вимоги та рекомендації з наявності та розміщення ЛЗ в залі обслуговування;

– наведено планограми розміщення торгівельного обладнання та оформлення місць продажу ЛЗ, а також планограми викладки ЛЗ із відповідними коментарями;

– викладено правила щодо мерчандайзерів постачальників.

Розрізняють три рівні візуального мерчандайзингу: місце розміщення, зовнішній вигляд аптеки, і викладка ЛЗ па полицях, а також аптечне середовище (інтер'єр і планування залу обслуговування).

Розміщення аптек. Як показали результати дослідження, при плануванні розміщення понад п'ятої частини аптек не враховувався тип функціонального місцезосташування, тобто наявність закладів охорони здоров'я, великих торгівельних центрів, промислових чи продуктових ринків тощо. Штендери і панелі-кронштейни використовувала лише більше десятої частина аптек. Можливість для паркування автомобіля відсутня у майже половини аптек. При цьому в радіусі 100 м навколо майже трьох четвертих досліджуваних аптек знаходилося інші аптеки.

Тому для привернення уваги до таких аптек необхідне використання показників (у вигляді стрілок або рекламних щитів), панелей-кронштейнів, штендерів, тротуарної графіки або стікерів із захисною поверхнею, наклеювані прямо на асфальт, для інформування і залучення відвідувачів, які розміщують поблизу аптеки, на зупинках і в місцях скупчення людей.

Зовнішній вигляд аптеки. Фасад понад четвертої частини аптек не кидався в очі, а в аптеки з погано оформленими фасадами відвідувачі воліють заходити рідко, вважаючи їх невартими своєї уваги. Залучити відвідувача до аптеки можна оригінальним оформленням вітрин; козирків, облицюванням фасаду композитними панелями, банерними конструкціями тощо. При підборі оздоблення для фасадів аптек велике значення має добротність матеріалів та їх кольорова гама. Дизайн аптечних фасадів повинен повідомляти потенційним споживачам про її серйозне ставлення до них.

Сигнальний покажчик (рівносторонній хрест зеленого кольору, у центрі якого зображено чашу зі змією, яка її обвиває, білого кольору) інформує людей, що поблизу є аптека, а фасадна вивіска аптеки служить її обличчям, так як потенційний відвідувач асоціює зовнішній вигляд аптеки з якістю ЛЗ, які в ній реалізуються.

На фасаді будівлі маже половини аптек не встановлений сигнальний покажчик, який відповідно до абзацу другого п. 2.12 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами сигнальний покажчик ліцензіат може встановити за власним бажанням [202]. Проте згідно з наказом МОЗ України № 590 від 01.12.2004 р. Держлікслужба України при проведенні перевірок повинна звертати увагу наявності на фасаді зовнішнього сигнального покажчика [201].

З метою залучення відвідувачів варто застосовувати фасадні вивіски з оригінальним (декоративним) оформленням і особливими шрифтами, світловою (неоновою чи лазерною) підсвіткою, вивіски у вигляді товарного знака. Колір у фасадних вивісках і при розробці стилю аптеки варто використовувати традиційно зелений, хоча можливі й інші, наприклад, білий, синій і червоний, що підтверджуються результатами дослідження. Для посилення ефекту протягування і запам'ятовування вивіски і фасади оформляють в колірній фірмовій гамі. Проте неприпустимим використання коричневого кольору, який навіває сумні роздуми.

Вхід повинен органічно вписуватися в загальну архітектуру фасаду аптеки, але бути добре помітним. Додати акцент варто за допомогою оригінального освітлення, наявності урни для сміття, яка підсилює імідж аптеки як поборниці чистоти та екології.

Відповідно до п. 3.5.7. Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами мають бути створені необхідні умови для доступності

осіб з обмеженими фізичними можливостями до аптеки [202]. Згідно з державними будівельними нормами ДБН В.2.2-17: 2006 і ДБН В.2.2-23:2009 [91, 92] якщо при вході в аптеку розташовані сходи, то вони повинні дублюватися пандусами, ліфтами, підйомними платформами або іншими подібними пристосуваннями. За даними дослідження вхід майже третини аптек, оснащених сходами, не мали пандусів, а понад половини аптек, які мали сходи за відсутності пандусів, не були оснащені кнопками виклику аптечного фахівця.

Наявність зручних сходів з пандусами і цілісними сходами, викладеними неслизькою плиткою та спеціальними килимками для забезпечення від слизькості у зимовий час або кнопки виклику аптечного фахівця особливо важливо для осіб з обмеженими можливостями, поважного віку і матерів з колясками.

Двері в аптеку повинні легко відкриватися і закриватися (ідеальний варіант - встановлення автоматичних дверей), проте для щонайменше четвертої частини досліджуваних об'єктів доступ затрудняє тугість відкривання дверей.

Відповідно до абзацу першого п. 2.12 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами на видному місці перед входом до аптеки обов'язково має бути інформація про [202]:

- 1) режим роботи аптеки;
- 2) найменування суб'єкта господарювання;
- 3) місцезнаходження чергової (цілодобової) аптеки; 4) місцезнаходження найближчої аптеки.

Проте у нашому випадку зазначена вище інформація була характерна не для всіх аптек відповідно.

На дверях також повинна бути велика табличка з написом “Відкрито” або “Закрито” так, щоб відвідувачі могли її бачити з достатньо великої відстані.

Аптечне середовище. В аптечному середовищі можна виділити фізичну (планування, оформлення, температура та освітлення залу обслуговування, тип і розташування аптечного торгового обладнання) і соціальну (аптечні фахівці) складові.

Фізична складова. Вхід до менше однієї п’ятої аптек знаходився справа. Ураховуючи, що абсолютна більшість людей правші, вхід в зал обслуговування для забезпечення зручного споживачу напрямку руху має бути справа [249]. Тому при розміщенні меблів в аптеках, де вхід зліва чи по центру, необхідно організувати рух відвідувачів залом обслуговування проти годинникової стрілки таким чином, щоб вхід був праворуч, а вихід (каса) з торгового залу - зліва.

Температура в залі обслуговування є важливою складовою аптечного середовища. В період дослідження (лютий місяць) вона була прохолодною (від 14 до 20°C) або теплою від (20 до 30°C). Найкомфортнішою для відвідувачів вважається температура 16-18°C. У зимовий час вона може бути вище оптимальної, у літній час, особливо в спеку, - на декілька градусів нижче оптимальної.

Важливою складовою аптечного середовища є загальне освітлення залу обслуговування, яке здійснювалося в досліджуваних аптеках за допомоги ламп денного світла, галогенових ламп і ламп розжарювання. Основний принцип світлової композиції залу обслуговування - наростання освітленості до периметру, створення там виділених світлом зон. На периметрі залу не повинно утворюватися темних ділянок і кутів. При цьому рекомендуються теплі відтінки, які створюють затишну і спокійну атмосферу, а також світлові ефекти (направлене світло) варто використовувати для виділення окремих ЛЗ чи їх груп шляхом напрямку на них пучків світла в три рази яскравішого за

основне освітлення [355]. Таке (акцентуючи) освітлення дозволяє приховати деякі недоліки дизайну (кути, ніші, виступи) залу обслуговування, усунути які іншими методами неможливо. Воно важливе для акцентування уваги покупців з ослабленим зором. Варто зазначити, що менше половина мали акцентуюче освітлення.

Рівень освітлення в залі обслуговування понад десятої частини аптек був темним, тридцятої – яскравим. Зрозуміло, що темне і занадто яскраве освітлення викликає стомлення як у фармацевтичних фахівців, так у відвідувачів аптек, тому рекомендоване освітлення становить 200 люксів, а у касовій зоні - до 500 люксів.

В оформленні стін досліджуваних аптек використовували ахроматичні (білий, світло-сірий) кольори, які характеризуються лише яскравістю (світлістю) і чистотою, а також хроматичні: теплі (збуджуючі) тони (жовтий і оранжевий), холодні (заспокійливі) тони (бірюзовий, блакитний і зелений) і нейтральний (бежевий) відтінок [178]. Слід зауважити, що при фарбуванні стін залу обслуговування варто використовувати світло-зелений, світло-блакитний, світло-жовтий, сріблястий кольори, які створюють враження свіжості, прохолоди, простору, заспокійливо діють на центральну нервову систему знижуючи кров'яний тиск і ритм дихання, сповільнюючи пульс, заспокоюють і допомагають відвідувачу зосередитися. Оформлення стін аптеки в червоний (та його відтінки), оранжевий, жовтий, фіолетовий, малиновий колір психологічно невиправдано, позаяк ці тони збуджують психіку людини, підвищують її кров'яний тиск, прискорюють дихання.

Гомогенні та агресивні зони були притаманні для понад десятої частини аптек. Вони проявляють сильну подразнюючу дію на відвідувачів аптек, викликають почуття неприйняття і втоми. Їх негативний вплив допомагають згладити оригінальні елементи дизайну інтер'єру (картини і літографії спокійних тонів із зображенням пейзажів, дзеркала, що збільшують об'єм приміщень, цікаві світильники, годинник, морські зірки і мушлі та ін.), а

також озеленення. Останнє використовувало лише майже п'ята частина усіх досліджуваних аптек і третина аптек із зазначеними зонами.

Важливим елементом в плануванні залу обслуговування є обсяг вільного простору, позаяк тіснота не сприяє збільшенню продажів [160]. Така обстановка викликатиме психологічний дискомфорт і бажання у відвідувачів скоріше залишити аптеку, яке часто виявляється сильнішим за бажання розглядати додаткові вітрини. Тому при плануванні залу обслуговування ширина проходів між вітринами повинна бути не менше 1,8 м. Вітрини повинні конструюватися і розміщуватися на відстані до зовнішніх стін не менше 0,6-0,7 м, до стелі не менше 0,5 м, від підлоги не менше 0,25 м.

Плануванням аптечного середовища доцільно передбачати зону очікування і відпочинку, яка створює атмосферу затишку і комфорту та де відвідувач зможе відпочити і, при необхідності, ознайомитися з інформацією про ЛЗ. Проте лише у майже двох п'ятих аптек такі зони наявні.

Оригінальна стінгазета або санбюлетень, що періодично змінюється, дозволяє не тільки вести ефективну санітарно-освітню роботу в залі обслуговування шляхом надання максимуму корисної інформації відвідувачеві в мінімальний проміжок часу, а й формувати його лояльність до аптеки. Проте лише понад третини аптек мала стінну газету або санбюлетень.

Соціальна складова. В досліджуваних аптеках за середньою медіанною було два робочих місця для аптечних фахівців (кількість кас у залі обслуговування). При цьому аптечний персонал часто виконує роботу при вимушеному положенні тіла.

Так, у вимушеному положенні стоячи можливий розвиток плоскостопості, може відмічатися біль в ногах, судоми литкових м'язів, варикозне розширення вен, тромбофлебіт. Тому необхідне чергування поз стоячи і сидячи.

Робота сидячи викликає викривлення хребта, підвищення внутрішньочеревного тиску, застій в малому тазу (дисфункція жіночих статевих органів, геморой). Дуже важливо міняти робочу позу, чергувати види робіт, використовувати крісло, яке крутиться.

Від зручності робочого місця ФФ першого контакту залежить не тільки їх працездатність, а й психологічний клімат усієї аптеки. Тому прохід між задньою вітриною або стелажем для розміщення запасів ЛЗ і столом повинен бути не менше 0,9 м.

Відповідно до Інструкції із санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів кожен співробітник повинен бути забезпечений не менш ніж двома комплектами технологічного одягу. Для цього досліджуваними аптеками були обрані білі халати або білі брючні костюми. При тому лише у п'ятій частині аптек технологічний одяг мав вставки різного кольору.

Основне призначення технологічного одягу - захист ЛЗ від додаткових мікробіологічних та інших забруднень, що виділяються персоналом. Тому неважливо, який фасон халата і шапочки у аптечного фахівця, і тим більше не відіграє ролі колір, головне - щоб технологічний одяг був чистим і відпрасованим. Проте колірна гамма повинна розташовувати до спілкування, нести позитивний заряд і гармоніювати з оздобленням залу обслуговування. Варто зауважити, що у відвідувачів існує дуже чіткий стереотип аптечного фахівця, і на підсвідомому рівні споживач більше довіряє тому, хто носить біле. Тому необхідно обирати білий технологічний одяг, а логотипом прикрасити комір та/або його кишені.

Кожен аптечний фахівець зобов'язаний носити особистий ідентифікатор (бедж) із зазначенням назви аптеки (можливо – логотипу), прізвища, імені, по батькові, посади. Ідентифікатор закріплюється на технологічному одязі на рівні грудей, строго горизонтально. Варто зазначити, що лише у працівників двох п'ятих аптек на одязі були наявний фірмовий стиль (логотип, емблема), а в трьох четвертих - ідентифікатори.

Викладка ЛЗ. Викладка ЛЗ в залі обслуговування в абсолютній більшості аптек здійснювалася за фармакотерапевтичними групами. Крім цього близько четвертої частини аптек розміщування ЛЗ акцентували на способі їх застосування, п'ята частина - використання написів на полицях чи вітринах для ЛЗ однотипної дії.

Для інформації про ЛЗ, що відпускаються населенню без рецепта лікаря, можуть бути використані вітрини різного типу. Однак на відміну від «магазинних» технологій оформлення вітрин аптечний візуальний мерчандайзинг має особливості, основними з них є неприпустимість викладки ЛЗ безрецептурного відпуску, що потребують особливих умов зберігання (захист від світла, температурний режим), і неприпустимість роз'єднання первинної та вторинної упаковки ЛЗ для викладки вторинної упаковки на вітрину.

Основні принципи етичної викладки ЛЗ [2, 43, 110, 160, 199, 200, 204]:

1. Розділити безрецептурні ЛЗ на зовнішні і внутрішні. В середині цих груп ЛЗ необхідно розташувати за фармакотерапевтичною ознакою.

2. Викладка ЛЗ та інших аптечних товарів на вітринах відповідно до симптомів і нездужань, що вказані в Протоколах провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ, а саме:

– симптоматичне лікування порушень функції дихальних шляхів (кашель, нежить, застуда);

– симптоматичне лікування проблем із шкірою (мозолі, опік, відмороження, поверхневі рани, поверхневі закриті травми, порізи, проколи, подряпини, вугрі, укуси комах, герпетичні ураження губ, короста, педикульоз);

– симптоматичне лікування порушень функції шлунково-кишкового тракту (запор, печія, діарея);

- симптоматичне лікування порушень ферментативної системи (недостатність підшлункової залози, порушення функції жовчного міхура і жовчовивідних шляхів);
- симптоматичне лікування болю (у м'язах та спині, голови, зубного болю);
- симптоматичне лікування алергії;
- симптоматичне лікування проблеми, що мають психологічну основу (стрес, занепокоєння, хвилювання, тривожний стан; безсоння; втома, тютюнокуріння);
- профілактика і симптоматичне лікування остеопорозу та остеоартрозу;
- профілактика захворювань, спричинених йодною недостатністю;
- попередження захворювання та сприяння прихильності до лікування при туберкульозі та ВІЛ/СНІД;
- симптоматичне лікування підвищеної температури тіла (у дітей віком до 15 років, у дітей з 15 років та у дорослих).

3. Повнота викладки - представлення інформації про повний асортимент безрецептурних ЛЗ та інших аптечних товарів. Якщо викладка упаковок ЛЗ, що вимагає особливих умов зберігання, неможлива, то варто розмістити текстову інформацію про його наявність і ціну.

4. Групування ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою, яка дає пацієнту можливість вибору доступного за ціною безрецептурного препарату;

5. Окрема викладка:

- парфумерно-косметичних засобів за брендами виробників;
- оптики і супутніх товарів.

5. Функціональні харчові продукти (біологічно-активні добавки) та харчові продукти для спеціального дієтичного споживання (використання) повинні бути розміщені в залі обслуговування на окремому стенді, стелажі,

відділі тощо, з обов'язковим зазначенням про те, що вони є спеціальними харчовими продуктами та не зареєстровані як ЛЗ в установленому порядку.

Розрізняють *чотири способи викладки*:

– горизонтальна викладка - певні однорідні ЛЗ розміщені упродовж усієї довжини полиці. У центрі рекомендується розташовувати ЛЗ, що приносять основний прибуток, праворуч від них - дорожчі, ліворуч – дешевші;

– вертикальна викладка - розташування однорідних ЛЗ у кілька рядів на всіх полицях вітрини зверху вниз. Така викладка сприяє хорошій видимості, кращої орієнтації і прискорює процес продажу;

– блокова (корпоративна) викладка - ТМ або ЛЗ одного виробника утворюють блоки, які розташовують або за горизонталлю, або за вертикаллю. Оптимальною довжиною блоку викладки вважається 33 см. Спільне розміщення ЛЗ одного виробника було характерно для близько четвертої частини досліджуваних аптек;

– комбінація зазначених видів викладення. Для груп ЛЗ з порівняно вузьким асортиментом переважніше вертикальна викладка; якщо ж асортимент ширший, то рекомендується викладка горизонтальна або комбінована.

Розрізняють *чотири рівні викладки ЛЗ*:

– рівень капелюха (вище 1,7 м), забезпечує десяту частину продаж. На нього ставлять фармацевтичні товари, упаковка яких досить приваблива, щоб бути поміченою здалеку (фіточаї, косметика);

– рівень очей (1,1-1,7 м). Є найбільш сприятливим рівнем, так як забезпечує дві п'ятих обсягу продаж. На даному рівні розміщують ЛЗ імпульсного попиту, рентабельні, новинки, відомі, а також з привабливою ціною для відвідувачів аптеки;

– рівень рук (0,6-1,1 м), забезпечує майже третину продаж. На верхньому рівні рук розміщують ЛЗ сезонного і спонтанного попиту,

рекламовані фармацевтичні товари; на нижньому рівні рук - всі фармацевтичні товари першої необхідності, додаткові товари, яким важко знайти місце;

– рівень ніг (0,2-0,6 м) рекомендується для об'ємних, громіздких, важких товарів, етикетки на яких краще читаються зверху (вода, підгузники, солі для ванн і т.д.).

Розрізняють *чотири види викладки ЛЗ на полицях*:

– лінійна викладка - ЛЗ розташовують в одну лінію. Як правило, зліва розташовують найбільш дешеві ЛЗ, в центрі - ЛЗ, що приносять основний прибуток і праворуч від центру - найдорожчі ЛЗ; генерики рекомендується розташовувати поруч з оригінальним ЛЗ («метод локомотива»);

– пірамідальна викладка - у центрі мають найбільш високу упаковку, від неї драбинкою інші ЛЗ за принципом: дешевші до дорожчих;

– діагональна викладка - упаковки розташовують за діагоналлю, дотримуючись принципу: дешеві - дорогі - середні за ціною;

– аркова викладка - упаковки розташовують у вигляді арки.

Розрізняють *два види композицій у викладці ЛЗ на полицях*:

– асиметрична - заснована на динамічній рівновазі (упаковка одного ЛЗ врівноважується упаковкою іншого). У асиметричній композиції, якщо вона виконана непрофесіоналом, є більше шансів викликати негативні емоції у відвідувача;

– симетрична (пропорційна) - базується на стійкій рівновазі складових упаковок. Повністю симетричну композицію викласти практично неможливо.

Найчастіше використовується симетрична композиція з елементами асиметрії, вона приємна і зрозуміла відвідувачу, здається йому природною і живою. Явна пропорційність або асиметричність розміщення ЛЗ була помітна лише в майже одній десятій частині досліджуваних аптек.

Важливу роль в оформленні викладки ЛЗ та інформуванні відвідувачів про їх ціну відіграють цінники [273, 346]. Як показали результати дослідження,

цінники абсолютної більшості аптек були оформлені в одному стилі. При цьому їх фон у чотирьох п'ятих аптек був білим, в однієї десятої – зелений, в решти – оранжевий, червоний, жовтий і темно-червоний. Варто зазначити, що написи на білому фоні сприймаються офіційно, бюрократично, і тому здаються менш значними.

Самий сильний подразник - оранжевий колір. За ним слідує жовтий, червоний, зелений, темно-червоний і пурпуровий. Для цінників в аптеці найкраще підходить теплий жовтий колір: він привертає увагу, і текст на ньому добре читається. При оформленні цінників важливе значення має застосування шрифтів. Для цього:

- шрифт має бути без зміни товщини;
- не доцільно використовувати дрібний шрифт і понад двох різних шрифтів;
- колір шрифту не повинен бути близьким до кольору фону цінника;
- написи краще розташовувати прямо, а не під кутом.

7.3.2. Звуковий дизайн. У відвідувачів викликають роздратування і скорочують час їх перебування в аптеці небажані звуки, а саме шум як зовнішній, проникаючий з вулиці, так і внутрішній. Головним джерелом зовнішнього шуму є міський транспорт. Шум усередині приміщень створюється в основному внаслідок роботи вентиляційних установок, водопровідних і каналізаційних пристроїв, вібрації в холодильному обладнанні, тріску касового апарату тощо.

