

**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**БАЙГУШ ЮЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА**

УДК 615.22 : 339.13.021 : 330.13


**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ  
РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ  
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ДІЇ**

15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова  
фармація

22 – охорона здоров'я

**Подається на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних  
наук**

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, ре-  
зультатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



Юлія БАЙГУШ

Науковий керівник Семенів Дмитро Васильович, доктор фармацевтичних  
наук, професор

## АНОТАЦІЯ

*Байгуш Ю.В.* Організаційно-економічне обґрунтування ринкового потенціалу лікарських препаратів антигіпертензивної дії. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук за спеціальністю 15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація. – Івано-Франківський національний медичний університет, МОЗ України, Івано-Франківськ, 2021.

Дисертація присвячена науковому обґрунтуванню підходів до оцінки ринкових позицій антигіпертензивних ЛЗ на основі показників торговельної марки з метою підвищення конкурентоспроможності лікарських засобів вітчизняного виробництва в товарному сегменті.

За результатами систематизації наукової літератури акцентовано на необхідності приділяти належну увагу оцінці та прогнозуванню ринкового потенціалу ЛЗ, які планується впроваджувати у виробництво, а також розробляти заходи з більш повного використання ринкового потенціалу ЛЗ, що вже виробляються. Найоптимальніше використання ринкового потенціалу ЛЗ надасть можливість підвищувати ефективність інноваційної політики виробничих фармацевтичних підприємств, збільшувати обсяги збуту ЛЗ та впливати на розширення ємності ринку певної терапевтичної групи.

Опрацьовано матеріали, які підтверджують, що артеріальна гіпертензія є загальновизнаним фактором розвитку серцево-судинних захворювань, котрі становлять головну причину смертності в усьому світі та призводять до великих економічних втрат. Належний контроль артеріального тиску та підтримування його на рівні нижче ніж 140/90 мм рт. ст. є важливим фактором профілактики ускладнень з боку серцево-судинної системи. Підтвердженням цьому є реалізація урядової програми «Доступні ліки». Для початку та продовження антигіпертензивної терапії як монотерапії або у комбінації рекомендується п'ять основних класів ЛЗ: інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II, бета-блокатори, антагоністи кальцію та діуретики. Показано,

що небіволол і карведілол є перспективними бета-блокаторами третього покоління, які мають доведені терапевтичні переваги перед традиційними бета-блокаторами (менш виражений або відсутній дисметаболічний ефект, менша ймовірність виникнення цукрового діабету), що дає змогу застосовувати їх для пацієнтів з порушеннями обміну речовин.

Зроблено висновок, що незважаючи на значні успіхи в охопленні населення України антигіпертензивною терапією, проблема виробництва антигіпертензивних ЛЗ для пацієнтів із супутніми захворюваннями та забезпечення фармацевтичного ринку сучасними ефективними й економічно доступними вітчизняними ліками залишається актуальною.

Засвідчено, що одним із найголовніших факторів, який впливає на ринковий потенціал ЛЗ, є його фізична та соціально-економічна доступність для пацієнтів. Водночас через відсутність в Україні дієвих механізмів компенсації вартості наданої фармацевтичної допомоги та низької платоспроможності більшої частини населення ціна є наріжним каменем у побудові сучасної концепції впровадження перспективного препарату в практичну медицину та фармацію. Детально проаналізовано цінові характеристики антигіпертензивних ЛЗ, доступність на прикладі бета-адреноблокаторів та динаміку їхнього споживання за період 2014–2019 рр. Показано необхідність розробки й реалізації національної програми розширення асортименту сучасних ефективних вітчизняних антигіпертензивних ЛЗ, підвищення їх ринкового потенціалу щодо ліків закордонного виробництва з використанням ефективних механізмів компенсації вартості споживання ЛЗ за умов упровадження ОМС.

Підтверджено, що суттєве посилення ринкового потенціалу сегмента антигіпертензивних ЛЗ охоплює введення в асортимент перспективних препаратів нових поколінь, а ієрархічне місце таких ліків на ринку залежить від низки факторів, серед яких структура захворюваності, важливість ЛЗ для здоров'я та життя людини, кількість пропонованих ліків та їхня цінова характеристика, ефективність, якість та новизна ЛЗ.

Відзначено, що широка потреба використання антигіпертензивних ЛЗ формує сильні ринкові характеристики й мотиваційні основи подальшого впровадження новітніх препаратів. До використання антигіпертензивних ЛЗ як засобу для лікування та профілактики стану підвищеного артеріального тиску спонукають усвідомлена поведінка хворих щодо відповідального ставлення до власного здоров'я й безумовне виконання рекомендацій лікарів.

Уперше проаналізовано зміни поведінки споживачів під час вибору та споживання антигіпертензивних ЛЗ до набрання чинності урядової програми «Доступні ліки» та протягом перших трьох років її дії.

Поглиблено дослідження стосовно впливу раціональної та ірраціональної (емоційної) складових лояльності споживачів на вибір антигіпертензивних препаратів як порівняльної оцінки ринкових позицій ТМ антигіпертензивних засобів з використанням показника цінової премії.

Уперше опрацьовано визначення економічного ринкового результату для виробника продажів ЛЗ з використанням методики цінової премії й преміального доходу. Виявлено, що ЛЗ карведілолу іноземного виробництва мають значні цінові премії та позитивні преміальні доходи. ЛЗ вітчизняного виробництва характеризуються від'ємною ціновою премією, що пов'язано з більш низьким рівнем ринкових цін і застосуванням стратегії більшої доступності для різних категорій хворих.

Опрацьовані підходи до оцінювання ринкової сили ТМ антигіпертензивних препаратів. Виділено як загальні, так і специфічні показники ТМ (бренду). Рекомендовано використовувати якісні та кількісні показники ТМ й брендів. На прикладі антигіпертензивних ЛЗ небівололу опрацьовано методики оцінки показників ТМ (бренду), що характеризують ринкову силу ЛЗ.

Для порівняльної оцінки індивідуальних показників ТМ вперше розроблено карту ринкових показників з виділенням поля ТМ і поля бренду та здійснено розміщення окремих препаратів небівололу згідно з їхніми рівнями. Охарактеризовано сильні показники, що відповідають статусу бренду.

Розроблено графічну модель оцінки й формування ринкового потенціалу антигіпертензивного ЛЗ, яка може бути використана при обґрунтуванні конкурентних переваг і ринкової сили препаратів, їх оцінки й моделювання подальшої динаміки сегментів ринку та удосконалення напрямків стратегічного розвитку бренду фармацевтичного підприємства.

З використанням SWOT-аналізу визначено, що антигіпертензивний ЛЗ карведілол має значний набір позитивних характеристик, які формують його сильні сторони та подальші можливості у фармакотерапії хворих, які страждають на підвищений АТ. Фактичний обсяг (продаж) сегмента ринку карведілолу склав у 2017 р. 56,812 млн грн; у 2018 р. – 136,665 млн грн, у 2019 р. – 240,748 млн грн. Темпи росту сегмента ринку ЛЗ становили відповідно 240,55% і 176,16%. При цьому 75% сегмента ринку становлять ЛЗ карведілолу іноземного виробництва.

Результати ретроспективного дослідження сегмента ЛЗ карведілолу засвідчили, що частина вітчизняних ЛЗ у продажу становила всього 2,19% у натуральних од. та 1,02% у грошових од., що підтверджує повне домінування іноземних виробників цього ЛЗ. Найбільшу частку сегмента ринку становили ЛЗ фірми «KRKA d.d. Novo Mesto» (Словенія) – 71,53% у натуральних од. і 81,14% у грошових од. ЛЗ карведілолу під торговельною назвою «КОРІОЛ®» фірми «KRKA» (Словенія) займає 51,01% сегмента ринку та є монополістом на ринку. За допомогою визначення коефіцієнтів конкурентоспроможності й оцінки рівномірності розподілення ринкових часток фірм-виробників шляхом розрахунку індексу Херфіндаля-Хіршмана підтверджено характеристику сегмента ринку карведілолу як висококонцентрованого, монополізованого і неконкурентного ринку.

Оцінку основних ринкових показників та ринкового потенціалу ТМ і бренду в товарному сегменті ЛЗ карведілолу здійснювали за такими споживачькими і ринковими показниками, як обізнаність, лояльність, рекомендації, асоціації з виробником, споживання, частка ринку, наявність в аптеках.

Опрацьовано графічне представлення узагальненого показника сили ТМ-бренду з визначенням статусу бренду окремим ЛЗ за їх ринковою силою.

Проаналізовано розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу на маркетинговій карті з виокремленням межі «ТМ-бренд». Уперше визначено показники ЛЗ карведілолу, які за ринковою силою знаходяться в полі ТМ. Підтверджено, що за всіма показниками ринкової сили рівня статусу бренду не досягнув жоден ЛЗ карведілолу. Висновки можуть бути використані для формування складових і завдань стратегічного плану розвитку ТМ виробника.

У розрахунках оцінена структура інвестиційних вкладень та терміни їх використання в процесі розробки й виробництва таблеток карведілолу 0,015 г. Установлено, що загальна сума інвестицій становить 328,9 тис. грн, з яких витрати на власне розробку ЛЗ – 220,4 тис. грн. Показано, що загальна рентабельність при ціні 39 грн за упаковку може становити 282,8%, що свідчить про високу рентабельність продукції та її економічну ефективність. Визначено точку беззбитковості виробництва, прогнозні можливі обсяги продажів препарату за трьома ринковими сценаріями розвитку подій та термін окупності інвестиційних вкладень.

Уперше на основі моделювання ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г з урахуванням соціально орієнтованого підходу визначено необхідний рівень обсягів продажів, рентабельності й терміну повернення інвестиційних вкладень для соціально доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу.

З метою використання в системі розвитку ТМ у бренди розроблена графічна модель підвищення сили та ринкового статусу ТМ антигіпертензивного препарату у формуванні маркетингових програм і програм лояльності.

За результатами дисертаційного дослідження розроблено й упроваджено у фармацевтичну практику та навчальний процес вищих навчальних закладів України, а також практичну діяльність виробничих фармацевтичних підприємств, територіальних підрозділів Держлікслужби, аптек й аптечних

мереж, науково-дослідних установ дві методичні рекомендації та інформаційний лист, які затверджені ПК «Фармація» МОЗ та АМН України. Узагальнені висновки у вигляді двох статей включено до Фармацевтичної енциклопедії та двох нововведень до Переліку галузевих нововведень.

*Ключові слова:* фармацевтичний ринок, лікарські засоби, антигіпертензивні ліки, ринковий потенціал, торговельні марки, бренди, показники, оцінка ринкової сили, моделювання, посилення ринкової сили.

#### ANNOTATION

Baygush Yuliya. Organizational and economic substantiation of the market potential of antihypertensive drugs. Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation work for the degree of Candidate of Pharmaceutical Sciences in specialty 15.00.01 – drug technology, organization of pharmaceutical business and forensic pharmacy. – Ivano-Frankivsk National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ivano-Frankivsk, 2021.

The dissertation is devoted to the scientific substantiation of approaches to the assessment of market positions of antihypertensive drugs on the basis of brand indicators in order to increase the competitiveness of domestic drugs in the product segment.

According to the results of systematization of scientific literature, it is necessary to pay due attention to assessing and forecasting the market potential of drugs that are planned to be introduced into production, and to develop measures to make fuller use of market potential of drugs already produced. The ability to increase the effectiveness of the innovation policy of manufacturing pharmaceutical companies, increase sales of drugs and influence the increase in market capacity of a particular therapeutic group.

Materials confirming arterial hypertension as a well-known factor in the development of cardiovascular diseases, which are the leading cause of death worldwide and lead to large economic losses, have been examined. Proper blood pressure control and maintenance below 140/90 mm Hg. Art. is an important factor in

the prevention of complications of the cardiovascular system. This is confirmed by the implementation of the government program "Affordable Medicines". Five main classes of drugs are recommended for initiation and continuation of antihypertensive therapy as monotherapy or in combination: ACE inhibitors, angiotensin II receptor blockers, beta-blockers, calcium antagonists, and diuretics. It has been shown that nebivolol and carvedilol are promising third-generation beta-blockers that have proven therapeutic advantages over traditional beta-blockers (less pronounced or no dysmetabolic effect, lower risk of developing diabetes), which allow their use in patients with metabolic disorders.

The general conclusion is that despite significant progress in the coverage of the population of Ukraine with antihypertensive therapy, the problem of production of antihypertensive drugs for patients with co-morbidities and providing the pharmaceutical market with modern, effective and affordable domestic drugs remains relevant.

It is shown that one of the most powerful factors influencing the market potential of a drug is its physical and socio-economic accessibility for patients. At the same time, in the absence of effective mechanisms in Ukraine to compensate for the cost of pharmaceutical care and low solvency of the majority of the population, the price is a cornerstone in building a modern concept of introducing a promising drug in medicine and pharmacy. Price characteristics of antihypertensive drugs availability on the example of beta-blockers and the dynamics of their consumption for the period 2014-2019. The need to develop and implement a national program to expand the range of modern and effective domestic antihypertensive drugs, increase their market potential in relation to foreign drugs from using effective mechanisms to compensate for the cost of drug consumption under the conditions of MHI implementation.

It is confirmed that a significant increase in the market potential of the segment of antihypertensive drugs includes the introduction of promising drugs of new generations, and the hierarchical location of such drugs on the market depends on a number of factors, including morbidity, importance of drugs for human health



and life, the number of drugs offered and their price characteristics, effectiveness, quality and novelty of drugs.

Attention is drawn to the fact that the widespread need for the use of antihypertensive drugs forms strong market characteristics and motivational bases for further introduction of new drugs. Further use of antihypertensive drugs as a means of treatment and prevention of high blood pressure is motivated by conscious behaviour of patients in relation to their own health and unconditional compliance with the recommendations of doctors.

Changes in consumer behaviour in the choice and consumption of antihypertensive drugs before the introduction of the government program "Affordable Medicines" and during the first three years of its action have been analyzed for the first time.

The study into the analysis of the impact of rational and irrational (emotional) components of consumer loyalty on the choice of antihypertensive drugs as a comparative assessment of market positions of the trademarks of antihypertensive drugs using the price premium has been deepened.

For the first time, the definition of the economic market result for a drug sales manufacturer using the method of price premium and premium income has been developed. It is shown that foreign-made carvedilol drugs have significant price premiums and significant positive premium incomes. Domestically produced drugs are characterized by a negative price premium, which is due to the lower level of market prices and the application of a strategy of greater accessibility for different categories of patients.

Approaches to estimating the market power of trademarks of antihypertensive drugs have been developed. Both general and specific indicators of TM (brand) are highlighted. It is recommended to use qualitative and quantitative indicators of TM and brands. On the example of nebivolol antihypertensive drugs, methods for assessing the indicators of TM (brand), which characterize the market power of drugs, have been developed.

For the comparative assessment of individual indicators of TM, for the first time a map of market indicators with the allocation of the TM field and the brand field has been developed and individual nebivolol drugs have been placed according to their levels. Strong indicators corresponding to the status of the brand have been defined.

A graphical model of assessment and formation of market potential of anti-hypertensive drugs has been developed, which can be used to substantiate competitive advantages and market power of drugs, their assessment and modeling of further dynamics of market segments and improvement of strategic development of the pharmaceutical company brand.

Using SWOT-analysis, it was determined that the antihypertensive drug carvedilol has a significant set of positive characteristics that shape its strengths and further opportunities in the pharmacotherapy of patients with high blood pressure. The actual capacity (sales) of the carvedilol market segment in 2017 amounted to UAH 56.812 million; in 2018 – UAH 136.665 million and in 2019 – UAH 240.748 million. The growth rates of the drug market segment were 240.55% and 176.16%, respectively. At the same time, 75% of the market segment is carvedilol drugs of foreign production.

The results of a retrospective study of the segment of carvedilol drugs showed that the share of domestic drugs in sales was only 2.19% in natural units and 1.02% in monetary units, which confirms the complete dominance of foreign manufacturers of this drug. The largest share of the market segment was drugs of the company “KRKAd.d. NovoMesto”(Slovenia) – 71.53% in natural units and 81.14% in monetary units. Carvedilol under the trade name «KORIOL®» from “KRKA” (Slovenia) occupies 51.01% of the market segment and is a monopolist in the market. By characterizing the coefficients of competitiveness and assessing the uniformity of the distribution of market shares of manufacturers by calculating the Herfindahl-Hirschman index, the characterization of the carvedilol market segment as a highly concentrated, monopolized and non-competitive market has been confirmed.

Assessment of key market indicators and market potential of TM and brand in the commodity segment of carvedilol drugs such consumer and market indicators as awareness, loyalty, recommendations, associations with the manufacturer, consumption, market share, availability in pharmacies have been assessed. A graphical representation of the generalized indicator of the strength of the TM-brand with the determination of the status of the brand by individual drugs according to their market strength has been examined.

The location of market indicators of the strength of the drug carvedilol brand on the marketing map with the separation of the border "TM-brand" has been analyzed. For the first time, the indicators of carvedilol drugs, which are in the TM field according to the market strength, have been determined. It was confirmed that according to all indicators of the market strength, the level of brand status has not been reached by any drug carvedilol. The conclusions can be used to form the components and objectives of the strategic development plan of the manufacturer's TM.

The calculations estimate the structure of investments and the terms of their use in the development and production of carvedilol pills 0.015 g. It is established that the total investment is 328.9 thousand UAH, of which the cost of actual development of drugs – 220.4 thousand UAH. It is shown that the total profitability at the price of 39 UAH. for a package can be 282.8%, which indicates a high profitability of products and its economic efficiency. The break-even point of production, the possible sales of the drug under three market scenarios and the payback period of investments have been determined.

For the first time, based on the simulation of the situational scenario of discounted cash flows under the project of drug development of carvedilol tablets 0.015 g on the basis of socially oriented approach, the required level of sales, profitability and return on investment for socially appropriate market price of carvedilol tablets has been defined. With the aim of use in the system of TM development in brands, a graphic model of strengthening the strength and market status of

TM antihypertensive drug in the formation of marketing programs and loyalty programs has been developed.

Based on the results of the dissertation research, two methodical recommendations and an information letter, which were approved by the Problem Commission "Pharmacy" of the Ministry of Health and the Academy of Medical Sciences of Ukraine, have been developed and implemented in the pharmaceutical practice and educational process of higher educational institutions of Ukraine, as well as the practical activity of manufacturing pharmaceutical enterprises, territorial divisions of the State Medical Service, pharmacies and pharmacy networks, research institutions. The generalized conclusions have been included in the form of two articles in the Pharmaceutical Encyclopedia and two innovations – in the List of branch innovations.

*Key words:* pharmaceutical market, medicines, antihypertensive drugs, market potential, trademarks, brands, indicators, assessment of market power, modeling, strengthening of market positions.

### ***Список публікацій здобувача за темою дисертації***

#### **Статті в наукових фахових виданнях України**

1. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Вивчення поведінки споживачів при виборі та споживанні антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2014. Т. 9, № 1. С. 64–69.
2. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Дослідження асортименту та доступності блокаторів бета-адренорецепторів у роздрібному сегменті вітчизняного фармацевтичного ринку. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том. 2. № 1. С. 13–21.
3. Вплив емоційної та раціональної складових лояльності на вибір та споживання антигіпертензивних препаратів / М. М. Слободянюк, Ю. В. Байгуш, Д. В. Семенів, О. С. Самборський, О. В. Шуванова. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том 2. № 2. С. 68–76.

4. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Маркетинговий аналіз ринку серцево-судинних препаратів в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2016. № 1 (45). С. 72–79.

5. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Обґрунтування маркетингового підходу до визначення ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованої політики підприємства. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 2. С. 63–74.

#### **Статті в іноземних виданнях**

6. Samborskyi O., Slobodyanyuk M., Baygush Yu. A foundation of scientific and practical approaches to determination of expediency and investment attractiveness of the new antihypertensive medicines development. *The scientific heritage*. 2017. Vol. 1, No 14 (14). P. 36–42.

7. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Аналіз ринку адрено-блокаторів та динаміки змін їх соціально економічної доступності за умов реалізації програми «доступні ліки» в Україні. *WORLD SCIENCE*. 2019. № 9 (49) Vol. 2. С. 46–52.

#### **Методичні рекомендації, інформаційний лист**

8. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 28 с.

9. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 26 с.

10. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : інформ. лист. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 7 с.

### Статті у Фармацевтичній енциклопедії України

11. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Показники торгової марки та брэнда лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «МОРІОН». 2016. С. 1333–1334.

12. Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Бренд лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «МОРІОН», 2016. С. 241–242.

### Інновації, що включені до галузевого переліку МОЗ України:

13. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників брэнду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних (Перелік за 2016 р. № 505/3/16).

14. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили брэнду на прикладі антигіпертензивних препаратів (Перелік за 2016 р. № 512/3/16).

### Статті в інших виданнях

15. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Дударь А. Н. Оценка брэнда на примере антигіпертензивных лекарственных средств. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28-29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 135–143.

16. Дослідження ролі брэндингу у формуванні ринкових позицій антигіпертензивних лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, С. В. Жадько, М. М. Слободянюк, О. С. Самборський. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, № 3 (84), додаток. С. 33–37.

### Матеріали з'їздів, конференцій

17. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Методичні підходи до аналізу маркетингового потенціалу лікарських препаратів антигіпертензивної дії. *Управління якістю в фармації* : матеріали VI науково-практичної

конференції з міжнародною участю, м. Харків, 12 жовтня 2012 р. Харків : НФаУ, 2012. С. 33.

18. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Дудар Г. М. Дослідження якісних та кількісних показників в оцінці потенціалу антигіпертензивних лікарських препаратів. *Сучасні досягнення фармацевтичної технології* : матеріали III науково-практичної Internet конференції з міжнародною участю, м. Харків, 21-23 листопада 2012 р. Харків : НФаУ, 2012. С.155–156.

19. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Гіпертонічна хвороба та споживання антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28 –29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 144–153.

20. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні підходи до визначення показників бренду антигіпертензивних препаратів. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали 5-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 27-28 вересня 2013 р. Тернопіль, 2013. С. 291–293.

21. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Самборський О. С. Лояльність потребителів к брендам лікарських препаратів. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали II міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 27-28 березня 2014 р. Харків : НФаУ, 2014. С. 144–146.

22. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Підвищення статусу торговельної марки лікарських препаратів як запорука гарантій якості та обіцянок споживачеві. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування : питання освіти, теорії та практики* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 12 березня 2015 р. Харків : НФаУ, 2015. С. 209–210.

23. Bajgush Yu. V., Sushkova A. S., Slobodyanyuk M. M., Tcichon G. V. Scientifically methodical and practical justification of approaches to the estimation of brands of drugs. *Topical issues of new drugs development: Abstracts of international scientific and practical conference of young scientists and student, Kharkiv, April 23, 2015.* Kharkiv : Publishing office NUPh, 2015. (Актуальні питання створення нових лікарських засобів: тези доповідей міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів, Харків, 23 квітня 2015 р. Харків : НФаУ, 2015). С. 442–443.

24. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В., Самборський О. С. Сучасні підходи формування лояльності споживачів до лікарських препаратів як брендів. *Управління якістю в фармації: матеріали ІХ науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 22 травня 2015 р.* Харків, НФаУ, 2015. С. 17.

25. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні основи впливу якісних та кількісних показників сили бренду на розвиток сегмента лікарських засобів. *Апітерапія в Україні: матеріали V з'їзду апітерапевтів і апіконсультантів-бджолярів України з міжнародною участю спеціалістів в галузі медицини, фармації, апітерапії, бджільництва, косметології та харчової промисловості, м. Київ, 15-16 жовтня 2015 р.* Харків : Оригінал, 2015. С. 446–450.

26. Пришко І. М., Байгуш Ю. В. Аналіз результатів пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: збірник наук. робіт ІV Міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 24-25 березня 2016 р.* Харків : НФаУ, 2016. С. 26–34.

27. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Аналіз серцево-судинних препаратів у сегменті фармацевтичного ринку України. *Інновації в медицині: тез. доп. 85-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнарод-*



ною участю, м. Івано-Франківськ, 24-25 березня 2016 р. Івано-Франківськ, 2016. С. 214–215.

28. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Аналіз показників брендів та торгових марок лікарських препаратів. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні* : матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ : ПП Голіней О. М., 2016. С. 120–122.

29. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Дослідження асортименту засобів, що впливають на ренін-ангіотензивну систему, у роздрібно-му сегменті фармацевтичного ринку України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні* : матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ: ПП Голіней О. М., 2016. С. 122–124.

30. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Самборський О. С. Обґрунтування економічної ефективності та комерційної доцільності впровадження нового антигіпертензивного препарату. *Управління якістю в фармації* : збірник наукових робіт X Науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 20 травня 2016 р. Харків : НФаУ, 2016. С. 18–20.

31. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Динаміка використання антигіпертензивних лікарських засобів у деяких регіонах України. *Фармація XXI століття : тенденції та перспективи*. Матеріали VIII Національного з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 13-16 вересня 2016 р. Харків : НФаУ. 2016. С. 187.

32. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Структура споживання антигіпертензивних лікарських засобів в Івано-Франківській області. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : наук. симп. у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 15-16 вересня 2016 р. Харків : НФаУ. 2016. С. 165.

33. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Стратегічні та тактичні підходи до підвищення ринкового потенціалу антигіпертензивних лікарських засобів. *Управління якістю в фармації* : матеріали XI Науково-практичної конференції, м. Харків, 19 травня 2017 р. Харків : НФаУ. С. 24.

34. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Комплексний підхід у підвищенні ринкового потенціалу антигіпертензивних лікарських засобів. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали V міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 30-31 березня 2017 р. Харків : НФаУ, 2017. С. 331–332.

35. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Изучение роли маркетингового поля торговой марки в развитии бренда лекарственного средства. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 22-23 березня 2018 р. Харків : НФаУ, 2018. С. 356.

36. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк Н. Н. Научно-методические подходы к определению эффективности маркетинговых коммуникаций в сегменте антигипертензивных лекарств. *Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации* : материалы республиканской научно-практической конференции (с международным участием). Ташкент, Республика Узбекистан. 2016. С. 158–159

37. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Оцінка показників ринкової сили бренду лікарських засобів на основі карведілолу. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 19 березня 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 271–272.

38. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Маркетингові дослідження товарного сегменту антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : матер. VI Міжн. наук.-практ.

інтернет-конференції, м. Харків 23 - 24 квіт. 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 270–271.

39. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Дослідження та оцінка товарного сегменту лікарських засобів карведілолу. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження* : матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ : ІФНМУ, 2020. С. 7–8.