З метою боротьби з шумом в аптеках необхідно використовувати принцип ізоляції, тобто обладнати всі агрегати і пристрої шумозахисними екранами, розміщувати їх в окремих приміщеннях. При цьому музика є дуже сильним інструментом для заспокоєння і мотивування особи до вчинення певних дій. Тому важливим є створення в аптеці комфортної звукової атмосфери, яка була притаманна лише понад десятої частини досліджуваних аптек.

Використання музики в залі обслуговування аптеки повинно враховувати такі загальні рекомендації [162, 194, 280]:

1. Музика має бути:

- спокійною, тихою, повільною (60 тактів на хвилину), вводити в стан умиротворення і комфорту, налаштовувати на безконфліктну поведінку;
- ненав'язливою, неагресивною, не відволікати відвідувача від покупок, не дратувати його і викликати сумні думки
- не викликати негативні асоціації у відвідувачів.

2. Необхідно:

- використовувати інструментальну музику, мелодійні аранжування знайомих класичних творів, здебільшого без слів;
- дотримуватися рівномірного без спотворень і перешкод озвучування залу обслуговування

3. Фонотека повинна бути досить різноманітною, щоб звуковий дизайн не встиг знудити фармацевтичних фахівців, які постійно знаходяться в аптеці.

4. При підборі музики не рекомендується використовувати радіо, позаяк там транслюється музика різних стилів, яка перемежується рекламою, що відволікає відвідувачів.

7.3.3. Аромамаркетинг. Запахи створюють неповторну і витончену атмосферу в залі обслуговування [6, 121, 300]. Важливо не тільки правильно підібрати відповідний запах (аромадизайн), а й нейтралізувати вже наявні небажані запахи ЛЗ (аромаклінінг). Це може відбуватися шляхом використання:

- чистого, свіжого повітря, нагрітого до комфортної температури (традиційний спосіб);
- різних освіжувачів повітря і ароматизаторів (обмежується високою алергенністю і дратівливими ефектами, що викликаються їх синтетичні компоненти);

– натуральних ефірних ароматичних олій.

Реалізовувати аромамаркетинг потрібно дуже обережно. Використання ефірних олій викликає у відвідувачів аптеки асоціації зі здоров'ям, сонцем, природою та сприяє залученню і збільшенню часу їх перебування у залі обслуговування, підвищенню ефективності праці фармацевтичних працівників, концентрації їх уваги, зняттю емоційної напруги. Тут підійдуть легкі цитрусові аромати, що власне було характерне для менше десятої частини досліджуваних аптек. Проте найбільш сприятливим для сприйняття ароматом є суміш ефірних масел троянди, лаванди, неролі, евкаліпта і бергамота № 1 у співвідношенні 2:1:1:1:1 [114].

Для аромамаркетингу використовують ароматизатори різної потужності залежно від площі залу обслуговування, які мають сучасний ергономічний дизайн, вписуються в будь-яку обстановку та працюють від автономних елементів живлення або електричної мережі. Через отвори в повітря надходять невеликі дози ароматичних сполук, можливе регулювання подачі аромату та його інтенсивності.

Результати четвертого розділу дисертації знайшли відображення у галузевих методичних рекомендаціях «Науково-практичне обґрунтування аптечного нейромаркетингу» [208], монографії “Фармацевтична логістика : фокус на допомозі пацієнту” [79] та у дев'яти наукових публікаціях [65, 314, 315, 322, 324, 327, 328, 332, 333]. Крім цього вони впроваджені у практичну та освітню діяльність (акти див. дод. Н.1-Н.26).

ВИСНОВКИ

1. Ураховуючи наявність різних трактувань і використовуючи методологію моделювання термінів у мові науки, з погляду фармації обґрунтовано сутність нейроеконіміки як міждисциплінарного напрямку в науці на перетині нейробіології, психології та економічної теорії, який

використовує нейронаукові методи для аналізу прийняття рішення, а також зміст її складових:

– нейроменеджменту - міждисциплінарного напрямку в науці на перетині нейробіології, психології і менеджменту, що досліджує сенсомоторні, когнітивні та емоційні механізми особистості, пов'язані з керівництвом та організаційним управлінням фармацевтичною організацією, з метою підвищення ефективності та результативності праці керівників і кожного члену цієї організації внаслідок розвитку потенціалу мозку;

– нейромаркетингу у фармації - міждисциплінарного напрямку в науці на перетині нейробіології, психології і маркетингу, який на основі сенсомоторних, когнітивних і емоційних реакцій людей досліджує особливості споживчої поведінки щодо впливу складових комплексу фармацевтичного маркетингу, а також інших чинників з метою прийняття етично обґрунтованих маркетингових рішень.

Крім цього розкрито зміст дослідницького нейромаркетингу, що включає дослідження фокус-груп за допомогою неінвазивних, інвазивних, біохімічних та генетичних методів, які спрямовані на визначення споживчих реакцій на аудіовізуальний об'єкт, пов'язаний з фармацією, а також аптечного нейромаркетингу, який включає візуальний мерчандайзинг (вплив за допомогою кольору і зображень), звуковий дизайн та аромамаркетинг (вплив за допомогою запахів)

Визначено можливі переваги лояльнісного та недоліки етичного характеру нейромаркетингу для фармації.

2. Узагальнення результатів дослідження стану аптечного нейромаркетингу 111 аптек м. Одеси вказало на не належний підбір його інструментів, зокрема спостерігалася недостатня фізична доступність до майже половини аптек; фасад понад четвертої частини аптек не кидався у вічі; у майже двох третіх з них були наявні сходи, при цьому майже третина таких аптек не мали пандусів; тугість відкривання дверей характерна для

щонайменше четвертої частини досліджуваних об'єктів; гомогенні та агресивні зони були притаманні відповідно для майже десятої та понад двадцятої частини аптек; одна п'ята аптек мала стінну газету або санбюлетень постійно; у майже двох п'ятих аптек були наявні зони очікування і відпочинку для відвідувачів; близько десятої частини аптек застосувала аромамаркетинг та музичне супроводження тощо.

3. Ураховуючи необхідність доопрацювання інструментів аптечного нейромаркетингу, запропоновано комплекс пропозицій щодо його вдосконалення, правильне застосування яких дозволить з погляду соціально відповідальної складової створити і підтримати лояльність відвідувачів та позитивний імідж аптеки.

РОЗДІЛ 8

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТРАКТУВАННЯ
СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

СФ є відносно новою науковою концепцією, яка фокусується на ролі ЛЗ на рівні особистості, групи (організації) і суспільства та ролі ФФ у галузі охорони здоров'я, а також охоплює різні напрямки – від досвіду і сприйняття ЛЗ пацієнтом до національної і міжнародної лікарської (фармацевтичної) політики. На думку Schaefer M. et al. (1992) [441], вона включає в себе правові, етичні, економічні, політичні, соціальні, комунікативні та психологічні аспекти в оцінці ЛЗ з метою сприяння їх безпечному і раціональному використанню.

На сьогодні серед фармацевтичної громадськості склалося певне бачення СФ, як напрямку діяльності ФФ, проте, думка фармацевтичної спільноти щодо місця та перспектив цього нового напрямку в системі вітчизняної охорони здоров'я досі системно не вивчалася. Це робить можливим і необхідним соціологічний аналіз фармації, в якому соціологія виступає як прикладна наука. Такого аналізу потребує насамперед зміст соціальних ролей у фармації. Зазначене визначило мету та актуальність цього етапу дослідження.

8.1 Дослідження засадничих аспектів соціальної фармації

Для визначення реалій та перспектив розвитку СФ в Україні на сучасному етапі вивчено думки викладачів вищих навчальних закладів фармацевтичного спрямування.

За спеціально опрацьованим алгоритмом проведено анонімне анкетне опитування 16 викладачів ЛНМУ та 6 викладачів ОНМедУ, які проводять підготовку з фармацевтичних управлінсько-економічних дисциплін під час дипломної підготовки і первинної спеціалізації (інтернатури) провізорів. Частка респондентів з науковими ступенями склала 68,1 %, із званнями професора і

доцента (старшого викладача) – 50,0%. Їх середній науково-педагогічний стаж склав 14,8 років при розмаху варіації від 0,5 до 37 років.

Дослідження було самоініційованим. Конфлікту інтересів не спостерігалось.

Анкета, за якою проводилося опитування, складається із 14 питань, що стосувалися засадничих питань СФ, та паспортної частини (додаток Е).

Застосовано системний та регіональний підходи і методи: збирання первинної інформації, що передбачає зв'язування позицій людей, їх поглядів на ті чи інші проблеми на підставі їх відповідей на заздалегідь підготовлені запитання, та статистичний.

Обробку результатів дослідження проводили з використанням електронних таблиць MS Excel.

Відповідно до отриманих результатів проведеного анкетного опитування для усіх респондентів такий термін як «СФ» є відомим.

Основними джерелами ознайомлення із СФ було участь в однойменній інтернет–конференції (Харків, 2013) та спілкування із колегами. Про це зазначили 31,8 та 27,3 % опитаних відповідно. Іншими джерелами такої інформації були друковані періодичні видання (18,2 %), назва однойменної кафедри Національного фармацевтичного університету (13,6 %), інтернет (9,1 %), власні дослідження та відомі наукові школи (по 4,5 %).

Чотири п'ятих опитаних (81,8 %) мало уявлення про концепцію СФ.

Щодо самого терміну «СФ», то для експертної оцінки було запропоновано десять трактувань. Як показують результати рейтингової прихильності, СФ як наукова концепція, на думку респондентів:

1) термін, який 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 (Котвіцька А. А. та співавт., 2013) [291] - 31,8 %;

2) теоретична основа організації фармацевтичного забезпечення, тобто системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного та іншого характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання і лікування хвороб, подовження тривалості життя та працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту та праці, гармонійного фізичного та психічного розвитку людини (Котвіцька А. А. та співавт., 2013) [291] - 27,3%;

3) фокусується на ролі ЛЗ на рівні особистості, групи (організації) і суспільства, та ролі ФФ у галузі охорони здоров'я, а також охоплює різні напрямки - від досвіду і сприйняття ЛЗ пацієнтом до національної і міжнародної лікарської (фармацевтичної) політики (Громовик Б. П., Унгурян Л. М., 2013) [73] - 27,3 %;

4) формує компроміс між фінансовими (отриманням максимальної вигоди від реалізованих лікарських засобів – ЛЗ) і професійними (досягнення максимального терапевтичного ефекту і мінімальних проявів несприятливого впливу від застосування ЛЗ у пацієнта) інтересами ФФ (Abrika O. S. S. et al., 2012) [376] - 9,1 %;

5) вивчає ЛЗ із соціальних, наукових і гуманістичних позицій (Basak S. C., 2012) [385] - 9,1 %;

6) включає в себе правові, етичні, економічні, політичні, соціальні, комунікативні та психологічні аспекти в оцінці ЛЗ з метою сприяння їх безпечному і раціональному використанню (Schaefer M., 1992) [441] - 4,5 %;

7) ґрунтується на сукупності належних фармацевтичних практик [думка дисертанта] - 4,5 %;

8) вивчає соціальні проблеми у фармації та фармацевтичні проблеми у суспільстві і в інших науках (Котвіцька А. А. та співавт., 2013) [291] - 4,5 %;

9) фокусується на реалізації ЛЗ та наданні інформації щодо їх застосування, враховуючи психологічні та поведінкові аспекти взаємодії між ФФ і пацієнтом (Котвіцька А. А. та співавт., 2013) [188] - не отримало підтримки респондентів;

10) вивчає соціальне значення терапевтичного і не терапевтичного використання фармацевтичних препаратів з погляду індивідуальної і групової поведінки осіб та соціальних систем, які існують між ними (Hassali M. A. et al.) [446] - не отримало підтримки респондентів.

Коло питань, які розглядає СФ, достатньо широке [291]. До основних належать вісім питань (табл. 8.1).

Таблиця 8.1

Оцінювання основних питань СФ

№ з.п.	Основні питання, які розглядає СФ	Частка, в %
1.	Визначення ролі ФФ у суспільстві	31,8
2.	Конкретизувати основні питання СФ не в змозі, позаяк необхідно дізнатися більше про цю концепцію	27,3
3.	Організація та процес надання ФД	22,7
4.	Визначення інформації та її впливу на використання ЛЗ	9,1
5.	Вплив введення нових ЛЗ на здоров'я населення та економіку країни	9,1
6.	Вплив рівня підготовки та наявності фахівців на здоров'я населення	9,1
7.	Комплаєнтність пацієнта	9,1
8.	Вплив законодавства на розробку нових ЛЗ	4,5
9.	Визначення побічної дії ЛЗ	0,0
10.	Усі зазначені вище питання	31,8

Джерело: власна розробка

Результати фахової експертизи показали, що понад четверть опитаних були не в змозі конкретизувати основні питання СФ, позаяк мають потребу дізнатися більше про цю концепцію. На усі основні питання, що розглядає СФ, вказало трохи менше третини респондентів (31,8 %). Решта опитаних вказали на 7 із 8 основних питань.

При цьому визначення побічної дії ЛЗ не було зазначено, а найбільшу увагу було приділено визначенню ролі ФФ у суспільстві (31,8 %), а також організації та процесу надання ФД (22,7 %).

На думку переконливої більшості опитаних (95,5 %) вивчення СФ доцільно включити у навчальний процес ФФ. При цьому формування СФ як навчальної дисципліни на думку понад двох третіх респондентів (68,2 %) повинно ґрунтуватися на кардинальному перегляді змісту усіх дисциплін управлінсько-економічного спрямування з метою усунення дублювання окремого матеріалу, формування цілісного, послідовного та спадкового їх подання.

Понад однієї п'ятої опитаних (22,7 %) є прихильниками того, що необхідно враховувати деякі питання СФ у підготовці ФФ, проте повна реалізація потребує ґрунтовних наукових досліджень.

Менше однієї десятої респондентів (9,1 %) вказали на необхідність впровадження у навчальний процес ФФ соціальних / поведінкових дисциплін та поступової їх трансформації до СФ.

Менше однієї п'ятої опитаних притримуються думки, що СФ повинна як найшвидше бути включена у навчальний процес ФФ, для чого використати навчальні плани зарубіжних ВНЗ.

СФ, на думку трьох п'ятих (77,3 %) респондентів, повинна входити в навчальний план підготовки провізорів (КП) і фармацевтів. Решта вважає, що СФ, як навчальна дисципліна, необхідна лише провізорам (КП).

На думку 81,8 % опитаних, частина питань СФ має викладатися на дипломному, інша – на післядипломному етапах підготовки ФФ. Порівно (по

9,1 %) висловилися за необхідність викладання СФ лише на дипломному етапі або лише на післядипломному етапі підготовки ФФ.

Про перспективність СФ в Україні засвідчило 86,4 % респондентів.

У сучасному суспільстві в лікувальному процесі беруть участь три основні суб'єкти: першим соціальним суб'єктом є пацієнт, другим – лікар (медичний працівник), третім – ФФ. З метою більш глибокого вивчення поінформованості респондентів їм було запропоновано визначити роль цих суб'єктів у СФ. Як видно з даних рис. 8.1, опитані не проявили одностайності з цих питань. Зокрема більшість респондентів вказали на:

- ключову (59,1 %) та командну (22,7 %) ролі ФФ у СФ;
- підтримуючу (45,5 %) та командну (22,7 %) ролі лікаря у СФ;
- підтримуючу (50,0 %) та пасивну (31,8 %) ролі медсестри у СФ;
- ключову (40,9 %) та особливу (31,3 %) ролі пацієнта в СФ.

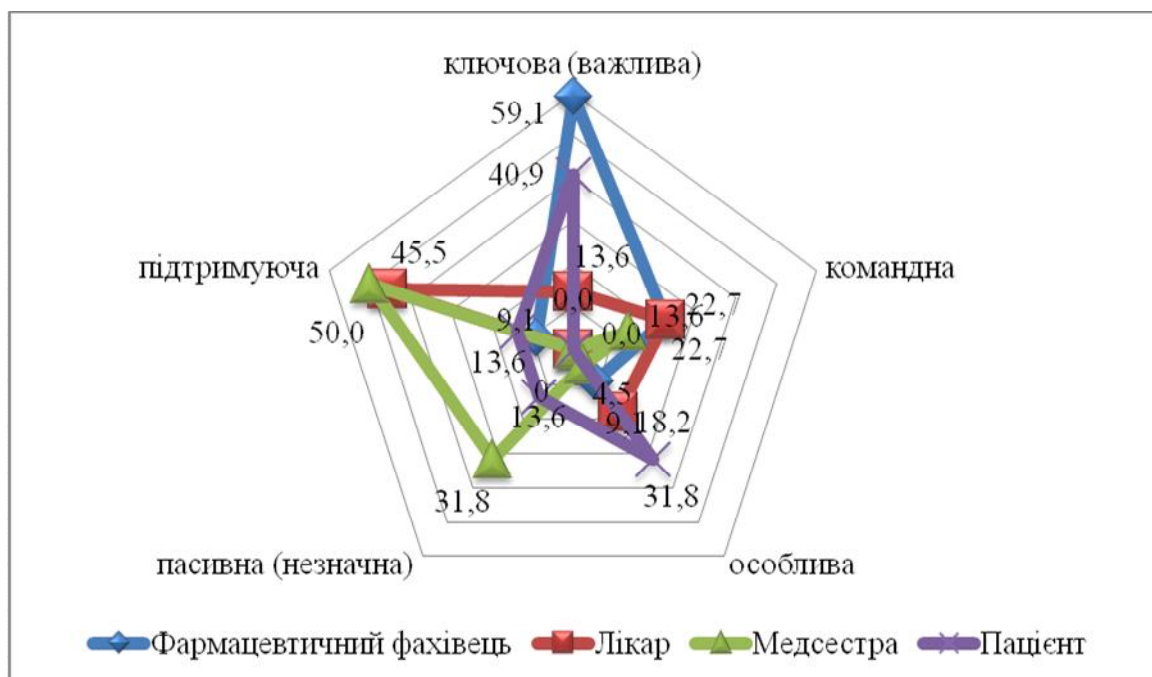


Рис. 8.1. Роль ФФ, лікаря, медсестри і пацієнта у СФ

Джерело: власна розробка

Таким чином, серед опитаних на перший план виставляється ключова роль ФФ і пацієнта у СФ, підтримуюча – лікаря і медсестри, командна – ФФ і лікаря.

Отримані результати фахової експертизи свідчать про закономірність проведення подальшої наукової роботи у цьому напрямку та про необхідність вивчення шляхів розвитку майбутньої моделі СФ в Україні.

8.2 Еволюція соціальних ролей фармацевтичних фахівців

Важливе значення для розуміння сутності СФ, на нашу думку, має конкретизація соціальної ролі ФФ, під якою розуміють відповідний прийнятим нормам спосіб поведінки людей залежно від їхнього статусу чи позиції в суспільстві, у системі міжособистісних відносин. Прикладом соціальних ролей є професійні ролі, тобто ті вимоги, яким має відповідати поведінка людей, що займаються певною професійною діяльністю у суспільстві.

Виходячи з функцій аптеки, можна виділити три основні групи професійних ролей ФФ – медико-соціальна, торгівельна і виробнича [68]. Ураховуючи сучасний етап розвитку держави, необхідно констатувати, що на фоні мінімізації виробничої ролі (виготовлення ЛЗ за індивідуальним замовленням здійснює менше 2 % аптек) торгівельна роль ФФ є домінуюча порівняно з медико-соціальною роллю.

У зв'язку з аналогічним зрушенням парадигми ФП закордоном постала необхідність переосмислити і переорієнтувати ролі ФФ.

Ще у 1988 р. на Європейській регіональній нараді «Роль фармацевта в роздрібній та лікарняній аптеці» (Мадрид, Іспанія) було визначено такі професійні ролі ФФ [26, 182]:

– консультант лікаря, він приймає участь у виборі ЛЗ і надає рекомендацій щодо їх раціонального застосування;

- провідна роль у наданні інформації та рекомендацій пацієнту щодо застосування ЛЗ;
- інформування пацієнтів про можливість побічних ефектів ЛЗ;
- сприяння пропаганді здорового способу життя.

Унаслідок першої (глобальної) наради «Зміст фармації і функції фармацевтів» (Нью Делі, Індія, 1988 р.), у сферу професійних ролей ФФ роздрібної та лікарняної аптеки входить участь у розробці законодавства про ЛЗ, участь спільно з іншими медичними працівниками у розвитку сфери охорони здоров'я [26, 182, 313].

На другій (глобальній) нараді «Якісні фармацевтичні служби – користь для держави і суспільства» (Токіо, Японія, 1993 р.) була сформульована концепція ФД, яка вимагала від ФФ [26, 105, 182]:

- надання пацієнтам достовірної та об'єктивної інформації про ЛЗ;
- участі у розробці законопроектів і регламентуючих правил, що стосуються забезпечення населення ЛЗ;
- опрацювання методичних вказівок і критеріїв для складання формулярів;
- розробки систем розподілу ЛЗ.

У 1996 р. у керівному документі ВООЗ з НАП для комунальної і госпітальної фармації [410] визначили чотири основні практичні складові, які формують професійні ролі ФФ щодо:

- зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та досягнення здорового способу життя;
- відпуску і використання ЛЗ;
- самолікування населення;
- впливу на призначення і застосування ЛЗ.

Буквально через рік (1997 р.) у доповіді консультативної групи ВООЗ «Роль фармацевта в системі охорони здоров'я. Підготовка майбутніх фармацевтів: опрацювання навчальних програм» було запропоновано

концепцію «фармацевт семи зірок», тобто визначено 7 основних професійних ролей ФФ [438]:

- 1) фахівець, що надає допомогу;
- 2) уповноважений приймати рішення;
- 3) контактна особа;
- 4) управлінець та розпорядник (менеджер);
- 5) довічний учень;
- 6) учитель;
- 7) лідер.

I, врешті, додаткова роль ФФ – дослідник [400].

У 2000 р. концепція «фармацевт семи зірок» була прийнята МФФ у її програмному положенні «Належна практика фармацевтичної освіти» [406].

Радою із присвоєння кваліфікації в галузі фармації (США) в 2009 р. запропоновані 7 професійних ролей ФФ [442]:

- розповсюдження ЛЗ – через оффлайнові й онлайнві аптеки та пошту;
- сприяння безпеці пацієнта – шляхом корекції дози ЛЗ у процесі ФТ, моніторингу взаємодії та дублювання ЛЗ, лікарської алергії, попереднього дозволу на призначення ЛЗ;
- розвиток клінічної програми, тобто опрацювання програми ведення (ФТ) хвороби конкретного пацієнта;
- участь у розробці формулярних переліків ЛЗ
- забезпечення співпраці в системі «пацієнт – лікар – ФФ»
- управління підприємством – переговори з виробниками щодо закупівлі ЛЗ, зокрема цінових знижок на ЛЗ;
- управління витратами – економічно ефективний вибір ЛЗ.

У 2011 р. за спільними керівними рекомендаціями ВООЗ і МФФ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» уточнено чотири основні групи професійних ролей ФФ, а саме [423]:

- ✓ виготовлення, отримання, зберігання, гарантування безпеки, розподіл, призначення, утилізація та знищення ЛЗ;
- ✓ забезпечення ефективної ФТ;
- ✓ підтримання і підвищення професійної діяльності;
- ✓ сприяння підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та громадського здоров'я.

При цьому перша і третя професійні ролі, безпосередньо пов'язані з функціонуванням фармації, друга і четверта – не мають інституційної фармацевтичної специфіки, але притаманні ФФ вже тому, що вони включені в систему інших соціальних інститутів, охорони здоров'я насамперед.

Варто зазначити, що при реалізації професійних ролей ФФ виникають протиріччя фінансових і професійних інтересів. В силу наростаючої конкуренції на ФР пріоритетними стали завдання фінансово-господарської (комерційної), а не медико-соціальної складової в діяльності аптечних закладів.

8.3 Самоідентифікація пацієнтами і фармацевтичними фахівцями своїх соціальних ролей як суб'єктів фармацевтичної допомоги

У сучасному суспільстві учасниками лікувального процесу є три основні суб'єкти ставлення до здоров'я як цілі діяльності: першим соціальним суб'єктом є пацієнт, другим – лікар (медичний працівник), третім – ФФ.

Низка пацієнтів не цінують або не усвідомлюють потреби в професійній допомозі і приходять в аптеку як в магазин. Тому важливо домогтися усвідомлення пацієнтами необхідності в консультації ФФ не тільки при первинному виборі ЛЗ, а й при подальших відвідинах аптеки. Зазначене можливо лише при взаємному позитивному сприйнятті соціальних ролей обох суб'єктів лікувального процесу або, що правильніше, процесу ФД.

ЗМІ проблеми в лікарському забезпеченні населення пов'язують з ФФ, формуючи негативну громадську думку [290]:

- зростають ціни на ЛЗ – винні фахівці аптек;

– поява фальсифікованих ЛЗ часто зводиться мало не в ранг «наміру» фармацевтичних організацій;

– великий обсяг іноземного асортименту – знову недоробки аптек і т. д.

Однак показано, що нібито сформовано негативне ставлення в суспільстві до ФФ, що розглядає їх працю як послуги продавця, скоріше є результатом некоректного висвітлення ЗМІ, ніж закономірними тенденцією [283].

Триває дискусія на тему, як правильно називати людей, які переступають поріг аптеки, – клієнт, пацієнт, споживач або відвідувач? При цьому керівники фармацевтичних організацій вважають прийнятним термін «клієнт», а вчені аргументовано відстоюють визначення «пацієнт, відвідувач або споживач» [138, 171].

Таким чином, аналіз наукових публікацій вказав на недостатність досліджень з вивчення рівня взаємного сприйняття двох суб'єктів процесу ФД - пацієнта і ФФ (провізора аптеки).

Тому нами здійснено з'ясування поглядів різних соціальних груп на взаємини двох суб'єктів процесу ФД - відвідувача аптеки та провізора.

Матеріалами дослідження були результати соціологічного опитування трьох соціальних груп, а саме:

– 105 відвідувачів аптек м. Львів і 189 – м. Одеса. При цьому, за статевою приналежністю переважали жінки: 69,5% опитаних у Львові та 60,8% – в Одесі. За соціальним статусом 47,6% львів'ян та 39,2% одеситів були найманими працівниками, 41,0 і 29,1% опитаних відповідних груп незайнятими роботою (пенсіонери, студенти), 5,7 і 19,6% учасників дослідження проводили підприємницьку діяльність, 5,7 і 12,2% були безробітними. Середній вік опитаних львів'ян - 27,1, а одеситів - 36,6 років.

– 100 провізорів м. Львів та 95 провізорів м. Одеса. Серед респондентів переважали жінки (83,0 і 88,4% відповідно). Середній вік опитаних склав відповідно 40,5 та 33,2 роки, а середній стаж роботи за фахом львівських респондентів – 15 і 10 років відповідно. 24,0% львівських респондентів були

підприємцями, решта – найманими працівниками. Зате серед одеситів тільки 10,5% провізорів вели підприємницьку діяльність, а інші були найманими працівниками. Фармацевтичними організаціями керувало 53,0% респондентів-львів'ян та 63,1% одеситів, їх структурними підрозділами – 12% опитаних зі Львова та 12,8% – з Одеси, провізорами працювали 35 і 24,2% опитаних з відповідних вибірок.

– 46 (або 86,0% від загальної кількості) студентів ЛНМУ і 43 (або 64,3%) студента першого курсу фармацевтичного факультету ОНМедУ. Середній вік респондентів в обох вибірках склав 17 років при діапазоні від 16 до 21. За статевою приналежністю переважали жінки (87,0% студентів ЛНМУ і 93,0% ОНМедУ).

Вибір Львова та Одеси пояснюється їх подібністю як культурних, туристичних, промислових, торговельних і прикордонних великих міст, а також розходженням ментальності населення.

Як видно з даних табл. 8.2, в ході опитування встановлено, що менше половини львів'ян хотіли б відчувати себе в аптеці клієнтом, одеситів таких третина. Зате дві п'ятих обох вибірок бажають бути відвідувачем. Близько десятої частини львів'ян ідентифікували себе як пацієнтами, одеситів таких п'ята частина. Решта респондентів висловилися за термін «хворий».

Щодо аптечних фахівців, то майже половина опитаних провізорів з львівських аптек вважають коректним термін «пацієнт», п'ята частина - «відвідувач аптеки», менше однієї п'ятої - «клієнт» або «хворий». Третина анкетованих одеситів вважають людину в аптеці «клієнтом», чверть - «відвідувачем», тільки п'ята частина - «пацієнтом» і майже таку кількість - «хворим».

Необхідно відзначити, що термін «пацієнт» імплементований в Етичний кодекс фармацевтичних працівників України, де зазначено, зокрема, що інтереси пацієнта, турбота про його здоров'я мають бути пріоритетними для фармацевтичного працівника по відношенню до комерційних інтересів продажу

Соціальна роль людини в аптеці з точки зору соціальних груп респондентів

Соціальна роль людини в аптеці	Соціальні групи опитаних													
	пацієнти				студенти				провізори					
	Львів		Одеса		ЛНМУ		ОНМедУ		Львів		Одеса			
	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг		
Клієнт	47,6	1	33,3	2	30,4	2	30,2	1,5	16,0	3	34,7	1		
Відвідувач	41,0	2	40,7	1	10,9	4	23,3	3	21,0	2	26,3	2		
Пацієнт	9,5	3	21,2	3	41,3	1	30,2	1,5	48,0	1	20,0	3		
Хворий	1,9	4	4,8	4	17,4	3	16,3	4	15,0	4	18,9	4		
<i>Парний коефіцієнт кореляції</i>	0,90				0,75						-0,43			
					-0,37								0,71	

Джерело: власна розробка

ЛЗ та медичної продукції [112]. Однак основні принципи цього кодексу, як показало опитування, були відомими для 27,0% провізорів Львова та 57,9% - Одеси, частково поінформованими були 58,0% і 31,6% провізорів відповідних регіонів. 15,0% респондентів львів'ян та 10,5% одеситів взагалі не володіють цією інформацією.

Погляди першокурсників на те, як слід ідентифікувати людей, які заходять в аптеку, більш втішні, ніж бачення провізорів. Так, дві п'ятих опитаних у ЛНМУ вважають коректним термін «пацієнт», десята частина – «відвідувач аптеки», майже третина - «клієнт» і менше п'ятої частини – «хворий». Близько третини анкетованих в ОНМедУ вважають цю людину «пацієнтом» або «клієнтом», майже чверть - «відвідувачем» і менше п'ятої частини – «хворим».

Таким чином, людей, що заходять в аптеку, меншість опитаних (від менше п'ятої частини до менше половини залежно від соціальних груп) ідентифікують як клієнтів. При цьому для соціальної групи «пацієнти» двох територіальних вибірок встановлено прямий дуже тісний кореляційний зв'язок (значення парного коефіцієнта кореляції більше 0,9), а для групи «студенти» – прямий тісний зв'язок (показник у межах 0,7–0,9). Однак для провізорів значення парного коефіцієнта кореляції є негативним у межах - 0,3 – 0,5, що характеризує наявність зворотного помірною зв'язку. У свою чергу, парний коефіцієнт кореляції між одеситами пацієнтами та провізорами вказує на наявність прямого тісного зв'язку, а між аналогічними львівськими вибірками - на зворотній помірний зв'язок.

Зазначене пояснюється тим, що власне дискусія «людина, яка прийшла в аптеку - це пацієнт або клієнт?» почалася у Львові.

Наступним етапом роботи було дослідження соціальної ролі ФФ у суспільстві. Так, більше половини опитаних зі Львова вважають працівника аптеки фармацевтом, менше п'ятої частини – аптекарем, десята частина – лікарем, майже десята – провізором або продавцем, і по 1% – агентом і шарлатаном. Однак для понад двох п'ятих респондентів з Одеси працівник

аптеки є фармацевтом, більше однієї п'ятої – провізором, однієї шостої – аптекарем, менше десятої частини – продавцем або лікарем, 3% – шарлатаном, 1% – агентом (рис. 8.2).

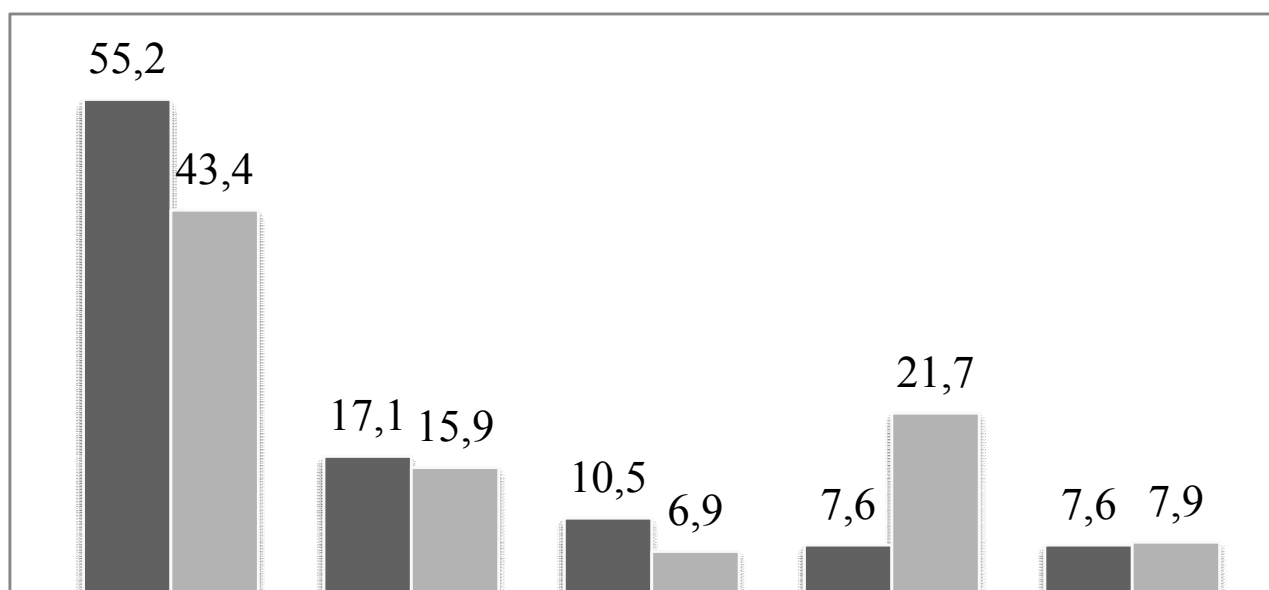


Рис. 8.2. Працівник аптеки з погляду пацієнтів (%).

Джерело: власна розробка

Таким чином, чотири п'ятих відвідувачів аптек обох міст працівника аптеки вважають фармацевтом, провізором або аптекарем, решта – продавцем, лікарем, шарлатаном чи агентом.

При цьому 78,1% опитаних у Львівській області зазвичай розраховують на допомогу ФФ при купівлі в аптеці, 5,7% – рідко очікують на таку допомогу, 16,2% – вагалися відповісти. Зате в Одесі лише 44,4% опитаних очікують допомоги ФФ, 36,0% – розраховують на себе, 19,6% респондентів вагалися відповісти.

Як видно з даних табл. 8.3, більше половини опитаних відвідувачів з обох вибірок позитивно ставляться до ФФ, майже дві четвертих – нейтрально, незначна частина – негативно або різко негативно.

Таблиця 8.3

Ставлення відвідувачів аптек до провізорам з погляду соціальних груп респондентів

Відношення відвідувачів аптек до провізорів	Думка											
	пацієнтів				студентів				провізорів			
	Львів		Одеса		ЛНМУ		ОНМедУ		Львів		Одеса	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг
Позитивне	55,2	1	57,7	1	60,9	1	67,4	1	56,0	1	56,8	1
Нейтральне	41,9	2	37,0	2	37,0	2	30,2	2	34,0	2	32,6	2
Негативне	2,9	3	4,2	3	2,1	3	2,3	3	8,0	3	7,4	3
Різко негативне	0	–	1,1	4	0	–	0	–	2,0	4	3,2	4
<i>Парний коефіцієнт кореляції</i>	0,99				0,98				1,0			

Джерело: власна розробка

Відвідувачі відзначили, що таке ставлення ґрунтується на особистих спостереженнях (80,0% опитаних у Львові та 67,2% в Одесі), інформації, отриманої від знайомих (8,6 і 10,6% відповідно), повідомленнях на телебаченні (8,6 і 10,1%) і в друкованих ЗМІ та Інтернеті (3,8 і 12,2%).

У свою чергу, понад половини провізорів обох вибірок вважають, що населення позитивно ставиться до ФФ, третина – нейтрально, менше десятої частини - негативно, незначна частина – вкрай негативно.

Майже дві третини студентів-першокурсників ЛНМУ і ОНМедУ відзначили, що населення позитивно ставиться до провізорів, у близько третини представників обох вибірок спостерігають нейтральне ставлення, в інших – негативне.

Таким чином, щонайменше, половина опитаних з трьох соціальних груп стверджують, що населення позитивно ставиться до провізорів, мінімум третина – нейтрально і лише не більше десяти відсотків – негативно або різко негативно. При цьому для різних територіальних вибірок встановлена прямий дуже тісний кореляційний зв'язок (значення коефіцієнта кореляції близький до одиниці).

На думку респондентів з трьох соціальних груп найбільш важливими особистісними якостями ФФ є вміння розмовляти і розуміти проблему, культура обслуговування, ввічливість та уважність (табл. 8.4).

Менш важливими якостями, на думку респондентів, є вміння слухати, доброзичливість, зовнішній вигляд, спокій і вміння попереджати конфлікти. Опитані вважають, що статеві приналежність і вік не є важливими якостями в роботі провізорів.

Для територіальних вибірок соціальних груп «студенти» і «провізори» встановлений дуже тісний прямий, а для групи «пацієнти» – тісний прямий зв'язок. При цьому в межах однієї території значення показника кореляції між відповідями пацієнтів і провізорів вказує на наявність дуже тісного прямого зв'язку.

Таблиця 8.4

Особистісні якості ФФ погляду соціальних груп респондентів

Особистісні якості	Соціальні групи опитаних											
	пацієнти				студенти				провізори			
	Львів		Одеса		ЛНМУ		ОНМедУ		Львів		Одеса	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг
Уміння розмовляти і розуміти проблему	68,6	1	30,7	3	71,7	1	65,1	1,5	67,0	1	53,7	2
Культура обслуговування	59,0	2	38,6	1	54,3	2,5	65,1	1,5	50,0	2	54,7	1
Ввічливість	33,3	3,5	38,1	2	54,3	2,5	39,5	3,5	27,0	4	43,2	4
Уважність	33,3	3,5	24,9	4	37,0	4	39,5	3,5	36,0	3	50,5	3
Уміння слухати	17,1	5	9,0	7	19,6	5	18,6	7,5	22,0	5	12,6	8
Стаж роботи	15,2	6	4,2	8	10,9	9	2,3	10	9,0	10	8,4	9
Зовнішній вигляд	8,6	7,5	9,5	6	15,2	7	18,6	7,5	5,8	7,5	15,8	7
Доброзичливість	8,6	7,5	22,2	5	15,2	7	20,9	5	16,0	7,5	25,3	5
Уміння попереджати конфлікти	6,7	9	1,6	10	6,5	10	23,3	6	19,0	6	16,8	6
Стать	5,7	10	0,5	12	0	11,5	0	11,5	2,0	11	0	12
Спокій	1,0	12	1,6	10	15,2	7	9,3	9	10,0	9	6,3	10
Вік	3,8	11	1,6	10	0	11,5	0	11,5	0	12	1,1	11
<i>Парний коефіцієнт кореляції</i>			0,83		0,93				0,90			
					0,95		0,93					

Джерело: власна розробка

8.4 Вивчення мотивації вибору студентами фармацевтичного фаху як етапу формування їх соціальних ролей

Вибір фармацевтичного фаху для молодшої людини може стати як базою його майбутньої самореалізації і приносити задоволення, так і важким тягарем, який не сприятиме адекватній реалізації соціальних ролей ФФ. Позаяк професія ФФ несе в собі важливе особистісне і соціальне значення, то наслідком неготовності ФФ до реалізації професійних ролей буде завдавати шкоду не лише особі, яка займає цей фах, але й для об'єкта його діяльності, тобто для пацієнта.

Тому метою цього фрагменту роботи було дослідження мотивації вибору провізорського фаху студентами першого року навчання фармацевтичних факультетів ЛНМУ та ОНМедУ.

Для цього опитано 46 (або 86,0% від загальної кількості) студентів ЛНМУ і 43 (або 64,3%) студента першого курсу фармацевтичного факультету ОНМедУ. Середній вік респондентів в обох вибірках склав 17 років при діапазоні від 16 до 21. За статевою приналежністю переважали жінки (87,0% студентів ЛНМУ і 93,0% ОНМедУ).

Встановлено, що 97,8% студентів ЛНМУ та 95,9% студентів першого року навчання ОНМедУ вступили до цих навчальних закладів після завершення середньої школи.

Виявлено актуальність проблеми вибору навчального закладу, позаяк 65,2% студентів ЛНМУ та 57,5% осіб, зарахованих на навчання до ОНМедУ, подавали документи для вступу до кількох освітніх закладів, серед яких були й вищі навчальні заклади немедичного спрямування.

Слід зазначити, що лише 41,3% опитаних в ЛНМУ та 49,3% в ОНМедУ подавали документи для вступу тільки на фармацевтичний напрямок.

У ході опитування встановлено, що на професійний вибір опитаних львівських студентів найбільше вплинули особисті спостереження – 56,5%,

поради батьків – 41,3% та інформація по телебаченні – 2,2%. Професійний вибір студентів ОНМедУ формувався схожим чином, адже 58,9% респондентів керувались особистими спостереженнями, а 31,5% - порадами батьків. Інші 4,1% студентів ОНМедУ брали до уваги поради та приклад знайомих, така ж кількість студентів робила вибір на основі інформації в друкованих засобах масової інформації та інтернеті, інформація на телебаченні вплинула на професійний вибір 1,4% опитаних.

При цьому слід зазначити, що 84,9% студентів ОНМедУ стверджують, що їхній професійний вибір відповідає порадам батьків, натомість серед опитаних у Львові таких 95,7%.

До складу сім'ї 38,4% студентів ОНМедУ та 43,5% опитаних із ЛНМУ входять фармацевтичні або медичні працівники.