## ЗМІСТ

<b>АНОТАЦІЯ</b>	2
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b>	23
<b>ВСТУП</b>	24
<b>РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ МАРКЕТИНГОВИХ, МЕДИЧНИХ І СОЦІАЛЬНИХ СКЛАДОВИХ ФОРМУВАННЯ РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ</b>	35
1.1 Обґрунтування важливості управління ринковим потенціалом лікарських засобів у складі товарного портфеля фармацевтичного підприємства	35
1.2 Оцінка медико-соціальних та економічних проблем захворювань підвищеного артеріального тиску	43
1.3 Стратегії контролю артеріального тиску та профілактики серцево-судинних захворювань в Україні	51
Резюме	60
<b>РОЗДІЛ 2 ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМКІВ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ Й ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	62
2.1 Обґрунтування основних напрямків та об'єктів досліджень	62
2.2 Загальна методика проведення дисертаційних досліджень і методи розв'язання завдань	71
Висновки до розділу 2	78
<b>РОЗДІЛ 3 МАРКЕТИНГОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ</b>	79

3.1	Аналіз динаміки розвитку сегмента ринку препаратів, що використовуються в лікуванні серцево-судинних патологій, як важливої складової фармацевтичного ринку України	79
3.2	Дослідження динаміки розвитку та структури роздрібного й госпітального сегмента ринку препаратів, що використовуються в лікуванні серцево-судинних захворювань	85
3.3	Аналіз державної реєстрації ЛП, що використовуються в лікуванні артеріальної гіпертензії першої лінії терапії	92
3.4	Результати маркетингового аналізу роздрібного сегмента ринку С07 – блокатори бета-адренорецепторів в Україні	99
3.5	Аналіз динаміки змін цінових характеристик препаратів групи С07–блокатори бета-адренорецепторів на вітчизняному фармацевтичному ринку	109
	Висновки до розділу 3	120

## **РОЗДІЛ 4   МАРКЕТИНГОВА ОЦІНКА**

	<b>АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ</b>	124
4.1	Дослідження поведінки споживачів під час вибору та споживання антигіпертензивних лікарських засобів	125
4.2	Дослідження впливу складових лояльності споживачів на вибір антигіпертензивних препаратів	135
4.3	Опрацювання підходів до оцінювання ринкової сили торговельних марок антигіпертензивних препаратів	144

4.4	Розробка моделі оцінювання ринкової сили антигіпертензивних лікарських засобів	153
	Висновки до розділу 4	155
<b>РОЗДІЛ 5</b>	<b>НАУКОВО-МЕТОДИЧНЕ ВИРІШЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ПОСИЛЕННЯ РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНО-ГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ</b>	<b>159</b>
5.1	Оцінка ринкового потенціалу антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу	160
5.2	Науково-методичний підхід до оцінювання ринкової сили ТМ лікарського засобу карведілолу	171
5.3	Підвищення ринкового потенціалу антигіпертензивних препаратів шляхом пропозиції розробки нового лікарського засобу	178
5.4	Науково-практичні рекомендації щодо формування ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу	190
5.5	Розробка моделі посилення ринкового потенціалу антигіпертензивного засобу	195
	Висновки до розділу 5	197
	<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ</b>	<b>202</b>
	<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b>	<b>205</b>
	<b>ДОДАТКИ</b>	<b>227</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	–	артеріальна гіпертензія
АГЛЗ	–	антигіпертензивний лікарський засіб
АТ		артеріальний тиск
АТС	–	Анатомо-терапевтична хімічна класифікація
АФІ	–	активний фармацевтичний інгредієнт (субстанція)
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДФ ЛЗ	–	Державний формуляр лікарських засобів
ДЕЦ	–	Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
ЛЗ	–	лікарський засіб
МНН	–	Міжнародна непатентована назва
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
НБУ	–	Національний банк України
НЛП	–	Національна лікарська політика
ОВЦ	–	оптово-відпускна ціна
ОЛЗ	–	основні лікарські засоби
ОМС	–	обов'язкове медичне страхування
РП	–	ринковий потенціал
СОЗ	–	система охорони здоров'я
ССЗ	–	серцево-судинні захворювання
ССП	–	серцево-судинні препарати
ТМ	–	торговельна марка
ТН	–	торговельна назва
ФП	–	фармацевтичне підприємство
ФР	–	фармацевтичний ринок
DDD	–	Defined daily dose

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Насичення товарних сегментів фармацевтичного ринку лікарськими засобами та значне посилення конкуренції між препаратами-аналогами спонукає фірми-виробники до пошуку та практичного застосування нових сучасних підходів до аналізу ринкової ситуації, визначення й оцінки відносного потенціалу лікарського засобу (ЛЗ) серед продуктових конкурентів, обґрунтування напрямків подальшого розвитку складових комплексу ринкових характеристик товару. Дедалі важливіше місце у цьому посідає комплекс показників, які формують і характеризують торговельну марку (ТМ) ЛЗ. Вплив феномену ТМ та вищого її прояву, бренду, на ринкове місце конкретного ЛЗ потребує поглибленого дослідження та методичного обґрунтування.

Учені підкреслюють необхідність поглибленого дослідження характеристик і показників ТМ, особливостей переходу її в статус бренду, психологічного впливу на споживача й посилення ринкового потенціалу і конкурентоспроможності товару та фірми-виробника. Відзначається важливість робіт вітчизняних і закордонних учених: В. В. Аронової, Л. В. Балабанової, В. М. Божко, Т. О. Зайчук, О. В. Зозульова, С. М. Махнуші, В. Пустотіна, Д. Аакера, Ф. Котлера та ін.

Однак специфіка фармацевтичного ринку, особливості ринкової характеристики ЛЗ й складових ТМ щодо формування ринкового потенціалу та методичних підходів до їх аналізу ще не знайшли достатнього висвітлення в наукових роботах. У полі зору вітчизняних науковців були дослідження оцінки окремих аспектів потенціалу фармацевтичного ринку регіону (Федоренко І. А.), оцінки потенціалу товарних сегментів на прикладі противиразкових (Івченко А. В., Слободянюк М. М.), антигельмінтних (Попова Ю. В., Мнушко З. М.), гепатотропних (Муса Істанс Марвек Медхат, Малий В. В.), протиалергійних (Самборський О. С., Слободянюк М. М.) препаратів.

Значне розповсюдження захворювань серцево-судинної системи, особливо станів підвищеного артеріального тиску з високими показниками смер-



тності та інвалідності людей, вимагає особливої уваги щодо підвищення якості й ефективності антигіпертензивних лікарських засобів (АГЛЗ), формування широкої обізнаності та визнання їх лікарями й пацієнтами, підвищення ринкового потенціалу й статусу як окремого ЛЗ, так і товарного сегмента загалом. Підвищеної уваги потребує обґрунтування впровадження в медичну практику ЛЗ нових поколінь, більш швидкого ринкового становлення, посилення потенціалу, ринкового статусу. Такий підхід стає методичною базою стратегічного плану значного підвищення АГЛЗ вітчизняного виробництва.

Різним аспектам дослідження окремих антигіпертензивних ЛЗ та сегмента ринку (вивчення асортименту, цінових характеристик, реімбурсації вартості, нормативно-правового та фармако-економічного аналізу тощо) присвячені статті Бездітко Н. В., Куриленко Ю. Є., Міщенко О. Я., Немченко А. С., Слободянюка М. М., Яковлевої Л. В. та ін. Однак сьогодні немає комплексних досліджень, спрямованих на вивчення і вдосконалення маркетингових підходів та інструментів з вивчення складових ТМ як комплексу ринкових характеристик ЛЗ, оцінки потенціалу окремих ЛЗ та товарного сегмента в цілому.

Вищевказане зумовило доцільність та актуальність дисертаційної роботи, визначило її мету, завдання, структуру та логічну побудову дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.** Дисертація написана згідно з планом науково-дослідних робіт Івано-Франківського національного медичного університету за темою («Дослідження організаційно-маркетингових, фармако-економічних, технологічних, фармакологічних та якісних аспектів лікарських засобів природного і синтетичного походження», № 0113U004136) і ПК «Фармація» МОЗ і НАМН України (протокол № 74 від 20.02.2013 р.). Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні вченої ради Івано-Франківського національного медичного університету (протокол № 4 від 11.03.2013 р.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є наукове обґрунтування підходів до оцінки ринкових позицій антигіпертензи-

вних ЛЗ на основі показників торговельної марки для підвищення конкурентоспроможності препаратів вітчизняного виробництва у товарному сегменті фармацевтичного ринку.

Для досягнення зазначеної мети необхідно було розв'язати завдання:

- проаналізувати й обґрунтувати необхідність управління ринковим потенціалом ЛЗ у складі товарного портфеля фармацевтичного підприємства;
- дослідити та узагальнити оцінку медико-соціальних та економічних проблем захворювань, пов'язаних з підвищеним артеріальним тиском;
- оцінити стратегії контролю артеріального тиску та профілактики серцево-судинних захворювань в Україні в системі медичних технологій;
- проаналізувати динаміку розвитку сегментів ЛЗ, що використовуються в лікуванні серцево-судинних захворювань;
- провести аналіз державної реєстрації ЛЗ, що використовуються для лікування артеріальної гіпертензії першої лінії;
- з використанням маркетингового методу провести аналіз роздрібного сегмента ринку бета-адреноблокаторів в Україні;
- проаналізувати динаміку цінових характеристик групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів на вітчизняному фармацевтичному ринку;
- дослідити особливості поведінки споживачів при виборі та споживанні АГЛЗ та впливу складових лояльності споживачів на їх вибір;
- опрацювати підходи до оцінювання ринкової сили ТМ АГЛЗ;
- розробити модель ринкової оцінки АГЛЗ;
- розробити науково-методичний підхід до оцінювання ринкової сили ТМ ЛЗ карведілолу;
- обґрунтувати підвищення ринкового потенціалу товарного сегмента АГЛЗ шляхом пропозиції розробки ЛЗ;
- методично обґрунтувати науково-практичні рекомендації щодо формування ринкової ціни ЛЗ карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу;

- розробити модель посилення ринкового потенціалу АГЛЗ.

*Об'єкти дисертаційного дослідження* – процеси формування ринкового потенціалу АГЛЗ на вітчизняному ринку ЛЗ.

*Предмет дослідження* – статистичні показники, інформація стану державної реєстрації ЛЗ, дані аудиту роздрібного сегмента ФР, анкети фармацевтичних працівників, анкети споживачів, спеціалізовані фармацевтичні видання.

**Методи дослідження.** У дисертації використано системний аналіз (обґрунтування й вибір напрямку, об'єктів, методів досліджень і загальної методики роботи); історичний та логічний (вивчення наукових публікацій щодо технологій управління РП ЛЗ у складі товарного портфеля ФП, медико-соціальних та економічних проблем захворювань, пов'язаних з підвищеним артеріальним тиском, оцінки стратегії контролю артеріального тиску та профілактики ССЗ в Україні в системі медичних технологій, динаміки реєстрації ЛЗ); методи маркетингових досліджень (ретроспективна оцінка динаміки цінних характеристик ЛЗ, дослідження особливостей поведінки споживачів при виборі та споживанні АГЛЗ, а також впливу складових лояльності споживачів на їх вибір; опрацювання підходів до оцінювання ринкового статусу й ринкової сили ТМ АГЛЗ, розробка моделі ринкової оцінки АГЛЗ, розробка науково-методичного підходу до оцінювання ринкової сили ТМ ЛЗ карведілолу); моніторинг (оцінка товарного сегмента ринку АГЛЗ), анкетне опитування й метод експертних оцінок (провізорів, лікарів, споживачів ЛЗ); контент-аналіз і порівняльний аналіз (дослідження товарного асортименту АГЛЗ); графічний метод (для оцінки і наочного подання результатів досліджень), економіко-статистичні методи (визначення структури та термінів формування інвестиційних вкладень). За допомогою соціологічного методу (анкетне опитування респондентів) зібрана та оцінена інформація щодо факторів, які впливають на споживання АГЛЗ.

Інформаційною базою дослідження слугували наукові роботи вітчизняних та закордонних учених і практиків, присвячені проблемам формування,

оцінки й використання РП ЛЗ; статистичні дані щодо захворюваності в Україні, дані державного реєстру ЛЗ, дані маркетингових консалтингових компаній щодо обсягів продажу АГЛЗ, публікації у спеціалізованих виданнях, анкети опитування провізорів аптек, анкети опитування споживачів.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в розробленні методичних підході до поглибленого обґрунтування дослідження, оцінки й формування складових ринкового статусу АГЛЗ вітчизняного виробництва з метою підвищення їх ринкового статусу та конкурентоспроможності.

Найважливіші наукові результати, що характеризують новизну і розкривають зміст дисертаційного дослідження:

***уперше:***

- науково обґрунтовано використання комплексного методичного підходу в маркетингових дослідженнях для оцінки й формування ринкового статусу й потенціалу АГЛЗ;

- опрацьовано комплексний підхід до визначення головних маркетингових та економічних показників АГЛЗ на прикладі карведілолу під час виведення його на ринок ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка»;

- запропоновано методичний підхід до встановлення збалансованої ринкової ціни карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу;

***удосконалено:***

- науково-методичні підходи до оцінки показників, що характеризують комплекс ТМ АГЛЗ як бренду;

- науковий підхід до визначення впливу раціональних й ірраціональних (емоційних) факторів на рівень та інтенсивність споживання АГЛЗ;

- методичний підхід до маркетингової та організаційно-економічної оцінки товарного сегмента АГЛЗ на основі комплексного аналізу ринкових показників;

***дістало подальший розвиток:***

- використання маркетингового інструментарію економічного аналізу на прикладі товарного сегмента АГЛЗ;
- моделювання протікання грошових потоків при різних сценаріях ринкових подій на прикладі різних ТМ ЛЗ карведілолу ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка»;
- вивчення комплексу ринкових показників АГЛЗ на основі анкетного опитування респондентів;
- оцінювання відносного ринкового статусу АГЛЗ на прикладі ТМ ЛЗ карведілолу ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка» з використанням графічної маркетингової карти.

**Практичне значення одержаних результатів.** Отримані результати дисертаційного дослідження у сукупності становлять теоретичну, науково-методичну основу для подальшого удосконалення й поглиблення діяльності вітчизняних виробників ліків щодо аналізу, оцінки і формування ринкового стану та потенціалу АГЛЗ, які спрямовані на використання сучасного інструментарію маркетингу з метою підвищення їх ринкового статусу та конкурентоспроможності.

За результатами дослідження розроблені й упроваджені в діяльність виробничих ФП, територіальних підрозділів Держлікслужби, аптек та аптечних мереж, а також в освітній і науковий процес вищих медичних (фармацевтичних) закладів такі матеріали:

– методичні рекомендації «Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних», затверджені ПК «Фармація» МОЗ та НАМН України (протокол № 102, № 96 від 20.04.2016 р.), впроваджені в діяльність Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області (19.09.2016 р.); Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Полтавській області (20.02.2017 р.); КП «Обласний аптечний склад» (15.03.2017 р.); використовуються в освітньому і науковому процесі Івано-Франківського національного медичного університету

(20.10.2016 р.); Одеського національного медичного університету (18.02.2020 р.); Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (25.11.2020 р.); Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (10.12.2020 р.);

– методичні рекомендації «Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів», затверджені ПК «Фармація» МОЗ та АМН України (протокол № 96 від 20.04.2016 р.), впроваджені в діяльність Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області (19.09.2016 р.); Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Полтавській області (20.02.2017 р.); ТОВ «МЕДВЕЙ» (04.04.2017 р.); використовуються в освітньому і науковому процесі Івано-Франківського національного медичного університету (20.10.2016 р.); Запорізького державного медичного університету (06.05.2018 р.); Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (25.11.2020 р.); Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (10.12.2020 р.);

– інформаційний лист «Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних», затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України (протокол № 97 від 15 червня 2016 р.), впроваджений в діяльність Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області (19.09.2016 р.); ТОВ Аптека «Центорія» (20.09.2016 р.); Одеського національного медичного університету (18.02.2020 р.); Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (25.11.2020 р.); Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (10.12.2020 р.).

Загалом отримано 39 актів впровадження.

Два нововведення за матеріалами дисертаційної роботи увійшли до галузевого переліку МОЗ України:

- «Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних» (галузевий МОЗ України перелік за 2016 р. № 505/3/16);

- «Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів» (галузевий перелік МОЗ України за 2016 р. № 512/3/16).

До Фармацевтичної енциклопедії України включено науко-практичне узагальнення автором понять:

- «Показники торгової марки та бренда лікарського препарату» (Фармацевтична енциклопедія. 3-тє вид., переробл. і доповн. К.: «МОРІОН». 2016. С. 1333–1334);

- «Бренд лікарського препарату» (Фармацевтична енциклопедія. 3-тє вид., переробл. і доповн. К.: «МОРІОН», 2016. С. 241–242).

Запропоновані теоретичні, методичні, організаційно-економічні розробки дадуть змогу підвищити ефективність маркетингової діяльності вітчизняних ФП щодо визначення та формування ринкового потенціалу АГЛЗ.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційне дослідження Байгуш Ю. В. є самостійною завершеною науковою працею, в якій викладено підхід автора до розробки науково-практичних засад щодо оцінки, формування й підвищення ринкового потенціалу антигіпертензивних ЛЗ. Автором разом із науковим керівником сформована мета і завдання роботи, визначена методологія, об'єкти і предмети дослідження та проведені обговорення результатів досліджень. Особисто дисертантом проведено: аналіз і систематизацію джерел наукових видань щодо тематики роботи, сформовано дизайн і здійснено анкетне опитування респондентів, проведено комплексні маркетингові й організаційно-економічні дослідження сегмента ринку антигіпертензивних лікарських препаратів, проаналізовано вплив раціональної та ірраціональної (емоційної) складових лояльності на вибір ЛЗ, проведена порівняльна оцінка ринкових позицій ТМ антигіпертензивних ЛЗ з використанням показника цінової премії і преміального доходу, розроблена модель ринкової оцінки групи досліджуваних ЛЗ, запропоновано методичний підхід до оцінки

складових ринкової сили ЛЗ карведілолу з визначенням напрямків їх посилення на основі використання маркетингової карти. Здобувачем методично обґрунтовані науково-практичні рекомендації щодо методики формування ціни ЛЗ карведілолу з урахуванням соціально орієнтованого підходу та моделі посилення ринкового потенціалу антигіпертензивного ЛЗ.

У наукових працях, опублікованих у співавторстві з Д.В. Семенів, М. М. Слободянюком, О. С. Самборським, С. В. Жадько, А. М. Дударь, А. С. Сушковою, О. В. Шувановою, І. М. Пришко використано матеріал проведеного здобувачем аналізу літературних наукових джерел та статистичних матеріалів і результати виконаних ним експериментальних наукових досліджень: маркетинговий та організаційно-економічний аналіз товарного сегмента антигіпертензивних ЛЗ, особливості споживання таких ЛЗ в умовах реалізації урядової програми «Доступні ліки», обґрунтування методичних підходів до оцінки ринкових позицій ЛЗ та їх ТМ, складових ТМ та брендів, розрахунок необхідних сум інвестицій, собівартості і рентабельності виробництва, обґрунтування необхідних грошових потоків доходів й ринкової привабливості впровадження ЛЗ на основі карведілолу, формування ринкової ціни ЛЗ карведілолу з урахуванням соціально орієнтованого підходу, обґрунтування й формування моделей ринкової оцінки групи досліджуваних ЛЗ та моделі посилення ринкового потенціалу антигіпертензивного ЛЗ. Усі наукові узагальнення, положення, результати, висновки та рекомендації, викладені в дисертації, отримані автором особисто.

Співавторами захищені дисертаційні роботи на теми:

– Семенів Д. В. – дисертація на здобуття ступеня кандидата медичних наук «Нейрофізіологічний аналіз дії алкоголю (етанолу) на реакцію вестибулярної системи» (1991), дисертація на здобуття наукового ступеня доктора фармацевтичних наук «Обґрунтування створення та використання препаратів з противиразковою та репаративною дією на основі аронії чорноплідної» (2011);



- Слободянюк М. М. – дисертація на здобуття ступеня кандидата фармацевтичних наук «Разработка технологии и биофармацевтический анализ детских лекарственных форм с препаратами анальгетико-антипиретического действия» (1980), дисертація на здобуття наукового ступеня доктора фармацевтичних наук «Научные и организационные основы управления технологическим процессом создания лекарственных средств» (1992);
- Самборський О. С. дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук «Науково практичне обґрунтування інноваційного потенціалу протиалергійних антигістамінних лікарських препаратів» (2014);
- Жадько С. В. – дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук «Науково-практичне обґрунтування асортиментної політики виробничих фармацевтичних підприємств» (2009);
- Шуванова О. В. – дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук «Науково-методичні основи інформаційного забезпечення прийняття рішень у фармації» (2001).

**Апробація результатів дослідження.** Основні наукові та методичні положення і результати дисертаційного дослідження викладені та обговорювалися на науково-практичних заходах різного рівня: Міжнародній науково-практичній Internet-конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти» (м. Харків, 28-29 березня 2013 р.); II Міжнародній науково-практичній Internet-конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (м. Харків, 27-28 березня 2014 р.); III Міжнародній науково-практичній Internet-конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (м. Харків, 26-27 березня 2015 р.); IV Міжнародній науково-практичній Internet-конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (м. Харків, 24-25 березня 2016 р.); 5-ій науково-практичній конференції з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів» (м. Тернопіль, 27-28 вересня 2013 р.); VI Міжнародній науково-практичній Internet-

конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (м. Харків, 22-23 березня 2018 р.); IV Всеукраїнській наук.-практ. конференції «Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, науки і практики» (м. Харків, 15 березня 2017 р.); V та VI Міжнародній науково-практичній Інтернет-конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (м. Харків, 25-26 квіт. 2019 р. та 23-24 квіт. 2020 р.); VIII Міжнародній науково-практичній дистанційній конференції «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики» (м. Харків, 19 березня 2020 р.); VI International Scientific and Practical Internet Conference «Social Pharmacy: State, Problems and Perspectives» (м. Харків, 23-24 квітня 2020 р.); Наук.-практ. дистанційній конференції з міжнар. участю «Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження» (м. Івано-Франківськ, 12-13 травня 2020 р.).

Всього взято участь у 22 науково-практичних заходах різного рівня.

**Публікації.** Основні результати дисертаційного дослідження опубліковані в 39 працях, серед яких: 5 статей – у наукових фахових виданнях, 2 – в іноземних виданнях; 2 – в інших виданнях фармацевтичного спрямування, 2 науково-методичні рекомендації та інформаційний лист, що затверджені ПК «Фармація» МОЗ та НАМН України, 2 статті – у Фармацевтичній фармакопеї України, 2 нововведення у галузевому виданні та 23 тези доповідей в матеріалах з'їздів і науково-практичних конференціях різного рівня.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 267 сторінках машинописного тексту і складається із вступу, 5 розділів, загальних висновків, списку додатків та використаних джерел. Обсяг основного тексту дисертації 146 сторінок. Робота проілюстрована 37 таблицями, 24 рисунками. Список використаної літератури нараховує 173 джерела, серед яких 23 – латиницею.

## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ МАРКЕТИНГОВИХ, МЕДИЧНИХ І СОЦІАЛЬНИХ СКЛАДОВИХ ФОРМУВАННЯ РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

#### **1.1 Обґрунтування важливості управління ринковим потенціалом лікарських засобів у складі товарного портфеля фармацевтичного підприємства**

Важливою умовою досягнення конкурентоспроможності й прибутковості вітчизняних виробників ліків, з одного боку, і забезпечення потреб населення країни в сучасних ефективних і доступних ЛЗ, з іншого боку, є ефективне управління товарним портфелем фармацевтичного підприємства (ФП), зокрема соціально відповідальна й економічно обґрунтована інноваційна діяльність на основі оцінки ринкового потенціалу ЛЗ, які виробляються або плануються до впровадження у виробництво, та розробки заходів з посилення ринкового потенціалу цих ЛЗ надалі.

Товарний портфель ФП є динамічною системою, яка містить товарно-інноваційну, товарно-виробничу й товарно-ринкову складові [40, 47, 48]. До складу товарно-інноваційного портфеля входять ЛЗ, які перебувають на стадії розроблення й виведення на ринок. Склад товарно-виробничого портфеля зумовлюється ринковим попитом і технологічними можливостями ФП виробляти ті чи інші ЛЗ у вигляді різних лікарських форм. Товарно-ринковий портфель містить ЛЗ, які на сьогодні виробляються підприємством і поставляються на ринок.

У процесі управління товарним портфелем ФП повинні аналізувати й оцінювати власні можливості у відповідних сегментах ринку, на основі маркетингових та економічних досліджень розробляти стратегічні й тактичні заходи з формування ринкового потенціалу окремих ЛЗ, здійснювати контроль ефективності та своєчасне коригування маркетингових заходів.

Під потенціалом у широкому сенсі розуміють наявні ресурси (підприємства, країни тощо), які можуть бути використані для досягнення визначених цілей [3, 30, 38]. Потенціал підприємства – це сукупність ресурсів підприємства, які визначають його здатність здійснювати виробництво товарів й отримувати прибуток [7, 86, 92]. До потенціалів підприємства найвищого рівня належать соціальний, економічний і організаційно-управлінський; до потенціалів високого рівня – кадровий, виробничий, інноваційно-інвестиційний, організаційний, управлінський, фінансовий, маркетинговий та ін. [31, 32, 78, 91, 94, 95, 140, 142].

Маркетинговий потенціал ФП і його складові (аналітичний, комунікативний, продуктовий, колаборативний, потенціал управління маркетинговою діяльністю та ін.) використовуються для забезпечення конкурентоспроможності ФП при реалізації товарної, цінової, комунікативної і збутової політики підприємства та під час маркетингових досліджень [58, 59, 61, 64, 94]. Своєю чергою, маркетинговий потенціал ФП формується за рахунок більш повного використання ринкового потенціалу кожного ЛЗ, який виробляється підприємством [36, 39].

У сучасних наукових джерелах запропоновано співвідношення понять «обсяг збуту ЛЗ», «ринковий потенціал ЛЗ», «ємність ринку фармакотерапевтичної групи ЛЗ» і «потенціал ринку фармакотерапевтичної групи ЛЗ», а також обґрунтовано, що більш повне використання ринкового потенціалу ЛЗ ФП призводить не тільки до збільшення обсягів збуту конкретного ЛЗ і посилення маркетингового та загального потенціалу ФП, але й може збільшувати ємність ринку певної фармакотерапевтичної групи [61, 65, 75, 145].