Особливої уваги заслуговують критерії за якими респонденти обирали фармацевтичний фах (табл. 8.5).

Таблиця 8.5

Критерії вибору фармацевтичного фаху

№ з.п.	Назва критерію	Відповіді студентів			
		ЛНМУ		ОНМедУ	
		%	ранг	%	ранг
1.	Можливість допомагати людям	30,4	1	20,5	3
2.	Престижність фаху	26,1	2,5	28,8	2
3.	Перспектива кар'єрного росту	26,1	2,5	34,2	1
4.	Високі заробітні плати	10,9	4	4,1	6
5.	Доступність навчання	4,3	5	5,5	5
6.	Покликання	2,2	6	0,0	-
7.	Можливість працевлаштування	0,0	-	6,8	4

Понад четвертої частини студентів ЛНМУ фармацевтичний фах привабив трьома чинниками - можливістю допомагати людям, престижністю

фаху, перспективою кар'єрного росту. Високі заробітки важливими були для десятої частини респондентів. Доступність навчання і покликання не були визначальними при виборі фармацевтичного фаху.

Натомість для третини студентів ОНМедУ визначальним фактором була перспектива кар'єрного росту, для понад п'ятої частини - престижність фаху, а для однієї п'ятої - можливість допомагати людям. Інші критерії (можливість працевлаштування, доступність навчання та високі заробітні плати) були значно неважливими. При цьому жоден із студентів не вважав фармацевтичний фах своїм покликанням.

Результати восьмого розділу дисертації знайшли відображення у монографії “Фармацевтична логістика: фокус на допомозі пацієнту” [79] та шести наукових публікаціях [55, 57, 73, 74, 84, 331]. Крім цього вони впроваджені у практичну та освітню діяльність (акти див. дод. К.1-К.11).

ВИСНОВКИ

1. Проведення статистичного аналізу результатів анкетного опитування університетських викладачів фармацевтичних управлінсько-економічних дисциплін дозволило виявити схожості і відмінності їх обізнаності з питань СФ, а також визначити необхідність проведення подальших наукових досліджень з вивчення шляхів розвитку майбутньої моделі СФ в Україні.

З десяти запропонованих трактувань терміну «СФ» найбільшу прихильність отримали три, а саме СФ – це наукова концепція, яка:

– 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;

– є теоретично основою організації фармацевтичного забезпечення, тобто системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного та іншого характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання і лікування хвороб, подовження тривалості життя та працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту та праці, гармонійного фізичного та психічного розвитку людини;

– фокусується на ролі ЛЗ на рівні особистості, групи (організації) і суспільства, та ролі ФФ у галузі охорони здоров'я, а також охоплює різні напрямки - від досвіду і сприйняття ЛЗ пацієнтом до національної і міжнародної лікарської (фармацевтичної) політики.

Респонденти на перший план у СФ виставили ключову роль ФФ і пацієнта, підтримуючу – лікаря і медсестри, командну – ФФ і лікаря.

2. Показана важливість для СФ досліджень з опису аптечної практики, як соціального інституту, та соціальних ролей ФФ. Виходячи з функцій аптеки та керівних рекомендацій ВООЗ і МФФ, визначено еволюцію поля соціальних (професійних) ролей ФФ.

3. На основі анкетного опитування трьох соціальних груп з м. Львів та м. Одеса (відвідувачів аптек, провізорів-спеціалістів та студентів першого курсу – майбутніх провізорів) з'ясовано їх погляди на взаємини двох суб'єктів процесу ФД – відвідувача аптеки та провізора. Встановлено, що людей, які заходять в аптеку, меншість опитаних (від менше п'ятої частини до менше половини залежно від соціальних груп) ідентифікують як клієнтів. При цьому чотири п'ятих відвідувачів аптек працівника аптеки вважають фармацевтом, провізором або аптекарем, решта – продавцем, лікарем, шарлатаном чи агентом.

Виявлено, що не менше половини опитаних з трьох груп характеризують позитивне ставлення населення до провізорів, менше

третини – нейтральне і лише не більше десяти відсотків – негативне або різко негативне. На думку респондентів з трьох соціальних груп найбільш важливими особистісними якостями ФФ є вміння розмовляти і розуміти проблему, культура обслуговування, ввічливість та уважність. При цьому опитані вважають, що статеві приналежність і вік не є важливими якостями в роботі провізорів.

4. На основі анкетного опитування 48 студентів першого курсу фармацевтичного факультету ОНМедУ та 46 студентів ЛНМУ показано актуальність проблеми вибору ВНЗ, важливість у фаховому виборі особистих спостережень і порад батьків.

Важливими мотиваційними чинниками для вступу на фармацевтичний факультет є прагнення приносити суспільну користь, престижність фаху ФФ та потреба в самореалізації, досягнення успіху і визнання у оточуючих (перспектива кар'єрного росту). Меншою мірою проявляються і не є ключовими для більшості студентів матеріальна винагорода, можливість працевлаштування та доступність навчання. При цьому поодинокі студенти не вважали фармацевтичний фах своїм покликанням, що піднімає значення науково-педагогічного процесу у формуванні майбутнього ФФ.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Теоретично обґрунтовано та представлено нове вирішення наукової проблеми – підвищення рівня доступної та якісної ФД населенню на засадах логістичного обслуговування шляхом визначення теоретичних положень ФП, нейроекономіки, АІ та СФ, а також розробки методологічних підходів до формування механізмів логістизації ФП та розробки практичних рекомендацій її здійснення.

2. Унаслідок вивчення та критичного аналізу вітчизняних і зарубіжних літературних джерел:

- узагальнені фактографічні дані, які відображають становлення концепції ФД, розвитку ФЛ та логістичного обслуговування відвідувачів аптек;

- встановлена необхідність обґрунтування теоретичних положень і методологічних підходів до удосконалення ФД з погляду логістичного обслуговування;

- опрацьована комплексна програма наукового пошуку, яка включає в себе всі основні напрями, етапи, об'єкти, предмет, методи і методики дослідження, що дозволило вирішити завдання і досягти поставленої мети дослідження.

3. За допомогою наукознавчого аналізу публікацій фармацевтичного профілю з 50-х років минулого століття визначені характерні закономірності кожного з шести етапів розвитку ФП як соціального інституту та особливої форми діяльності. Уточнено складові ФП, до яких відносяться: процес забезпечення населення ЛЗ, система ліко-пов'язаних проблем, фармацевтична етика і деонтологія та пов'язаний з ними аптечний нейромаркетинг, ФО та її елементи: фармацевтичні діагностика і профілактика, фармацевтична інформація та пов'язана з нею АІ.

4. Здійснено моделювання і наукове обґрунтування теоретичних засад взаємозв'язку логістичного обслуговування відвідувачів аптек з концепціями ФП і НАП, а також з місією і вимогами НАП та професійними ролями ФФ. Показано, що кожна з чотирьох складових ФП реалізуються з урахуванням усіх елементів логістичного обслуговування пацієнтів. У свою чергу, перший напрямок НАП ґрунтується на трьох, другий і третій – на шести, четвертий – на всіх елементах логістичного обслуговування.

5. За допомогою апріорного ранжування факторів ($n = 12$, $p = 0,05$), які визначають рівень логістизації ФП, виявлено, що найбільше на досліджуваній параметр впливають, на думку опитаних ФФ Львівської та Одеської областей в 2005 і 2014 рр., фактори: стійкість ФР, характер попиту на ЛЗ і ВМП та купівельна спроможність населення, а меншою мірою - забезпеченість ЛПЗ обіговими коштами для придбання ЛЗ.

Унаслідок аналізу результатів експертної оцінки, встановлено, що рівень логістизації ФП у Львівській області змінився з вище середнього (53,4) до середнього (50,6), в Одеській області за вербальною шкалою не змінився (вище середнього), проте за числовою шкалою незначно зменшився в межах статистичної помилки (з 57,2 до 56,7).

Шляхом анкетного опитування відвідувачів аптек ($n = 439$, $P = 0,954$, $\Delta = \pm 4,8 \%$) конкретного мікрорайону Одеси з погляду логістики визначено особливості споживчих уподобань щодо вибору аптек, а також 7 пропозицій та 6 додаткових послуг для покращення роботи аптек.

6. На підставі комплексного опису концептуальної природи АІ та анкетного опитування відвідувачів аптек ($n = 301$, $P = 0,954$, $\Delta = \pm 5,8 \%$) сформовано узагальнююче знання щодо особливостей її прояву на рівні різних учасників ФР, а саме: державного управління; обігу (реєстрації, виробництва та розподілу) ЛЗ і ВМП; споживання (індивідуальні споживачі та організації-споживачі); інформування про ринок, зокрема через професійні і суспільно-політичні ЗМІ; підготовки ФФ; саморегулювання через ГО, а

також опрацьовано шляхи мінімізації негативного прояву АІ, що ґрунтуються на 10 принципах.

7. Ураховуючи наявність різних трактувань і використовуючи методологію моделювання термінів у мові науки, з погляду фармації обґрунтовано сутність нейроекономіки та її складових – нейроменеджменту і нейромаркетингу, а також розкрито зміст дослідницького та аптечного нейромаркетингу. Визначено можливі переваги лояльнісного та недоліки етичного характеру нейромаркетингу для фармації.

8. Шляхом узагальнення результатів дослідження стану аптечного нейромаркетингу аптек м. Одеси ($n = 111$, $P = 0,954$, $\Delta = \pm 8,7 \%$) запропоновано комплекс пропозицій щодо його вдосконалення, правильне застосування яких дозволить з погляду соціально відповідальної складової створити і підтримати лояльність відвідувачів та позитивний імідж аптеки.

9. Проведення статистичного аналізу результатів анкетного опитування університетських викладачів фармацевтичних управлінсько-економічних дисциплін дозволило виявити схожості і відмінності їх обізнаності з питань СФ. Виходячи з функцій аптеки та керівних рекомендацій ВООЗ і МФФ, визначено еволюцію поля соціальних (професійних) ролей ФФ.

На основі анкетного опитування трьох соціальних груп з м. Львів та м. Одеса: відвідувачів аптек ($n = 105$, $P = 0,954$, $\Delta = \pm 9,7 \%$; $n = 189$, $P = 0,954$, $\Delta = \pm 7,3 \%$), провізорів-спеціалістів ($n = 100$ і 95 при $p = 0,05$) та першокурсників фармацевтичних факультетів ЛНМУ ($n = 46$ або $86,0\%$ від загальної кількості) і ОНМедУ ($n = 43$ або $64,3\%$) - з'ясовано їх погляди на взаємини двох суб'єктів процесу ФД: відвідувача аптеки та провізора.

Встановлено, що важливими мотиваційними чинниками вибору студентами фармацевтичного фаху є прагнення приносити суспільну корисність, престижність фаху та перспектива кар'єрного росту, а не покликання, що потребує адекватної орієнтації науково-педагогічного процесу на формування професійних ролей майбутніх ФФ.

10. Уперше опрацьовані, уточнені та удосконалені в дисертації теоретичні і методичні підходи були впроваджені в роботу територіальних підрозділів Держлікслужби України, фармацевтичних організацій регіонального і місцевого рівнів управління та навчальний процес ВНЗ фармацевтичного спрямування, у результаті чого доведено, що вони створюють умови для підвищення якості ФД населенню.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Автоматизация управления запасами ЛС в аптеке учреждения здравоохранения / Р. В. Насыров, Д. Ф. Нестерова, Г. Я. Ибрагимова, К. В. Рогачев // Вестник Росздравнадзора. - 2011. - № 5. - С. 58-65.
2. Акунич М. Нейромаркетинг и... // Официальный сайт «Энциклопедия маркетинга» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.marketing.spb.ru/libaround/science/neuro_&.htm (дата обращения: 19.09.2014).
3. Андреева Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2001. – 172 с.
4. Антонова Н. Ю. Коммуникативная точность специального текста: (на материале инструкций по применению лекарственных препаратов): автореф. дисс. на соиск. уч. степ. к. филол. н.: спец. 10.02.19 «Теория языка» / Н. Ю. Антонова. – Волгоград: 2011. – 26 с.
5. Аптечные сети США: страховка, шопинг, автоматизация [Электронный ресурс] // Ремедиум : [сайт]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru/section/pharmwork/detail.php?ID=42778>. .
6. Аромамаркетинг в аптеке [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pharmnews.kz/news/aromamarketing_v_apteke/2009-01-15-2242.
7. Асиметрія інформації: особливості впливу на функціонування фармацевтичного ринку та шляхи його мінімізації : методичні рекомендації ((150.14/30.15) / укл. Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик. – К. : Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, 2014. – 26 с.
8. Асимметричность информации [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://blog.concol.ru/asimmetrichnost-informatsii/>.

9. Асимметрия информации на фармрынке [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://aquareus.livejournal.com/391008.html>.
10. Асоціація «Оператори ринку медичних виробів» [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.amomd.com/asotsiatsiya/proasotsiatsiyu>.
11. Асоціація представників міжнародних фармацевтичних виробників України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://airm.org.ua/pro-airm-ukrayina/>.
12. Асоціація фармацевтичних виробників України (АФВУ) [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/4506/asociaciya-farmaceutichnix-virobnikiv-ukraini-afvu>.
13. Ассоциация производителей инновационных лекарств «АПРАД» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://96530.ua.all.biz/>.
14. Барнатович С. В. Формування логістичної моделі управління діяльністю комунальних фармацевтичних підприємств в умовах менеджменту якості: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / С. В. Барнатович. – Х., 2011. – 22 с.
15. Баскаков А. Я. Методология научного познания : уч. пособ. [для высш. уч. завед.]. – 2-е изд., испр. / А. Я. Баскаков, Н. В. Туленков. – К. : МАУП, 2004. – 216 с.
16. Білоус Т. Перспективи дослідження та моделювання «обмеженої раціональності» [Електронний ресурс] // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. праць. Вип. 412/413. Філософія. – С. 164–169. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/Nvchu/Filos/2008_412/412-413%5C33.pdf.
17. Блавацька О. Б. Правові проблеми запровадження фармацевтичної опіки в Україні / О.Б.Блавацька // Фармац. журн. –2004.– №3.–С.38–42.

18. Блавацька О. Б. Проблематика правового забезпечення належної фармацевтичної діяльності в Україні / О. Б. Блавацька // Фармац. журн. – 2001.–№1.–С.39–51.
19. Богданович А. Б. Стандартизація і оптимізація приймки товарів в аптеці / А. Б. Богданович, В. В. Пахомов, В. В. Кугач // Вестник фармації. - 2007. - № 2-36. - С. 26-33.
20. Бурков А. А. Методические подходы к выявлению основных резервов повышения качества фармацевтической помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях / А.А. Бурков, Г. Т. Глембоцкая // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. - 2011. - № 1. - С. 165-172.
21. Бурсаков А. В. Логістичні системи на фармацевтичному підприємстві: формування та функціонування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.06.01 «Економіка, організація та управління підприємствами» / А. В. Бурсаков. - Донецьк, 2003. - 18 с.
22. В Италии появились придорожные аптеки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://travel.newsru.com/article/26jul2007/itsostasalute>.
23. В Казахстане сфальсифицировали отчеты о проведении КИ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/v-kazakhstan-sfalsificirovali-otchety-o-provedenii-ki/>.
24. Вибірка, її розмір і структура [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://marketing-helping.com/konspekti-lekcz/25-kurs-marketinga/493-2011-01-19-19-44-00.html>.
25. Вісягіна Л. Г. З досвіду роботи кабінету фармацевтичної інформації / Л. Г. Вісягіна, В. В. Семенюк // Фармац. журн. – 1979. – № 2.– С. 13–14.
26. ВОЗ о роли фармацевта [Электронный ресурс] //Еженедельник Аптека. – 2002. – № 15 (336). – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/12892>.

27. Волох Д. С. Деякі аспекти державної політики в сфері забезпечення населення лікарськими засобами / Д. С. Волох, Л. А. Бутко, А. Ю. Бутко // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2011. – № 5. – С. 57–59.
28. Волох Д. С. Про стан фармацевтичної служби на Україні за умов входу в ринок / Д. С. Волох // Фармац. журн. – 1992. – № 1. – С. 3–8.
29. Вольская Е. А. Маркетинговое значение аптечного сервиса [Электронный ресурс] / Е. А. Вольская // Московские аптеки. – 2008. – № 10. – Режим доступа: <http://mosapteki.ru/material?oid=1004>.
30. Воронов А. В. Формирование понятия, миссии, целей, задач, функций, интегральной логики: принципов и методов международной фармацевтической логистики / А. В. Воронов, В. И. Воронов // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 6. - С. 1792-1810.
31. Всесоюзна нарада аптекних працівників і пленум Всесоюзного наукового товариства фармацевтів “Про дальше поліпшення лікарського забезпечення населення та лікувально–профілактичних закладів у світлі рішень квітневого (1985 р.) Пленуму ЦК КПРС // Фармац. журн. – 1985. – № 5. – С. 8–20.
32. Всеукраїнська аптечна асоціація (ВАА) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/4512/vseukrainska-aptechna-asociaciya-va>.
33. Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medrada.org/?q=statut>.
34. Всеукраїнська громадська організація "Асоціація спеціалістів з медичної інформатики, статистики та біомедичної техніки" (АМЕТІСТ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ametist.com.ua/>.

35. Всеукраїнська громадська організація “Українська асоціація біомедичних інженерів і технологів” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrainianbme.org/>.
36. Всеукраїнська громадська організація «Аптечна професійна асоціація України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.apau.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2.
37. Всеукраїнська громадська організація «Фармацевтична Асоціація «ФАРМУКРАЇНА» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pharmukraine.org/ua/>.
38. Всеукраїнська Професійна Спілка Працівників Фармацевтичної Галузі України (ВПСДФГУ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medpred.co.ua/articles/11941-ustav-professionalnogo-soyuza-rabotnikov-farmaceuticheskikh-organizaciy.html>.
39. Выработка требований к логистике термоллабильных лекарственных препаратов на 4 уровне «холодовой цепи» / А. В. Воронов, А.В. Кухаренко, С.Ю. Балдин и др. // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 2-1. - С. 63-67.
40. Гайдышев И. Анализ и обработка данных: специальный справочник / И. Гайдышев.– СПб. : Питер, 2001. – 752 с.
41. Гала Л. О. Аптеки як заклади охорони здоров'я в контексті належної аптечної практики / Л.О. Гала // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2012. - №1. - С. 91-94.
42. Гала Л. О. Розробка структури стандартів належної аптечної практики / Л. О. Гала // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 1 (82). – С. 87–90.
43. Гладун Г. В. Нейромаркетинг как механизм манипулятивного воздействия на потребителя [Электронный ресурс] / Г. В. Гладун //

Казанская наука. – 2010. – №1. – С. 69–72. – Режим доступа : http://www.kazanscience.ru/files/Sbornik_1_2010.php.

44. Глезин М. М. Лекарства на дом / М. М. Глезин // Аптечное дело.– 1958. – № 5.–С. 58–59.

45. Глембоцкая Г. Т. Концепция фармацевтической помощи: реалии и перспективы / Г. Т.Глембоцкая, А. Р. Маскаева / Новая аптека. М. 2000. - № 5.- С.11-14.

46. ГО «Всеукраїнська фармацевтична палата» розпочала активну діяльність задля покращення умов роботи працівників фармації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/328969>.

47. ГО Союз споживачів медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.medpotreb.org/pro_soyuz/meta_soyuzu.html.

48. Гойдин Я. А. Взаимоотношение представителей и потребителей фармацевтических услуг на рынке лекарств : автореф. дис. на соиск. уч. степ. к. социол. наук : спец. 14.00.52 «Социология медицины» / Я. А. Гойдин. – Волгоград, 2005. – 26 с.

49. Горбунова О. Ю. Удосконалення логістичного обслуговування клієнтів в системі партнерських відносин промислових фармацевтичних підприємств: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація»/ О. Ю. Горбунова – Х., 2011. – 26 с.

50. Городецька І. Я. Застосування елементів логістичного управління для вдосконалення роботи аптечної мережі / І. Я. Городецька, Стадницький П. К. // Фармацевтичний часопис. – 2011. – № 3. – С. 90–93.

51. Госпитальные закупки в Украине по итогам I полугодия 2014 г. Helicopter view [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/311629>.

52. Грисюк Ю. С. Дослідження середовища реалізації проектів і програм у сфері транспорті [Електронний ресурс] / Ю. С. Грисюк, А. В. Лабута. – Режим доступу: http://publications.ntu.edu.ua/visnyk/26_2_2013/108-113.pdf.

53. Громовик Б. П. Асиметрія інформації як чинник нестійкості фармацевтичного ринку / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Маркетинг та логістика в системі менеджменту до 170-річчя Львівської політехніки та 70-річчя кафедри маркетингу та логістики: Х міжнар. наук.–практ. конф., 6–8 листоп. 2014 р., Львів : матер. – Львів, 2014. – С. 87–89.

54. Громовик Б. П. До питання оцінки логістизації регіональної фармацевтичної практики / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики»: матер. IV міжнарод. наук.-практ. конференції 2-3 квітня 2015 р. / ред. кол. О. В. Посилкіна, О. В. Літвінова, Я. Г. Онищенко. – Х.: Вид-во НФаУ, 2015 – С. 124-125.

55. Громовик Б. П. До питання розуміння сутті соціальної фармації / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи : міжн. наук.–практ. інтернет–конф., 17–20 берез. 2014 р., Харків : матер. – Х. : НФаУ. – С. 262–263.

56. Громовик Б. П. Дослідження громадської думки щодо фармацевтичної діяльності / Б. П. Громовик, О. Б. Панькевич, Л. М. Унгурян // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи : Всеукр. наук.–практ. інтернет–конф. за участю міжнар. спеціалістів, 3 квітня 2013 р., Харків : матер. – Х., 2013. – С. 311–313.

57. Громовик Б. П. Конкретизація професійних ролей провизора / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Роль провизора в сучасній системі здравоохранення : междунар. конф., 16–17 мая 2013 г., Омск : матер. – Омск : ОмГМА, 2013. – С. 52–54.

58. Громовик Б. П. Контент-аналіз засобів масової інформації щодо святкування Дня фармацевтичного працівника / Б. П. Громовик, О. Б.

Панькевич, Л. М. Унгурян // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 6. – С. 56–59.

59. Громовик Б. П. Концептуальні питання фармацевтичної логістики та її взаємозв'язок з фармацевтичним маркетингом / Б. П. Громовик // Фармац. журн. – 2001. – № 1. – С. 4–12.

60. Громовик Б. П. Концептуальні питання фармацевтичної опіки / Б. П. Громовик, В. В. Пропіснова, І. А. Зупанець // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2009. – № 1–2. – С. 39–42.

61. Громовик Б. П. Логістичні особливості фармацевтичного обслуговування відвідувачів аптек / Б. П. Громовик, С. М. Мокрянин // Проблемы подготовки профессиональных кадров по логистике в условиях глобальной конкурентной среды: сб. докл. V Международной научно-практической конференции. – К.: НАУ, 2007. – С. 61–64.

62. Громовик Б. П. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька; за ред. Б. П. Громовика. – К.: Медицина, 2008. – 752 с.

63. Громовик Б. П. Наукове бачення взаємозв'язку логістичного обслуговування пацієнтів з концепціями фармацевтичної допомоги і належної аптечної практики / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 4 (73). – С. 81–84.

64. Громовик Б. П. Наукове узагальнення взаємозв'язку логістичного обслуговування з місією і вимогами належної аптечної практики та професійними ролями фармацевтичних фахівців / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: матер. II науково-практичної конференції. – Харків, 2013. – С. 107–109.

65. Громовик Б. П. Нейроекономіка: концептуальні питання та значення для фармації / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 12–14.

66. Громовик Б. П. Неперервна фармацевтична освіта в Україні: науково-методичні аспекти управлінсько-економічної підготовки: монографія / Б. П. Громовик, А. В. Горілик. – Львів: Растр – 7, 2012. – 166 с.
67. Громовик Б. П. Об'єднання підприємств і громадські організації як суб'єкти саморегулювання національного фармацевтичного ринку / Б.П. Громовик, Л.М. Унгурян //Український медичний альманах (додаток). – 2012. – Том 15, № 5. – С. 86-89.
68. Громовик Б. П. Організація та економіка фармації: підручник [для вищ. навч. закл.] / Б. П. Громовик, С.І.Терещук, І.Л.Чухрай; за ред. проф. Б.П.Громовика і доц. С.І.Терещук – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 816 с.
69. Громовик Б. П. Особливості реалізації процесу логістичного обслуговування пацієнтів у системі фармацевтичного обслуговування / Б. П. Громовик // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – № 3. –С. 44–49.
70. Громовик Б. П. Порівняльний аналіз відношення відвідувачів аптек до застосування ліків рослинного походження / Б. П. Громовик, В. П. Попович, О. В. Парамош // Фітотерапія. Часопис. – 2012. – № 2. – С. 56–64.
71. Громовик Б. П. Проблема комунікативності текстів інструкцій для медичного застосування лікарських засобів з погляду управління якістю у фармацевтичній практиці / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Управління якістю в фармації : VIII наук.–практ. конф. з міжнар. участю, 23 трав. 2014 р., Харків : матер. – Х., 2014. – С. 30.
72. Громовик Б. П. Реалії асиметрії інформації у фармацевтичній опіці / Б. П. Громовик, Б. Л. Парновський, Л. М. Унгурян // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 3. – С. 30–33.
73. Громовик Б. П. Ролі аптечних фахівців з погляду соціальної фармації / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. – № 3 (13). – С. 126–128.

74. Громовик Б. П. Социологическое исследование взаимоотношений субъектов лечебного процесса (на примере Львова и Одессы) / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян, О. Б. Панькевич // Рецепт. – 2013. – № 5. – С. 35–43.
75. Громовик Б. П. Стандарти фармацевтичного управління / Б.П. Громовик // Фармац. журн. – 2003. - № 5. – С. 18–28.
76. Громовик Б. П. Теоретико-методологічні та прикладні засади логістичного управління фармацевтичними підприємствами: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / Б. П. Громовик – К., 2005. – 41 с.
77. Громовик Б. П. Теоретичні засади співвідношення логістичного обслуговування в аптеці з концепціями фармацевтичної допомоги і належної аптечної практики / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Маркетинг та логістика в системі менеджменту: тези доп. ІХ міжнар. наук.-практ конфер.. –Львів, 2012. – С. 98–99.
78. Громовик Б. П. Фармацевтична логістика: питання теорії / Б. П. Громовик // Фармац. журн. – 2002. – № 1.– С. 8-19.
79. Громовик Б. П. Фармацевтична логістика: фокус на допомозі пацієнту : монографія / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян. – Львів: Растр–7, 2013. – 212 с.
80. Громовик Б. П. Фармацевтичне обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/324/farmaceutichne-obslugovuvannya>.
81. Громовик Б. П. Характеристика впливу на аптеку факторів зовнішнього середовища прямої дії / Б. П. Громовик, С. М. Мокрянин, О. О. Кухар // Фармац. часопис. – 2007. – №1. – С. 13–19.

82. Громовик Б. П. Характеристика факторов современной внешней среды фармацевтической организации / Б. П. Громовик, С. М. Мокрянин // Провизор.-2007.-№ 19.-С. 14-18.
83. Громовик Б. П. Шляхи розвитку оптового сегменту внутрішнього фармацевтичного ринку / Б. П.Громовик // Фармац. журн.–1998.–№4.–С.6–15.
84. Громовик Б. П. Дослідження мотивації вибору провізорського фаху / Б. П. Громовик, О. Б. Панькевич, Л. М. Унгурян // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: міжн. наук.-практ. інтернет–конф., 28 – 29 берез. 2013 р. Харків: матер. – Х. : НФаУ. – С. 130 – 131.
85. Громовик Б. П. Організаційно-правове забезпечення діяльності Internet-аптек / Б. П. Громовик // Ліки України (додаток). – 2004. – №9 (86). – С. 30–35.
86. Губанова К. Р. Логистический подход в фармацевтической промышленности / К. Р. Губанова, Н. Б. Грошева // Логистические системы в глобальной экономике. - 2014. - № 4. - С. 346-350.
87. Губський І. М. Реклама в аптеках – дійовий засіб поліпшення обслуговування населення / І. М. Губський // Фарм.журн. – 1961. – №1. – С. 75–78. .
88. Гудзенко О. П. Наукові основи удосконалення лікарського забезпечення пільгових категорій населення промислових регіонів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра фарм. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / О. П. Гудзенко/. – Харків, 2004. – 38 с.
89. Гусева В. С. Особенности фармацевтической продукции как объекта современной логистики / В. С. Гусева // Потребительская кооперация. - 2011. - № 3 (34). - С. 29-35.
90. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.drlz.kiev.ua/>.

91. Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення. ДБН В.2.2-17:2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stroynote.com.ua/construction-regulations/document-360.html>.

92. Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Підприємства торгівлі. ДБН В.2.2-23:2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://specteh.dn.ua/images/stories/normativnye_dokumenty/dbn_v.2.2-23-2009.budinki_sporudi_pidpr_torg.pdf.

93. Джупарова И.А. Использование фармацевтической географии в проблеме оптимизации лекарственного обеспечения граждан [Электронный ресурс] / И.А. Джупарова, Е.А. Абрашкина // Медицина и образование в Сибири (сетевое издание). – 2011. - № 2. – Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=479.

94. Дзюба М. Т. Роль засобів масової інформації в формуванні громадської думки / М. Т. Дзюба // Сучасні інформаційні технології у сфері безпеки та оборони. – 2008. – №1. – С. 77 – 81.

95. Довбенко М. Нобелівська премія за розробку теорії асиметричної інформації / М. Довбенко // Економіка України. – 2003. – № 10. – С. 86–90.

96. Долголикова А. Н. Организация работы аптек Дании /А. Н. Долголикова, Е. Л. Александрова, М. М. Кравец //Вестник фармации 2006. - № 1 (31). – С 1. – 6.

97. Дорожовець Х. Основи здоров'я по-німецьки [Електронний ресурс] / Х. Дорожовець. – Режим доступу: http://www.aptekagal.com.ua/show_article.php?year=2007&month=18&num=10.

98. Дорофеева В.В. Правила и нормы свободной выкладки товаров [Электронный ресурс] / В.В.Дорофеева, Ю.В.Харитонская. – Российские аптеки. – 2004. – №3. – Режим доступа: <http://rosapteki.ru/arhiv/detail.php?ID=1191>.

99. Дорохова Л. П. Модель порівняння роботи оптових фармацевтичних фірм за м'якими оцінками параметрів обслуговування аптечних закладів / Л. П. Дорохова, І. Л. Оккерт // Запорозький медичний журнал. – 2010. – Том 12, № 1. – С.59–62.

100. Дорохова Л. П. Порівняння оптових фармацевтичних підприємств з використанням бінарних оцінок параметрів логістичного обслуговування аптечних закладів / Л. П. Дорохова // Вісник фармації. – 2009. – № 1. – С. 54–57.

101. Дослідження стану забезпечення фармацевтичної галузі фахівцями з логістики / Р. В. Сагайдак-Нікітюк, О. В. Посилкша, Н. В. Демченко, О. В. Козирева // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 5. – С. 63–68.

102. Дремова Н. Б. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении / Н. Б. Дремова, А. И. Овод, Э. А. Коржавых. – Курск: КГМУ, 2009. – 412 с.

103. Дремова Н. Б. Фармацевтическая помощь как новая форма обслуживания населения / Н. Б. Дремова, А. И. Овод // Аптечный бізнес. – 2007. - № 1. – С. 37-40.

104. Дремова Н. Б. Фармацевтическая помощь: концепция, направления (на примере пациентов, больных раком молочной железы) / Н.Б.Дремова, Т.М. Литвинова // Новая аптека. 2001. -№7. - С. 35-43.

105. Дремова Н. Фармпомощь от Голландии до Японии / Н. Дремова, А. Овод, Т.Литвинова // Фармацевтический вестник. – 2006. – №3. – С. 30–31.

106. Дуб Л. Р. Стандарт ISO 9001 в аптечному закладі: оцінка діяльності підприємства відвідувачами / Л. Р.Дуб // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. - №3–4. – С. 191–197.

107. Дударева З. І. Про нове в медикаментозному обслуговуванні населення / З І. Дударева // Фармац. журн. – 1962. – №4. – С. 59–61.

108. Дудко Н. В. О проблемах и перспективах высшего образования в Украине в контексте европейского образования / Н. В. Дудко // Вектор науки ТГУ. – 2010. – № 2 (2). – С. 43–46.
109. Еволюція фармацевтичної опіки: історія процесу та трактування / А. Б. Зіменковський, Т. Б. Ривак, Ю. С. Настюха, Х. І. Макух // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2009. – №3–4. – С. 78–83.
110. Егорова С. Н. Аптечный мерчандайзинг и рациональное применение ОТС-препаратов / С. Н. Егорова, Г. С. Яровиков, Т. А. Ахметова // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 12–14.
111. Елегант-Групп [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.favor.com.ua/company/elegant-group/>.
112. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nfau.in.ua/?page_id=2840.
113. Європейська Бізнес Асоціація [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.eba.com.ua.
114. Жилиякова Е. Т. Использование аромаркетинга в посетительском менеджменте фармацевтической организации / Е. Т. Жилиякова, Н. Н. Сабельникова, Е. Ю. Тимошенко // Вестник новых медицинских технологий – 2009 – Т. XVI, № 3 – С. 75-76.
115. Жукова О. Аптеки родины аптек [Электронный ресурс] / О Жукова // Фармацевтический вестник. – 2014. – 18 нояб. – Режим доступа: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/aptekar/obrazovanie-i-karjera/apteki-rodiny-aptek.html>.
116. Жукова О. Аптеки страны спагетти и пиццы [Электронный ресурс] / О. Жукова // Аптекарь.– 2012. – № 10. – Режим доступа: <http://www.aptekarjournal.ru/archive/2012/151/5248.html>.

117. Завдання органів та закладів охорони здоров'я УРСР по дальшому поліпшенню діяльності аптечної служби // Фармац. журн. – 1985. – №1. – С. 6–22.

118. Задорожнюк Н. А. Нейромаркетинг и его особенности / Н. А. Задорожнюк // Економічний форум, 2013. – Вип. 3. – С. 126–129.

119. Закон України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" від 12.07.2001 № 2664-III (редакція від 08.01.2012) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua.

120. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/print1382613528661298>.

121. Захарочкина Е. Р. Атмосфера торгового зала аптечної організації [Електронний ресурс] / Е.Р. Захарочкина. – Московские аптеки. – 2005.– № 12. – Режим доступа: http://www.zonazakona.ru/law/zakon_med/395/.

122. Зелінський А. М. За дальше поліпшення медикаментозної допомоги населенню / А. М.Зелінський //Фармац. журн. – 1973. –№2.– С.3–7.

123. Зіменковський А. Б. Концепція DRP як частина філософії раціональної фармакотерапії, інтегрованої з системою фармацевтичної опіки / А. Б. Зіменковський, Т. Б. Ривак, Н. Л. Ханик // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1–2. – С. 23-31. 19.

124. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д-ра мед. наук: 14.02.03 «Соціальна медицина» / А. .Зіменковський. – К., 2007. – 35 с.

125. Зіменковський А. Б. Ліко-пов'язані проблеми фармакотерапії (DRP) та методологія їх оцінки і стандартизації / А. Б. Зіменковський, Т. Б.

Ривак, Н. Л. Ханик // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1–2. – С. 16–22. .

126. Зупанець І. А. Фармацевтична опіка / І. А. Зупанець // Фармацевтична енциклопедія; голова ред. ради В. П. Черних. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К.: Моріон. – С. 1455-1456.

127. Зырянов А. Логистизация распределительных систем: определения, оценка эффективности / А. Зырянов, Т. Синагатуллин // РИСК: Ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. - 2009. - № 1. - С. 21-24.

128. Иванова И. Сенсорный маркетинг [Электронный ресурс] / И. Иванова // Продвижение продовольствия. Prod&Prod. – 2009. – № 10/11. – Режим доступа : <http://habeas.ru/prod/2009/10-11/annonces/sensornyjmarketing>.

129. Индийская Sun Pharma отзывает из продажи в США свыше 40 тыс. флаконов ЛС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/indijskaya-sun-pharma-otzyvaet-iz-prodazhi-v-ssha-svyshe-40-tys-flakonov-ls/>.

130. Инициативы для пациентов и потребителей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://b2b.alphega-apteka.ru/initiatives-for-patients>.

131. Исполнительный директор Takeda признался в ненадлежащей рекламе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/ispolnitelnyj-direktor-takeda-priznalsya-v-nenadlezhashhej-reklame-blopress/>.

132. Какие тесты можно сделать прямо в аптеке и сколько это стоит [Электронный ресурс] // МКЭстония : [сайт]. – 2014. – Режим доступа: <http://www.mke.ee/zdorovje/kakie-testy-mozhnosdelat-priamo-v-apteke-i-skolko-eto-stoit>.

133. Кан Е. Ю. Нейромаркетинг – механизм манипулирования потребителем [Электронный ресурс] / Е. Ю. Кан // Бизнес навигатор. - 2009. - № 1. – Режим доступа : http://nbuv.gov.ua/Portal/Soc_Gum/Biznes/2009_1/2009/01/090117.pdf.

134. Карнаухов С. Б. Логистические системы в экономике России / С. Б. Карнаухов. – М. : ООО Фирма «Благовест-В», 2002. – 216 с.
135. Киров Е. Ф. Теоретические проблемы моделирования языка / Е. Ф. Киров. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1989. – 254 с.
136. Кирьянов А. В. Повышение эффективности внутрифирменного обучения персонала промышленного предприятия: автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.э.н.: спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» / А. В. Кирьянов. – М. : 2005. – 25 с.
137. Клепиков О. Нейромаркетинг: мифы, реальные цели и ловушки [Электронный ресурс] / О. Клепиков, М. Чернова. – Режим доступа : <http://www.marketing.spb.ru/lib-around/science/neuromarketing.htm>.
138. Клієнт чи пацієнт? // Фармацевт-практик. – 2012. – № 12. – С.6–7.
139. Клімов О. І. Підсумки роботи об'єднання “Укрфармація” за 1993 рік та шляхи виходу з кризового становища в медикаментозному забезпеченні населення і закладів охорони здоров'я / О. І. Клімов // Фармац. журн. – 1994. – № 2. – С. 3–22.
140. Клушко Н. С. Удосконалення процесу логістичного обслуговування вітчизняних фармацевтичних підприємств на умовах аутсорсингу // БізнесІнформ. – 2012. - № 6. – С. 196–199.
141. Ключарев В. А. Нейроэкономика: нейробиология принятия решений / В. А. Ключарев, А. Шмидс, А. Н. Шестакова // Экспериментальная психология. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 14–35.
142. Ковалева О. И. Алгоритм управления информационным потоком в снабжении аптечной сети / О. И. Ковалева, Н. В. Широченко // Современные проблемы экономического и социального развития. - 2014. - № 10. - С. 109-112.
143. Кодекс професійної етики українського журналіста, прийнятий на Х з'їзді Національної спілки журналістів України (квітень 2002 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://centra.net.ua/old/codensju.htm>.

144. Кодекс України про адміністративні правопорушення (редакція від 07.07.2014) [Електроний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

145. Козачок И. В. Экономическая сущность асимметрии информации и ее влияние на функционирование рынка / И. В. Козачок, С. Г. Краснова // Сибирская финансовая школа: АВАЛЬ. – 2007. – № 2. – С. 29–35.

146. Колесніков А. Нейромаркетинг: новітні інструменти ототожнення бренду [Електронний ресурс] / А. Колесніков, Н. Шульгат // Соціально-економічні проблеми і держава. – 2011. – Вип. 2 (5). – Режим доступу : <http://sepd.tntu.edu.ua>.

147. Контрактное производство и услуги (аутсорсинг) в фармотрасли / В.Могилюк, Е.Резцов, Д.Рябко, Е.Могилюк // Фармацевтическая отрасль. – 2010. – № 1 (18). – С. 24–27.

148. Король А. Н. Нейромаркетинг как инновационная технология повышения результативности маркетинговых коммуникаций [Электронный ресурс] / А. Н. Король // Вестник ТОГУ. – 2013. – № 3(30). – С. 189–194. – Режим доступа : <http://pnu.edu.ru/media/vestnik/articles-2013/933.pdf>.

149. Кравец А. Об активных аптечных продажах / А. Кравец // Рецепты аптечных продаж. – 2011. – № 1. – С.20–25.

150. Крутиков А. А. Вопросы надлежащей аптечной практики / А. А. Крутиков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2012. - Т. 2. - № 2. - С. 107.

151. Крюкова Е. Нейроменеджмент: тайные коммуникации лидера [Электронный ресурс] / Е. Крюкова // СІО: руководитель информационной службы. – 2012. – № 12. – С. 76 – 79. – Режим доступа: http://www.computerra.ru/cio/wp-content/uploads/2012/12/СІО_12-121.pdf.

152. Кугач В. В. Оптимизация очередей в аптеке / В. В. Кугач, Т. Л. Петрище, А. И. Ковальчук // Вестник фармации. - 2014. - № 2 (64). - С. 5-10.

153. Кугач В. В. Японская фармация: традиции и современность / В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова // Рецепт. - 2007. - № 3 (53). - С. 15-22.
154. Кузьменко Я. Г. Распределение социальных ролей в современной фармации : автореф. дис. на соиск. уч. степ. к. социол. н. : спец. 14.00.52 «Социология медицины» / Я. Г. Кузьменко. – Волгоград, 2004. – 24 с.
155. Курбатов О. Н. Взаимодействие базовой и инновационной логистики / О.Н. Курбатов, Д. Т. Новиков, Ф. Д. Новиков // Товародвижение и логистика: формирование и развитие научных школ: сб. науч. тр. – Екатеринбург: Изд-во УрГЭУ, 2007. - С.40.
156. Курская А. Кого готовят фармацевтические вузы [Электронный ресурс] /А. Курская. – Режим доступа: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/obrazovanie-ne-dlja-zhizni.html#.U7QzEUCgSIU>.
157. Куценко С. А. Удосконалення діяльності оптових фармацевтичних підприємств на основі логістичного моделювання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / С.А.Куценко. – Х., 2007. – 19 с. 46.
158. Лебединець В.О. Аналіз специфіки систем управління якістю фармацевтичних підприємств / В.О. Лебединець, С.М. Коваленко, А.В. Бурсаков // Управління, економіка та забезпечення якості у фармації. – 2008. – №2. – С.4–9.
159. Лебединець В.О. Деякі аспекти впровадження систем управління якістю в аптечних закладах / В. О. Лебединець, М. Шубладзе // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2012. - № 5(25). – С.28–33.
160. Леонтьева Ф. Р. Мерчандайзинг в аптеке закрытой формы торговли: Учебно-методическое пособие для системы последилового образования провизоров / Ф. Р. Леонтьева, Г. С. Яровиков, С. Н. Егорова. – Казань: КГМУ, 2010. – 29 с.