Проте в науковій літературі немає визначення терміна «ринковий потенціал ЛЗ», тому пропонуємо таку його дефініцію: ринковий потенціал ЛЗ – це максимально можливий обсяг продажів ЛЗ (певного виробника) на певному ринку у конкретний проміжок часу в майбутньому за сприятливих ринкових умов та максимальної інтенсифікації маркетингових зусиль ФП з урахуванням конкурентоспроможності ФП та частки ринку, яку може завоювати конкретний ЛЗ».

Таблиця 1.1

**Взаємозв'язок ринкового потенціалу лікарського засобу з обсягом збуту, ємністю ринку і потенціалом ринку**

Термін та його синоніми	Суть терміна	Приклади інтерпретації терміна
Обсяг збуту ЛЗ	Фактичний обсяг продажів ЛЗ на певному ринку в певний проміжок часу	Фактичний обсяг продажів ЛЗ «Амлодипін-Здоров'я» у поточному році
Ринковий потенціал ЛЗ	Максимально можливий обсяг продажів ЛЗ (певного виробника) на певному ринку в конкретний проміжок часу у майбутньому за сприятливих ринкових умов та максимальної інтенсифікації маркетингових зусиль ФП з урахуванням конкурентоспроможності ФП та частки ринку, яку може завоювати конкретний ЛЗ [власне дослідження]	Максимально можливий обсяг продажів ЛЗ «Амлодипін-Здоров'я» у наступному році при інтенсифікації маркетингових зусиль
Ємність ринку групи ЛЗ (фактична ємність ринку, поточний потенціал ринку, ємність реального ринку)	<p><b>Ємність реального ринку</b> – можливі обсяги продажів товару покупцям, які мають потребу в них, виявляють інтерес до певного товару і мають можливість його придбати [73]</p> <p><b>Ємність ринку</b> – загальна кількість товарів, які на певному ринку протягом певного періоду часу забезпечені (або будуть забезпечені) поточним попитом, необхідною структурою пропозиції і відповідним рівнем цін за умов конкретного маркетингового середовища [75]</p>	<p>Фактичний сукупний обсяг продажів усіх аналогів «Амлодипін-Здоров'я» за МНН у поточному році.</p> <p>Фактичний обсяг продажів усіх антагоністів кальцію в поточному році.</p> <p>Фактичний сукупний обсяг продажів усіх АГЛЗ у поточному році.</p>
Потенційна ємність ринку (потенціал ринку фармако-терапевтичної групи ЛЗ, абсолютний потенціал ринку ЛЗ, ємність потенційного ринку, потенціал сегмента ринку)	<p><b>Ємність потенційного ринку</b> – можливі обсяги продажів товару покупцям, які потребують їх та виявляють інтерес до певного товару [73]</p> <p><b>Потенціал сегмента ринку</b> – сукупний обсяг попиту, який можуть пред'явити споживачі за найбільш сприятливих умов у конкретному товарному сегменті ринку [3]</p> <p><b>Потенційна ємність ринку (потенціал ринку)</b> – максимальна загальна кількість певних товарів, яку здатен поглинути ринок протягом певного періоду часу за умов максимального споживання усіма потенційними споживачами і максимальної інтенсифікації маркетингових зусиль усіх компаній [53]</p>	<p>Максимально можливий сукупний обсяг продажів усіх аналогів «Амлодипін-Здоров'я» за МНН у наступному році.</p> <p>Максимально можливий сукупний обсяг продажів усіх антагоністів кальцію в наступному році.</p> <p>Максимально можливий сукупний обсяг продажів усіх АГЛЗ у наступному році.</p>

Суть поняття «ринковий потенціал ЛЗ» розкривається через його взаємозв'язок з поняттями «обсяг збуту ЛЗ», «ємність ринку», «потенційна ємність ринку» (табл. 1.1).

Ринковий попит на товар звичайно досягає верхньої межі, коли витрати на маркетинг учасників ринку наближаються до такої величини, що їх наступне збільшення вже не призводить до зростання попиту, тобто є недоцільними [4, 56, 57, 158]. Для формування та посилення ринкового потенціалу ЛЗ виробники ліків використовують широкий набір маркетингових інструментів на основі STP-стратегії (від англ. *segmentation* – сегментація, *targeting* – вибір цільового сегмента ринку і виділення цільової аудиторії, *positioning* – позиціонування) [28, 54, 144]. Першим етапом цієї стратегії є виділення однорідних груп споживачів, які зацікавлені в однакових ЛЗ і стосовно яких може застосовуватися однаковий комплекс маркетингу. Другим етапом є аналіз привабливості сегментів ринку для ФП і вибору цільових сегментів для подальшої маркетингової діяльності. Третій етап передбачає позиціонування ЛЗ на цільовому сегменті ринку й розроблення відповідного комплексу маркетингу [54, 55, 57].

Низка робіт українських учених присвячені вивченню й формуванню окремих складових потенціалу ЛЗ (конкурентного, інноваційного, потенціалу ТМ або бренду) у системі управління товарним портфелем ФП з орієнтацією на підвищення ефективності інноваційної діяльності вітчизняних виробників ліків та комплексу маркетингу в цілому (табл. 1.2).

На формування ринкового потенціалу товару впливає макроекономічна динаміка, тривалість існування на ринку, наявність аналогів, характер еластичності попиту, якість, ефективність маркетингових заходів фірми-виробника і конкурентів [49, 61].

**Напрямки досліджень українських учених щодо складових потенціалу лікарських засобів**

Предмет досліджень	Об'єкти досліджень	Основні результати	Джерело
Конкурентний потенціал ТМ ЛЗ	противиразкові ЛЗ	Розроблена модель формування поточного і перспективного конкурентного потенціалу ТМ ЛЗ з урахуванням соціальних чинників, фармакоекономічних показників, ефективності лікування, особливостей ринкового розвитку ФП і ТМ ЛЗ, уподобань споживачів. Проведена оцінка складових і розраховане загальне значення ринкового потенціалу ТМ ЛЗ. Встановлено зв'язок між високим рівнем потенціалу ТМ ЛЗ й умінням ФП виявляти слабкі сторони в ринковій позиції ЛЗ і вживати заходи для їх посилення	А. В. Івченко [49, 120, 130]
Потенціал бренду ЛЗ	антигіпертензивні ЛЗ	Запропоновані показники для оцінки потенціалу бренду АГЛЗ. До найбільш значущих якісних характеристик сили бренду належать ефективність, доступність, безпечність ЛЗ, побічні ефекти, тривалість дії, перспективність застосування, індивідуальний стиль	М. М. Слободянюк, Ю. В. Байгуш, А. Н. Дудар [12, 119, 128]
Інноваційний потенціал ЛЗ	протиалергічні ЛЗ	Розроблена комплексна модель формування і посилення інноваційного потенціалу протиалергійних ЛЗ з урахуванням зовнішніх та внутрішніх чинників ФП	М. М. Слободянюк, О. С. Самборський [114]
Потенціал (капітал) бренду ЛЗ	протиалергічні ЛЗ	Розроблена система показників для оцінки капіталу бренду ЛЗ. Крім раціональних характеристик, на потенціал бренду істотно впливають престиж фірми-виробника і країни виробника, дизайн упаковки, відгуки фахівців, інтенсивність просування на ринок та ін.	М. М. Слободянюк, О. С. Самборський, С. В. Жадько [125].

Проте попит на ЛЗ як на особливу групу товарів визначається не лише маркетинговими чинниками. Так, за умови раціонального використання ЛЗ, коли пацієнт отримує ліки відповідно до клінічних показань у потрібній дозі з необхідною періодичністю і тривалістю лікування, попит на ЛЗ у певній

країні (а відповідно, і ринковий потенціал цього ЛЗ) залежить від рівня захворюваності (кількості пацієнтів). Складна демографічна ситуація в Україні полягає у стрімкому скороченні чисельності населення і збільшенні питомої ваги осіб літнього віку. За даними Державної служби статистики, в Україні частка осіб старших від 60 років зросла в період з 1990 р. до 2017 р. з 18,3 до 22,9 %. Це призводить до збільшення кількості пацієнтів, які страждають на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу, захворювання центральної нервової системи, опорно-рухового апарату та ін. «вікові» захворювання [42].

Крім того, попит на конкретний ЛЗ може обмежуватися через незадовільний рівень доступності медичної і фармацевтичної допомоги для певних категорій населення, низький рівень маркетингової, фізичної та економічної доступності ЛЗ для пацієнтів, нераціональне використання малоефективних ЛЗ із сумнівною доказовою базою, схильність населення країни до самолікування тощо. На вибір ЛЗ загалом впливають раціональні та емоційні (ірраціональні) характеристики, які в Україні останніми роками активно формують прихильність та лояльність споживача до ТМ ЛЗ [53, 114, 1119, 126].

Сьогодні зміст лояльності розглядається як складова таких елементів: прихильність до цінностей, довіра, довготермінові відносини та формування довгострокових відносин між споживачем (покупцем, пацієнтом, клієнтом) та продавцем [51, 63, 65]. На формування лояльності споживачів ліків впливає їх обізнаність (міцність утримання в пам'яті) з конкретними ЛЗ. Розрізняють декілька рівнів обізнаності: розпізнавання, згадування, пріоритетне згадування, домінантне згадування [1, 51]. Кожного місяця на ФР з'являються нові ЛЗ, і сьогодні більшість фармакотерапевтичних груп (товарних категорій) представлені десятками ТМ та брендів. Якщо споживач чітко розуміє, який ЛЗ йому потрібен, то шукає його, згадуючи за зовнішнім виглядом та назвою [27, 47, 63]. Психологія поведінки покупців і споживачів ЛЗ формується та базується на сукупності раціональної та емоційної (ірраціональної) складових [53, 60].



Відомо, що інформація споживачів про якісні переваги АГЛЗ має здебільшого суб'єктивний характер. Вибір споживача значно ускладнюється наявністю великої кількості препаратів-аналогів та ТМ, коли він не володіє достатньою інформацією про особливості та відмінності ліків, порівняну ефективність, безпечність тощо [53, 71, 129]. У такому разі на вибір препарату може вплинути «випадковий» фактор (наприклад, реклама, порада іншої людини, настрої споживача або провізора аптеки). Попит на ЛЗ значною мірою визначається тією інформацією, якою володіє споживач. Купуючи ліки, споживач порівнює їх реальну вартість з діапазоном своєї базової ціни, яку він вважає справедливою, з урахуванням рекомендацій лікаря, стану захворювання, терміновості лікування, загроз життю та фінансових можливостей. Вихід за межі цінової адаптації споживача може спричинити відмову від придбання певного препарату як занадто дорогого або підозріло дешевого. Більш висока плата споживача за конкретний ЛЗ у порівнянні з аналогами може бути платою за впевненість у вищій його якості, відповідність своєму соціальному статусу, можливості захиститись від ризику під час лікування, зручності приймання тощо [73].

Необхідно розрізняти психологічну цінність або силу бренду (це «капітал в головах») і фінансову вартість бренду як оцінку дисконтованих майбутніх грошових потоків, що генеруються брендом для підприємства [45, 60, 61, 63]. Сьогодні науковці з брендингу та маркетингологи-практики характеризують три ступені прихильності споживачів до бренду: поінформованість або пізнаваність (brand awareness), перевага (brand preference), лояльність або стійка пристрасть до бренду (brand loyalty or brand insistence) [105].

Виділяють як загальні, так і специфічні показники ТМ (бренду), використовуючи їх у розумовому (функціональний, соціальний, духовний та ментальний виміри), сенсорному (ступінь дії на органи чуття потенційного споживача), спеціальному (складові й архітектура) та маркетинговому (ступінь оцінки й напрямки розвитку ТМ в ринковому середовищі) полі. У фармації використання показників дає змогу проводити оцінку стану ТМ ЛЗ, здійсню-

вати зіставлення з іншими ЛЗ, оцінювати якісно та кількісно її статус у конкретний час, визначати шляхи підвищення показників та посилення ринкової ролі ТМ [14, 20, 63, 104, 114].

Відомий оператор оцінювання бренду, компанія «Interbrand Group», використовує чотири основні групи параметрів сили бренду: вага, довжина, ширина й глибина бренду [63, 172]. Компанією запропоновано здійснювати аналіз сили світових ТМ та брендів у балах за сімома показниками. Агентство «MRP Consulting» з 2007 р. проводить повномасштабний проєкт оцінки національних брендів різних країн, включно з Україною. Формула розрахунку вартості бренду агентства має такий вигляд:  $V = F_c \cdot I_q \cdot G_q \cdot T_q \cdot C_q \cdot U_{id}$ , де:  $V$  – вартість бренду;  $F_c$  – композитний фінансовий показник;  $I_q$  – інвестиційний коефіцієнт;  $G_q$  – географічний коефіцієнт;  $T_q$  – технологічний коефіцієнт;  $C_q$  – конкурентний коефіцієнт;  $U_{id}$  – унікальний ідентифікатор [63, 172]. Однак використання цієї формули є досить складним процесом.

Визначенню складових напрямків подальшого стратегічного розвитку ТМ ЛЗ у бренд передують оцінка та аналіз поточної ринкової кон'юнктури конкретного ЛЗ. Перехід ТМ у бренд відбувається за її якісними показниками в кількісному вимірі [68, 111, 130]. Від слабкої до сильної ТМ, від слабого до сильного бренду – основне завдання виробників продукції і власників товару. Оцінка маркової конкуренції, ринкового статусу ЛЗ із кількісною характеристикою його складових бренду для їх подальшого розвитку стає все більш актуальною у висококонкурентному середовищі ринку ЛЗ.

Найбільш відомою характеристикою межі ТМ й бренду є пропозиція низки авторів, що бренд як вищий рівень ТМ може приймати статус від слабого до дуже сильного [47, 65, 67, 104]. При цьому рекомендують такі значення показників, які обмежують межу між дуже сильною ТМ і слабким брендом: мінімальний рівень спонтанного знання до 30 % (для сильних брендів – 60-70 %, для дуже сильних – 80-90 %), рівень ідентифікації і рівень лояльності – 30 %, рівень споживання – не менше 20 %. Доступність при цьому не менше, ніж 75 % споживачів, 75 % цільової аудиторії можуть класифікувати

галузь, у якій виробляється продукт, щонайменше 20 % покупців користуються визначеною ТМ постійно, 20 % покупців можуть точно описати основні властивості товару та ін. [47, 104]. Провідна міжнародна компанія «Interbrand» пропонує здійснювати аналіз сили бренду в балах за сімома факторами (максимальні оцінки): ринок – 10, стабільність – 15, лідерство – 25, інтернаціональність – 25, тенденція – 5, підтримка – 5, захист – 5 [172]. В Україні проводяться щорічні рейтинги ТМ і брендів [106].

Ринковий потенціал ЛЗ у певній країні може збільшуватися внаслідок низки загальнодержавних заходів, серед яких: фінансування попиту (завдяки наявності державних програм із реімбурсації вартості ЛЗ для лікування певних захворювань), освіта пацієнтів, запровадження обов'язкового державного медичного страхування, розвиток добровільного медичного страхування, внесення ЛЗ до стандартів і протоколів лікування тощо [136, 163].

Отже, перед вітчизняними виробниками постає важливе завдання більш повного використання ринкового потенціалу ЛЗ, що надасть можливість підвищити ефективність інноваційної політики, збільшити обсяги збуту ЛЗ та впливати на збільшення ємності ринку певної терапевтичної групи.

## **1.2 Оцінка медико-соціальних та економічних проблем захворювань підвищеного артеріального тиску**

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смерті в усьому світі. За оцінками ВООЗ, у 2016 р. у світі від ССЗ померло 17,9 млн осіб, що становило 31 % від усіх випадків смерті, 85 % з цих смертей сталися в результаті серцевого нападу або інсульту. Понад 75 % випадків смерті від ССЗ стаються в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Серед 17 млн випадків смерті від неінфекційних захворювань (НІЗ) осіб віком до 70 років 82 % випадків припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, а причиною 37 % із них є ССЗ [42].

У країнах Європи ССЗ є однією з основних причин передчасної смерті і втрати скоригованих на інвалідність років життя: у жінок, віком до 75 років,

вони становлять 42 % усіх випадків смерті, у чоловіків – 38 % [2, 77]. Хоча смертність від ССЗ значно знизилася за останні десятиліття у багатьох європейських країнах, вони залишаються основною причиною раптової смерті [2, 77, 82].

За прогнозами ВООЗ, у 2011–2025 рр. у країнах з низькими й середніми доходами пов'язана з НІЗ сукупна втрата продуктивності становитиме 7,28 трлн дол. США [173]. Щорічні витрати у зв'язку з основними НІЗ у країнах з низькими і середніми доходами становлять приблизно 500 млрд дол. США, або близько 4 % валового внутрішнього продукту. На ССЗ, включаючи ГХ, припадає майже половина витрат [167].

Вважається, що на сьогодні понад 80 % смертей від ССЗ припадає на країни, що розвиваються [2, 5]. Це пояснюється відсутністю або недосконалістю профілактичного спрямування медицини в цих країнах, де значна частка осіб з високим ризиком розвитку ССЗ залишається невиявленою або не має достатнього доступу до первинного рівня надання медико-санітарної допомоги. За оцінками експертів, НІЗ, у тому числі й ССЗ, у країнах із низьким та середнім рівнями доходів можуть знизити валовий внутрішній продукт на 7 %, що пов'язано з численними випадками передчасної смерті. Тобто серцево-судинна патологія має не тільки негативні медико-соціальні наслідки, але й призводить до значних економічних втрат (наприклад, для країн ЄС це приблизно 192 млрд євро на рік) [2, 5, 38, 134].

Україна разом з іншими країнами (Вірменія, Азербайджан, Білорусь, Болгарія, Грузія, Казахстан, Киргизстан, Латвія, Литва, Македонія, Молдова, Російська Федерація та Узбекистан) належить до країн з дуже високим ризиком смертності від ССЗ [2, 5, 93].

Артеріальна гіпертензія (АГ), а також порушення обміну ліпідів і глюкози та фактори, які визначаються способом життя (тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність, соціальні фактори, психологічні риси пацієнта тощо), є загальновизнаними факторами розвитку ССЗ [2, 93, 146, 147]. Згідно з глобальним резюме ВООЗ, на долю гіпертонії припадає

не менше 45 % випадків смерті, спричинених захворюваннями серця, і 51 % випадків смерті, зумовлених інсультом [37].

За даними ВООЗ, у 2008 р. приблизно в 40 % дорослих людей віком 25 років і старше було діагностовано АГ, а кількість людей із цим захворюванням зросла із 600 млн у 1980 р. до 1 млрд у 2008 р. Найвища поширеність АГ відзначається в африканському регіоні, де цей показник становить 46 % дорослих віком 25 років і старше, найнижча поширеність – на американському континенті (35 %). Загалом у країнах з високими доходами відзначається нижча в порівнянні з іншими країнами поширеність АГ – 35 %, тимчасом як у решті країн вона досягає 40 % [33, 37].

Збільшення поширеності АГ пов'язане з ростом чисельності населення, демографічним старінням і поведінковими факторами ризику (нездорове харчування, надмірне вживання алкоголю, недостатня фізична активність, надмірна вага і постійний стресовий стан) [37, 38]. Раннє виявлення й лікування АГ і контроль інших факторів ризику, а також політика у сфері охорони здоров'я, спрямована на скорочення поведінкових факторів ризику, за останні три десятиліття сприяли поступовому зниженню рівня смертності, спричиненої хворобами серця й інсультом, у країнах з високими доходами [33, 38].

Підвищений АТ є основним фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), серцевої недостатності, порушення мозкового кровообігу, захворювання периферичних артерій, ниркової недостатності й фібриляції передсердь [37, 153].

Клінічно доведено, що зниження діастолічного АТ всього на 5 мм рт. ст. зменшує ризик розвитку інсульту на 35–40 % [155]. Зниження діастолічного АТ всього на 5 мм рт. ст. призводить до зниження ризику розвитку термінальної стадії ниркової недостатності на 25 % [157, 162]. Хоча у пацієнтів з есенціальною АГ помірної тяжкості ризик кардіоваскулярних ускладнень залежить не тільки від рівня АТ, але й від інших факторів ризику (мікроальбумінурія, цукровий діабет, гіперінсулінемія, тютюнопаління, дисліпідемія, ожиріння тощо) [153, 156].

Люди з підвищеним АТ частіше за інших мають фактори ризику розвитку ССЗ (цукровий діабет, інсулінорезистентність, дисліпідемія) та ураження органів-мішеней (серця, нирок, сітківки ока, магістральних судин). Оскільки фактори ризику можуть взаємодіяти, загальний ризик у хворих з АГ збільшується навіть при легкому або помірному підвищенні АТ [79, 80, 165, 166].

Отже, належний контроль АТ є важливим фактором профілактики ускладнень з боку серцево-судинної системи. У заяві щодо громадської охорони здоров'я в рамках проєкту «Заклик до дій», схваленій більшістю країн-членів ЄС на політичному рівні (після прийняття на засіданні Європейського парламенту у 2007 р. Європейської хартії здорового серця), серед показників, яких необхідно досягти для збереження здоров'я, зазначено підтримання рівня АТ нижче ніж 140/90 мм рт. ст. [164].

Метааналізи рандомізованих контрольованих досліджень за участю сотень тисяч пацієнтів показали, що зниження систолічного АТ на 10 мм рт. ст. або діастолічного АТ на 5 мм рт. ст. призводить до зменшення усіх великих кардіоваскулярних подій на близько 20 %, смертності від усіх причин – на 10–15 %, інсульту – на близько 35 %, коронарних подій – на близько 20 %, серцевої недостатності – на близько 40 %. Це зниження відносного ризику є послідовним, не залежить від початкового рівня АТ у межах гіпертензивного діапазону, рівня кардіоваскулярного ризику, супутніх захворювань, віку, статі й етнічної належності пацієнтів [152, 153, 169].

Іншою важливою метою антигіпертензивної терапії є зменшення розвитку хронічних хвороб нирок, однак повільне зниження ниркової функції у більшості пацієнтів із АГ ускладнює оцінку потенційних переваг від зниження АТ. [2, 159]. У деяких рандомізованих контрольованих дослідженнях також показаний захисний ефект зниження АТ щодо прогресування хронічних хвороб нирок до кінцевої стадії захворювання нирок як при діабетичній, так і недіабетичній нефропатії [160].

Фармакотерапія у поєднанні з модифікацією способу життя є добре сформованою, найбільш клінічно й економічно ефективною стратегією зни-

ження АТ, якої потребують більшість пацієнтів з АГ для досягнення оптимального контролю АТ, зниження кількості серцево-судинних ускладнень, у тому числі й найбільш небезпечних: інфаркту міокарда й інсульту [160, 169]. Фармакотерапія АГ заснована на дуже ґрунтовних доказах, підкріплених великою кількістю результатів рандомізованих контрольованих досліджень [4, 148]. Відповідно до сучасних клінічних рекомендацій і стандартів надання медичної допомоги хворим з АГ, необхідно постійно застосовувати АГЛЗ з доведеною ефективністю [5, 139, 160].

Велика кількість рандомізованих клінічних досліджень підтверджує, що головна користь антигіпертензивної терапії полягає саме у зниженні АТ і не залежить від застосовуваних ЛЗ. В останній спільній настанові Європейського товариства з артеріальної гіпертензії та Європейського товариства кардіологів рекомендовано ті самі п'ять основних класів ЛЗ в основі антигіпертензивної терапії, що й у попередніх настановах: інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II,  $\beta$ -адреноблокатори (бета-блокатори), антагоністи кальцію та діуретики (тіазидні, тіазидоподібні), зважаючи на доведену здатність знижувати АТ. Ці висновки підтверджені метааналізами, у яких наведені певні відмінності між результатами застосування деяких АГЛЗ, проте в цілому частота великих кардіоваскулярних подій і смертність подібні при початковій терапії усіма п'ятьма основними класами АГЛЗ [2, 152, 168, 170].

Ці ЛЗ (так звані, АГЛЗ першої лінії, або АГЛЗ першого вибору) рекомендуються для початку та продовження антигіпертензивної терапії у ролі монотерапії або в комбінації.

Бета-блокатори як препарати першого вибору в антигіпертензивній терапії були поставлені під сумнів. Вони не рекомендуються згідно з чинними рекомендаціями США як терапія першої лінії для лікування есенціальної гіпертензії [153, 156]. У метааналізі 147 рандомізованих випробувань повідомляється про лише невелику значущість бета-блокаторів у профілактиці інсульту (зниження на 17 %, порівняно з іншими ЛЗ на 29 %, та більш високу ефективність у порівнянні з іншими ЛЗ в пацієнтів з недавніми коронарними

подіями). Ці дані узгоджуються з поздовжнім дослідженням діабету у Великобританії (UKPDS). Оскільки традиційні бета-блокатори викликають збільшення маси тіла і мають несприятливий вплив на ліпідний обмін та посилення (у порівнянні з іншими ЛЗ) вперше виявленого цукрового діабету, вони не бажані в пацієнтів з АГ із множинними метаболічними факторами ризику (абдомінальним ожирінням, підвищенням рівня глюкози натще, порушенням толерантності до глюкози тощо) і станами, які збільшують ймовірність виникнення цукрового діабету [149, 156]. Проте це може не стосуватися таких бета-блокаторів третього покоління, як небіволол і карведілол, які мають менш виражений або взагалі не мають дисметаболічного ефекту, а також меншу ймовірність виникнення цукрового діабету порівняно з іншими бета-блокаторами.

Небіволол – високоселективний ліпофільний антагоніст  $\beta_1$ -адренорецепторів з фармакологічним профілем, який відрізняється від інших АГЛЗ у своєму класі. На додаток до кардіоселективності, опосередкованої блокадою  $\beta_1$ -адренорецепторів, небіволол індукує опосередковану оксидом азоту вазодилатацію, стимулюючи ендотеліальну синтазу оксиду азоту через  $\beta_3$ -агонізм. Його механізм судинорозширювальної дії відрізняється від інших бета-блокаторів (карведілол, лабеталол), які опосередковуються через блокаду  $\alpha$ -адренорецепторів [161].