161. Лечение с обездоливанием [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://markets.eizvestia.com/full/17965>.
162. Личко А. Д. Исследование воздействия на покупателей музыки в торговых помещениях / А. Д. Личко, Е. М. Михалькова // Экономика и управление: новые вызовы и перспективы. – 2011. – Т. 1, № 2. – С. 288-290.
163. Ліки з однією і тою ж діючою речовиною мають однакову лікувальну дію [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.diklz.gov.ua/news/lik-i-z-odnieyu-i-toyu-zh-diyuchoyu-rechovinoyu-mayut-odnakovu-likuvalnu-diyu>.
164. Логістичні підходи до проектування складської підсистеми в новій моделі медичного постачання військ /В.В. Трохимчук, С.Г. Убогов, Т.М. Будникова, О.П. Шматенко/ //Фармацевтичний журнал. – 2006. – № 4. – С. 36–41.
165. Лозюк В. Потребительские предпочтения посетителей аптек / В. Лозюк // Провизор. – 2005. – № 20. – С. 3–4.
166. Лозюк В. Потребительские предпочтения посетителей аптек [Электронный ресурс] / В. Лозюк. – Режим доступа : http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N20/art_03.php.
167. Лопатин П. В. Концепция фармацевтической помощи / П.В. Лопатин // Фармацевтическая биоэтика: мат. межд. конф. - М.: Фармацевтический мир, 1997.- С.8-9.
168. Лопатин П.В. Необходимо организовать систему научной информации по фармации / П.В.Лопатин, Г.В.Лопатин //Апт. дело.– 1959.– №3.–С.48–51.
169. Лошаков І. П. Архітектурне вирішення інтер'єрів аптек / І. П. Лошаков // Фармацевтичний журнал. – 1981. – № 2. – С. 27–30.
170. Львовские фармацевты осуждены за подделку более 50 наименований лекарств – приговор вступил в силу [Электронный ресурс]. Фармацевтический дайджест № 38 (269). – Режим доступа:

<http://pharma.net.ua/lvovskie-farmacevty-poluchili-uslovnnye-sroki-za-poddelku-bolee-50-naimenovanij-lekarstv>.

171. Людина, яка прийшла до аптеки – це пацієнт чи клієнт? / Б.Л.Парновський, Г.Ю.Яцкова, О.М.Заліська та ін. // Провизор.-2011. – №5. – С.18–19.

172. Макарова Т. Н. Нейромаркетинг. Новые возможности организации продаж [Электронный ресурс] / Т. Н. Макарова, М. А. Степанова. – Режим доступа : <http://sarrsute.ru/images/stories/articlefoto/rio/journal/journal6-22/Makarova.pdf>.

173. Максимкина Е.А. Институциональные основы формирования и функционирования системы саморегулирования фармацевтического рынка России: автореф. дисс. на соиск. уч. степени д-ра фарм. наук: спец. 15.00.01 – «Технология лекарств и организация фармацевтического дела» / Е.А.Максимкина.- М., 2004.- 46 с.

174. Максимова-Ладьяна Н. И. Специфика асимметрии информации в сфере здравоохранения / Н. И. Максимова-Ладьяна // Труды СГА. – 2011. – № 6. – С. 111–122.

175. Маркетинговое исследование «Потребительские предпочтения посетителей аптек» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://metamarketing.com.ua/data/knowledge/drugstores.pdf>.

176. Математические модели прогнозирования спроса /А.Н.Уздеников, Т.Г.Шакиров, В.А.Лотоцкий и др. //Фармация. – 1984. – №3.–С.1–5.

177. Менеджмент у фармації: Підручник / О. Є. Кузьмін, Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька, О. Г. Мельник ; за ред. О. Є. Кузьміна і Б. П. Громовика. – Вінниця : Нова книга, 2005. – 444 с.

178. Мерчандайзинг в аптеке [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bibliofond.ru/view.aspx?id=20116>.

179. Место интернет-аптек во всемирной паутине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/100525>.
180. Методика количественной оценки фармацевтической помощи населению и рекомендации по ее повышению / Л.В. Мошкова, Е.С. Зверева, И.А. Левицкая, Н.И. Подгорбунских // Эконом, вестн. фармации. 2003. - № 3. - С.90-95.
181. Методичні засади оцінки ефективності діяльності і конкурентоспроможності контрактно-дослідних організацій з надання логістичних послуг у сфері клінічних досліджень / О.В. Посилкіна, І.А.Зупанець, А.Г. Хромих, В.В.Ніколаєва // Клінічна фармація. – 2012. – Т. 16, №4. – С.17–24.
182. Мешковский А. П. ВОЗ о роли фармацевта в системе здравоохранения / А.П. Мешковский // Фарматека. – 1999. – № 6. – С.3–6.
183. Мешковский А. П. Развитие фармацевтической практики: международные документы / А.П. Мешковский. - Новая аптека. - 2007.- № 12.- С.49-55.
184. Мигаль С. П. Інформаційна роль сучасного аптечного середовища / С. П. Мигаль // Фармац. журн. – 1973. – № 4. – С. 92–94.
185. Мигаль С. П. Кольоровий клімат аптеки / С. П. Мигаль, І. І. Сердюк // Фармац. журн. – 1972. – № 1. – С. 88–92.
186. Мирели Э.Д. Геомаркетинг в фармацевтическом бизнесе как способ применения логистической концепции / Э.Д. Мирели // Экономика: вчера, сегодня, завтра. - 2013. - № 5-6. - С. 59-66.
187. Міжнародна громадська організація "Асоціація виробників, розробників та операторів ринку спеціальних харчових продуктів та лікувально-профілактичних косметичних засобів" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://skarbzdorovia.com.ua/?q=node/47>.
188. Міжнародний досвід становлення та розвитку соціальної фармації / А. А. Котвіцька, О. О. Суріков, І. В., І. В. Кубарева та ін. //

Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. всеукр наук.-практ. інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів; ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 29–39.

189. Мнушко З.М. Аналіз напрямків зарубіжних досліджень з економіки, менеджменту та маркетингу у фармації / З.М.Мнушко, І.В. Софронова // Вісник фармації.–2004.– №3 (39).– С.53–58.

190. Мнушко З.М. Розвиток логістичного моделювання діяльності оптових фармацевтичних підприємств на фармацевтичному ринку / З. М. Мнушко, С. А. Куценко, Л. П. Дорохова // Фармац. журн. – 2005. – №5. – С. 3–7.

191. Мнушко З.М. Формалізація параметрів якості логістичного обслуговування на фармацевтичному ринку на основі функцій приналежності / З. М. Мнушко, С. А. Куценко, Л. П. Дорохова // Фармац. журн. – 2005. – № 1. – С. 16–20.

192. МОЗ УРСР 18.08.64 р. за №АМ–13 затвердило положення про відділ інформації обласного аптечного складу // Фармац. журн.–1964.–№6.– С.85.

193. Молодий фахівець: переваги і недоліки випускників українських ВНЗ [Електронний ресурс] / Огляд актуальної наукової дискусії про перспективи розвитку світу в цілому й України як його частини та висновки експертного дослідження. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень, 2008. – Режим доступу : <http://ruh.znaimo.com.ua/index-26854.html?page=12>.

194. Молчанов И. Звуки и музыка в мерчандайзинге [Электронный ресурс] / И. Молчанов. – Режим доступа: <http://psyfactor.org/merchan3.htm>.

195. Московец Н.С. Про організацію безвідмовного відпуску медикаментів населенню / Н.С. Московец //Фармац. журн. – 1976.–№3.– С.23–26.

196. Мурашко А.М. Належна аптечна практика / А.М.Мурашко, О.Л.Левашова // Фармацевтична енциклопедія; голова ред. ради В.П.Черних. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К.: Моріон. – С. 956. 25.

197. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/13215>, <http://www.apteka.ua/article/13233>, <http://www.apteka.ua/article/13254>, <http://www.apteka.ua/article/13291>. .

198. Наказ Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України № 340 від 21.09.2010 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0968-10>.

199. Наказ МОЗ України № 166 від 26.02.2013 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0403-13/para8#n8>.

200. Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу 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» (редакція від 06.05.2014) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05>.

201. Наказ МОЗ України № 590 від 01.12.2004 «Про затвердження опису зовнішнього сигнального покажчика аптечного закладу та його структурного підрозділу» (редакція від 16.07.2005) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1563-04>.

202. Наказ МОЗ України № 723 від 31.10.2011 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1420-11/page>.

203. Наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки» (у редакції наказу МОЗ України № 242 від 27.03.2013) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/docfiles/N242_2013_dod1010.pdf.

204. Наказ МОЗ України від 11.10.2013 № 875 «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://devel.apau.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=448:2011-08-11-2&catid=14:law&Itemid=18.

205. Наказ МОЗ України від 30.05.2013 № 455 «Про затвердження настанови «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/240270>.

206. Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП); Стандарт, Міжнародний документ від 01.01.2011[Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/go/897_009.

207. Настанова. Лікарські засоби. Належна практика зберігання СТ-Н МОЗУ 42-5.1:2011. Видання офіційне. – Київ.: Міністерство охорони здоров'я України, 2011 – 26 с.

208. Науково-практичне обґрунтування аптечного нейромаркетингу : методичні рекомендації (149.14/29.15)/ укл. Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик. – К. : Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, 2015. – 28 с.

209. Невзоров Б. П. Проблемы модернизации высшего профессионального образования / Б. П. Невзоров // Экономика образования. – 2005. – № 5. – С. 5–11. .

210. Неволина Е. В. Английские аптеки: взгляд со стороны потребителя / Е.В. Неволина // Вестник Росздравнадзора. – 2011. - № 2. - С.34-38.

211. Нейромаркетинг – новый инструмент познания потребителя и создания бренда (24.08.2011) [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://riamoda.ru/article/news-nejromarketing-novyj-instrument-poznaniy.html>.

212. Немченко А. С. Діалектика та методологія організації фармацевтичної допомоги населенню за умов впровадження обов'язкового медичного страхування / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова, В. В. Пропіснова // Клінічна фармація. – 2009. – № 1. – С. 31–36.

213. Немченко А. С. Теория и практика организации фармацевтической помощи населению в условиях медицинского страхования / А.С.Немченко, А.Л.Панфилова //Международный медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С.101–106. .

214. Немченко А. С. Фармацевтична допомога / А. С.Немченко, Г. Л. Панфілова // Фармацевтична енциклопедія / Голова ред. ради В. П. Черних. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К. : Моріон, 2010. – С. 1453.

215. Нильва И.Е. Перспективы развития саморегулирования на российском фармацевтическом рынке: автореф. дисс. на соиск. уч. степени д-ра фарм. наук: спец. 14.04.03 «Организация фармацевтического дела» / И.Е.Нильва. - Санкт-Петербург, 2010. – 45 с.

216. Нікітіна Н.І. Постановка інформаційної роботи про лікарські засоби в центрі фармацевтичної інформації / Н.І.Нікітіна //Фармац. журн. – 1979.–№2.–С.10–12.

217. Об'єднання організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.conf.eu.org/ua/members/medical.html>.

218. Овод А.И. Разработка методологии фармацевтической помощи некоторым категориям больных (на примере урологии): автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра фарм. наук: 15.00.01 «Технология лекарств и организация фармацевтического дела» / А.И.Овод. – М., 2006. – 47 с.

219. Олейников Д. Аптеки в Интернет: Будущее фармбизнеса или угроза обществу? / Д. Олейников //Еженедельник Аптека.–1999.–№31 (202). – С11.

220. Олійник Я.Б. Міжнародна логістика: навч. пос. /Я.Б. Олійник, І.Г. Смирнов. – К.: Обрії, 2011. – 546 с.

221. Онлайн-версія академічного тлумачного «Словника української мови» в 11 томах (1970–1980) [Електронний варіант]. – Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/dopomogha>.

222. Опрацювання програми емпіричного соціологічного дослідження: методичні вказівки до виконання контрольних робіт для студентів спеціальності 040201 «Соціологія» / упор. В. Є. Савка, М. В. Школяр, Р. О. Савчинський та ін. – Львів: Інститут гуманітарних та соціальних наук Національного університету «Львівська політехніка», 2008. – 45 с. .

223. Орбан-Лембрик Л. Особливості формування громадської думки / Л.Орбан-Лембрик // Соціальна психологія. - 2004 . - №2 (4). - С. 77-89.

224. Осина Н. А. Удовлетворенность населения фармацевтической помощью / Н. А. Осина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2015. - Том 5. - № 5. – С. 781.

225. Основы научных исследований : учебник [для высш. уч. завед.] / В. И. Крутов, И. М. Грушко, В. В. Попов и др. ; под. ред. В. И. Крутова, В. В. Попова. – М. : Высш. шк., 1989. – 400 с.

226. Особливості застосування небівололу в медичній практиці / У. Я. Янишин, А. В. Горілик, С. Є. Прокіп, Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Мистецтво лікування. – 2013. – №4. – С.123–127.

227. Особливості становлення фармацевтичної допомоги в Україні за 1950–2010 роки / Б. П. Громовик, В. В. Пропіснова, Л. М. Унгурян, І. А. Зупанець //Одеський медичний журнал. – 2012. – № 2. – С. 15–19.

228. Остащук Т.Я. Актуальні проблеми фармацевтичної інформації / Т.Я.Остащук, Б.Л. Парновський // Фармац. журн. – 2002.– №2.– С.22–33.

229. Павленко Т. С. Нетрадиционные современные виды маркетинга [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.nauchforum.ru/ru/node/1144>.

230. Панфілова Г. Л. Фармацевтична допомога як історична, нормативно-правова та соціально-економічна категорія в системі охорони здоров'я і фармацевтичному забезпеченні населення / Г. Л. Панфілова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2014. – № 2 (15). – С. 89–97.

231. Парновский Б.Л. Исследования в области теории и практики фармацевтической информации: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра фарм. наук: 15.00.04 «Организация фармацевтического дела» / Б.Л.Парновский. – М., 1978.–22 с. .

232. Парновський Б. Л. Проблеми інтеграції систем медичної та фармацевтичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні / Б. Л. Парновський, Н. А. Прилипко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2010. – № 1 (9) . – С. 40–44.

233. Перший крок на шляху професійного самоврядування: відбулися установчі збори Фармацевтичної палати України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/317614>.

234. Петров А. Г. Развитие и внедрение фармацевтической помощи - важнейший аспект профессиональной деятельности фармацевтического работника / А.Г. Петров // Медицина в Кузбассе. - 2014. - № 3. - С. 10-16.

235. Петров А.Г. развитие и внедрение фармацевтической помощи - важнейший аспект профессиональной деятельности фармацевтического работника / Петров А.Г. // Медицина в Кузбассе. - 2014. - № 3. - С. 10-16.

236. Пиливанова Е. К. Логистические аспекты организации розничной торговли мегаполиса (на примере Ростова-на-Дону): автореф. дисс. на соиск. научн. степени канд. экон. наук: спец. 08.00.05 «Экономика и управление» / Е.К. Пиливанова. – Ростов-на-Дону, 2006. – 26 с.

237. Письмо Минздрава СССР от 26.02.1987 п 03-14/11-14 "О внедрении бригадной организации и стимулирования труда в аптечных учреждениях" (вместе с "Методическими рекомендациями по бригадной форме организации и стимулирования труда в аптечных учреждениях", утв. Минздравом СССР от 25.02.1987, согласованными с ЦК профсоюза медработников от 19.02.1987) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rudocor.net/medicine/bz-yw/med-cmpyh.htm>.

238. Питуляк Н. С. Організаційно-економічні механізми удосконалення процесів логістики аптечних мереж: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності)» / Н.С. Питуляк. - Львів, 2011. - 20 с.

239. Півень О. П. Нейромаркетинг [Електронний ресурс] / О. П. Півень. – Режим доступу : <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/5705/nejromarketing>.

240. Піняжко Р.М. Застосування електронно–обчислювальної техніки для фармацевтичної інформації / Р.М.Піняжко, О.І.Шевчук, Б.Л.Парновський // Фармац. журн. –1974.–№2.– С.76.

241. Погребняк О.К. Стан інформаційної роботи в аптечній службі України і шляхи її удосконалення / О.К. Погребняк // Фармац. журн. – 1979. – №2. – С.6–10.

242. Половина лекарств в интернет-аптеках Украины – подделка [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/polovina-lekarstv-v-internet-apteках-poddelka/>.

243. Посилкіна О. В. Актуальні проблеми розвитку клінічної логістики в Україні / О.В.Посилкіна, І.А. Зупанець, А.Г. Хромих // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 2(22). – С. 78–85.

244. Посилкіна О. В. Актуальність впровадження інтегрованої логістики в фармації / О.В. Посилкіна, А.Г. Хромих // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – № 5(19). – С. 36–42.

245. Посилкіна О. В. Сутність та особливості організації логістичного аудиту на фармацевтичних підприємствах в умовах менеджменту якості / О. В. Посилкіна, А. П. Юрченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 2(4). – С.57–62.

246. Посилкіна О. В. Формування процесної моделі організації логістичного аудиту на фармацевтичних підприємствах / О. В. Посилкіна, А. П. Юрченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2010. – № 5(13). – С. 29–35.

247. Постанова КМ України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-п>.

248. Постанова КМ України від 28 жовтня 2004 р. № 1419 «Деякі заходи щодо забезпечення якості лікарських засобів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1419-2004-п>. .

249. Правила движения покупателя по магазину [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://blog.sellgroup.ru/planirovanie/pravila-dvizheniya-pokupatelya-po-magazinu/>.

250. Прикладные нейронауки [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.tls-studio.ru/fib46hru/Прикладные_нейронауки.

251. Принципы товароведческого анализа аппаратов для измерения артериального давления и фармацевтической опеки при их реализации / Б. П. Громовик, Н. Б.Ярко, Н. В.Галайко та ін. // Провизор.–2005.–№15.–С.7–11.

252. Про АІРМ Україна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://aipm.org.ua/about_us.php?lang=1.

253. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії : Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/151151>.

254. Про роботу виробничих об'єднань “Фармація” за 1988 рік і завдання по удосконаленню лікарської допомоги населенню республіки // Фармац. журн. – 1989.– №4. – С.3–8.

255. Проблеми інформаційного забезпечення хворих при фармацевтичній опіці / Б. Л.Парновський, О. Б. Блавацька, О. В. Юрченко та ін. // Фармац. журн. –2004.–№2.–С.8–13.

256. Проект Закону України "Про саморегулівні організації" №4841-д від 23.07.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT0167.html.

257. Проект розпорядження КМ України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://pda.apteka.ua/article/295096>.

258. Раздорская И. М. Анализ профессиональных проблем провизоров и фармацевтов, обслуживающих покупателей / И. М. Раздорская, Е. Ю.

Тимошенко, Л. Н. Кучерявенко // Тихоокеанский медицинский журнал. 2010. – № 2. – С. 100–101.

259. Раздорская И. М. Разработка концепции формирования новых персонал-технологий в фармацевтических организациях // И. М. Раздорская, Е. Ю. Тимошенко, Л. Н. Кучерявенко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 87–90.

260. Реєстр благодійних організацій (станом на 21.07.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.minjust.gov.ua/0/18502>.

261. Реєстр громадських організацій (станом на 21.07.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drсу.gov.ua/show/2419>.

262. Рекомендації Держлікслужби суб'єктам роздрібної торгівлі щодо реалізації пілотного проекту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/154941>.

263. Ретроспективный анализ аптечной сети украины за 40 лет: структура, кадры / Н. С. Пономаренко, А. С. Соловьев, Ю. Н. Григоруц, О. В. Кирпач // Фармация. - 2014. - № 2. - С. 32-34.

264. Розподіл постійного населення України за статтю та віком станом на 1 січня 2014 року: статистичний збірник. К. : Державна служба статистики України, 2014. – 413 с. .

265. Розробка стандартів фармацевтичної діяльності. Фокус на допомогу пацієнтові: посібник, редакція 2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/8663>.

266. Роль соціально-політичних газет у формуванні громадської думки з питань фальсифікації лікарських засобів / Л. М. Унгурян, О. Б. Панькевич, Б. П. Громовик, Н. А. Прилипко // Одеський медичний журнал. – 2014. – № 1. – С. 5-10.