Небіволол дозволений для лікування ГХ у США, ГХ і серцевої недостатності в Європі. Небіволол показав порівняну ефективність із рекомендованими зараз АГЛЗ щодо зниження периферичного АТ у дорослих із ГХ з дуже низьким рівнем побічних ефектів. Небіволол також сприятливо впливає на центральний АТ порівняно з іншими бета-блокаторами. Клінічні дані підтверджують доцільність застосування небівололу при ГХ у монотерапії та в складі комбінованої терапії, його позитивний вплив на серцеву недостатність та ендотеліальну дисфункцію. Небіволол чинить нейтральний або сприятливий вплив на обмін речовин у пацієнтів з ожирінням і цукровим діабетом завдяки своїм судинорозширювальним та антиоксидантним властивостям, опо-



середкованим оксидом азоту [155, 161]. Крім того, небіволол, на відміну від інших бета-блокаторів, зазвичай добре переноситься пацієнтами з астмою або хронічним обструктивним захворюванням легенів (ХОЗЛ) [155, 157]. Більшість клінічних досліджень показують безпеку й добру переносимість небівололу в монотерапії та у комбінації з іншими АГЛЗ [155, 161].

Отже, небіволол може бути сприятливим терапевтичним варіантом лікування гіпертонії у пацієнтів з порушенням метаболізму глюкози та ліпідів, астмою та ХОЗЛ [161].

Карведілол – судинорозширювальний некардіоселективний бета-блокатор без негативних гемодинамічних та метаболічних впливів, який має переваги над  $\beta_1$ -селективними блокаторами [157]. Порівняно зі звичайними бета-блокаторами, карведілол підтримує серцевий викид, має знижений тривалий вплив на серцебиття і знижує АТ шляхом зниження судинного опору та може використовуватися як кардіопротекторний засіб. Карведілол має сприятливий вплив на метаболічні параметри, наприклад, на глікемічний контроль, чутливість до інсуліну та метаболізм ліпідів, що дає змогу пропонувати його для лікування пацієнтів з метаболічним синдромом або діабетом [153, 157].

Інші класи АГЛЗ (препарати другої лінії) використовуються менше, їхнє застосування пов'язане з вищим ризиком несприятливих ефектів або вони мають більш обмежені докази щодо користі. АГЛЗ іншого класу слід розглядати як рекомендовану стратегію лікування, якщо початкова терапія повинна бути скасована через побічні ефекти або відсутність зниження АТ [149, 170]. АГЛЗ другої лінії є  $\alpha_1$ -адреноблокатори, алкалоїди раувольфії, центральні  $\alpha_2$ -агоністи, агоністи імідазолових рецепторів.

Структура споживання АГЛЗ в різних країнах світу, у різних регіонах однієї країни та в різні проміжки часу має значну варіабельність, зумовлену появою нових АГЛЗ і витісненням ними старих препаратів, вимогами національних рекомендацій, соціально-демографічними чинниками, такими як рівень знань і переваг лікарів та пацієнтів, купівельної спроможності [82].

Схожість України з іншими країнами світу полягає в тенденції зниження споживання діуретиків та бета-адреноблокаторів, що пов'язують з активним просуванням на ринок нових АГЛЗ з групи інгібіторів АПФ і антагоністів кальцію з пролонгованою дією. При вивченні клінічної обґрунтованості витіснення старих АГЛЗ новими було показано, що бета-блокатори і діуретики за антигіпертензивною активністю не поступаються антагоністам кальцію та інгібіторам АПФ, а іноді володіють більш високою антигіпертензивною активністю. Отже, скорочення використання старих АГЛЗ, лікування якими обходиться значно дешевше, не є обґрунтованим [82, 93].

Згідно з міжнародними рекомендаціями, вартість ЛЗ не повинна домінувати над ефективністю, переносимістю та безпекою для пацієнта, тому варто надавати перевагу ЛЗ з 24-годинною ефективністю. Спрощення режиму приймання ліків підвищує дотримання лікування, а 24-годинний контроль АТ є прогностично важливим на додаток до «офісного» контролю АТ.

Комбінованого лікування потребують 50–75 % хворих на АГ. При неефективності монотерапії не рекомендується підвищувати дозу АГЛЗ до максимальної, оскільки це підвищує ймовірність побічних ефектів, натомість слід використовувати комбінацію двох, а за необхідності трьох-чотирьох АГЛЗ. Додаткове зниження АТ від комбінації АГЛЗ двох різних класів приблизно в п'ять разів ефективніше, ніж подвоєння дози одного ЛЗ [149, 170].

15–20 % пацієнтів з АГ потребують комбінації трьох ЛЗ для досягнення цільового АТ. Найбільш раціональним є поєднання блокатора ренінаангіотензинової системи, антагоніста кальцію і діуретика в ефективних дозах.

У 2013 р. вийшла оновлена версія клінічної настанови з АГ Європейського товариства з гіпертензії і Європейського товариства кардіологів [35]. У ній уперше визначена комбінація ЛЗ, яку не рекомендують використовувати – інгібітори АПФ і блокатори рецепторів ангіотензину II, що обґрунтовано результатами дослідження ONTARGET.

Отже, сьогодні у світі чітко визначені методи дієвої профілактики та лікування АГ, що засновані на принципах доказової медицини, проте про-

блема низької ефективності антигіпертензивної терапії та оптимального підбору АГЛЗ для конкретного пацієнта є актуальною.

### **1.3 Стратегії контролю артеріального тиску та профілактики серцево-судинних захворювань в Україні**

ВООЗ приділяє значну увагу впровадженню стратегій профілактики ССЗ у різних країнах світу. У багатьох європейських країнах у період з 1970 до 1990 рр. спостерігалось зниження стандартизованого за віком показника смертності від ІХС і ССЗ, що свідчить про можливість профілактики передчасної смертності та збільшення тривалості життя. Понад 50 % зареєстрованого зниження смертності від ССЗ пов'язано з модифікацією факторів ризику, 40 % – з упровадженням нових технологій лікування. Однак у низці країн Східної Європи смертність від ССЗ та ІХС залишається високою [2, 85, 100].

Країни, яким протягом останніх десятиліть вдалося досягти суттєвого зниження смертності від ССЗ (США, Австралія, Фінляндія), у розробці та реалізації профілактичних програм використовували концепцію факторів ризику, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб [37, 38]. Серед факторів ризику, пов'язаних зі способом життя, виділяють куріння, нездорове харчування, недостатню фізичну активність і зловживання алкоголем. Висока поширеність цих факторів в Україні зумовлює несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо ССЗ. Корекція цих факторів ризику на індивідуальному й популяційному рівні має позитивний вплив на надлишкову масу тіла й ожиріння, АГ, порушення ліпідного і вуглеводного обміну та знижує індивідуальний ризик пацієнта [38, 41].

Так, у Фінляндії зниження на 82 % смертності від ІХС серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років здебільшого зумовлене зменшенням рівня високого АТ, значного вмісту холестерину і скороченням куріння [5, 38]. Також через зниження рівня АТ, холестерину, індексу маси тіла і куріння зменшилася загальна смертність і від ІХС протягом 10 років у Литві

[5, 38]. Американські вчені, проаналізувавши причини зниження смертності від коронарної хвороби серця, дійшли висновку, що на 44 % це зумовлено впливом на фактори ризику [168]. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ, вдалося утричі (від 10 до 34 %) збільшити кількість хворих з цільовими значеннями АТ [152]. У Фінляндії зниження на 82 % смертності від ІХС серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою зумовлене зменшенням рівня високого АТ, високого вмісту холестерину і куріння [160].

В Україні смертність від ССЗ у 2013 р. становила 957,3 на 100 тис. населення, що дещо менше, ніж у 2009 р. – 1002 на 100 тис. населення. Це пов'язували, зокрема, з успіхами у боротьбі з тютюнопалінням [143, 146, 147]. Сьогодні ССЗ лідирують серед причин смертності в Україні і є причиною 67 % випадків смертей населення, випереджаючи навіть онкологічні захворювання. Показник смертності від ССЗ в Україні на 30 % вищий, ніж у Європі. Зростає поширеність ССЗ і ГХ серед людей працездатного віку. Згідно зі статистичними даними 2017 р., у структурі ССЗ в Україні частка осіб працездатного віку є значною і становить при ГХ 36,7 %. Загалом у 37 % працездатного населення України діагностовано ССЗ [141].

В Україні ІХС та цереброваскулярні хвороби (ЦВХ), провідним фактором ризику яких є АГ, на 89 % визначають рівень серцево-судинної смертності дорослого і на 74 % – працездатного населення [146].

У 2010 р. поширеність комбінації АГ та ІХС серед дорослого населення становила 63,3 % випадків, захворюваність – 58,8 %. У порівнянні з 1999 р. наведені показники зросли, відповідно, на 25,1 (з 50,3 до 63,3) і 29,8 % (з 45,3 до 58,8), що можна вважати результатом підвищення рівня діагностики АГ. У хворих з ЦВХ (доросле населення) поширеність АГ становила 64 %, захворюваність – 56,5 %. Проти 1999 р. ці показники зросли на 25,2 і 35,5 % відповідно. Отже, АГ слід розглядати як провідний фактор ризику розвитку кардіальної і цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на тривалість життя населення України [2].

За даними офіційної статистики МОЗ, на 1 січня 2011 р. в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що становило 32,2 % дорослого населення країни. У цей період спостерігалось стійке зростання поширеності АГ – більше ніж удвічі у порівнянні з 1998 р. та на 170 % порівняно з 2000 р. Зростання поширеності АГ також оцінювалось як результат більш ефективної роботи ЗОЗ, які надавали первинну медичну допомогу з виявлення АГ [2, 41]. У цей період поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу в дорослих становила 46,8 % (найвищі показники у Львівській і Хмельницькій областях – 53,7 і 52,0 %, найнижчі – у Київській і Чернігівській областях – 40,4 і 42,1 %), тобто майже половина пацієнтів з ХСК мала підвищений АТ [146, 147].

В Україні АГ є провідним фактором ризику, який максимально впливає на рівень смертності як чоловічого, так і жіночого населення. Стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6 %. У сільській популяції поширеність АГ вища – 36,3 %, у тому числі серед чоловіків – 37,9 %, серед жінок – 35,1 % [2, 93]. За результатами двох незалежних стандартизованих обстежень мешканців м. Києва, проведених ННЦ «Інститут кардіології імені М. Д. Стражеска» з інтервалом у 30 років (1980–2010 рр.), виявлене зростання поширеності АГ з віком: серед чоловіків – від 1 % у 18–24 роки до 66 % у 55–64 роки, серед жінок – від 5 % у 25–34 роки до 76 % у 55–64 роки. Повторне дослідження засвідчило, що поширеність АГ у чоловічій популяції зросла від 27 до 30 % ( $p > 0,05$ ), у жіночій – від 27 до 29 % ( $p > 0,05$ ) [2].

У структурі захворюваності на ГХ домінувала АГ першого ступеня (50 % хворих), АГ другого ступеня визначалась у 31 % хворих, АГ третього ступеня – у 19 % хворих [2]. Незалежно від статі як серед міського, так і серед сільського населення найбільш поширеною виявилась змішана форма АГ (68 %), частота якої зростає з віком хворих. Поширеність ізольованої систолічної форми становить 20 %, діастолічної – 12 % [93].

За оцінкою епідеміологічної ситуації у 2010 р., серед міського населення України лише 63 % хворих (60 % чоловіків і 68 % жінок) знали про наяв-

ність у них підвищеного АТ; 38 % осіб (27 % чоловіків і 54 % жінок) приймали будь-які АГЛЗ; ефективність фармакотерапії становила лише 14 % (10 % у чоловіків і 25 % у жінок). З віком обізнаність хворих про наявність у них АГ й охоплення фармакотерапією поступово зростали, але ефективність лікування залишалася майже незмінною. Ситуація щодо контролю АГ була більш несприятливою у чоловіків, серед яких було менше обізнаних про наявність підвищеного АТ, нижчий відсоток охоплених фармакотерапією і нижча ефективність лікування. Кращі показники контролю АГ в жіночій популяції зумовлені тим, що, як відомо, жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю і ретельніше виконують призначення лікаря [82].

За іншими даними (2012 р.), загалом в Україні серед осіб з підвищеним АТ обізнаність про наявність у них захворювання становила 67,8 % серед сільських і 80,8 % серед міських мешканців, отримували лікування 38,3 і 48,4 % хворих відповідно, ефективність лікування становила 8,1 й 18,7 % відповідно. Отже, ситуація щодо контролю АГ була незадовільною як у сільській, так і в міській популяції, проте у сільській місцевості вона була вкрай несприятливою [2, 37].

За результатами епідеміологічних досліджень, протягом 1980-2010 рр. ситуація щодо контролю АГ серед українців значно покращилася, але була далекою від бажаних результатів. Значно зменшилася частка хворих, які отримували монотерапію, зросла до 52 % частка пацієнтів, які застосовували комбіноване лікування. У структурі призначень АГЛЗ найчастіше використовувались інгібітори АПФ (63 %), причому за 2000-2010 рр. частота їх призначень збільшилась удвічі. Кожний третій хворий приймав бета-блокатори, а кожний десятий – антагоністи кальцію. Частка АГЛЗ другого ряду серед призначень лікарів зменшилась від 65 до 8 % [2, 149].

Більшість пацієнтів з АГ проходять лікування в амбулаторіях – поліклінічних медичних закладах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, вчасне призначення адекватної фармакотерапії, залучення пацієнта

та членів його родини до участі у процесі лікування стримує прогресування захворювання, знижує ризик ускладнень, сприяє покращенню якості життя і збереженню працездатності пацієнтів [116].

В Україні розроблений протокол провізора (фармацевта) з відпуску за рецептом готових ЛЗ для лікування осіб з ГХ, вартість котрих підлягає частковому відшкодуванню, метою якого є інформаційне забезпечення відпуску цих ЛЗ за рецептом [79]. Цим документом визначено, що провізори і фармацевти аптек повинні здійснювати таку інформаційно-просвітню діяльність, яка охоплює широке інформування населення щодо АГ та її наслідків; брати участь у заходах, спрямованих на боротьбу з АГ та її наслідками; популяризувати інформаційні програми для пацієнтів та фахівців, такі як Всесвітній день боротьби з АГ тощо.

За даними статистики, поширеність АГ в Україні за останні 10 років практично не змінилася, обізнаність хворих про наявність цього захворювання зросла до 78 %, однак ефективність лікування хворих на АГ залишається низькою [41, 149]. Причини неефективного лікування хворих на АГ при застосуванні АГЛЗ розділяють на три групи: пов'язані з характером захворювання; пов'язані з лікарем і пов'язані з пацієнтом [6, 29, 43].

АГ характеризується різноманіттям патофізіологічних механізмів розвитку і прогресування захворювання, гетерогенність причин АГ не завжди дає змогу встановити точний патогенетичний механізм захворювання у конкретного пацієнта. Вибір АГЛЗ часто здійснюється емпірично, а ефективність лікування передбачити не завжди можливо [29, 149, 151].

Причинами неефективного лікування хворих на АГ можуть бути неадекватний вибір ЛЗ лікарем, небажання збільшувати дози або призначати додаткові АГЛЗ, проблеми зі встановлення особистого контакту між лікарем і хворим [149, 151]. До причин неефективного лікування, пов'язаних з поведінкою хворого, належить низька прихильність пацієнтів до вживання АГЛЗ, низька поінформованість про АГ та необхідність постійного лікування, помилки у прийманні ЛЗ, побічні ефекти ЛЗ, висока вартість лікування, відсут-

ність довіри до лікаря, низька віра у дієвість АГЛЗ, недостатня зручність застосування ЛЗ [134, 149].

В умовах низької платоспроможності населення і незавершеності обов'язкового медичного страхування в Україні, держава через відшкодування вартості АГЛЗ використала можливість мотивувати пацієнтів звертатися до лікарів, регулярно обстежуватися й отримувати рецепти; підвищувати прихильність пацієнтів до лікування, стимулювати споживання АГЛЗ, залучати до лікування нових пацієнтів й формувати попит на АГЛЗ, стимулювати лікарів до виписування рецептів. Пілотний проєкт щодо запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (ГХ) (далі – пілотний проєкт) діяв в Україні з 01 червня 2012 р. до 3 грудня 2014 р. [86, 96]. Пілотний проєкт передбачав реімбурсацію вартості деяких однокомпонентних АГЛЗ: еналаприлу, лізиноприлу, бісопрололу, метопрололу, небівололу, амлодипіну, ніфедипіну в межах референтної ціни, а з вересня 2013 р. дія пілотного проєкту розширилась внаслідок включення до нього комбінованих АГЛЗ [96, 103].

Перед початком пілотного проєкту до лікарів зверталось не більше 8 % пацієнтів з ГХ, за іншими даними, лише 15 % хворих отримували лікування. Наприкінці 2013 р. 74,6 % пацієнтів з ГХ щонайменше один раз побували на консультації у лікаря. Суттєвим результатом пілотного проєкту було те, що у 2013 р. по всій Україні 44,4 % пацієнтів з ГХ лікувалися понад 3 місяці, що перевищувало середній показник по Європі. Порівняно з 2012 р. кількість викликів швидкої медичної допомоги з приводу гіпертонічних кризів знизилась на 16 %, смертність міського населення від усіх форм ГХ – на 18,75 %, сільського – на 20 %. На кінець 2013 р. використано близько 86 % виділених коштів (загалом це 191 млн грн).

Пілотний проєкт зумовив збільшення призначення і споживання АГЛЗ в Україні. Так, у 2012 р. споживання АГЛЗ зросло як у натуральному (з 1,8 до 2,6 млн упаковок), так і в грошовому (з 42 до 54 млн грн) показниках. При цьому середньозважена вартість упаковки ЛЗ зменшилась з 23,2 до 20,7 грн.



Унаслідок реалізації пілотного проєкту у 2013 р. на 75 % збільшилася кількість осіб, які почали систематично вживати АГЛЗ [98, 99, 103].

Постановою КМУ України від 11.06.2014 р. № 183 пілотний проєкт був подовжений і передбачене фінансування розміром 138 млн 900 тис. грн. За інформацією МОЗ України, станом на 1 січня 2015 р. з виділених коштів було використано 117 млн 813 тис. грн (94,3 %). На 100 % використали кошти Сумська, Тернопільська, Львівська, Чернівецька, Полтавська, Вінницька, Херсонська, Кіровоградська, Чернігівська, Житомирська області та м. Київ. 70,5 % від загальної кількості виписаних рецептів становили ті, за якими відбулося часткове відшкодування вартості ЛЗ [98, 103].

За даними МОЗ України, із близько 8 млн зареєстрованих хворих на АГ у 2014 р. 61,65 % пацієнтів були залучені до пілотного проєкту. З них постійно отримували ЛЗ (понад три місяці) 45 % осіб, що на 10 % перевищувало аналогічний показник у країнах ЄС. Середній вік пацієнтів, які брали участь у пілотному проєкті, становив 62 роки.

Регіонами, у яких зафіксована найвища частка хворих і які звернулися до лікаря за антигіпертензивним лікуванням, (70–100 %) були Закарпатська, Кіровоградська, Дніпропетровська, Харківська, Чернігівська, Запорізька, Тернопільська й Одеська області. Найменша частка пацієнтів (50–70 %) звернулася до лікаря у Миколаївській, Полтавській, Київській, Волинській, Черкаській, Донецькій областях і м. Києві [62, 98].

У 2017 р. в Україні стартувала урядова програма «Доступні ліки», яка дає змогу громадянам отримувати ЛЗ від ССЗ, діабету II типу та бронхіальної астми безкоштовно або з невеликою доплатою.

У 2018 р. в Україні у межах виконання угоди про асоціацію з ЄС ухвалено Національний план заходів щодо НІЗ як довготривалу національну кампанію для запобігання НІЗ, які викликані способом життя та умовами навколишнього середовища. Цей план спрямований на зменшення на третину до 2030 р. передчасної смертності від НІЗ, у тому числі від ССЗ, шляхом профілактики та лікування [101, 102, 149].

Низка досліджень українських учених присвячені аналізу фармацевтичного ринку АГЛЗ, структури споживання АГЛЗ, поведінки споживачів, оптимізації асортименту АГЛЗ в аптеках, оцінці результативності пілотного проєкту. Огляд фармацевтичного ринку комбінованих АГЛЗ (2005–2010 рр.) показав, що переважна частка асортименту припадала на закордонні фармацевтичні компанії, а важливою тенденцією було розширення асортименту ТН і ЛФ. За кількістю зареєстрованих комбінованих АГЛЗ у 2010 р. переважали групи С09В А03 – «Лізиноприл і діуретини» і С07F В03 – «Атенолол та інші гіпотензивні засоби» [137].

Аналіз структури асортименту й обсягів реалізації АГЛЗ на рівні аптечного закладу з використанням ABC-, VEN- та частотного аналізу у 2009–2010 рр. засвідчив наявність достатньої кількості препаратів першої лінії та комбінованих АГЛЗ для проведення раціональної фармакотерапії АГ, представленість АГЛЗ у широкому діапазоні цін, що дає можливість пацієнтам з різною платоспроможністю придбати АГЛЗ, переважання вітчизняних генеричних АГЛЗ з низькою вартістю упаковки в структурі сегменту [150, 151].

У дослідженні 2011 р. проведений аналіз доцільності організації спеціалізованої аптеки кардіологічного профілю в м. Києві та розроблена концепція фармацевтичної допомоги хворим на АГ за взаємодії кардіологічного центру й спеціалізованої аптеки з використанням достатнього асортименту АГЛЗ, комплексу фармацевтичних послуг і при постійній взаємодії хворого, лікаря та провізора. У комплексі профілактичних послуг запропоновані прийом лікаря-кардіолога, коригування схеми фармакотерапії АГ із залученням лікаря-кардіолога; вимірювання АТ, навчання пацієнтів вимірювати АТ; упровадження школи для пацієнтів з АГ; розповсюдження друкованих матеріалів та оформлення стендів у торговому залі з інформацією про фактори ризику АГ; презентації нових АГЛЗ за участю лікарів і медичних представників. У комплексі маркетингових послуг запропоновані індивідуальне і попереднє замовлення АГЛЗ; пошук і доставка АГЛЗ на адреси замовників (до-

дому, в офіс чи стаціонар); знижка пацієнтам кардіологічного центру і відвідувачам школи пацієнтів; дисконтна картка для постійних клієнтів [138].

Фармакоепідеміологічні дослідження обсягів споживання в Україні АГЛЗ у 2008-2013 рр. показали, що обсяги споживання зросли на 59 % (із 60,64 DIDs у 2008 р. до 96,43 DIDs у 2013 р.). Упродовж зазначеного періоду частка споживання АГЛЗ першої лінії зростала з 83,7 % у 2008 р. до 89,3 % у 2013 р. Споживання АГЛЗ другої лінії, за винятком  $\alpha$ -адреноблокаторів, знижувалось з 2008 р. по 2013 р. Тобто лікарі України були схильні керуватися клінічними рекомендаціями щодо лікування АГ і призначати АГЛЗ переважно першої лінії. Згідно з результатами дослідження, споживання АГЛЗ в Україні було невідповідним поширеності АГ, оскільки лише 23–36 % хворих на АГ отримували антигіпертензивну терапію (одну DDD хоча б одного АГЛЗ), що свідчить про низьку прихильність пацієнтів до лікування [146, 147]. За результатами порівняльного аналізу встановлено, що обсяги споживання АГЛЗ в Україні набагато нижчі, ніж у розвинених країнах світу, хоча смертність від інсультів набагато вища [151].

У ретроспективному аналізі споживання АГЛЗ пілотного проєкту в ЦРА КП «ЛО «Фармація» (2013 р.) виявлено, що за частотою призначення згідно з рецептами відшкодування за МНН в аптечному закладі лідирує група лізиноприлу, за кількістю спожитих DDDs – група еналаприлу [30].

Порівняльна оцінка асортименту АГЛЗ на фармацевтичних ринках України і Польщі (2015 р.) показала, що на вітчизняному ринку були представлені більшість із АГЛЗ, які запропоновані на ринку Польщі. Винятки становили сечогінні препарати (клопамід, хлорталідон, канренон),  $\beta$ -адреноблокатори (піндолол, ацебутолол), блокатори кальцієвих каналів (ісрадипін), інгібітори АПФ (беназеприл, цилазаприл, трандолаприл та імідаприл). Асортимент АГЛЗ на ринку Польщі був представлений комбінованими ЛЗ беназеприлу з діуретиками, цилазаприлу з діуретиками, раміприлу з фелодипіном, аліскірену з амлодипіном, яких не було на вітчизняному ринку [44].

Дослідження, що охоплювало 100 приватних аптек м. Києва у 2016 р., засвідчило, що АГЛЗ досить добре представлені в асортименті аптек кількістю 175 ТН і 43 МНН, що становило 56,6 % від МНН і 28,8 % від ТН, представлених на ринку). Показана висока частота придбання в аптеках інгібіторів АПФ (еналаприлу та каптоприлу) і важливість фактора ціни при виборі АГЛЗ відвідувачами аптек [115, 166].

У дослідженні, присвяченому оцінці ефективності запровадження державних заходів з підвищення доступності АГЛЗ установлено, що після першого року дії пілотного проекту була помітна позитивна тенденція зниження середніх закупівельних та роздрібних цін на АГЛЗ, за винятком вітчизняних препаратів С07АВ07 – бісопрололу (зростання на 12,0 %). На фоні фінансової кризи у 2014 р. відбувалося збільшення закупівельних і роздрібних цін. Ціни на бета-адреноблокатори на роздрібному сегменті ринку у 2013 р. знижувалися швидшими темпами, а у 2014 р., навпаки, збільшувалися меншими темпами, ніж у ланці дистрибуції ліків. Тому поставлено під сумнів перспективну доступність ЛЗ метопрололу і бісопрололу в межах реалізації державних заходів щодо підвищення доступності фармацевтичної допомоги хворим на ГХ [109].

## РЕЗЮМЕ

У процесі управління товарним портфелем ФП повинні приділяти належну увагу оцінці й прогнозуванню ринкового потенціалу ЛЗ, які плануються впроваджувати у виробництво та розробляти заходи з більш повного використання ринкового потенціалу ЛЗ, що вже виробляються. Більш повне використання ринкового потенціалу ЛЗ надасть можливість підвищувати ефективність інноваційної політики, збільшувати обсяги збуту ЛЗ та впливати на збільшення ємності ринку певної терапевтичної групи. Важливе місце у формуванні ємності ринку ЛЗ належить лояльності контактних аудиторій (для ліків – це лікарі і пацієнти). На особливу увагу заслуговує феномен ТМ ЛЗ як комплекс споживчих, медичних і ринкових характеристик конкретних ліків.

Зміцнення ТМ, підвищення її ринкового статусу й позицій з наступним переходом до категорії бренду стало стратегічним напрямком розвитку на товарному фармацевтичному ринку і завданням виробників ліків. Визначення сильних і слабких складових брендів дає можливість подальшому формуванню напрямків у підвищенні конкурентоспроможності вітчизняних ЛЗ.

АГ є загальновизнаним фактором розвитку ССЗ, які є основною причиною смертності в усьому світі та призводять до великих економічних втрат. Для початку та продовження антигіпертензивної терапії у ролі монотерапії або в комбінації рекомендовано п'ять основних класів ЛЗ: інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II, бета-блокатори, антагоністи кальцію та діуретики. Небіволол і карведілол як бета-блокатори третього покоління мають доведені терапевтичні переваги перед традиційними бета-блокаторами (менш виражений або відсутній дисметаболічний ефект, менша ймовірність виникнення цукрового діабету), що дає змогу застосовувати їх для пацієнтів з порушеннями обміну речовин.

В Україні АГ є провідним фактором ризику, який максимально впливає на рівень смертності як чоловіків, так і жінок. В умовах низької платоспроможності населення і незавершеності обов'язкового медичного страхування держава впливає на споживання АГЛЗ через регулювання цін на ЛЗ та відшкодування їх вартості. Реалізація пілотного проєкту призвела до збільшення призначення і споживання АГЛЗ в Україні, що мало позитивний вплив на зменшення кількості інсультів і зниження показників смертності населення та змінило структуру споживання АГЛЗ. З 2017 р. в Україні діє урядова програма «Доступні ліки», яка дає змогу громадянам отримувати АГЛЗ безкоштовно або з невеликою доплатою.

Незважаючи на значні успіхи в охопленні населення України антигіпертензивною терапією, проблема вироблення АГЛЗ для пацієнтів із супутніми захворюваннями та забезпечення фармацевтичного ринку сучасними ефективними й економічно доступними АГЛЗ вітчизняного виробництва залишається актуальною.

## РОЗДІЛ 2

### ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМКІВ, ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ Й ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1 Обґрунтування основних напрямків та об'єктів досліджень

Антигіпертензивна терапія потребує постійного і довготривалого лікування й профілактики. Все більшу роль у цьому відіграють новітні ЛЗ, серед яких важливе місце займає карведілол. Фактична ємність (річний обсяг продажу) ЛЗ карведілолу за останні два роки (2018 та 2019 рр.) мала ріст відповідно 240,55% і 176,16%, сягнувши за 2019 р. 240,748 млн грн. Низку препаратів ЛЗ карведілолу включено до Реєстру ЛЗ, що використовуються за системою реімбурсації згідно з урядовою програмою «Доступні ліки» для хворих на серцево-судинні захворювання. Фахівцями маркетингової служби заводу-виробника та консалтингової фармацевтичної фірми прогнозується подальше збільшення споживання ЛЗ карведілолу до 378 млн грн у наступні 3-4 роки. Це свідчить про ефективне й перспективне використання ЛЗ карведілолу в медичних технологіях для профілактики і лікування станів підвищеного кров'яного тиску. Незважаючи на те що частка ЛЗ карведілолу вітчизняного виробництва за останні роки суттєво підвищилась, перспективність використання карведілолу ставить завдання підвищення активності вітчизняних виробників такого ЛЗ, збільшення їх кількості в сегменті карведілолу. Це значно розширяє можливості не лише фізичної, а й соціально-економічної доступності ЛЗ для різних верств пацієнтів і підвищує ринковий потенціал препарату. Таке важливе завдання потребує наукового обґрунтування напрямків стратегічних дій вітчизняних виробників ліків у цьому сегменті товарного ринку, визначення перспективних напрямків їх реалізації і використання сучасних активних інструментів маркетингових комунікацій.

Таким чином, виникає необхідність опрацювання відповідних напрямків формування й посилення ринкового потенціалу ЛЗ карведілолу вітчизня-

ного виробництва як сучасного ефективного АГЛЗ. Розв'язання цього завдання ускладнюється активною ринковою позицією ЛЗ карведілолу іноземного виробництва, досягнутого їх ринковим статусом, використанням активної політики просування препарату на ФР і спонукання його використання в медичній практиці. Необхідно використати сучасні комплексні методи дослідження й аналізу на рівні готових ЛЗ і їх ТМ. Останні виступають як комплекс різноманітних властивостей та показників, що характеризують конкретний готовий ЛЗ, його ринкову силу і статус, сильні й слабкі сторони та виокремлюють необхідні напрямки подальшого підвищення ринкового статусу ТМ і брендів. Особливість феномену ТМ-бренду не лише дає суттєві переваги у конкурентній боротьбі, а й спонукає науковців і практиків до поглибленого й розширеного дослідження цієї маркетингової категорії.

Актуальною є необхідність визначення загального стану ринкової сили ЛЗ через складові ТМ, оцінка впливу окремих складових для подальшого їх посилення. У наукових публікаціях проводяться порівняльні дослідження з використанням якісних і кількісних показників ТМ не фармацевтичних товарів, що дають можливість відносно оцінити ринкову ситуацію з аналогічними товарами, визначити кількісну їхню характеристику та обґрунтовано залучити адміністративні, маркетингові й економічні механізми суттєвого посилення ринкового статусу товару виробника в ринковому полі ТМ-бренду. Ріст від слабкої до сильної ТМ, від сильної ТМ до слабкого і сильного бренду стає стратегічним орієнтиром у конкурентній боротьбі на товарних ринках.

Названих напрямків досліджень щодо аналогічних ЛЗ, їх ТМ у фармації майже не проводилось. Наявні лише окремі дослідження, які не мають комплексності та завершеності. Так, досліджувались окремі аспекти фармацевтичного ринку регіону (Федоренко І. А.), ринкові та інноваційні потенціали товарних сегментів на прикладі антигельмінтних (Попова Ю. В., Мнушко З. М.), протиалергійних (Самборський О. С., Слободянюк М. М.), противіражкових (Івченко А. В., Слободянюк М. М.) і гепатотропних (Муса Істанс Ма-

рвек Медхат, Малий В. В.) лікарських засобів. Однак за напрямками, які плануємо провести у дисертаційній роботі, дослідження не проводилися.

Загальна структура дисертаційного дослідження передбачає чотири основні етапи (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

### Загальна структура дисертаційного дослідження

Етапи дослідження	Напрямки дослідження	Методи дослідження	Найважливіші результати
1	2	3	4
Обґрунтування важливості управління ринковим потенціалом ЛЗ у складі товарного портфеля фармацевтичного підприємства. Збирання вторинної інформації щодо проблеми оцінки медико-соціальних та економічних проблем захворювань підвищеного артеріального тиску. Узагальнення стратегії контролю артеріального тиску та профілактики серцево-судинних захворювань в Україні. Систематизація вторинної інформації та аналіз з метою виявлення невирішених питань у цьому напрямку й формулювання мети і завдань подальшого дослідження	Теоретичні аспекти визначення й оцінки ринкового потенціалу ЛЗ, медико-соціальні та економічні проблеми захворювань підвищеного артеріального тиску.	Системний, історичний, логічний аналіз, узагальнення	Узагальнені теоретичні основи щодо управління ринковим потенціалом ЛЗ та роль ТМ. Здійснена оцінка медико-соціальних та економічних проблем захворювань підвищеного артеріального тиску. Узагальнені сучасні стратегії контролю артеріального тиску та профілактики серцево-судинних захворювань в Україні. Висвітлено невирішені питання й сформульовано мету і завдання подальшого дослідження.
Маркетингові дослідження сегмента ринку ЛЗ, що застосовуються для лікування ССП та станів підвищеного АТ. Організаційно-економічні дослідження ринку АГП	Аналіз динаміки розвитку товарного сегмента ЛЗ, що використовуються в лікуванні ССП; дослідження динаміки розвитку й структури роздрібно та госпітального сегмента ринку ЛЗ; аналіз державної реєстрації ЛЗ першої лінії, що	Історичний, логічний, структурний, порівняльний, економіко-статистичний, маркетинговий аналіз, моніторинг, ранжування	Доведено, що сегмент ринку ССП є важливою складовою національного ФР. Оцінена його динаміка росту за 2012-2019 рр. Показана значна імпортозалежність у групі АГП. Визначено, що важливим напрямком розвитку сегмента АГП є підвищення рівня соціально-економічної досту-



Етапи дослідження	Напрямки дослідження	Методи дослідження	Найважливіші результати
1	2	3	4
	<p>використовуються у лікування АГ; маркетинговий аналіз роздрібного сегмента ринку бета-адреноблокаторів в Україні; аналіз динаміки змін цінових характеристик групи С07-блокатори бета-адренорецепторів на вітчизняному фармацевтичному ринку</p>		<p>пності, розробка дієвої національної програми імпортозаміщення та впровадження ефективних механізмів компенсації вартості споживання ЛЗ за умов впровадження ОМС.</p> <p>Опубліковано 3 статті, з яких дві у фаховому виданні, одна – в іноземному, тези в матеріалах VIII Національного з'їзду фармацевтів України й тези в науково-практичних конференціях різного рівня</p>
<p>Маркетингова оцінка антигіпертензивних лікарських засобів</p>	<p>Дослідження поведінки споживачів при виборі та споживанні антигіпертензивних лікарських засобів; дослідження впливу складових чинників лояльності споживачів на вибір антигіпертензивних препаратів; опрацювання підходів до оцінювання ринкової сили торговельних марок антигіпертензивних препаратів; оцінка ринкового потенціалу антигіпертензивного засобу карведілол; розробка моделі ринкової оцінки антигіпертензивних ЛЗ</p>	<p>Логічний, структурний, порівняльний, економіко-статистичний, маркетинговий аналіз, моніторинг, ранжування, анкетне опитування</p>	<p>Встановлено демографічні, соціальні, демографічні і поведінкові характеристики споживачів АГП, визначена прихильність до окремих ЛЗ. Показано позитивні зміни щодо підтримки свого здоров'я під впливом урядової програми «Доступні ліки». Схарактеризовано суми реамбурсації за використані ЛЗ у різних областях України. Установлено вплив раціональних та емоційних (іраціональні) характеристик лояльності споживачів. Рекомендовано використовувати якісні та кількісні показники ТМ й брендів. На прикладі антигіпертензивних ЛЗ небівололу опрацьовано методики оцінки показників ТМ (бренду), що характеризують ринкову силу ЛЗ. Опрацьовано карту ринкових показників із виділенням поля ТМ і поля бренду. Розроблено</p>

Етапи дослідження	Напрямки дослідження	Методи дослідження	Найважливіші результати
1	2	3	4
			<p>графічну модель оцінки й формування ринкової сили антигіпертензивного ЛЗ.</p> <p>Опубліковано 14 наукових статей: 2 статті у фаховому виданні, тези у матеріалах конференцій. Видано 2 методичні рекомендації та інформаційний лист.</p>
<p>Науково-методичне рішення підходів до посилення ринкового потенціалу антигіпертензивних препаратів</p>	<p>Оцінка ринкового потенціалу антигіпертензивного ЛЗ карведілол. Підвищення ринкового потенціалу АГЛЗ шляхом обґрунтування пропозиції розробки нового ЛЗ.</p> <p>Науково-практичні рекомендації щодо формування ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу. Розробка моделі посилення ринкового потенціалу АГЛЗ</p>	<p>Історичний, логічний, структурний, порівняльний, анкетне опитування, економіко-статистичний, маркетинговий аналіз, моніторинг, математичне моделювання</p>	<p>Встановлено значні позитивні фармакотерапевтичні і ринкові характеристики ЛЗ карведілолу. Підтверджено домінування іноземних виробників ЛЗ. Опрацьовано графічне представлення узагальненого показника сили ТМ з визначенням статусу бренду окремих ЛЗ. Узагальнена й оцінена структура інвестиційних вкладень у процесі розробки і виробництва таблеток карведілолу, собівартість і рентабельність. Визначено необхідний рівень обсягів продажів, рентабельності й терміну повернення інвестиційних вкладень для доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу. Розроблена модель посилення ринкового потенціалу АГЛЗ.</p> <p>Опубліковано 23 наукові роботи: 1 стаття у фаховому виданні, тези у матеріалах науково-практичних конференцій різного рівня.</p>

На першому етапі за даними літератури обґрунтована важливість ефективного управління ринковим потенціалом ЛЗ в конкурентному середовищі у складі товарного портфеля ФП. Підтверджено взаємозв'язок ринкового потенціалу ЛЗ з обсягом збуту, ємністю ринку і потенціалом ринку. Показана необхідність управління окремими складовими потенціалу ЛЗ (конкурентного, інноваційного, потенціалу торговельної марки (або бренду як вищого рівня ТМ), що суттєво впливають на ефективність інноваційної діяльності вітчизняних виробників ліків і комплексу маркетингу загалом. При оцінці медико-соціальних та економічних проблем захворювань підвищеного АТ показана доцільність застосування в системі сучасних медичних технологій новітніх ЛЗ, підвищення статусу ліків вітчизняного виробництва. Оцінені особливості технологій лікування стану підвищеного АТ в Україні, наведено небіволол і карведілол як перспективні АГЛЗ. Акцентовано, що в умовах низької платоспроможності населення і відсутності обов'язкового медичного страхування держава впливає на споживання АГЛЗ через регулювання цін на ЛЗ та відшкодування їх вартості. Оцінено позитивно дію урядового проєкту «Доступні ліки», що призвела до збільшення призначення і споживання гіпотензивних ліків в Україні, особливо малозабезпеченої категорії населення. Збільшення потреби в ефективній фармакотерапії, підвищення соціально економічної доступності в АГЛЗ для різних верств пацієнтів спонукає до необхідності розширення асортименту ЛЗ, особливо ліків вітчизняного виробництва.

У зв'язку з цим на другому етапі детально досліджено динаміку розвитку й структури роздрібного й госпітального сегмента ринку ЛЗ серцево-судинної дії, оцінено ЛЗ першої лінії у державному реєстрі, що використовуються в лікуванні станів підвищеного АТ. Під час дослідження сегмента ФР АГЛЗ проводився асортиментний аналіз за різними параметрами: фармакотерапевтичні групи ЛЗ; співвідношення вітчизняний / імпортований; фірми-виробники; форми випуску препаратів. Структурний аналіз асортименту ЛЗ здійснювався за всіма рівнями анатомо-терапевтично-хімічної (АТС) класифікації, яка рекомендована ВООЗ в проведенні аналізу споживання ЛЗ зок-

рема та в маркетингових дослідженнях у фармації загалом (<http://compendium.com.ua/atc>) [2, 36, 74]. Проведено детальний аналіз сегмента ринку С07 – блокатори бета-адренорецепторів упродовж 2012-2018 рр. і встановлено стабільний характер його розвитку, але зменшення у 2013-2014 рр. доступності для більшості населення, що спонукало до введення в дію урядової програми «Доступні ліки».

На наступному етапі дисертаційного дослідження проведено вивчення поведінки споживачів при виборі та споживанні АГЛЗ у два етапи – 2013 та 2018 рр. Встановлено їх демографічні, соціальні, демографічні і поведінкові характеристики. Визначена прихильність до окремих АГЛЗ у 2013 р., встановлено несистематичний прийом ліків, низький рівень частоти звернень до лікаря. Водночас за результатами другого етапу досліджень встановлено значне (на 36,8%) підвищення зацікавленості пацієнтів у стабілізації показників АТ та покращення якості свого життя шляхом збільшення відвідувань лікарів, більш відповідального виконання лікарських призначень, використання сучасних і більш ефективних препаратів. До цього значною мірою спонукала урядова програма «Доступні ліки». Проаналізовано реєстр ЛЗ, що підлягають реімбурсації за урядовою програмою «Доступні ліки» та оцінено суми реімбурсації за ЛЗ за областями й в розрахунку на одного мешканця. При дослідженні впливу раціональних та емоційних (ірраціональні) характеристик лояльності споживачів встановлено суттєві зміни поведінки під час вибору конкретного ЛЗ. Опитуванням споживачів ЛЗ карведілолу визначено різний ступінь лояльності до окремих препаратів: сильну («Корвазан», «Коріол»), середню («Кардіостад», «Карведілол-Лугал») і дуже низьку («Карвіум», «Карвідекс®» та ін.). Оцінюючи економічний ринковий результат для виробників ЛЗ з використанням методики цінової премії і преміального доходу, встановлено, що ЛЗ вітчизняного виробництва, на відміну від іноземного виробництва, характеризуються від'ємною ціновою премією, що пов'язано із більш низьким рівнем ринкових цін і застосуванням вітчизняними підприємствами стратегії більшої соціально-економічної доступності для різних категорій

хворих. Для оцінки ринкової сили ЛЗ виділено як загальні, так і специфічні показники ТМ та рекомендовано використовувати якісні й кількісні показники ТМ (брендів) ЛЗ. На прикладі АГЛЗ небівололу опрацьовано методики оцінки показників ТМ, що характеризують ринкову силу ЛЗ. Порівняльну оцінку індивідуальних показників ТМ рекомендовано проводити з використанням маркетингової карти ринкових показників із виділенням поля ТМ і поля бренду. Схарактеризовано сильні показники, що відповідають статусу ТМ як бренду. Розроблено графічну модель оцінки й формування ринкової сили АГЛЗ, яка може бути використана при обґрунтуванні конкурентних переваг та ринкової сили препаратів, їх оцінки й моделювання подальшої динаміки сегментів ринку та удосконалення напрямків стратегічного розвитку бренду фармацевтичного підприємства.

Подальшими ретроспективними дослідженнями сегмента ЛЗ оцінено підвищення частки вітчизняних виробників карведілолу, з використанням SWOT-аналізу обґрунтовано значний набір позитивних характеристик, які формують його сильні сторони та подальші можливості у фармакотерапії хворих, які страждають на підвищений АТ. Встановлено, що фактична ємність (продаж) сегмента ринку карведілолу в 2019 р. становила 240,748 млн грн. Середньорічні темпи росту сегмента ринку карведілолу становлять близько 200%. При цьому 75% сегмента ринку становлять ЛЗ карведілолу іноземного виробництва. З використанням коефіцієнтів конкурентоспроможності визначені лідери товарного сегменту, а шляхом розрахунку індексу Херфіндаля-Хіршмана (показник 3386, 8366) підтверджено, що сегмент карведілолу є висококонцентрованим, монополізованим і неконкурентним. Такий сегмент ринку потребує нових виробників ЛЗ, які проводитимуть активну маркетингову соціально орієнтовану політику, зменшуючи монополізм і чисто цінову конкуренцію. Основні ринкові показники ТМ у товарному сегменті ЛЗ карведілолу оцінювались за такими ринковими показниками, як обізнаність, лояльність, рекомендації, споживання й асоціації. Опрацьовано графічне представлення узагальненого показника сили ТМ-бренду ЛЗ карведілолу з визна-

ченням статусу бренду окремим ЛЗ. Індивідуальну оцінку розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу опрацьовано на маркетинговій карті та циклограмі з виокремленням межі «ТМ-бренд». Визначено показники ЛЗ карведілолу, які за ринковою силою перебувають в полі бренду або полі ТМ. Підтверджено, що за всіма показниками ринкової сили рівня статусу бренду не досягнув ні один ЛЗ карведілолу. Результати проведених досліджень можуть бути використані при формуванні складових і завдань стратегічного плану розвитку ТМ виробника.

Узагальнена й оцінена структура інвестиційних вкладень та терміни їх використання в процесі розробки і виробництва таблеток для ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка». Встановлено, що загальна сума інвестицій становить 328,9 тис.грн, з яких витрати на власне розробку ЛЗ – 220,4 тис.грн. За результатами розрахунку собівартості встановлена висока прибутковість виробництва таблеток карведілолу.

Визначено точку беззбитковості виробництва, прогнозні можливі обсяги продажів препарату за трьома ринковими сценаріями розвитку подій (оптимістичний, песимістичний і найбільш вірогідний), а також термін окупності інвестиційних вкладень. З урахуванням моделювання ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г (під час виведення його на ринок ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка») на основі соціально орієнтованого підходу визначено необхідний рівень обсягів продажів і рентабельності, а також рекомендований термін повернення інвестиційних вкладень для соціально доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу. Розроблена графічна модель підвищення сили та ринкового статусу ТМ (бренду) АГЛЗ при формуванні маркетингових програм і програм лояльності з метою використання в системі розвитку ТМ у бренди.

Отже, у роботі запропоновано комплексний підхід до оцінки ринкового стану та потенціалу АГЛЗ і модель посилення сили та ринкового статусу ЛЗ на основі показників ТМ для підвищення конкурентоспроможності препара-

тів вітчизняного виробництва у товарних сегментах фармацевтичного ринку. Опрацьовано підсилення ринкового потенціалу товарного сегмента антигіпертензивних ЛЗ, на прикладі перспективного ЛЗ карведілолу, шляхом виведення на ринок соціально важливого антигіпертензивного ЛЗ вітчизняного виробника.

## **2.2. Загальна методика проведення дисертаційних досліджень і методи вирішення завдань**

У дисертації застосований комплексний системний підхід, за якого різноманітні фактори, що впливають на показники ринкового потенціалу АГЛЗ, оцінюються як взаємозалежні. Для досягнення мети і завдань дослідження використано достатню кількість сучасних методів – маркетингових, соціологічних, статистичних, економічних і математичного моделювання. У процесі дисертаційного дослідження використовувались як польові (методи опитування, експертних оцінок), так і кабінетні (аналіз раніше проведених досліджень за темою роботи, аналіз звітних документів та ін.) маркетингові дослідження. У процесі аналізу й обґрунтування медико-соціальних та економічних аспектів проблем лікування й профілактики підвищеного АТ використано значну кількість публікацій у спеціалізованих фармацевтичних і медичних виданнях закордонних та вітчизняних авторів, міжнародну класифікаційну систему АТС ВООЗ, Національний перелік й Державний формуляр ЛЗ.

Аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку (ФР) здійснювався за даними ДП «Державний експертний центр (ДЕЦ) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ України)», <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/>), аналітичної системи досліджень ринку «PharmXplorer Фармстандарт» компанії «Proxima Research» (<http://www.apteka.ua/article/321246>) та інформаційно-пошукової програми «Моріон» (дані за 2012-2019 рр.). У формуванні зазначеної системи та програми використовуються єдиний методологічний підхід, що зумовлює можливість використання даних у динаміці років. Враховуючи особливість

організації фармацевтичного забезпечення населення країни за умов паралельного функціонування в системі охорони здоров'я державних і приватних моделей фінансування наданої фармацевтичної допомоги (ФД), аналіз споживання антигіпертензивних ЛЗ здійснювався за госпітальним і роздрібним сегментом ФР.

В аналізі динаміки показників, що характеризують ринок АГЛЗ, використовувалися коефіцієнти росту/зниження ланцюгові та базисні (кланц. та кбазис.), темпи приросту/зниження (%) [83, 84]. Було проаналізовано вартісні показники в національній валюті, доларах США (перерахунок здійснювався за офіційним курсом НБУ за посиланням <http://www.bank.gov.ua/control/uk/index>). З метою перерахунку даних у зіставні ціни застосовувалися відомості Державного комітету статистики України за показником «індекс споживчих цін» за групою «фармацевтична продукція, медичні товари та обладнання», рік до попереднього року (<http://www.ukrstat.gov.ua/>). Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою табличного процесора Microsoft Office Excel 2010. Після попередньої обробки всі показники імпортувалися у стандартну програму прикладного статистичного аналізу Statistica 6.0 (ліцензія програмного продукту V.7. English – V.6 Russia K 892818).

Відповідно до міжнародних рекомендацій, в аналізі споживання ЛЗ, які використовуються у лікуванні АГ, нами застосовувалися науково-практичні підходи АТС/DDD-методології [30, 76, 149]. Структурний або порівняльний аналіз показника споживання ЛЗ було здійснено за допомогою DDD (defined daily dose) як формалізованої одиниці. DDD – це середня добова доза ЛЗ для дорослої людини вагою 70 кг, яка рекомендована ВООЗ для міжнародних досліджень стосовно споживання ЛЗ і є міжнародним стандартом ([www.whocc.no](http://www.whocc.no)). Значення DDD встановлюється для кожної міжнародної непатентованої назви (МНН) препарату. Показник, що характеризує кількість стандартизованих доз препаратів (DDD), спожитих хворими за певний визна-



чений проміжок часу, визначається як DDDs та розраховується за формулою [76, 151]:

$$\text{DDD}s = \text{споживання ЛЗ за МНН (г)} / \text{DDD (г)} \quad (2.1)$$

Розрахунок та аналіз споживання ЛЗ здійснювався за всіма торговими найменуваннями (ТН) ЛЗ з урахуванням всіх ФВ та дозування МНН у препараті. У разі проведення аналізу споживання ЛЗ на визначеній території, країні, регіоні доцільним є визначення показника DIDs, який визначається за формулою [76]:

$$\text{DID}s = \text{DDD}s \times 1000 / \text{кількість мешканців} \times 365 \quad (2.2)$$

Враховуючи соціально-економічну актуальність підвищення показників фізичної та соціально-економічної доступності ЛЗ за умов посилення фінансової кризи в країні важливого значення у проведенні організаційно-економічних досліджень приділялось аналізу цінових характеристик препаратів. Враховуючи також той факт, що деякі найменування АГЛЗ були включені до так званого пілотного проекту МОЗ України та урядової програми «Доступні ліки», мета якого – підвищення доступності наданої хворим на серцево-судинні захворювання (ССЗ) ФД завдяки впровадженню механізмів компенсації вартості споживання ЛП, цікавим постало дослідження динаміки змін закупівельних та роздрібних цін на деякі найменування ЛП. Для вирішення поставленої мети нами були розраховані індивідуальні та групові індекси цін за формулами:

$$I_g = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n I_i \quad \text{та} \quad I_p = \frac{\bar{P}_i}{\bar{P}_{io}}, \quad (2.3),$$

де:  $I_p$  – ланцюговий індекс цін;

$\bar{P}_i$  – середня арифметична зважена закупівельна/роздрібна ціна і-го препарату в поточному періоді;

$\bar{P}_{io}$  – середня арифметична зважена закупівельна/роздрібна ціна і-го препарату в попередньому періоді;

$n$  – кількість препаратів у групі, що досліджується [83, 84, 92].