267. Романюха С. Нейромаркетинг. Сила емоцій в протівовес отжившим представлениям / С. Романюха // Отдел маркетинга. – 2010. – № 3 – С. 43–48.

268. Руденко В. М. Математична статистика: навчальний посібник. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 304 с.

269. Сагайдак-Нікітюк Р. В. Обґрунтування моделі навчання персоналу з логістики для потреб фармацевтичної галузі /Р. В. Сагайдак-Нікітюк // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 6. – С. 68-74.

270. Сагайдак–Нікітюк Р. В. Методичні підходи до розрахунку оптимальної площі складів фармацевтичних підприємств з урахування вимог логістики та міжнародних правил GMP і рекомендацій GSP //Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 3. – С. 71–75.

271. Сагайдак–Нікітюк Р. В. Теоретичні та науково-практичні засади управління потоковими процесами у фармацевтичній галузі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / Р. В. Сагайдак–Нікітюк. – Х., 2013. – 44 с.

272. Сагайдак Р. В. Логістичний підхід до управління матеріальними ресурсами на фармацевтичному підприємстві : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків і організація фармацевтичної справи» / Р. В. Сагайдак. – Х., 2002. – 16 с.

273. Сальников О. В. Мерчандайзинг: влияние эмоциональных факторов на принятие решения о покупке [Электронный ресурс] / О. В. Сальников – Режим доступа: <http://ekonomic.narod.ru/nbene/market/fmarket21.htm>.

274. Самогулова А. Нейроменеджмент – лидерство без ментальных ограничений // ITPartner. - 2012. - №3 (14). – С. 90 – 92.

275. Саморегулівні об'єднання ринку цінних паперів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://buklib.net/component/option,com_jbook/task,view/Itemid,99999999/catid,145/id,4977/.

276. Семененко А. И. Логистика. Основы теории: учебник для вузов / А. И. Семененко, В. И. Сергеев. - СПб.: Издательство «Союз», 2003. – 544 с.
277. Семенко А. И. Логистика. Основы теории / А. И. Семенко, В. И. Сергеев. – СПб.: Издательство «Союз», 2009. – 544 с.
278. Семотюк О. Л. Контент-аналіз як метод семантичної експертизи в судовій лінгвістиці / О. Л. Семотюк, Х. М. Гайдис // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. Розділ III. Теоретичні засади, прийоми й методи лінгвістичних досліджень. – 2010. – № 9. – С. 198–201.
279. Сергиенко О. Изучаем выбор современного потребителя / О. Сергиенко // Еженедельник Аптека. – 2012. – № 839 (18). – С. 2–3.
280. Сила искусства. Как использовать музыку для повышения продаж [Электронный ресурс] // Индустрия рекламы. – 2007. – №5. – Режим доступа: http://www.digitalsignage-service.ru/ds_article4.aspx.
281. Сланевская Н. М. Использование новых социальных дисциплин на базе нейронауки для проектирования социально-экономического развития и улучшения качества государственного управления / Н. М. Сланевская // Научное, экспертно-аналитическое и информационное обеспечение национального стратегического проектирования, инновационного и технологического развития России: сб. науч. трудов пятой Всероссийской научно-практ. конфер.; под редакцией Ю. С. Пивоварова. – М.: ИНИОН РАН, 2009. – Часть 2. – С. 95–100.
282. Случанко И. Санитарная статистика. Ч.1: Методика статистического исследования / И. Случанко. – М., 1981. – 118 с.
283. Смирнова С. А. Иркутский потребитель услуг аптечных учреждений (данные социологического опроса) / С. А.Смирнова // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2002. – № 1. – С.43–48.

284. Современная модель фармацевтического образования Казахского Национального Медицинского Университета им. С. Д. Асфендиярова [Электронный ресурс] / А. А. Аканов, М. А. Абирова, Г. О. Устенова, У. М. Датхаев, А. Р. Шопабаева. – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31136349.

285. Согоконь Л. Фармацевтическое образование в Великобритании [Электронный ресурс] / Л. Согоконь, С. Согоконь // Провизор. – 2003. – Вып. 6. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2003/N6/art_37.php.

286. Соколова А. П. Нейромаркетинг как инструментарий торгового сервиса / А. П. Соколова // Сервис в России и за рубежом. – 2013. – № 7 (45). – С. 90–97.

287. Солонина А. В. Нормативно-правовое обеспечение организации фармацевтической деятельности / А. В. Солонина // Новая аптека. – 2003. – № 9. – С. 18-42.

288. Сорока М. Нейромаркетинг – інструмент вивчення споживацьких переваг у ринкових умовах ХХІ століття / М. Сорока // Теоретичні та прикладні аспекти розвитку економіки: матер. наук.-практ. конфер. – Тернопіль : ТНТУ, 2011. – С. 124-126.

289. Софронова И. В. Использование мерчандайзинга как фактора привлекательности аптеки для потребителя [Электронный ресурс] / И. В. Софронова, З. Н. Мнушко, К. В. Моканов. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N22/art_03.php.

290. Социальный статус и престиж фармацевтического работника в современном обществе / С. В. Кононова, Н. Н. Дадус, Е. В. Шаленкова и др. // Медицинский альманах. – 2011. – № 1. – С. 215–218.

291. Соціальна фармація як складова системи фармацевтичного забезпечення населення та міждисциплінарна наука / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суріков, А. В. Волкова // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. всеукр наук.-практ. інтернет-конференції за

участю міжнародних спеціалістів; ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. –С. 14 – 28.

292. Спіженко Ю. П. Підсумки виробничої діяльності Держкоммедбіопрому за 1995 р. та основні напрямки роботи галузі на 1996 і наступні роки / Ю. П. Спіженко // Фармац. журн.– 1996.– № 3.– С. 5–12.

293. Спілка громадських організацій «Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів "Здоров'я нації" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pacient.org.ua/.25>.

294. Статистика: підручник / С. С. Герасименко, А. В. Головач, А. М. Єріна та ін.; за наук. ред. д-ра екон. наук С. С. Герасименка. - 2-ге вид., перероб. і доп. - К.: КНЕУ, 2000. - 467 с.

295. Струтинська І. В. Прагматизм логістизації фармацевтичного ринку / І.В. Струтинська // Економіка та управління. Збірник наукових праць з актуальних проблем економічних наук / Наукова організація «Перспектива». – Дніпропетровськ: Видавничий дім «Гельветика», 2012. – С.213-218.

296. Сучасні аспекти фармацевтичної практики в Україні: колективна монографія; за ред. Б.П.Громовика / Б.П.Громовик, А. В.Горілик, І. Я. Городецька, Д. Т. Грушковська, А. Й. Дацко, О. І. Дацко, О. М. Корнієнко, О. Р. Левицька, П.-І. П. Міненко, І. О. Мірошнікова, О. В. Парамош, С. Є. Прокіп, І. П. Пузанова, В. М. Саранчук, М. В. Саранчук, Л. М. Унгурян, Н. Л. Ханик, І. Л. Чухрай, Н. Б. Ярको,- Львів: Ліга-прес, 2014.-386 с.

297. Сятиня М. Л. Розробка концепції фармацевтичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію / М. Л. Сятиня, Т. С. Негода, В. П. Попович // Запорозький медичинський журнал. – 2011. – № 5. – С. 76–78.

298. Таранич А. В. Нейромаркетинг – наука на стыке дисциплин [Электронный ресурс] / А. В.Таранич, К. Б. Балдэ. – Режим доступа : http://www.rusnauka.com/13_EISN_2012/Economics/6_109803.doc.htm.

299. Тельпуховская Н. Общие правила мерчандайзинга в аптеке [Электронный ресурс] / Н. Тельпуховская, – Режим доступа: http://www.ecopharmacia.ru/publ/obshhie_pravila_merchandajzinga_v_apteke/2-1-0-2.

300. Тельпуховская Н. Формирование положительного образа аптеки (продолжение). Атмосфера аптеки [Электронный ресурс] /Н. Тельпуховская, – Режим доступа : http://www.ecopharmacia.ru/publ/farmaceuticheskij_marketing/farmaceuticheskij_marketing/formirovanie_polozhitelnogo_obraza_apteki_prodolzhenie/2-1-0-26.

301. Тенцова А. И. Комплексная система управления качеством обслуживания населения / А. И. Тенцова, Р. С. Скулкова, Л. Н. Білоусова // Фармация. – 1981. – № 5.–С. 1–6.

302. Ткаченко Н. О. Теоретико–методологічні аспекти формування комунітарної соціальної відповідальності у фармації / Н. О. Ткаченко, Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Одеський медичний журнал. – 2014. – № 5. – С. 34–37.

303. Толочко В. М. Оптимізація управління фармацевтичним забезпеченням у лікувально-профілактичних закладах: метод. реком. / В.М. Толочко, Т.Ф. Музыка – Х.: НФаУ, 2010. – 40 с.

304. Толочко В. М. Статус інтернет-аптек у чинному законодавстві України / В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1(3). – С. 30–33.

305. Толочко В. М. Управління персоналом фармацевтичних організацій на основі компетенцій: монографія / В. М.Толочко, Л. В.Галій. – Х.: Ависта-ВЛТ, 2010. – 180 с.

306. Трайндл А. Нейромаркетинг. Визуалізація емоцій / А. Трайндл. – М. : Альпина Паблішерз, 2009. – 112 с. .

307. Трєпачко Д. Ю. Особливості застосування контент-аналізу в дослідженнях новинних повідомлень ЗМІ / Д. Ю. Трєпачко / Вісник

Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Політологія. Соціологія. Право: зб. наук. праць. – К. : ІВЦ «Політехніка». 2010. – №1 (5) – С. 56-61.

308. Трутнев А. Ф. Про роботу аптечного управління Одеського облвиконкому / А. Ф. Трутнев // Фармац. журн. – 1981. – № 2. – С. 9–12.

309. Убогов С. Г. Наукове обґрунтування медикаментозного забезпечення військовослужбовців на основі концепції логістичного управління : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / С. Г. Убогов. – К., 2008. – 26 с.

310. Удосконалення управління логістичною діяльністю фармацевтичних підприємств на підставі впровадження системи збалансованих показників / О. В. Посилкіна, А. Г. Хромих, О. В. Козирева, Ю. Є. Новицька // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 5. – С. 48–54.

311. Указ Президента України № 1128/99 від 07.09.1999 р. «Про День фармацевтичного працівника» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1128/99>.

312. Ульяновский А. В. Маркетинговые коммуникации: 28 инструментов миллениума / А. В. Ульяновский. – М.: Эксмо, 2008. – 432 с.

313. Умаров С. З. Первый шаг подъем статуса / С.З. Умаров // Фармацевтический вестник фармации. – 2005. – № 26. – С. 7–9.

314. Унгурян Л. М. Анализ применения аптечного нейромаркетинга / Л. М. Унгурян // Медицинский альманах. – 2014. – № 2 (32). – С. 146–149.

315. Унгурян Л. М. Разработка понятийной сущности составляющих нейроэкономики с точки зрения фармации / Л. М. Унгурян // Вестник Южно–Казахстанской государственной фармацевтической академии. – 2014. – № 4. – С. 150–155.

316. Унгурян Л. М. Роль общественных организаций и субъектов хозяйствования в саморегулировании фармацевтической практики в Украине / Л. М. Унгурян // Вестник Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии. – 2014. – № 2. – С. 19–25.

317. Унгурян Л. М. Асиметрія інформації на рівні підготовки фармацевтичних фахівців / Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Фармацевтичний часопис. – 2014. – № 3 (31). – С. 61-64.

318. Унгурян Л. М. Асиметрія інформації про фармацевтичну діяльність у професійній та суспільно-політичній періодиці / Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Молодий вчений. – 2015. – № 1. – С. 160-163.

319. Унгурян Л. М. Асиметрія фармацевтичної інформації з погляду біоетики / Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Етичні проблеми профілактичної медицини: вплив довкілля, харчування та умов праці на здоров'я населення : VI міжнар. симпозиум з біоетики, 11–12 жовт. 2012 р., Київ : матер. – К., 2012. – С. 68–69.

320. Унгурян Л. М. Асимметрия информации в профессиональных средствах массовой информации / Л. М. Унгурян // Вестник фармации. – 2014. – № 4 (66). – С. 38–42.

321. Унгурян Л. М. Асимметрия информации на уровне различных субъектов фармацевтического рынка / Л. М. Унгурян, Б. П. Громовик // Рецепт. – 2014. – № 4 (96). – С. 14–23.

322. Унгурян Л. М. Викладка лікарських засобів на полицях як один із напрямків удосконалення аптечного нейромаркетингу / Л. М. Унгурян // Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві : міжнар. наук.-практ. конф., 21–22 листоп. 2014 р., Одеса, Міжнародний гуманітарний університет : матер. – Одеса, 2014. – С. 151–153.

323. Унгурян Л. М. Дослідження споживчих уподобань відвідувачів аптек одного з мікрорайонів м. Одеса / Л. М. Унгурян // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я: Українсько-польський

симпозіум. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2013. - С. 272-273.

324. Унгурян Л. М. Застосування візуального мерчандайзингу в аптеках / Л. М. Унгурян, О. І. Беляєва, В. С. Біліченко // Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем медицини : міжнар. наук.–практ. конф., 10–11 жовт. 2014 р., Дніпропетровськ : матер. – Дніпропетровськ, 2014. – С. 126–128.

325. Унгурян Л. М. Зміст текстів інструкцій для медичного застосування препаратів–аналогів з погляду асиметрії інформації та лікопов'язаних проблем / Л. М. Унгурян, В. Й. Кресюн, Б. П. Громовик // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 6. – С. 27–32.

326. Унгурян Л. М. Моніторинг споживчих уподобань щодо аптек у масштабах окремого мікрорайону Одеси / Л. М. Унгурян // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 2. – С.28–32.

327. Унгурян Л. М. Науково-практичне обґрунтування сутності нейроекономіки та напрямки удосконалення її складових на прикладі аптечного нейромаркетингу / Л. М. Унгурян // Молодий вчений. – 2015. – № 2. – С. 342-345.

328. Унгурян Л. М. Нейромаркетингові рішення в аптеках з погляду етичних аспектів сучасної фармацевтичної діяльності / Л. М. Унгурян // Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики : II Всеукр. наук.–освітн. Internet-конф., 14 берез. 2012 р., Харків : матер. – Х. : НФаУ, 2012. – С. 213–215.

329. Унгурян Л. М. Особенности восприятия и понимания пациентами текстов инструкций для медицинского применения лекарственных средств / Л. М. Унгурян // Фармация и фармакология. – 2014. – № 5 (6). – С. 35–39.

330. Унгурян Л. М. Оценка логистизации регионально фармацевтической практики / Л. М. Унгурян, Б.П. Громовик // Фармация Казахстана. – 2015. - № 4. – С. 58-60.

331. Унгурян Л. М. Профессиональная экспертиза фундаментальных вопросов социальной фармации /Л.М. Унгурян, Б.П. Громовик // Медицинский альманах. – 2014. –№ 2 (32). –С.124–126.

332. Унгурян Л. М. Реалії аптечного нейромаркетингу / Л.М. Унгурян // Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 50–літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 25–26 верес. 2014 р., Львів : матер. – Львів : ЛНМУ, 2014. – С. 155–157.

333. Унгурян Л. М. Роль аптечного нейромаркетинга в фармацевтичному обслуговуванні населення / Л. М. Унгурян // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2014 : наук.–метод. відео конф., 16–17 жовт. 2014 р., Запоріжжя, Київ : матер. – Запоріжжя, К., 2014. – С.

334. Унгурян Л. М. Саморегульовна активність у межах фармацевтичної діяльності / Л. М. Унгурян // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : II міжнар. наук.–практ. Internet-конф., 27 –28 берез. 2014 р., Харків : матер. – Х. : НФаУ, 2014. – С. 348–349.

335. Унгурян Л. М. Саморегулювання національної фармацевтичної практики: результати пілотного дослідження / Л. М. Унгурян // Сучасні тенденції у медичних та фармацевтичних науках : міжнар. наук.–практ. конф., 5–6 груд. 2014 р., Київ : матер. – К. : Київський медичний науковий центр, 2014. – С. 125–126.

336. Унгурян Л. М. Саморегулювання фармацевтичного ринку України / Л. М. Унгурян // XIV Конгрес Світової Федерації Українських

Лікарських Товариств (СФУЛТ), 04–06 жовт. 2012 р., Донецьк : матер. – Донецьк, 2012. – С. 47.

337. Фармацевтическая опека – важнейший аспект клинической фармации / И. А. Зупанец, В. П. Черных, С. Б. Попов и др. // Провизор. – 2000. – № 11. – С. 6–9.

338. Фармацевтическая опека: курс лекций для провизоров и семейных врачей / И. А. Зупанец, В. П. Черных, С. Б. Попов [и др.]; под. ред. В. П. Черных, И. А. Зупанца. Х.: Фарматэк, 2006. - 536 с.

339. Фармацевтическая опека: Курс лекций для провизоров и семейных врачей / И. А. Зупанец, В. П. Черных, С. . Попов [и др.]; под.ред. В. П. Черных, И. А. Зупанца. Х.: Мегаполис, 2003. - 608 с. .

340. Фармацевтическая помощь: термин и понятие / Н. Б. Дремова, А. И. Овод, Э. А. Коржавых, Т. М. Литвинова // Фармация. - 2005.- № 2. - С. 37-45.

341. Фармацевтична асоціація України (ФАУ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/4518/farmaceutichna-asociaciya-ukraini-fau>.

342. Фармацевтична інформатика: моногр. / Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, О. М. Заліська та ін. – Львів, 2008.– С.30 –38.

343. Федеральный закон № 148-ФЗ от 23.11.2007 г. «О саморегулируемых организациях» (с изменениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/online/base/?req=doc;base=LAW;n=122611>.

344. Фомичева С. Н. Социальная роль представителя фармацевтических услуг как персонализированная интеграция медицины и бизнеса : автореф. дис. на соиск. уч. степ. к. мед. н. : спец. 14.00.52 «Социология медицины» / С. Н. Фомичева. – Волгоград, 2008. – 24 с.

345. Фурманкевич Н. М. Характер взаємодії засобів масової комунікації та громадської думки / Н.М.Фурманкевич // Держава та регіони. Сер.: Соціальні комунікації. - 2011. - № 3. - С. 118-121.

346. Ханпира Е. Мерчандайзинг в аптеке: от теории к практике [Электронный ресурс] / Е.Ханпира. – Режим доступа: <http://www.alppp.ru/law/informacija-i-informatizacija/44/statja--merchandajzing-v-apteke-ot-teorii-k-praktike.html>.

347. Хвищун Н.В. Логістичні потоки регіону: сутність та класифікація / Н.В. Хвищун // Економічний форум. – 2013. - № 1. – С. 169-180.

348. Ходаков М. Б. Правова регламентація реклами при торгівлі медикаментами як засіб контролю / М.Б.Ходаков // Фармац. журн. –1971.–№ 2. – С. 6–10.

349. Ходосевич Л. Т. Комплексна система управління якістю медикаментозного забезпечення лікувально-профілактичних закладів і населення / Л. Т. Ходосевич //Фармац. журн. – 1980. – №2.– С.12–13.

350. Хромих А. Г. Методичні підходи до оцінки й управління логістичними ризиками в діяльності контрактно-дослідних організацій у сфері клінічних досліджень / А. Г. Хромих, О. В. Посилкіна, М. І. Сидоренко //Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 1(27). – С. 36–45.

351. Ценные советы в ценовом сегменте – Первая всеукраинская практическая конференция «ФармаШеф-2014» // Рецепты аптечных продаж. – 2014. – №7 (30). – С.6–14.

352. Циганюк Н. Е. Логистизация регионов Украины как метод повышения их инвестиционной привлекательности / Н. Е. Циганюк // Проблемы современной экономики: сб. материалов III Международной научно-практической конференции. – Новосибирск: Издательство НГТУ. – 2011. – 346 с. – С. 199–203.

353. Черній В. І. Сучасні аспекти розвитку нейронаук і актуальні проблеми неврології / В. І. Черній, С. К. Євтушенко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – № 5. – С. 7–14.

354. Чернова М. А. Нейромаркетинг: к вопросу об этической составляющей [Электронный ресурс] / М. А. Чернова, О. Е. Клепиков // Национальный психологический журнал. – 2012. – №1 (7). – С. 139 –142. – Режим доступа: <http://www.psy.msu.ru/science/npj/journals/npj-no07-2012.pdf>.

355. Черноносова Н. В. Применение системы освещения в розничных торговых предприятиях при мерчендайзинговом подходе / Н. В. Черноносова // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. – 2013. – № 2. – С. 95–98.

356. Чертков Ю. «Пирамида аптечных продаж» – проверенный инструмент увеличения «среднего чека» / Ю.Чертков // Рецепты аптечных продаж. – 2012. – №3. – С.6–11.

357. Чертков Ю. «Пирамида аптечных продаж» – проверенный инструмент увеличения «среднего чека» [Электронный ресурс] / Ю.Чертков. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/124706>.

358. Чертков Ю. «Пирамида аптечных продаж» – проверенный инструмент увеличения «среднего чека». Часть вторая / Ю.Чертков // Рецепты аптечных продаж. – 2012. – №4. – С.6–11.