Далі, враховуючи значний вплив соціально-економічних показників на доступність ЛП, що реалізуються на вітчизняному ФР, нами були розраховані та проаналізовані у динаміці років коефіцієнти адекватності платоспроможності (Ca.s.) та показник доступності ЛЗ (D):

$$C_{a.s.} = \frac{\bar{P}}{W_{a.w.}} \times 100\% \quad (2.4),$$

де:  $C_{a.s.}$  – коефіцієнт адекватності платоспроможності;

$\bar{P}$  – середня роздрібна ціна препарату за певний проміжок часу;

$W_{a.w.}$  – середня заробітна плата за відповідний проміжок часу [83, 91].

$$D = \frac{I_x \times Z_{\min}}{I_s \times Vk} \quad (2.5),$$

де:  $I_x$  – індекс зміни середньої заробітної плати за певний проміжок часу;

$I_s$  – зведений індекс цін на основні лікарські засоби (ОЛЗ);

$Z_{\min}$  – мінімальна заробітна плата в країні за визначений проміжок часу;

$Vk$  – вартість споживчого кошика у період, що досліджується.

Проміжні показники, насамперед індекс зміни середньої та мінімальної заробітної плати, вартість споживчого кошика за 2012-2018 рр., зведений індекс цін на ОЛЗ розраховувалися згідно з офіційно представленими у відкритому друку даними Державного комітету статистики України ([www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)).

Метод мікросегментації споживачів на основі анкетного опитування відвідувачів в аптеках, що споживали АГЛЗ, використано для дослідження їх поведінки при виборі і використанні таких ліків. Застосована неповторна вибірка, під час якої проводилось одноразове заповнення анкети. Опитано 386 респондентів відвідувачів аптек, з яких з урахуванням відповідей на питання-фільтри (спонтанна обізнаність покупців з АГЛЗ) і контрольні питання щодо споживання АГЛЗ відібрано 320 анкет для подальшого аналізу.

Вивчення мотивів вибору АГЛЗ споживачами, впливу раціональної та ірраціональної складових мотивації проводили на основі анкетного опитування за спеціально розробленою анкетною хворих на гіпертонічну хворобу як

споживачів таких ліків, які придбавали ЛЗ або отримували консультацію провізора в аптеці стосовно ЛЗ цієї групи. В анкетуванні було залучено 327 респондентів, при якому використовувалась неповторна вибірка, котра передбачала одноразове заповнення анкети [112, 113]. Розроблена нами анкета містила три частини: загальні відомості (дата проведення опитування, місто, аптечний заклад), дані про респондента (вік, стать, соціальна група, дохід респондента), оцінка ЛЗ. Структуру анкети наведено у Додатку Ж.

Статистичну обробку первинних даних проведено з використанням електронних таблиць Microsoft Excel 7,0 та програми Statistica 6.0 (ліцензія програмного продукту V.7. English – V.6 Russia К 892818 ВІ).

Розрахунком коефіцієнта конкордації Кендала встановлювали узгодженість думок групи фахівців ( $W$ ):

$$W = \frac{12}{m^2(n^3 - n)} \sum_{j=1}^n (R_j - \bar{R})^2 \quad (2.6),$$

де: 12 – стала величина з формули обчислення коефіцієнта конкордації;

$m$  – кількість фахівців;

$n$  – кількість показників, що аналізуються;

$R_j$  – сума оцінок  $j$ -показника;

$\bar{R}$  – середня сума оцінок усіх показників.

Величина коефіцієнта конкордації може змінюватися від 0 до 1: рівність  $W = 1$  підтверджує повну узгодженість думок фахівців, а  $W = 0$  – відсутність зв'язку між оцінками різних експертів [46, 50, 135].

Для оцінки значущості одержаного коефіцієнта конкордації ( $W$ ), використовують критерій  $\chi^2$  або критерій  $\beta$ -розподілу з розрахунками відповідних величин  $W_{\chi^2}$  та  $W_{\beta}$ :

$$W_{\chi^2} = \frac{\chi_{\alpha(n-1)}^2}{m(n-1)} \quad (2.7),$$

де  $\chi_{\alpha(n-1)}^2$  – критерій  $\chi^2$  з рівнем значущості  $\alpha = 0,05$ ;

$$W_{\beta} = 1 - X_{\alpha AB} + \frac{36}{m^2(n^3 - n)} \quad (2.8),$$

де  $X_{\alpha AB}$  – критерій  $\beta$ -розподілу з рівнем значущості  $\alpha = 0,05$ .

Для підтвердження значущості коефіцієнта конкордації розраховане значення коефіцієнта конкордації має бути більше за критичне.

У випадку  $W < 0,2-0,4$  говорять про слабку узгодженість думок експертів, а великі значення  $W > 0,6-0,8$  свідчать про їхню узгодженість.

На основі даних польових досліджень визначено конкурентні позиції АГЛЗ, проведено оцінювання окремих показників сили ТМ-бренду та розроблено карту ринкових показників із виділенням поля ТМ і поля бренду. Розроблено графічну модель оцінки й формування ринкової сили АГЛЗ.

Результат прояву лояльності споживачів як реакції ринку на дії компанії стосовно конкретного брендovanого препарату карведілолу і реалізацію споживацьких уподобань щодо окремих ЛЗ через різні рівні цін та обсяги їх продажів, що проявлялись через економічний ринковий ефект, визначали шляхом розрахунку відносних показників цінової премії та преміального доходу [47, 128]. Використано результати моніторингу роздрібного сегменту ринку ЛЗ України фірми «Фармстандарт» за 9 ЛЗ карведілолу. При цьому цінова премія для кожного з препаратів карведілолу розрахована в абсолютному вираженні як різниця між середньою роздрібною ціною на конкретний препарат і середньозваженою роздрібною ціною в цій групі препаратів, а також у відсотках до середньозваженої роздрібної ціни. Преміальні продажі розраховано як добуток цінової премії кожного препарату у грошовому еквіваленті на обсяг продажів в умовних упаковках.

Для аналізу структури асортименту і тенденцій розвитку товарного сегмента ринку АГЛЗ в Україні використані дані Державного реєстру ЛЗ щодо зареєстрованих ліків та результати моніторингу роздрібного сегмента ринку ЛЗ системою «Фармстандарт» фірми «Моріон» за 2014-2019 рр. Структура асортименту АГЛЗ вивчалася у розрізі АТС-класифікації, країн-виробників, фірм-виробників, торгових найменувань, видів ЛФ, різновидів ЛЗ. Для кіль-

кісної оцінки рівня ринкової концентрації сегмента ринку АГЛЗ карведілолу та для оцінки монополізації ринку використані коефіцієнт концентрації (CR) й індекс Херфіндаля –Хіршмана (ІХХ або ННІ) як сума квадратів ринкової частки фірм, що діють на ринку [97]:

$$\text{ННІ} = S_1^2 + S_2^2 + \dots + S_n^2 \quad (2.9),$$

де  $S_1$  – ринкова частка 1-ої фірми в товарному сегменті ринку, %;

$n$  – загальна кількість фірм на ринку.

Індекс може набувати значень від 0 (повна децентралізація) до 10 000 (абсолютна монополія) продажів у товарному сегменті ринку. І тип – висококонцентрований ринок: при  $70 \% < CR < 100 \%$  ;  $1800 < \text{ННІ} < 10000$ ; II тип – помірно концентрований ринок: при  $45 \% < CR < 70 \%$  ;  $1000 < \text{ННІ} < 1800$  і III тип – низькоконцентрований ринок: при  $CR < 45 \%$  ;  $\text{ННІ} < 1000$ .

Дослідження сильних і слабих сторін, перспектив і загроз ЛЗ карведілолу проводили згідно з методиками [74, 117, 128].

В обґрунтуванні напрямків підвищення ринкового потенціалу АГЛЗ на ФР України використано системний підхід, методи маркетингового аналізу, узагальнення, економіко-статистичний метод, моделювання й прогнозування. Визначення основних прогностичних маркетингових та економічних показників розробки і виробництва ЛЗ карведілол у формі таблеток проводили з використанням методики проектного продуктового планування та комп'ютерної обробки. Визначення необхідних сум інвестицій і термінів їх використання проведено разом з відділом маркетингу ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка».

Так, під час вивчення економічної ефективності впровадження у виробництво АГЛЗ карведілол проаналізована внутрішня інформація виробничого фармацевтичного підприємства ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка» щодо собівартості основних і допоміжних матеріалів, вартості основних етапів робіт зі створення ЛЗ та використана рекомендована галузева методологія проведення калькуляції собівартості продукції.

Визначення точки беззбитковості і прибутковості виробництва проведено на основі встановлених економічних показників шляхом комп'ютерного моделювання, погодженого МОЗ України [132]. Можливі обсяги продажів ЛЗ визначені у трьох варіантах розвитку подій: базовому, або найбільш вірогідному, оптимістичному та песимістичному. Проведено моделювання протікання грошових потоків у трьох основних варіантах розвитку подій реалізації проєкту, інвестицій, сум фінансового покриття, доходів, прибутків та визначення термінів повернення дисконтованих сум інвестицій. З урахуванням моделювання ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проєктом розробки ЛЗ таблетки карведілолу (ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка») на основі соціально орієнтованого підходу визначено необхідний рівень обсягів продажів, рентабельності й терміну повернення інвестиційних вкладень для соціально доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу.

Для обробки інформаційного масиву використано сучасне програмне забезпечення – Statistica та Excel.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі роботи обґрунтовано головні обрані напрямки та об'єкти дисертаційного дослідження, наведена загальна структура й узагальнена сутність основних етапів дослідження. Охарактеризовані методи, що використовуються в процесі виконання окремих завдань дисертаційного дослідження. Використання затвердженої МОЗ України методики комплексного аналізу та комп'ютерної обробки при визначенні економічної ефективності впровадження у виробництво АГЛЗ на основі АФІ карведілолу засвідчило не лише високу прибутковість препарату, необхідний рівень обсягів продажів і термін повернення інвестиційних вкладень, а й дало змогу обґрунтувати зв'язок між рентабельністю, рівнем цін та обсягів продажів ЛЗ і соціально доцільним рівнем ринкової ціни рекомендованого лікарського засобу.

### РОЗДІЛ 3

## МАРКЕТИНГОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Одним із найвпливовіших факторів, що впливає на ринковий потенціал ЛП, є його фізична та соціально-економічна доступність для населення. На жаль, через відсутність в Україні дієвих механізмів компенсації вартості наданої ФД та низької платоспроможності більшої частки населення, ціна є наріжним каменем у побудові сучасної концепції впровадження перспективного препарату в практичну медицину та фармацію. Тому важливим етапом досліджень став аналіз цінових характеристик АГЛЗ та їх доступності на прикладі бета-адреноблокаторів. Особлива увага приділялась питанням аналізу динаміки споживання АГЛЗ, сучасного стану ФР ССП, реєстрації ЛЗ як важливих складових ринкового середовища, в якому формується та реалізується затребуваність ліків, як соціально вагому групу препаратів. Результати проведених досліджень репрезентовані в наукових статтях «Маркетинговий аналіз ринку серцево-судинних препаратів в Україні» і «Дослідження асортименту та доступності блокаторів бета-адренорецепторів на роздрібному сегменті вітчизняного фармацевтичного ринку», що опубліковані у фахових виданнях за спеціальністю «Фармація» [12, 121] і тезах доповідей конференцій.

### **3.1 Аналіз динаміки розвитку сегмента ринку препаратів, що використовуються в лікуванні серцево-судинних патологій як важливої складової фармацевтичного ринку України**

Результати багаторічного моніторингу причин смертності людей у різних країнах світу, що здійснюється ВООЗ, дає змогу стверджувати про значний вплив хронічних неінфекційних захворювань на динаміку коефіцієнта

природного приросту населення [6, 44, 151]. За даними ВООЗ, основною причиною смертності дорослого населення, особливо у соціально розвинутих та економічно стабільних країнах, є хронічні неінфекційні захворювання, які становлять у загальній структурі причин смертності населення 57,0% – 60,0 %, при цьому перші позиції займають серцево-судинні захворювання (ССЗ). Незважаючи на численні відмінності в організації надання ФД населенню, у порівнянні з країнами ЄС, США, Канади, Японії, переважною причиною смертності дорослого населення в Україні є патології серцево-судинної системи. Щорічно в Україні унаслідок ССЗ помирає приблизно 500 тис. населення. Зазначене зумовило проведення аналізу динаміки розвитку сегмента ФР, на якому представлені препарати, що використовуються в лікуванні ССЗ (група С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему) в структурі національного ФР.

Ринок препаратів, що використовуються для лікування ССЗ, є важливою складовою національного ФР. У табл. 3.1 представлені дані щодо аналізу динаміки розвитку вітчизняного ФР (роздрібний сегмент ЛЗ) упродовж 2012-2018 рр. Як бачимо, за даними рис. 3.1 – 3.2 вітчизняний ФР (сегмент ЛЗ) у національній валюті мав позитивну динаміку зростання, чого не можна стверджувати щодо вартісного показника в дол. США та натуральному обліковому вимірюванні.

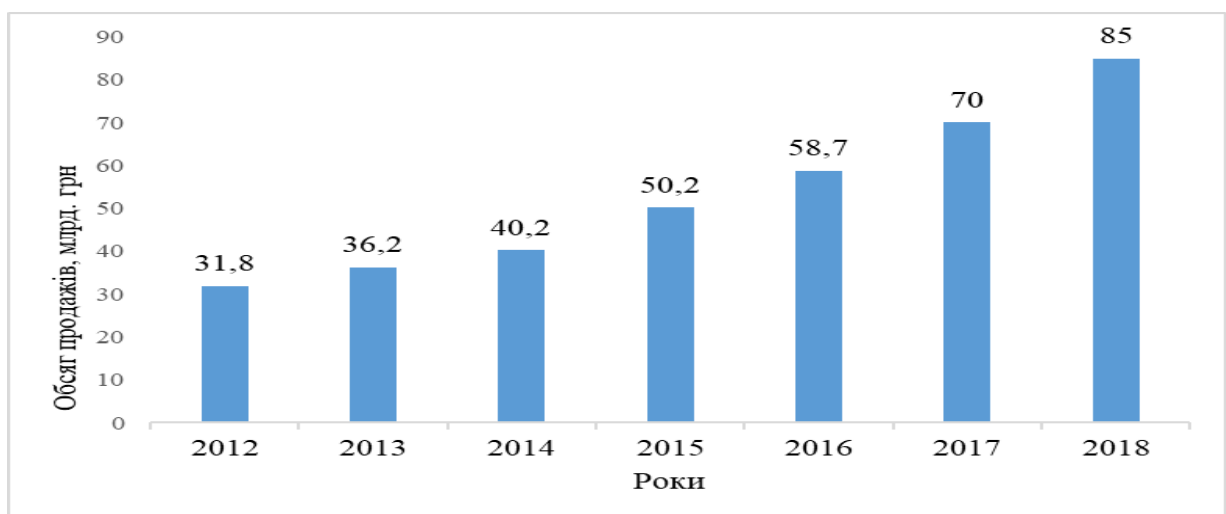


Рис. 3.1 Аналіз динаміки розвитку роздрібного сегмента ринку ЛЗ в Україні упродовж 2012-2018 рр.



Таблиця 3.1

**СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА ОБСЯГІВ ПРОДАЖУ ЛЗ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ФР  
(РОЗДРІБНИЙ ПРОДАЖ ТА ГОСПІТАЛЬНІ ЗАКУПІВЛІ ЛЗ) У ГРОШОВОМУ ТА НАТУРАЛЬНОМУ ВИРАЖЕННІ УПРОДОВЖ  
2012-2018 РОКІВ**

Складові ФР	Роки дослідження						
	2012	2013	2014*	2015	2016	2017	2018
	У вартісному вираженні ( млрд грн)						
Роздрібний сегмент	27,0	30,4	34,8	42,6	50,6	61,2	74,5
Госпітальний сегмент	4,8	5,8	5,4	7,6	8,1	8,8	10,5
<b>Всього</b>	<b>31,8</b>	<b>36,2</b>	<b>40,2</b>	<b>50,2</b>	<b>58,7</b>	<b>70,0</b>	<b>85,0</b>
	У грошовому вираженні (млрд дол. США)						
Роздрібний сегмент	3,37	3,80	3,03	1,94	1,98	2,27	2,76
Госпітальний сегмент	0,60	0,72	0,47	0,34	0,32	0,32	0,39
<b>Всього</b>	<b>3,97</b>	<b>4,52</b>	<b>3,50</b>	<b>2,28</b>	<b>2,30</b>	<b>2,59</b>	<b>3,15</b>
	У натуральному обліковому вираженні (млрд упак.)						
Роздрібний сегмент	1,27	1,27	0,97	0,97	1,05	1,11	1,14
Госпітальний сегмент	0,13	0,13	0,23	0,13	0,10	0,09	0,16
<b>Всього</b>	<b>1,40</b>	<b>1,40</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,15</b>	<b>1,23</b>	<b>1,3</b>

Примітка: \*показники обсягу продажів з 2014 р. представлені без врахування незаконно анексованої АР Крим та зони проведення АТО (окремі території Луганської та Донецької областей).

У цьому ж році НБУ вперше за всю історію незалежної України відмовився від політики втручання у кредитно-грошову та валютну політику. Унаслідок цього курс долара США мав «плаваючий характер», а враховуючи значну залежність вітчизняного ФР від імпорту фармацевтичної продукції, зазначене мало непередбачувані соціально-економічні наслідки.

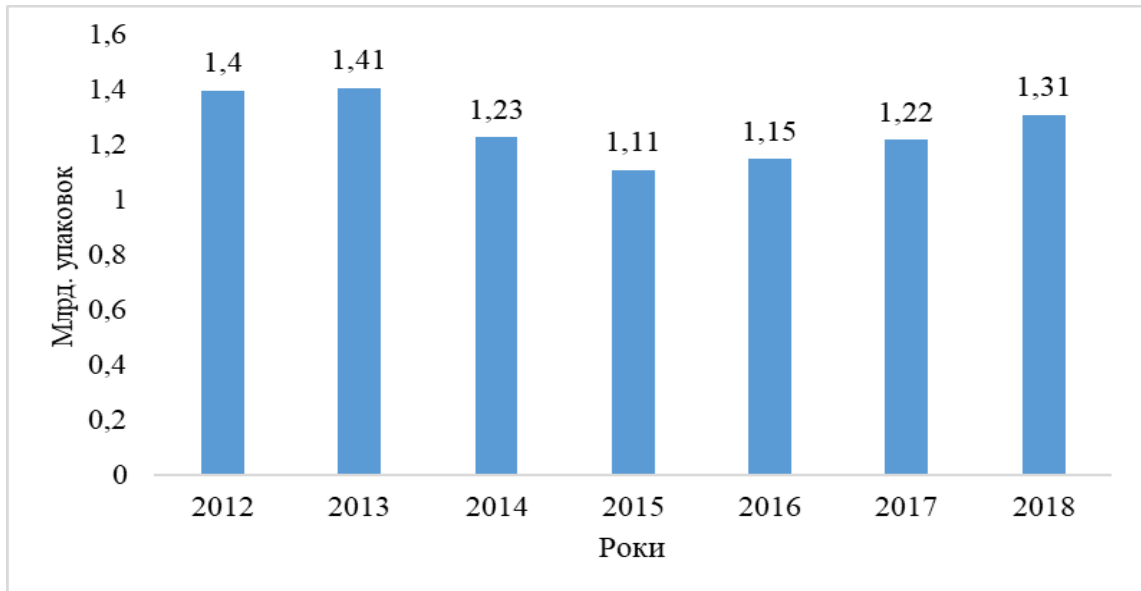


Рис. 3.2 Дослідження динаміки змін продажів ЛЗ на національному ФР в натуральних облікових вимірювачах (реалізовані упаковки)

При цьому питома вага (%) обсягів продажів препаратів, які належать до групи С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему, в загальному обсязі продажів упродовж 2012-2018 рр. відрізнялася відносною стабільністю та коливалась у діапазоні значень від 19,7% до 22,3% (рис. 3.3). В цілому варто зазначити, що найбільший обсяг продажів у структурі ФР припадало на такі (за зменшенням питомої ваги у продажах) групи: А – засоби, що впливають на систему травлення та метаболізм; С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему; R – засоби, що впливають на респіраторну систему; N – засоби, що впливають на нервову систему; J – протимікробні засоби системного застосування. На препарати із зазначених фармакотерапевтичних груп припадало від 58,3% (2010 р.) до 62,6% (2018 р.) обсягу продажів на національному ФР.

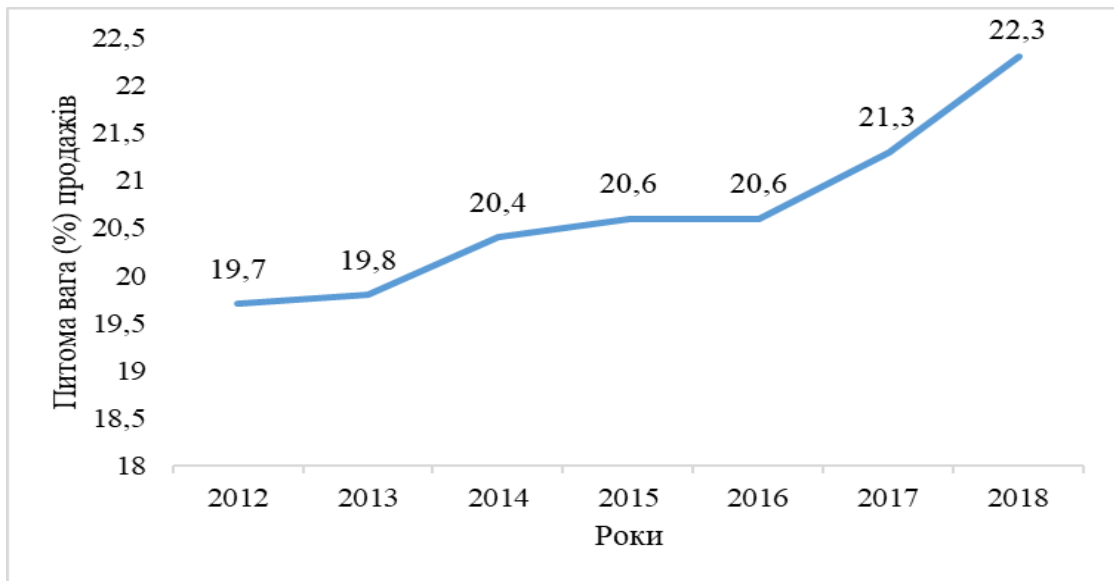


Рис. 3.3 Дослідження динаміки питомої ваги (%) ССП в загальному обсязі продажів на ФР України

Встановлено, що динаміка змін обсягу продажів ССП за 2010-2018 рр. відповідає характеру загальної тенденції розвитку національного ФР. За період з 2010 до 2013 рр. спостерігалась стійка тенденція до зростання обсягів ринку ССП до 895,96 млн дол. США, а в 2014 р. зазначений сегмент ринку «просів» майже на 20,22% та дорівнював 714,0 млн дол. США. Найнижчі показники продажів у дол. США спостерігалися у 2015 р. та становили 469,68 дол. США. Вже у наступному 2016 р. зазначений сегмент ринку характеризувався незначним (8,77%) зростанням показників та дорівнював 473,8 млн. дол. США. За даними 2017 та 2018 р., обсяг продажів препаратів із групи, що досліджується, продемонстрував подальший зріст: з 551,67 млн дол. США до 702,45 млн дол. США відповідно.

Враховуючи результати отриманих досліджень, цікавим постає порівняння темпів (%) зростання обсягів ринку препаратів, що використовуються в лікуванні ССЗ, та відповідних епідеміологічних показників. Дані про поширеність ССЗ у динаміці років були нами отримані із щорічної доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, що оприлюднена на офіційному сайті Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України [148].

Результати аналізу динаміки розвитку сегмента ринку ССП у структурі вітчизняного ФР та відповідних епідеміологічних даних за 2010-2014 рр. наведені в табл. 3.2. Враховуючи нестабільну фінансову та соціально-економічну ситуацію в країні, а також значне домінування імпорتنих ЛП в різних фармакотерапевтичних групах, важливого значення набувають аналіз динаміки показників розвитку ФР в чинних та зіставних цінах до базового 2010 р.

Таблиця 3.2

**Аналіз стану розвитку сегмента ринку ССП у структурі національного ФР та показників поширеності захворювань серцево-судинної системи в Україні (2010-2014 рр.)**

<b>Показники аналізу за роками</b>				
2010	2011	2012	2013	2014
<b>Обсяг національного ринку ЛП, що припадає на одного мешканця країни (дол. США)</b>				
73,97	85,19	98,61	110,42/	93,41
<b>Коефіцієнти динаміки змін показників обсягу національного ринку ЛП, що припадає на одного мешканця країни (дол. США)</b>				
–	1,15	1,16	1,12	0,85
<b>Кількість хворих на хвороби системи кровообігу (100 тис. населення)</b>				
68687,3	69488,0	69984,5	70089,1	63312,9
<b>Обсяг ринку ССП, що припадає на одного хворого ССЗ в (дол. США)</b>				
12,39	14,43	17,27	19,74	18,45
<b>Коефіцієнти динаміки змін показників обсягу продажів ринку ССП, що припадає на одного хворого ССЗ в (дол. США)</b>				
–	1,17	1,20	1,14	0,94

За результатами проведених досліджень встановлено, що незважаючи на загальне зниження показників обсягу національного ФР та сегмента ринку ССП, яке спостерігалось у 2014 р. в доларах США на 20,22%, дані співвідношення «обсяг продажів ССП / хворі на ССЗ» знизилась, порівняно з даними 2013 р. всього на 6,0%. За даними аналізу щорічної доповіді про стан здоров'я населення України за 2015-2018 рр. за показниками поширеності ССП серед населення України та відповідно до динаміки змін загальної кількості

населення, що постійно перебуває в країні, ми встановили, що у 2015 р. кількість хворих на патології серця та судин у розрахунку на 100 тис. населення в середньому дорівнювали 42956,6 осіб, у 2016 р. – 42701,4; у 2017 р. – 41813,2; а в 2018 р. – 41503,3 осіб. Тобто спостерігалась динаміка зменшення кількості хворих на ССП. Враховуючи негативні демографічні тенденції у динаміці показників природного приросту населення, а також унаслідок незаконної анексії АР Крим та втрати деяких територій Луганської та Донецької областей, зазначена тенденція до зниження показників поширеності хворих на ССП потребує подальших досліджень. Обсяг ринку ССП, що припадає на одного хворого на ССЗ, у 2015 р. дорівнював 10,53 дол. США, у 2016 р. – 11,65 дол. США, у 2017 р. – 11,76 дол. США, а за даними 2018 р. – 12,03 дол. США. При цьому варто зазначити, що незважаючи на зусилля уряду щодо впровадження з 2017 р. програми «Доступні ліки», у 2018 р. обсяг продажів ССП, що припадає на одного хворого із ССЗ, в Україні так і не досягнув значення 2010 р. та був на 39,04% нижчим, ніж за 2014 р., який характеризувався найвищими даними, що були нами проаналізовані в динаміці років.

Результати порівняння зазначених показників дають змогу стверджувати про значну залежність розвитку зазначеного сегмента ФР від зовнішніх факторів та одночасно – наявності значного потенціалу його розвитку у перспективі. Зазначене заслуговує на окрему увагу та проведення подальших досліджень сегмента ринку ССП й необхідність проведення комплексних досліджень за різними напрямками та параметрами аналізу.

### **3.2 Дослідження динаміки розвитку та структури роздрібного й госпітального сегмента ринку препаратів, що використовуються в лікуванні серцево-судинних захворювань**

Наступним етапом наших досліджень став аналіз структури продажів різних груп ССП за роздрібним та госпітальним сегментом національного

ФР. Зважаючи на характер динаміки розвитку вітчизняного ФР, дослідження сегмента ринку ССП проводилися у двох часових інтервалах. Перший інтервал мав умовну назву «Докризовий розвиток сегменту ринку ССП» (2012-2014 рр.), а наступний – «Кризовий та післякризовий період розвитку сегменту ринку ССП» (2015-2018 рр.). Результати аналізу представлені в табл. 3.3. Більш детально зупинимося на аналізі основних характеристик розвитку сегмента ринку, що досліджується.

*Докризовий розвиток сегмента ринку ССП (2012-2014 рр.)*

У динаміці років за роздрібним сегментом ринку ССП спостерігалось планомірне зростання обсягів продажів (+15,5 кожен рік відповідно) з 5685,64 млн грн у 2012 р. до 7773,61 млн грн за даними 2014 р. У госпітальному сегменті ринку також було зростання зазначених показників: з 584,36 млн грн (2012 р.) до 642,43 млн грн у наступному 2013 р. Приріст показників дорівнював +10,0%. У 2014 р. сегмент вітчизняного ринку, що досліджується, «просів» майже на 37,5%, тобто обсяг продажів становив 426,39 млн грн. Лідером у загальному обсязі продажів на національному ФР була реалізація ССП у роздрібному сегменті, тобто за власні кошти громадян. Так, співвідношення (%) між роздрібними та госпітальними продажами протягом 2012-2014 рр. дорівнювали: 90,68 : 9,32; 90,68 : 9,32; 94,80 : 5,20. При цьому зауважимо про наявність тенденції до збільшення питомої ваги (%) саме роздрібних продажів ССП. Показник структурного зрушення у 2014 р., порівняно з даними 2012 р. зазначеного показника аналізу, становив 4,20%. Як бачимо, за умов відсутності ефективних механізмів державного регулювання доступності наданої хворим ФД особисті доходи споживачів є єдиними джерелами фінансування продажів на ФР.

У роздрібному та госпітальному сегменті ринку ССП склад трійки фармакотерапевтичних груп-лідерів протягом 2012-2014 р. відзначався стабільністю.

Таблиця 3.3

**Аналіз роздрібного сегмента вітчизняного ринку препаратів групи С - засоби, що впливають на серцево-судинну систему, упродовж 2012-2014 рр. Докризовий період розвитку сегмента ринку ССП**

Група препаратів за II рівнем АТС класифікації	Од. вим.	Роки Дослідження			Показники аналізу динаміки (кі)		
		2012	2013	2014	2013 /2012	2014 /2013	2014 /2012
<b>Роздрібний сегмент ФР</b>							
1	2	3	4	5	6	7	8
С01 – кардіологічні Препарати	млн грн	1544,79	1650,17	1957,39	1,07	1,19	1,26
	%	<b>27,17</b>	<b>25,28</b>	<b>25,18</b>	<b>0,93</b>	<b>0,99</b>	<b>0,93</b>
С02 – гіпотензивні Засоби	млн грн	115,42	134,47	176,46	1,17	1,31	1,53
	%	2,03	2,06	2,27	1,02	1,10	1,06
С03 – сечогінні Засоби	млн грн	271,21	325,73	457,09	1,20	1,40	1,69
	%	4,77	4,99	5,88	1,05	1,18	1,23
С04 – периферичні Вазодилататори	млн грн	205,25	230,42	230,88	1,12	1,01	1,13
	%	3,61	3,53	2,97	0,98	0,84	0,82
С05 – ангіопротектори	млн грн	901,74	1050,29	1205,69	1,16	1,15	1,33
	%	<b>15,86</b>	<b>16,09</b>	<b>15,51</b>	<b>1,02</b>	<b>0,96</b>	<b>0,98</b>
С07 – блокатори бета-адренорецепторів	млн грн	592,44	700,41	817,78	1,18	1,17	1,38
	%	10,42	10,73	10,52	1,03	0,98	1,01
С08 – антагоністи кальцію	млн грн	250,17	304,18	317,94	1,21	1,05	1,27
	%	4,4	4,66	4,09	1,06	0,88	0,93
С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну с-му	млн грн	1495,32	1754,61	2126,08	1,17	1,21	1,42
	%	<b>26,3</b>	<b>26,88</b>	<b>27,35</b>	<b>1,02</b>	<b>1,02</b>	<b>1,04</b>
С10 – гіполіпідемічні засоби	млн грн	309,30	377,29	484,30	1,21	1,28	1,57
	%	5,44	5,78	6,23	1,06	1,08	1,08
<b>ВСЬОГО</b>	млн грн	<b>5685,64</b>	<b>6527,57</b>	<b>7773,61</b>	<b>1,15</b>	<b>1,15</b>	<b>1,37</b>
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	–	–	–

Продовж. табл. 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Госпітальний сегмент ФР</b>							
C01 – кардіологічні препарати	млн грн	270,85	303,74	198,14	1,12	0,65	0,73
	%	<b>46,35</b>	<b>47,28</b>	<b>46,47</b>	1,02	0,98	1,0
C02 – гіпотензивні засоби	млн грн	8,36	6,81	19,91	0,82	2,92	2,38
	%	1,43	1,06	4,67	0,73	4,43	3,27
C03 – сечогінні засоби	млн грн	32,32	36,23	23,79	1,12	0,66	0,74
	%	5,53	5,64	5,58	1,02	0,99	0,99
C04 – периферичні вазодилататори	млн грн	48,91	45,87	40,59	0,94	0,89	0,83
	%	8,37	7,14	<b>9,52</b>	0,85	1,33	1,13
C05 – ангіопротектори	млн грн	101,04	109,34	61,24	1,08	0,56	0,61
	%	<b>17,28</b>	<b>17,02</b>	<b>14,36</b>	0,98	0,84	0,83
C07 – блокатори бета-адренорецепторів	млн грн	25,54	28,85	18,03	1,13	0,63	0,71
	%	4,37	4,49	4,23	1,03	0,94	0,97
C08 – антагоністи кальцію	млн грн	14,55	21,65	9,21	1,49	0,43	0,63
	%	2,49	3,37	2,16	1,36	0,64	0,87
C09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему	т. грн	61,12	68,16	35,09	1,12	0,52	0,57
	%	<b>10,46</b>	<b>10,61</b>	8,23	1,01	0,78	0,79
C10 – гіполіпідемічні засоби	млн грн	21,68	21,78	20,39	1,00	0,64	0,63
	%	3,71	3,39	4,78	0,92	1,41	1,29
<b>ВСЬОГО</b>	млн грн	<b>584,36</b>	<b>642,43</b>	<b>426,39</b>	1,10	0,66	0,73
	%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	-	-	-
Співвідношення роздрібного та госпітального сегментів у загальній реалізації ССП	%	<b>90,68:9,32</b>	<b>91,04:8,96</b>	<b>94,80:5,20</b>	-	-	-



Так, перші три позиції за питомою вагою (%) за роздрібним і госпітальним сегментом ринку зайняли ЛП з таких груп: С01 – кардіологічні препарати (роздрібний: 2012 р. – I позиція за питомою вагою продажів, 2013-2014 рр. – II позиція; госпітальний: 2012-2014 рр. – I позиції щорічно); С05 – ангіопротектори (роздрібний та госпітальний: 2012-2014 рр. – III позиція щорічно); С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему (роздрібний: 2012 р. – II позиція, 2013-2014 рр. – I позиція; госпітальний: 2012-2013 рр. – III позиція, у 2014 р. III позицію посіли препарати з групи С04 – периферичні вазодилататори). У 2014 р. найменшу питому вагу (%) в обсязі продажів на роздрібному сегменті ринку ССП мали препарати С02 – гіпотензивні засоби (2,03%–2,27%). У динаміці років найвищі темпи (%) приросту обсягів продажів за роздрібним сегментом у 2014 р., порівняно з даними 2012 р., продемонструвала група С03 – сечогінні засоби, а найменший (–18,8%) – С04 – периферичні вазодилататори. Відповідно за госпітальним сегментом майже у 2,4 раза зросли обсяги продажів у 2014 р, порівняно з даними 2012 р., препаратів із групи С02 – гіпотензивні засоби, а найнижчий приріст даних (–39,0%) був характерний для С05 – ангіопротектори. Зниження питомої ваги в загальному обсягу продажів у групі ССП в 2014 р. порівняно з даними 2012 р. спостерігалися за такими групами, як: С05 – ангіопротектори (17,29%→14,36%), С07 – блокатори бета-адренорецепторів (4,37%→4,23%), С08 – антагоністи кальцію (2,49%→2,16%), С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему (3,70%→3,39%).

У 2014 р. порівняно з даними 2012 р. в роздрібному сегменті ринку ССП лише у чотирьох групах з дев'яти спостерігалась позитивна динаміка до збільшення питомої ваги (%) продажів ліків. Це такі групи, як: С02 – гіпотензивні засоби (2,03%→2,27%), С03 – сечогінні засоби (4,99%→5,88%), С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему (26,30%→27,35%), С10 – гіполіпідемічні засоби (5,44%→6,23%). Найбільше «просів» такий сегмент ринку ССП, як С04 – периферичні вазодилататори (з 3,61% у 2012 р. до 2,97% за даними 2014 р.).

*Кризовий та післякризовий період розвитку сегмента ринку ССП  
(2015-2018 рр.).*

Згідно з результатами проведених досліджень продажів ССП за роздрібним та госпітальним сегментом ринку встановлено поступове зростання обсягів продажів у національній валюті, що відповідає загальноукраїнській тенденції щодо розвитку вітчизняного ФР. Так, загальний обсяг продажів ССП у 2015 р. дорівнював 10340,0 млн грн, у 2016 р. – 1209,0 млн грн, у 2017. р. – 1491,0 млн грн, а в 2018 р. – 1896,0 млн грн. На фоні стрімкого знецінення національної валюти у 2014-2015 рр. майже в 3,8 раза тенденція планомірного зростання продажів за умов різкого зниження платоспроможності населення мала логічний вигляд. За оцінкою фахівців, окрім зазначеного фактора, на зростання продажів ССП упродовж 2017-2018 рр. мало вплив також упровадження з 01.04.2017 р. урядової програми «Доступні ліки» [15, 29]. У 2017 р. на реалізацію програми «Доступні ліки» з державного бюджету України було виділено 700 млн грн (21,8 млн євро), а в 2018 р. сума фінансування зросла до 1 млрд грн (31 млн євро). Уже в листопаді 2018 р. уряд країни для підвищення рівня ефективності реалізації зазначеної програми додатково виділив 78,6 млн грн з нерозподілених видатків субвенцій. Тобто в цілому за 2018 р. обсяг фінансування програми «Доступні ліки» дорівнював 1,076 млрд грн. [18, 101]. Як відзначають фахівці, це було важливим політичним рішенням для країни [29, 30]. За даними Державної казначейської служби України станом на 01.01.2019 р., аптечним закладам у рамках реалізації зазначеної програми було компенсовано 1,038 млрд грн [101]. До переліку препаратів, вартість яких повністю або частково компенсується державою у 2019 р., належало 17 найменувань ССП за МНН. Це такі, як: «Аміодарон», «Атенолол», «Гідрохлортіазід», «Фуросемід», «Еналаприл», «Карведилол», «Метопролол», «Бісопролол», «Лозартан», «Амлодипін», «Верапаміл», «Спіралактон», «Дигоксин», «Ізосорбїду динітрат», «Клопїдогрель», «Симвастатин», «Нітрогліцерин» [102]. Встановлено, що протягом 2015-2018 рр. відбулися зміни в структурі продажів за параметрами «роздрібні продажі – госпі-

тальні продажі». Так, зазначене співвідношення (%) становило: 93,71 : 6,29; 95,38 : 4,62; 93,40 : 6,60; 92,86 : 7,14 відповідно до років. Окреслена тенденція, на нашу думку, може бути обумовлена відносною стабілізацією в організації роботи ЗОЗ із забезпечення ЛЗ на фоні впровадження механізмів контролю через «Prozorro» як надійної та прозорої площадки-партнера у здійсненні державних закупівель. На рис. 3.4 представлена динаміка за структурою продажів ССП упродовж 2015-2018 рр. на вітчизняному ФР. Так, упродовж 2015-2018 рр. позиції лідерів зберегла група С01 – кардіологічні препарати. Питома вага продажів у роздрібній реалізації ССП у 2015 р. дорівнювала 26,5%, у 2016 р. – 23,71%, а в 2018 р. – 24,58%. За госпітальним сегментом зазначений показник у групі С01 – кардіологічні препарати дорівнював у 2015 р. – 41,23%, у 2016 р. – 44,72%, у 2018 р. – 44,58%.



Рис. 3.4 Аналіз динаміки за структурою продажів ССП упродовж 2015-2018 рр. на вітчизняному ФР

Не втрачають своїх позицій-лідерів препарати таких груп, як С05 – ангіопротектори та С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему. Так, питома вага продажів у групі С05 – ангіопротектори коливалася від 16,17% до 17,89%, а в групі С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну

систему, – від 24,56% до 28,34%. У госпітальному сегменті продажів аналогічні показники за групою С05 – ангіопротектори дорівнювали значенням від 15,67% до 18,21%, а за групою С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензивну систему, – від 12,43% до 13,45%. Заслужує на увагу приріст продажів за роздрібним сегментом ринку препаратів з групи С03 – сечогінні засоби (збільшення продажів у 2018 р., порівняно з даними 2014 р., дорівнює +31,2%). У госпітальних продажах значний потенціал росту продемонструвала група С02 – гіпотензивні засоби (приріст обсягу продажів у 2018 р., порівняно з даними 2014 р., становить +19,86%).

Систематизуючи результати проведених досліджень, можна стверджувати, що ринок ССП як загалом, так і з урахуванням його сегментації на роздрібну та госпітальну складову продемонстрував, з одного боку, зростання, незважаючи на негативний вплив фінансово-економічної кризи, а з іншого – відносну стабільність у структурі продажів за II рівнем класифікаційної системи АТС.

### **3.3 Аналіз державної реєстрації ЛП, що використовуються в лікуванні артеріальної гіпертензії першої лінії терапії**

За результатами аналізу даних спеціальної літератури ми встановили, що АГ є найпоширенішою патологією в структурі захворюваності населення на ССЗ [76, 148, 151]. Тому логічним постає проведення наступного етапу досліджень, метою якого є визначення основних характеристик сегмента ринку ЛЗ, що використовуються в лікуванні АГ. Відповідно до змісту уніфікованого клінічного протоколу надання первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», що затверджений наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії», відповідно до наказу МОЗ України від 19.09.2011 № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації

медичної допомоги на період до 2020 року», ДФ ЛЗ остатнього випуску, рекомендацій міжнародних організацій та Української асоціації лікарів кардіологів була сформована сукупність препаратів за МНН, які рекомендовані для застосування в лікуванні АГ [6, 80, 146]. У монотерапії та комбінованій терапії (першої лінії) АГ застосовуються такі групи ЛЗ: діуретичні засоби; інгібітори ангіотензинопетворювального ферменту (АПФ); антагоністи кальцію; антагоністи рецепторів ангіотензину II; бета-адреноблокатори [5, 81, 93, 149].

За результатами досліджень, які проводилися вітчизняними вченими, препарати із цих груп мали найвищі показники призначень в організації надання медичної допомоги хворим на АГ на рівні амбулаторних медичних закладів, що відповідало рекомендаціям Української асоціації лікарів кардіологів [79, 80]. Аналіз даних державної реєстрації АГЛЗ проводилось за групами С02 – гіпотензивні засоби, С03 – сечогінні препарати, С07 – блокатори бета-адреноблокаторів, С08 – антагоністи кальцію, С09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему. Доведено, що станом на 01.01.2019 р. в Україні було зареєстровано 1074 ТН з урахуванням усіх ФВ препаратів першої лінії АГ, що у розрізі груп становило: С02 – гіпотензивні засоби (73 ТН – 6,80%); С03 – сечогінні препарати (114 ТН – 10,61%); С07 – блокатори бета-адреноблокаторів (231 ТН – 21,51%); С08 – антагоністи кальцію (124 ТН – 11,55%); С09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему (532 ТН – 49,53%). Як бачимо, більша частина асортименту АГЛЗ першої лінії терапії АГ представлені за групою С09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему. На рис. 3.5 представлена динаміка змін кількості зареєстрованих препаратів з урахуванням всіх ФВ упродовж 2015-2019 рр. (станом на 01.01.2019 р.).

За результатами аналізу даних сайту ДЕЦ МОЗ України встановлено, що на початок 2019 р. в Україні було зареєстровано 73 найменування ЛЗ за ТН та 10 за МНН із групи С02 – гіпертензивні засоби. При цьому перші три позиції за кількістю зареєстрованих препаратів займають С02СА04 – «Докса-

зозин» (31,51% від загального асортименту препаратів за групою C02); C02AC01 – «Клонідин» (13,70%); C02AC05 – «Моксонідин» (12,33%).

За параметром «імпортований – вітчизняний препарат» доведено домінування ЛЗ, які представляють фармацевтичні фірми з країн ЄС (Німеччина, Словенія, Угорщина, Польща, Чеська Республіка тощо).

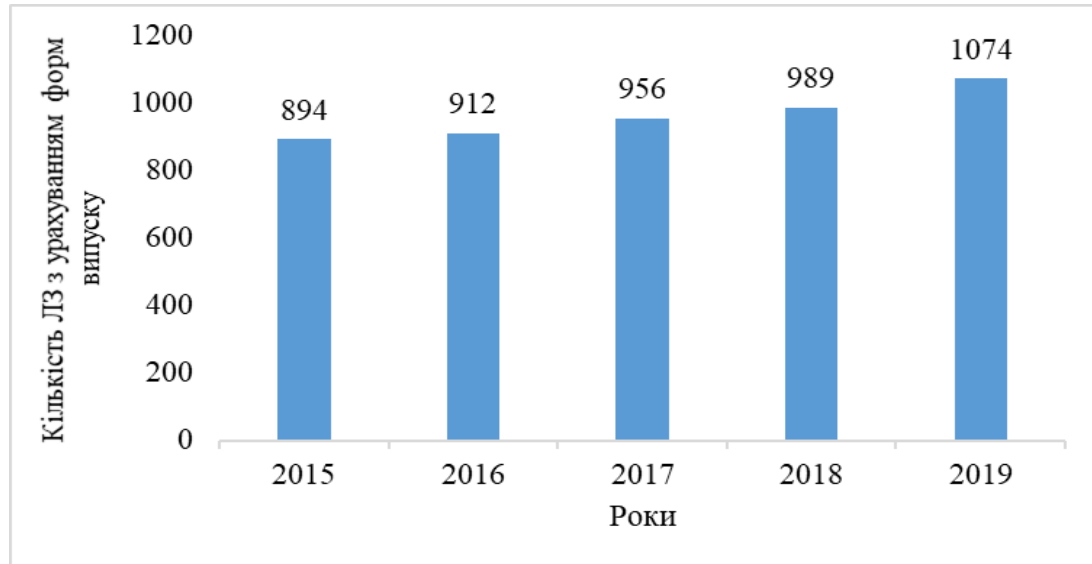


Рис. 3.5 Аналіз динаміки кількості зареєстрованих ЛЗ (з урахуванням ФВ), що рекомендовані в лікуванні АГ (групи C02, C03, C07, C08 та C09) у динаміці років

Питома вага вітчизняних препаратів із групи C02 становить 39,73% (29 найменувань за ТН з урахуванням ФВ). Безумовним лідером за кількістю зареєстрованих ЛЗ є фармацевтичні компанії із Німеччини (23,29% або 17 найменувань). Тобто кожен четвертий препарат із групи C02, який був представлений під різними ТН в Україні, позиціонується фармацевтичними компаніями з Німеччини.

Діуретичні ЛЗ є універсальною групою препаратів. За оцінкою фахівців, традиційність використання діуретичних ЛЗ в лікуванні різних патологічних станів сприяє активному розвитку цього сегмента ФР [5, 36, 144]. Так, на початку 2019 р. в Україні налічувалося 149 (100,0%) ТН діуретичних ЛЗ з урахуванням всіх ФВ. Для означеної групи препаратів був характерний досить нерівномірний розподіл ТН за МНН препаратів. Наприклад, на групу

C03A – сечогінні препарати з помірно вираженою активністю, група тіазидів, припадало всього 8,73% асортименту (13 ТН), а на C03B – нетіазидні діуретики з помірно вираженою активністю – 36,24% (54 ТН), C03C – високоактивні діуретики – 38,93% (58 ТН), C03D – калійзберегальні діуретики – 10,73% (16 ТН) та на C03E – комбінації діуретиків, включаючи калійзберігальні препарати – 5,37% (8 ТН). Перші три позиції за кількістю асортиментних позицій ЛЗ за МНН представлені такими препаратами: C03CA04 – «Торасемід» (24,16%); C03BA11 – «Індапамід» (13,42%); C03CA01 – «Фуросемід» (12,75%). Слід зазначити, що до складу зазначеної групи входять також ЛЗ рослинного походження, саме ця група налічує 23 ЛЗ, що становить 15,43% від усього асортименту препаратів групи C03 – сечогінні препарати. Наступною важливою характеристикою цього сегмента ринку є домінування ЛЗ імпортного виробництва (81 ЛЗ або 54,36%) Тобто кожен другий препарат діуретичної дії, що представлений в Україні, є імпортним. Перші позиції за кількістю зареєстрованих діуретиків займають фармацевтичні компанії з Польщі (8,73%), Словенії (8,05%) та Німеччини (7,38%).

Блокатори бета-адренорецепторів представлені як моно- (C07A – блокатори бета-адренорецепторів), так і комбінованими (C07B – блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тіазидними діуретиками, C07C – блокатори бета-адренорецепторів у комбінації з іншими діуретиками, C07F – блокатори бета-адренорецепторів у комбінації з іншими гіпотензивними засобами) препаратами. Усього налічувалося 231 (100,0%) ТН з урахуванням всіх ФВ. Особливістю у формуванні асортименту препаратів з означеної групи є суттєве домінування монопрепаратів в асортименті. Так, питома вага ЛЗ з групи C07A – блокатори бета-адренорецепторів дорівнювала 80,52% (186 ТН з урахуванням всіх ФВ). Наступною важливою характеристикою асортименту бета-адреноблокаторів є акумулювання асортиментних позицій за даними державної реєстрації за препаратами C07AB07 – бісопрололу (63 ТН або 27,27%). Другу позицію зайняли препарати C07AG 02 – карведілолу (45 ТН або 19,49%) і на третій позиції були представлені препарати C07AB02 – ме-

топрололу (36 ТН – 15,58 %). Питома вага ЛЗ за іншими МНН бета-адреноблокаторів становила всього 37,66%. Співвідношення (%) між препаратами вітчизняного та імпортного виробництва становило, 36,80 : 63,20. Найбільшу кількість бета-адреноблокаторів презентують фармацевтичні компанії з Німеччини (31 ТН або 13,42%). Вагомі позиції за кількістю препаратів зберігають також компанії з Індії, Угорщини та Словенії.

З групи C08 – антагоністи кальцію в Україні зареєстровано 124 (100,0%) найменування ЛЗ за ТН (9 препаратів за МНН), серед яких майже половина асортименту припадає на препарати C08CA01 – амлодипіну (54,03% або 67 препаратів). Зі значним відривом від лідера представлені препарати C08CA05 – ніфедипіну (16,94% або 21 препарат). На третій сходинці за кількістю представлених ТН з урахуванням ФВ представлені препарати C08DA01 – верапамілу (15,32% або 19 найменувань препаратів). Питома вага (%) препаратів імпортного виробництва сягає 68,55% (85 ЛЗ з урахуванням форм випуску). Уже традиційним для вітчизняного сегмента АГП є домінування препаратів, які репрезентують фармацевтичні компанії з країн ЄС. Насамперед це фірми зі Словенії (10,48%), Німеччини (9,68%), Чеської Республіки (7,26%), Індії (6,45%), Угорщини (4,03%) тощо.

За оцінкою фахівців, препарати з групи C09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему, є однією з найперспективніших груп АГЛЗ, які представлені на вітчизняному ринку ССП [1, 3, 16]. Всього в Україні було зареєстровано 497 ТН (100%) препаратів з урахуванням всіх ФВ з групи, що досліджується. Співвідношення (%) між препаратами вітчизняного та імпортного виробництва становить 42,66 : 57,34%. Це найчисленніша за кількістю ТН група препаратів у сукупності АГП, що використовуються в першій лінії лікування АГ. Структура реєстрації ЛЗ з означеної групи наведена на рис. 3.6. Найчисленнішою групою є монопрепарати-інгібітори АПФ, серед яких найбільше асортиментних позицій представлено за C09AA03 – лізіноприлом (65 ТН або 38,46% від асортименту за групою C09A – інгібітори АПФ). Другу позицію із незначним відривом зайняли препарати C09AA05 – раміп-



рилу (56 ТН або 33,14% відповідно), а на третій позиції представлені препарати С09АА02 – еналаприлу (47 ТН – 27,81% відповідно).