359. Чертков Ю. «Пирамида аптечных продаж» – проверенный инструмент увеличения «среднего чека». Часть вторая [Электронный ресурс] / Ю.Чертков. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/133207>.

360. Чертков Ю. Правила продаж – что работает в аптеке? / Ю.Чертков // Рецепты аптечных продаж. – 2013. – №9 (21). – С.6–9.

361. Чертков Ю. Скрипты допродажи: мнений много – решение одно! / Ю.Чертков // Рецепты аптечных продаж. – 2014. – №8 (31). – С.6–12.

362. Чечко Н. А. Фирменный стиль как средство выражения корпоративной культуры / Н. А. Чечко, Е. Д. Привалова // Экономика и управление: новые вызовы и перспективы. – 2013. – № 4. – С. 236–24.

363. Чибисова М. Аптечная машина продаж / М. Чибисова // Провизор.– 2010. – № 24. – С. 7–14. .

364. Шальман Т. М. Засоби масової інформації та аудиторія у просторі діалогу / Т. М. Шальман // Українська журналістика в контексті світової: збірник наукових праць зі спеціальності "Теорія та історія журналістики". - К.: КНУ ім. Тараса Шевченка, Ін-т журн-ки, 2008. - Вип. 2 (7). - С. 96-110.

365. Шандра М. Ю. Правовое положение интернет-аптек на рынке лекарственных средств / М. Ю. Шандра. // Закон и право. -2013. - № 2. - С. 58 – 61. .

366. Шарахова, Е. Ф. Система противоастматической фармпомощи: информационные потребности и их обеспечение / Е.Ф. Шарахова, О.В. Петухова // Новая аптека. 2002. - №11. - С. 25-29.

367. Шевченко Т. І. Аналіз сутності асиметричної інформації та інформаційна асиметричність на сучасних ринках України / Т. І. Шевченко // Вісник Сум. ДУ. Серія Економіка. – 2008. – № 1. – С. 191–199.

368. Шкабарина А. О. Логистизация торгово-технологических процессов в оптовой торговле / А. О. Шкабарина // Вестник Гомельского государственного технического университета им. П. О. Сухого. - 2012. - № 1 (48). - С. 88-95.

369. Шоліцин В. К. Системи моніторингу : Монографія. – К. : КНЕУ, 2000. – 231 с.

370. Шумаєва О. О. Державна стратегія розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / О. О.Шумаєва. – Донецьк, 2009. – 22 с.

371. Шумаков Ю. С. Дещо про нові раціональні методи роботи / Ю. С. Шумаков // Фармац. журн. – 1962. – №5. – С.78–81.
372. Шумаков Ю. С. Аптечні вітрини / Ю. С. Шумаков // Фарм.журн.– 1964.–№4.–С.67–69.
373. Яцкова Г. Ю. Концепція фармацевтичної діагностики / Г. Ю. Яцкова, Б. Л. Парновський // Фармац. журн. – 1999. – № 2. – С. 18–24.
374. Яцкова Г. Ю. Теоретичні аспекти фармацевтичної профілактики /Г. Ю. Яцкова, Б. Л.Парновський // Фармац. журн. – 2006. – № 1. – С.3–8. 99.
375. Abbott Laboratories и AbbVie Inc. обвиняются в сокрытии информации о побочных действиях AndroGel [E-resource].- Access mode:<http://pharma.net.ua/news/world/51670-abbott-labs-i-abbvie-obvinyayutsya-v-sokrytii-informacii-o-pobochnyx-dejstviyax-androgel>.
376. Abrika O. S. S. Importance of social pharmacy education in Libyan pharmacy schools: perspectives from pharmacy practitioners [Electronic resource] /O. S. S. Abrika, M. A. Hassali, A. R. Abduelkarem // J. Educ. Eval Health Prof. – 2012. – Vol. 9. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309042/>.
377. Actual and perceived provision of pharmaceutical care in Danish community pharmacies: the pharmacists' opinions / C. Rossing, E. Holme Hansen, J.M. Traulsen, I. Krass // Pharm. World Sci. - 2005. – Vol. 27(3). – P.175-181.
378. Al-Quteimat O. M. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice [E-resource] / O. M. Al-Quteimat, A. M. Amer // Saudi Pharmaceutical Journal. – 2014. - № 8. - Access mode: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016414000772>.
379. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care // Am. J. Hosp. Pharm. – 1993. - № 50. – P. 1720–1723.
380. American society of Hospital Pharmacy. ASHP statement on pharmaceutical care // Am. J. Hosp. Pharm. - 1993. - №50. - P. 1720-1723.

381. Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey / S. Ragot, P. Sosner, G. Bouche, J. Guillemain, D. Herpin // *J. Hum. Hypertens.* – 2005. – Vol. 19(7). – P.577-584.

382. Ariely D. Neuromarketing: the hope and hype of neuroimaging in business [Electronic resource] / D. Ariely, G. S. Berns // *Nature Reviews Neuroscience.* – 2010. - Vol. 11. – P. 284-292. – Access mode : <http://www.nature.com/nrn/journal/v11/n4/full/nrn2795.html>.

383. Assessment of the effectiveness of pharmacists' activities in treatment of tobacco-addicted patients in the context of pharmacists' counselling in Cracow's pharmacies / J. Brandys, M. Panas, A. Skowron [et al.] // *Przegl. Lek.* – 2009. – Vol.66, №10. – P. 836–840.

384. Babiker GARM. An explorative study of pharmaceutical care practice from the perspective of pharmacists in Malaysia: Thesis submitted in fulfillment of the requirements for a Degree of Master of Science (Pharmacy) [E-resources]. – 2008. - 24 p. / GARM Babiker. - Mode of access: http://eprints.usm.my/9528/1/AN_EXPLORATIVE_STUDY_ON_PHARMACEUTICAL_CARE_PRACTICE_FROM_THE_PERSPECTIVE_OF_PHARMACISTS_IN_MALAYSIA.pdf.

385. Basak S. C. (2012) Social pharmacy concept in pharmacy education [Electronic resource] / S. C. Basak. – Mode of access : <http://pharmabiz.com/ArticleDetails.aspx?aid=69533&sid=9>.

386. Bell H. M. Societal Perspectives on the Role of the Community Pharmacist and Community-based Pharmacy Services / H .M. Bell, J. C. McElnay, C. M. Hughes // *J. Soc. Adm. Pharm.* – 2000. – Vol. 17(2). – P.119-128.

387. Berenguer B. Pharmaceutical care: past, present and future / B. Berenguer, C. La Casa, M. J. de la Matta, M. J. Martin-Calero // *Curr. Pharm. Des.* – 2004. – Vol. 10(31). – P. 3931-3946.

388. Braidot Néstor (2006). NEUROMANAGEMENT Cuando el cerebro asume el mando Las [Electronic resource] / Néstor Braidot. – Access mode : <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=dHJpYnVuYWVtcHJlc2FyaWFsLmNvbXx0cmlidW5hLWVtcHJlc2FyaWFsfGd4OjczN2Y0YjgwMDY4YThiYmM>.

389. Brodie D. C. Societal needs for drugs and drug related services / Brodie D.C ., Parish P. A., Poston J. W. // Am. J. Pharm. Educ. - 1980. - №44.- P. 276-278.

390. Camerer C. Neuroeconomics: How Neuroscience Can Inform Economics / C. Camerer, G. Loewenstein, D. Prelec // Journal of Economic Literature. – 2005. – Vol. XLIII. – P. 9–64.

391. Carollo A. European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) glossary of scientific terms: a tool for standardizing scientific jargon / A. Carollo, A. Rieutord, V. Launay-Vacher // Int. J Clin. Pharm. – 2012. - Vol. 34(2). – P. 263-268.

392. Cipolle R.J. Pharmaceutical Care Practice / R.J. Cipolle, L.M. Strand, P.C. Morley. - New York: McGraw Hill, 1998. - 359 p.

393. Cipolle R. J. Pharmaceutical Care Practice: the clinicians guide. 2 ed. / R. J. Cipolle, L. M. Strand, P.C. Morley // New York. McGraw Hill, 2004. - 452 p.

394. Consensus panel ad hoc. Consensus of Granada on Drug-Related Problems // Pharm. Care Esp. – 1999. - Vol. 1(2). – P. 107-112.

395. Consumer Neuroscience [Electronic resource] / H. Plassmann, C. Yoon, F. M. Feinberg, B. Shiv // International Encyclopedia of Marketing (eds. Bagozzi and Ruvio), John Wiley & Sons. – Access mode : http://www.researchgate.net/publication/227991842_Consumer_Neuroscience/file/9c96052264acf84a57.pdf.

396. Consumer neuroscience: assessing the brain response to marketing stimuli using electroencephalogram (eeg) and eye tracking [Electronic resource] / Khushaba R. N., Kodagoda S., Wise C. et al. // Expert Systems with Applications.

– 2013. – Vol. 40. № 9. – P. 3803-3812. – Access mode : <http://www.cs.tau.ac.il/~nin/Courses/Seminar14a/Neuromarketing.pdf>.

397. Costa F. P. Assessing the pharmaceutical care needs of asthmatic patients / F.P.Costa, C.Duggan, J.W. Van Mil // *Pharm. World Sci.* – 2004. – Vol. 26(6). – P. 313-318.

398. Darby M. Free Competition and the Optimal Amount of Fraud / M. Darby, E. Karni // *Journal of Law and Economics.* – 1973. – Vol. 16, N 1. – P. 67–88.

399. Desire for information about drugs: a survey of the need for information in psychiatric in-patients / L. Zwaenepoel, R. Bilo, W. De Boever et al. // *Pharm. World Sci.* – 2005. – Vol. 27(1). – P.47-53.

400. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook [Electronic resource]. – 2006 edition / K.Wiedenmayer, R. S. Summers, C.A. Mackie [etc.]. – WHO with IPF, 2006. – 87 p. – Access mode: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>. 102.

401. EuroPharm Forum Observatory [Electronic resource]. - Access mode: <http://euro-pharm-pbworks.com/page/26808727/Definitions>.

402. FDA запретило импорт продукции еще одного индийского предприятия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/fda-zapretilo-import-produkcii-eshhe-odnogo-indijskogo-predpriyatiya/>.

403. FDA и Европол объединяют усилия по борьбе с фальшивыми лекарствами [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharma.net.ua/fda-i-evropol-obedinyayut-usiliya-po-borbe-s-falshivymi-lekarstvami/>.

404. Feildstein P. J. Health Care Economics, 6th Edition [Hardcover] / P. J. Feildstein. – Thomson Delmar Learning, 2004. – 576 p.

405. FIP reference guide on Good Pharmacy Practice in community and hospital settings. First edition 2009 / Approved by FIP Council in Istanbul in September 2009. – International Pharmaceutical Federation Féd?ration Internationale Pharmaceutique. The Hague, The Netherlands, 2009 – 62 p.

406. FIP statement of policy on good pharmacy education practice [Electronic resource]. – Approved by FIP Council in Vienna in September 2000. – 8 p. – Access mode: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=188.

407. FIP Statement of Professional Standards: Pharmaceutical Care [Electronic resources]. - FIP, The Hague, The Netherlands; 1998. - Mode of access: http://www.fip.org/uploads/database_file.php?id=269&table_id=.

408. Franklin B. D. Defining clinical pharmacy and pharmaceutical care / B.D. Franklin, J.W.F. Van Mil // Pharm. World Sci. (Editorial). - 2005.- №27. - P.137.

409. Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses / H. C. Breiter, I. Aharon, D. Kahneman [et al.] // Neuron. – 2001. – Vol. 30. – P. 619–639.

410. Good Pharmacy Practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. – WHO/pharm/dap/96.1distr.:general. – 10 p.

411. Good pharmacy practice in Europe. Pharmaceutical Group of the European Union PGEU. - Community pharmacists, 1998. - 9 p.

412. Good Pharmacy Practice in Spanish Community Pharmacy. – Madrid: General Pharmaceutical Council of Spain, July 2013. – 15 p.

413. H.R. 6353 (110th): Ryan Haight Online Pharmacy Consumer Protection Act of 2008 [Electronic resources]. - Mode of access: <http://www.govtrack.us/congress/bills/110/hr6353/text>.

414. Hammou K. A. The Contributions of Neuromarketing in Marketing Research [Electronic resource] / K. A. Hammou, Md H. Galib, J. Melloul // Journal of Management Research. – 2013. – Vol. 5. – № 4. – P. 20–33. – Access

mode :

<http://www.macrothink.org/journal/index.php/jmr/article/download/4023/3403>. .

415. Hepler C. D. Clinical pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy / C. D. Hepler // *Pharmacotherapy*. - 2004. - №24. - P.1491-1498.

416. Hepler C. D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care / C. D. Hepler, L. M. Strand // *Am. J. Pharm. Ed.* - 1989. - №53. - P. 7-15.

417. Hepler C. D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care / C. D. Hepler, L. M. Strand // *Am. J. Pharm. Educ.* - 1998. - №53. -P.7-14.

418. Hepler C. D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care // *Am. J. Hosp. Pharm.* – 1990. – Vol. 47. – P. 533-543.

419. Hepler C. D. Pharmaceutical care / C. D. Hepler // *Pharm. World Sci.* -1996. – Vol. 18(6). – P. 233-235.

420. Hepler C. D. The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement / C. D. Hepler // *Am. J. Pharm. Ed.* - 1987. - №51. - P. 369-385.

421. Hinrichs J. Personnel training / J. Hinrichs. – Chicago: Rand McNally, 1976. - 390 p.

422. Hubert M. A current overview of consumer neuroscience [Electronic resource] / M, Hubert, P. Kenning // *J Consum Behav.* – 2008. – 7. – P. 272–92. – Access mode : <http://www.scribd.com/doc/20015136/A-Current-Overview-of-Consumer-Neuroscience-by-Hubert-and-Kenning>. .

423. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services from the WHO technical report series, No. 961, 45th report of the WHO Expert Committee on specifications for pharmaceutical preparations © World Health Organization 2011. – 20 p.

424. Journal of Economic Literature (JEL) Classification System [Electronic resource]. – Access mode : http://www.aeaweb.org/journal/jel_class_system.php.

425. Lee N. What is neuromarketing? A discussion and agenda for future research [Electronic resource] / N. Lee, A. J. Broderick, L. Chamberlain //

International Journal of Psychophysiology, vol. 63, no. 2, pp. 199–204, 2007. –
 Access mode :

http://airto.hosted.ats.ucla.edu/wiki/images/a/a3/What_is_Neuromarketing.pdf.

426. Losinski V. Realizing the transformation of a profession: the case study of the State of Minnesota / V. Losinski, C. Cipolle // Pharm. World Sci. – 2007.) Vol. 29. – P. 706.

427. Menabde N. The Patient in Focus. A Strategy Paper / N. Menabde, F. Stobbelaar // WHO / EURO / WHO / DAP / 98.8. 1998/ - 38 p.

428. Mikael R. L. Quality of pharmaceutical care in hospitals / R.L.Mikael, T. R. Brown, H. L. Lazarus // Am. J. Hosp. Pharm. - 1975. - №32. - P. 567-574.

429. Munroe W. P. The community pharmacist is role in disease management and managed care / W.P. Munroe, C. Dalmady-Israel // Int. Pharm. J. - 1998. - №12. Suppl. II.- P.10-11.

430. Orzan G. Neuromarketing techniques in pharmaceutical drugs advertising. A discussion and agenda for future research // G. Orzan, I. A. Zara, V.L. Purcarea // J. Med. Life. –2012. – Vol. 5 (4). – P. 428–432.

431. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013 / S. S. Allemann, J. W. Foppe van Mil, L. Botermann et al // Int. J. Clin. Pharm. – 2014. – Vol, 36, - P. 544-555.

432. Platt M. L. Neural correlates of decision variables in parietal cortex / M. L. Platt, P. W. Glimcher // Nature. – 1999. – Vol. 400, Issue: 6741. – P. 233–238.

433. Proposing a redefinition of pharmaceutical care / D. F.Blackburn, E. M. Yakiwchuk, D. J. Jorgenson, K. D. Mansell // Ann. Pharmacother. – 2012. – Vol. 46(3). – P. 447-449.

434. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists in Northern Ireland / H. M. Bell, J. C. McElnay, C. M. Hughes, A. Woods // Am. J. Health Syst. Pharm. – 1998. - Vol.55(19). – P. 2009-2013.

435. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe /C. M. Hughes, A. F. Hawwa, C. Scullin et al // Pharm. World Sci. – 2010. – Vol. 4 – P. 472-487.

436. Psychometric assessment and application of a questionnaire measuring patient satisfaction with information on cancer treatment / A.Liekweg, M. Eckhardt, S.C. Taylor, E. Erdfelder, U.Jaehde // Pharm. World Sci. - 2005. – Vol. 27(2). – P.96-103.

437. Quels sont les médicaments qui peuvent être vendus sur Internet en France? [Ressource électronique]. - Mode d'accès: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-patient/Commerce-electronique-de-medicaments>.

438. The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: curricular development [Electronic resource] / Report of the third WHO consultative group on the role of the pharmacist, Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. – 49 p. – Access mode : <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/who-pharm-97-599.pdf>.

439. Romero A. Managing Medicines in the Hospital Pharmacy: Logistics Inefficiencies /A. Romero // Proceedings of the World Congress on Engineering and Computer Science. – 2013. - Vol II. – P. 1-6.

440. Sanchez A.M. Teaching patient-centered care to pharmacy students / A.M. Sanchez // Int. J. Clin. Pharm. – 2011. - Vol. 33(1). – P. 55-57.

441. Schaefer M. The teaching of social pharmacy/pharmacy administration in colleges of pharmacy with special regard to the situation in Germany / M. Schaefer, H. G. M. Leufkens, M. F. Harris // J. Soc. Admin. Pharm. – 1992. – Vol. 9 (4). – P.141–148.

442. Scope of Contemporary Pharmacy Practice: Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy Technicians. A Resource Paper of the Council on Credentialing in Pharmacy. – The Council on Credentialing in Pharmacy Washington, DC, February 2009. – 38 p.

443. Self-Regulatory Organization – SRO [Electronic resource]. - Mode of access: <http://www.investopedia.com/terms/s/sro.asp#axzz1rBlwZh00>.
444. Sequential screening for diabetes – evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies / K.E. Hersberger, A. Botomino, M. Mancini [et al.] // *Pharm. World Sci.* – 2006. – Vol. 28, №3. – P. 171–179.
445. Shizgal P. On the neural computation of utility / P. Shizgal, K. Conover // *Current Directions in Psychological Science.* – 1996. – Vol. 5 (2). – P. 37–43.
446. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education [Electronic resource] / M. A. Hassali, A. A. Shafie, M.S. Al-Haddad et al. // *Res. Social. Adm. Pharm.* – 2011. – Vol. 7 (4). – P. 415–420. – Mode of access : <http://xa.yimg.com/kq/groups/18751725/1505907088/name/Social>.
447. Sorensen E. W. The Concept of Social Pharmacy [Electronic resource] / E. W. Sorensen, J. K. Mount, S. T. Christensen // *Thechronic ill.* – 2003. – Issue 7. – Mode of access : <http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE07-3.pdf>.
448. Strand L. M. A pharmacy pioneer Re in gton Medal address / L. M. Strand // *Int. Pharm. J.* - 1997. - №11. - P.69.
449. Strand L. M. Pharmaceutical Care: an introduction / L. M. Strand, R. J. Cipolle, P.C.Morley // Kalamzoo, MI; Upjohn Company. 1992. - 245 p.
450. Strand L. M. Remington Lecture. Revisio ing the profession / L.M. Strand // *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).* - 1997. - №4. - P. 474-478.
451. Strand L. M., Cipolle R. J., Morley P.C. Pharmaceutical care: an introduction. Kalamazoo, MI, USA; Upjohn Company; 1992.
452. Van Mil J.W.F Pharmaceutical Care, European developments in concepts, implementation, teaching and research: a review / J.W.F.Van Mil, M.Schulz, T.F.Tromp // *Pharm. World Sci.* - 2004.- №26. - P. 303-311.
453. Van Mil JWF. Le pharmacien d'officine et la pathologie psychiatrique, une revue / J.W.F.Van Mil // *Le Pharmacien Hospitalier.* - 2010. - №45. - P. 79-84.

454. Van Mil J.W.F. Pharmaceutical Care de zorg van de apotheker / J.W.F. Van Mil, T.F.J.Tromp, L.T.W. de Jong van den Berg // *Le Pharmacien Hospitalier*. 1993. - №43. - P. 1243-1247.

455. Waleed M. S. The role of quality in pharmaceutical care management / M. S. Waleed, Al-Shaqha, Mohamed Zairi // *Managing Service Quality*. 2001. - Vol. 11, №1. - P.32-39.

456. We are the experts: people with asthma talk about their medicine information needs / D.K. Raynor, I. Savage, P. Knapp, J.Henley // *Patient Educ. Couns.* - 2004 – Vol. 53(2). – P.167-174.

457. What is Pharmacy? [Electronic resource]. - Mode of access: <http://www.psnz.org.nz/public/home/careers/intro.aspx>.

458. Zaltman G. How Customers Think: Essential insights into the mind of the market / G. Zaltman. – Boston, MA : Harvard Business School Press, 2003. – 352 p.