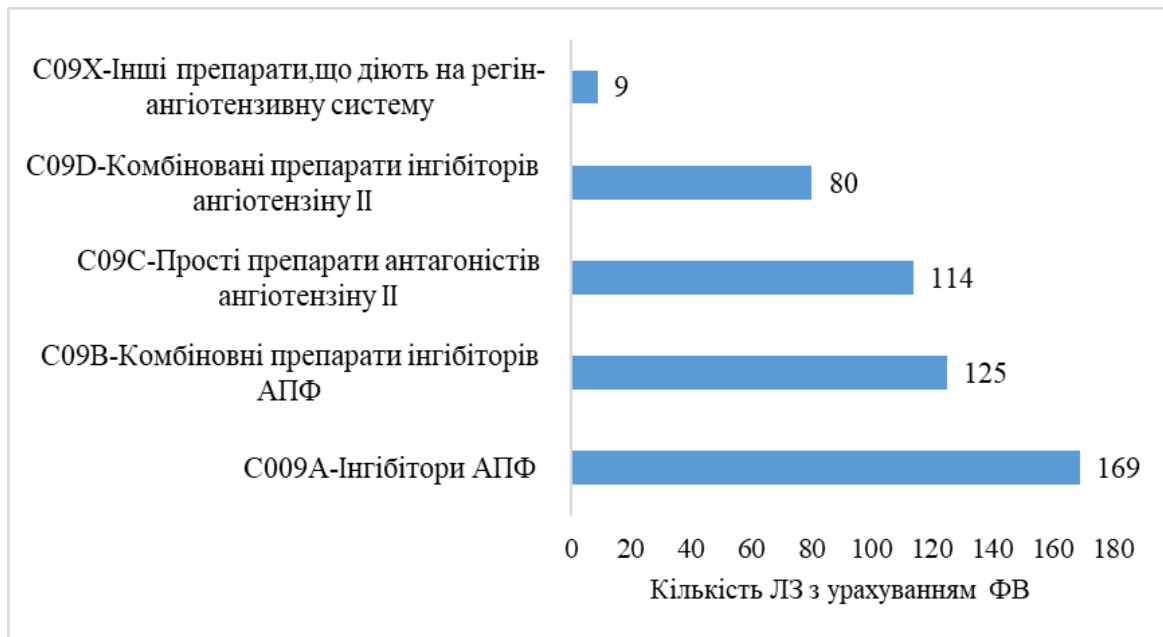


Рис. 3.6 Структура реєстрації препаратів групи С09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему

Встановлено, що комбінації С09АА02 – еналаприлу з діуретиками є найчисленнішою у складі групи С09В – комбіновні препарати інгібіторів АПФ (125 ТН ЛП). Так, зазначена комбінація препаратів представлена 34 ТН (27,20% від кількості препаратів за групою С09АА02 – еналаприлу з діуретиками). Комбіновані препарати С09АА05 – раміприлу з діуретиками зайняли другу позицію (27 ТН або 21,60% відповідно), а третю – С09АА04 – периндоприлу з С09СА01 – амлодипіном (24 ТН або 19,20% відповідно). Серед групи С09С – прості препарати антагоністів ангіотензину II (114 ТН) практично позиції лідерів займають препарати С09СА03 – валсартану (33 ТН або 28,95%) та С09СА01 – лозартану (29 ТН або 25,44%). На третій позиції представлені препарати С09СА02 – епрозартану (23 ТН або 20,18%). У складі наступної групи С09D – комбіновані препарати інгібіторів ангіотензину II (80 ТН) позиції лідера займають комбінації С09СА03 – валсартану з діуретиками. Так, питома вага зазначених препаратів становить 52,50% (42 ТН з урахуванням всіх ФВ). Більше ніж 20,0% асортименту припадає на комбінації

C09CA01 – лозартану з діуретиками (18 ТН). Третю позицію за кількістю зареєстрованих препаратів зайняли комбіновані препарати C09CA03 – валсартану + C09CA01 – амлодипіну (12 ТН або 15,00%).

У складі групи ЛЗ, що впливають на ренін-ангіотензинову систему, представлено лише 9 (100,0%) ТН препаратів з урахуванням всіх ФВ (C09XA02 – аліксерену). Загалом у групі C09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему, спостерігалась загальна тенденція домінування імпортованих препаратів над вітчизняними. Так, у середньому на одне ТН препаратів вітчизняного виробництва припадало 4,3 найменування ЛЗ імпортованого виробництва.

Результати аналізу асортименту препаратів відповідно до ФВ продемонстрували безперечне домінування препаратів у твердих лікарських формах (88,45%). Розподіл препаратів за лікарською формою наведений на рис. 3.7. Як бачимо, спостерігається безперечне домінування препаратів у формі таблеток (82,12% асортименту), а найменша (1,40%) кількість ЛЗ випускається у формі порошків рослинного походження. Зазначене зумовлено особливостями використання АГЛЗ, насамперед в організації амбулаторного лікування хворих протягом життя під постійним моніторингом сімейного лікаря або дільничного терапевта.

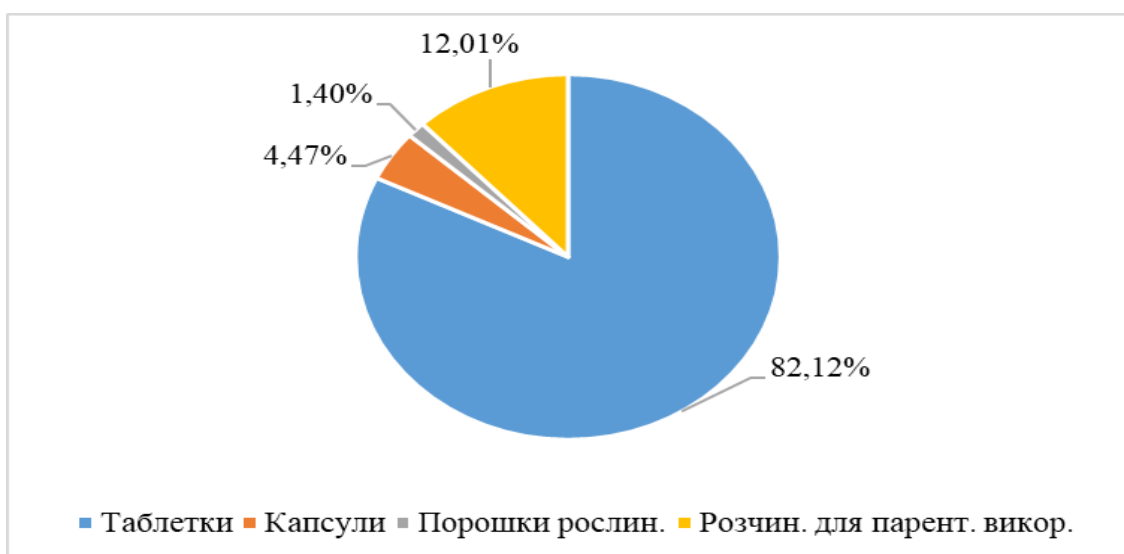


Рис. 3.7 Розподіл ССП (групи C02, C03, C07, C08, C09) за ЛФ препаратів

Вітчизняні препарати антигіпертензивної дії (перша лінія терапії) представляють на національному ФР понад 25 фармацевтичних компаній-виробників. Найбільша кількість асортиментних позицій припадає на препарати, що виробляють найпотужніші фармацевтичні компанії. Це ВАТ «Фармак», ПАТ ВНЦ «Борщагівський ХФЗ», ТОВ ХФП «Здоров'я народу», корпорація «Артеріум» (ПАТ «Київмедпрепарат»), ПАТ «Київський вітамінний завод», ПАТ «Лекхім-Харків», ТОВ «Астрафарм» тощо. Фахівці ВООЗ відзначають суттєве поживлення вітчизняних виробників у напрямку впровадження на ФР АГЛЗ, вартість споживання яких компенсується програмою «Доступні ліки» [89]. Загалом зазначимо, що сегмент ринку ССП, який досліджувався, характеризується значним рівнем сегментації за групами препаратів відповідно до різних рівнів АТС-класифікаційної системи, домінуванням монопрепаратів та ЛЗ імпортного виробництва.

### **3.4 Результати маркетингового аналізу роздрібного сегмента ринку С07 – блокатори бета-адренорецепторів в Україні**

Враховуючи чисельність ТН препаратів АГЛЗ, що представлені на вітчизняному ФР, для проведення більш детального маркетингового аналізу потрібно було окреслити ту чи іншу фармакотерапевтичну групу. З метою розв'язання зазначеного завдання на попередньому етапі дослідження нами був проведений попередній ретроспективний аналіз споживання АГЛЗ з використанням показників DID<sub>s</sub>. Зазначені показники були отримані з даних спеціальної літератури, а також за результатами моніторингу обсягів продажів ЛЗ на вітчизняному ФР, які представлені у звітах інформаційно-пошукової системи «Моріон» [70, 76, 149]. З метою мінімізації впливу зовнішніх кризових факторів на показники споживання у DID<sub>s</sub> для аналізу були відібрані відповідні дані за п'ять докризових років, а саме дослідження проводилося за даними 2008-2013 рр. У ретроспективі років були проаналізовані дані споживання АГЛЗ за такими групами: С02А – антиадренергічні засоби з централь-

ним механізмом дії; C02C – агоністи імідазолінових рецепторів; C03 – сечогінні препарати; C07 – блокатори бета-адренорецепторів; C08 – антагоністи кальцію; C09A – інгібітори ангіотензинопетворювального ферменту (АПФ); C09A – прості препарати антагоністів ангіотензину II. Як бачимо за даними табл. 3.4, серед різних груп АГЛЗ препарати C-07 – блокатори бета-адренорецепторів характеризувалися найбільш стабільними даними питомої ваги (%) DIDs, а також DIDs споживання препаратів, що розраховані на 1000 жителів/день. Особливого значення у виборі групи для проведення подальшого аналізу мали результати досліджень лікарських призначень хворим на АГ, які представлені у вітчизняній літературі. Так, вченими доведено, що до трійки препаратів-лідерів за кількістю призначень у лікуванні АГ першої лінії (амбулаторно-поліклінічна ланка) найчастіше використовуються: діуретики (82,5%); інгібітори АПФ (75,5%); бета-адреноблокатори (68,6%) [5, 67]. Означене й зумовило вибір групи АГЛЗ для проведення більш детального маркетингового аналізу з метою встановлення головних проблем та окреслення перспектив розвитку того або іншого сегмента ринку ССП. Враховуючи залежність розвитку вітчизняного ФР від дії факторів зовнішнього середовища, ми провели аналіз розвитку сегмента C-07 – блокатори бета-адренорецепторів за двома часовими інтервалами.

*Докризовий розвиток сегмента ринку C-07 – блокатори бета-адренорецепторів (2012-2014 рр.)*

Протягом 2012-2014 рр. на вітчизняному сегменті роздрібного ФР було представлено 178 ТН з урахуванням всіх ФВ [148]. Важливою характеристикою зазначеного сегмента роздрібного ФР є його імпортозалежність, що за умов масового зубожіння населення країни має непередбачувані негативні, з соціально-економічного погляду, наслідки. Встановлено, що лєвова частка ринку знаходиться під умовним контролем іноземних компаній, які представляють від 119 до 126 ТН АГЛП з групи C07 – блокатори бета-адренорецепторів. Питома вага препаратів іноземного виробництва становила в середньому за різними роками досліджень від 68,0% до 71,0%.

Таблиця 3.4

**Результати ретроспективного аналізу та структурних зрушень у споживанні АГП в Україні з використанням АТС/DDD-методології**

<b>Показники аналізу за групами препаратів</b>										
Показники споживання ЛП (тис. грн) за роками (питома вага, %)						Коефіцієнти росту ланцюгові (ki)				
2008	2009	2010	2011	2012	2013	k <sub>1</sub>	k <sub>2</sub>	k <sub>3</sub>	k <sub>4</sub>	k <sub>5</sub>
<b>Питома вага (%) DIDs в обсязі споживання антигіпертензивних препаратів (100,0%)</b>										
<b>CO2A – антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії</b>										
5,2	4,2	4,4	3,4	2,8	2,6	0,81	1,05	0,77	0,82	0,93
<b>CO2C – антагоністи імідазолінових рецепторів</b>										
0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,75	1,0	1,0	0,67	1,0
3,7*/ 9,7**	3,2/ 8,9	2,6/ 9,4	3,1/ 7,8	3,0/ 7,8	2,6/ 7,5	0,86 / 0,92	0,81 /1,06	1,19/ 0,83	0,97/ 1,0	0,87/ 0,96
<b>C04A – периферичні вазодилататори</b>										
0,8	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	1,0	0,75	0,83	0,8	0,75
<b>C07 – блокатори бета-адренорецепторів</b>										
15,1	21,4	24,9	24,9	25,0	25,1	1,41	1,16	1,00	1,01	1,01
<b>C08 – антагоністи кальцію</b>										
9,1	8,5	7,2	10,0	10,5	15,4	0,93	0,85	1,39	1,05	1,47
<b>C09A – інгібітори ангіотензинопетворювального ферменту (АПФ)</b>										
53,9	50,0	46,3	44,3	42,8	38,0	0,93	0,93	0,96	0,97	0,89
<b>C09C – прості препарати антагоністів ангіотензину II</b>										
2,1	2,7	4,3	5,7	7,5	8,3	1,29	1,59	1,33	1,32	1,11
<b>DIDs споживання препаратів (DDD/1000 жителів/день)</b>										
<b>CO2A – антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії</b>										
3,17	2,64	2,95	2,57	2,50	2,48	0,83	1,12	0,87	0,97	0,99
<b>CO2C – агоністи імідазолінових рецепторів</b>										
0,22	0,18	0,19	0,19	0,22	0,24	0,82	1,06	1,0	1,16	1,09
<b>C03 – сечогінні препарати</b>										
2,22*/ 5,90**	2,03/ 5,61	1,76/ 6,24	2,39/ 5,90	2,62/ 6,87	2,54/ 7,18	0,91 /0,9 5	0,87/ 1,11	1,36/ 0,95	1,10/ 1,16	0,97/ 1,05
<b>C04A – периферичні вазодилататори</b>										
0,48	0,58	0,39	0,35	0,33	0,30	1,21	0,67	0,90	0,94	0,91
<b>C07 – блокатори бета-адренорецепторів</b>										
9,18	13,56	9,87	10,88	12,33	13,48	1,48	0,73	1,10	1,14	1,09
<b>C08 – антагоністи кальцію</b>										
5,49	5,37	4,80	7,54	9,28	14,87	0,98	0,89	1,57	1,23	1,60
<b>C09A – інгібітори ангіотензинопетворювального ферменту (АПФ)</b>										
32,73	31,70	37,47	41,43	47,62	47,38	0,97	1,18	1,11	1,15	0,99
<b>C09C – прості препарати антагоністів ангіотензину II</b>										
1,25	1,69	2,83	4,31	6,62	7,96	1,35	1,68	1,52	1,54	1,20

Примітка: \* – тіазидні та тіазидоподібні діуретики; \*\* – інші препарати діуретичної дії.

Разом понад 40 іноземних та 11 вітчизняних компаній представляли ЛП з групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів на роздрібному сегменті ФР. За кількістю вітчизняних ЛП, що представлені на означеному сегменті ФР у 2014 р., трійку лідерів сформували корпорація «Артеріум» (13 найменувань чи 25,0% від вітчизняного асортименту ЛП з групи С07), ТОВ «ХФП «Здоров'я трудящих» (9 ЛП з урахуванням форм випуску чи 17,31% відповідно) і ТОВ «Астрафарм» (8 ЛП – 15,39%). Тобто на три компанії припадає більше ніж 50,0% від усього асортименту вітчизняних С07 – блокатори бета-адренорецепторів. На інші 8 фірм-виробників, також таких потужних компаній, як ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», ВАТ «Фармак», ПАО НПЦ «Борщагівський ХФЗ» припадало від 41,0% до 44,0% асортименту ЛП з групи С07, які були реалізовані на ФР у 2012-2014 рр.

Встановлена значна сегментація роздрібного сегмента національного ФР бета-адреноблокаторів за іноземними фірмами-виробниками. На відміну від вітчизняних препаратів, імпорتنі представляли понад 40 іноземних компаній, серед яких було досить складно за роками дослідження визначити трійку лідерів. Так, за різними роками досліджень провідні позиції за кількістю препаратів займали компанії «Egis» (Угорщина), «Salutas Pharma» (Німеччина) «Merckle» (Німеччина), «Genon Biotech» (Індія) та ін. На рис. 3.8 наведений аналіз структури АГП з групи С07, які були реалізовані на роздрібному ФР у 2014 р. за іноземними компаніями-виробниками. Як бачимо за даними рис. 3.4, 78,74% асортименту імпорتنих препаратів з групи С07 представляли на ФР всього 15 фірм-виробників, серед яких провідні позиції займали компанії з Індії (29 ТН препаратів чи 22,84% від асортименту імпорتنих бета-адреноблокаторів) і Німеччини (28 ЛП чи 22,05%). Менше половини (43,31%) від асортименту імпорتنих ЛП з групи С07 представляли 27 фірм-виробників. Компанії, що наведені на рис. 3.8 як «Інші», позиціонували виключно по одному чи два ТН ЛП з групи бета-адреноблокаторів [143].

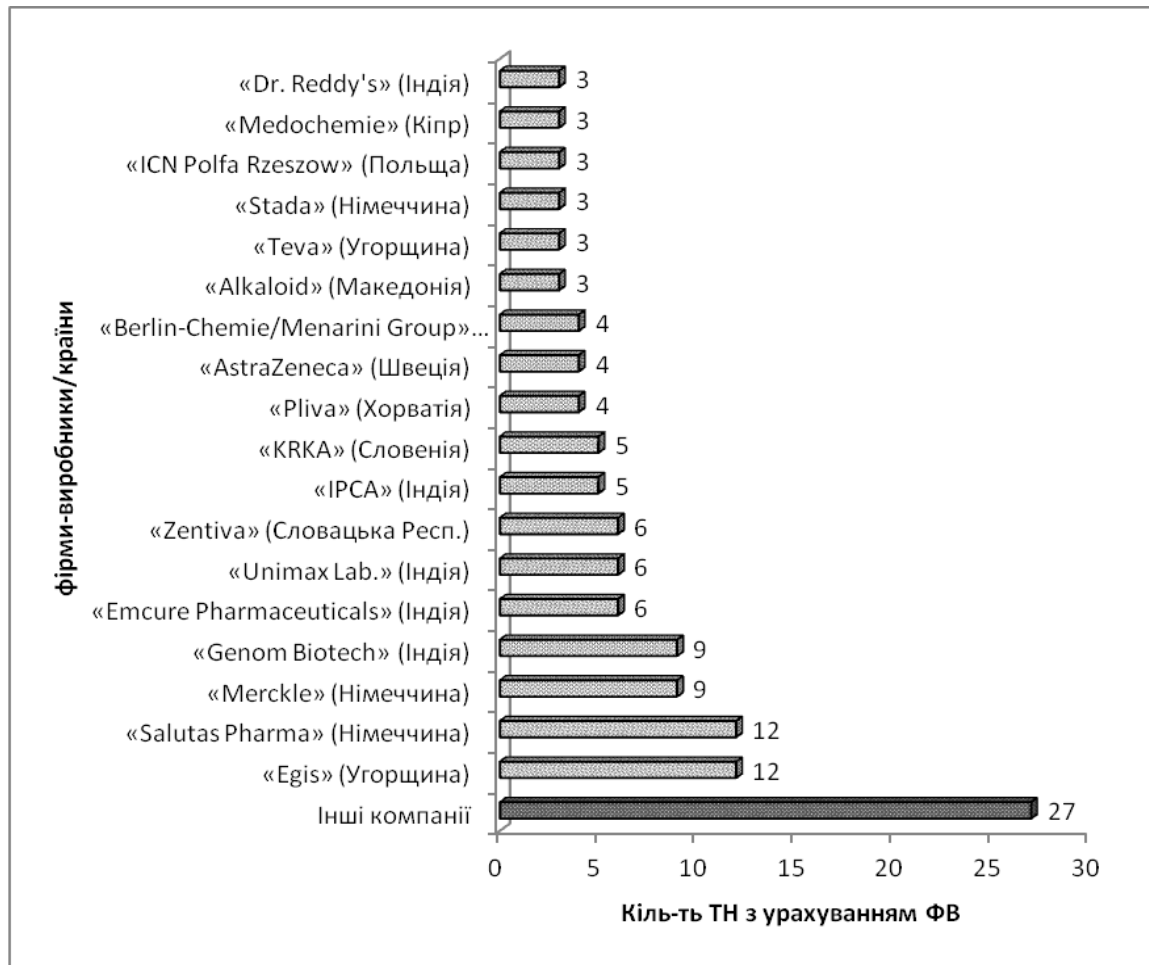


Рис. 3.8 Аналіз асортименту бета-адреноблокаторів за фірмами-виробниками (роздрібний сегмент вітчизняного ФР за даними 2014 р.)

Далі був проведений структурний аналіз асортименту бета-адреноблокаторів за МНН і за параметром «вітчизняний / імпортований». Результати проведених досліджень дають змогу окреслити наступну характерну рису досліджуваного сегмента роздрібного ФР (табл. 3.5).

Насамперед кількість ТН ЛП з урахуванням ФВ представлені за МНН нерівномірно. Так, разом на 3 найменування бета-блокаторів за МНН припало 113 ТН препаратів, що становило 63,13% від усього асортименту препаратів з групи С07. Безумовним лідером за кількістю ТН з урахуванням ФВ, які були реалізовані впродовж 2014 р. є С07АВ07 – бізопролол (47 ТН або 26,26%).

Таблиця 3.5

**Аналіз структури препаратів з групи СО7-Бета-адреноблокатори за МНН, що представлені на роздрібному сегменті ФР у 2014 р.**

Код та назва препарату за МНН	Разом ЛП	В*	І**	% між В* та І** ЛП
<b>СО7 АА – неселективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
СО7 АА05 Пропанол	4	4	0	100:0
СО7АА 07 Солатол	9	4	5	44,4:55,6
<b>СО7 АВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
СО7 АВ02 Метопролол	25	7	18	28,0:72,0
СО7 АВ 03 Атенолол	20	6	14	30,0:70,0
СО7 АВ 05 Бетаксолोल	3	1	2	33,0:67,0
СО7 АВ 07 Бісопролол	47	20	27	42,6:57,4
СО7 АВ 12 Небіватол	9	1	8	11,11:88,9
<b>СО7 АГ – блокатори альфа- та бета-адренорецепторів</b>				
СО7 АГ 01 Лабетанол	2	0	2	0:100,0
СО7 АГ 02 Карведілол	40	6	34	15,00:85,00
<b>СО7 ВВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів з тiazидними діуретиками</b>				
СО7 ВВ 02 Метопролол + тiazиди	1	0	1	0:100
СО7 ВВ 07 Бісопролол + тiazиди	2	0	2	100:0
<b>СО7 СВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів у комбінації з іншими діуретиками</b>				
СО7 СВ 03 Атенолол + інші діуретики	6	1	5	16,7:83,3
<b>СО7 ФВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами</b>				
СО7 ФВ 02 Метопролол + інші гіпертензивні засоби	1	0	1	0:100
СО7 ФВ 03 Атенолол + інші гіпертензивні засоби	6	2	4	33,3:66,7
СО7 ФВ 07 Бісопролол + інші гіпертензивні засоби	2	0	2	0:100
<b>РАЗОМ</b>	<b>178</b>	<b>52</b>	<b>126</b>	<b>29,21:70,79%</b>

Примітка: - В\*(вітчизняні) та І\*\* (імпортні) ЛП

Другу позицію посіли препарати СО7АГ 02 – карведілолу (22,91%), а третю – СО7АВ02 – метопрололу (13,97%). 20 ТН ЛП з урахуванням ФВ було реалізовано препаратами СО7АВ03 – атенололу. Далі з істотним відривом були представлені препарати СО7АВ12 – небіватолю.

Далі вся сукупність ЛЗ була нами умовно розподілена на три групи. До першої групи були зараховані ті МНН препаратів, що у повному обсязі за кількістю представлених ТН належали до вітчизняних ліків. До другої – МНН, за якими відзначалося коливання питомої ваги (%) ТН імпортних і вітчизняних бета-адреноблокаторів. Третю групу сформували МНН, за якими на



100,0% були представлені імпортні ЛЗ. За результатами групування ЛП встановлено, що найменш чисельною за кількістю найменувань була перша група. Так, до її складу увійшли препарати C07AA05 – пропанолю за такими ТН, як «Анаприлін-Здоров'я» табл. 10 та 40 мг (блістери, контейнери) № 50. Найбільша кількість бета-адреноблокаторів за МНН була представлена в другій групі ЛП. Насамперед це бета-адреноблокатори за наступними МНН: C07AA07 – солатол; C07AB02 – метопролол; C07AB03 – атенол; C07AB05 – бетаксол; C07AB07 – бісопролол; C07AB12 – небіватол; C07AG02 – карведілол та C07FB03 – атенолол + інші гіпертензивні засоби. Питома вага вітчизняних препаратів у другій групі за різними МНН коливалась від 11,11% до 44,4%, а за імпортними препаратами – від 55,6% до 88,9%. Особливе занепокоєння, з соціально-економічного погляду, викликає факт наявності препаратів за такими МНН, як C07AG01 – лабетанол, C07BB02 – метопролол + тiazиди та C07FB07 – бісопролол + інші гіпертензивні засоби в складі третьої групи (100,0% імпортні ЛП). Саме за окресленими найменуваннями бета-адреноблокаторів є перспективним впровадження програми імпортозаміщення, яка активно обговорюється в політичній та фармацевтичній спільноті. Слід зазначити, що з групи C07 до пілотного проєкту були включені препарати C07AB07 – бісопрололу, C07AB02 – метопрололу, C07AB12 – небівотолу і за оцінкою аналітичних агенцій сумарне споживання ТН за названими МНН у 2013 р. становило понад 60,0% від загального обсягу роздрібного сегмента ФР бета-адреноблокаторів [16]. Додатково розглядалось також питання про включення до переліку АГП, що підпадали під дію пілотного проєкту, таких ЛП, як: C07AG02 – карведілол, C07AA05 – пропанолю та комплексних препаратів з фіксованою комбінацією діючих речовин (атенолол з хлорталідом, ніфедипіном та ін.). Як відомо, відповідно до постанови КМУ від 25.04. 2012 р. № 340 «Про реалізацію пілотного проєкту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою», зі змінами в Україні з 2012 р. було впроваджено референтне ціноутворення на ЛЗ, які застосовуються для ліку-

вання осіб з АГ. На жаль, реалізація зазначеного пілотного проєкту закінчилась у 2014 р. і це вкрай негативно вплинуло на доступність ФД, що надається хворим на АГ.

Цікавим, на наш погляд, постає аналіз умовної середньозваженої роздрібною вартості однієї упаковки ЛЗ з групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів. Як бачимо за даними рис. 3.9, серед монопрепаратів найнижчі роздрібні ціни були характерні для препаратів С07АВ03 – атенололу (співвідношення вітчизняні – імпорتنі дорівнювало 30,0% : 70,0%), а найдорожчими – С07АГ02 – карведілолу (14,63% : 85,37% відповідно).



Рис. 3.9 Аналіз середньозваженої роздрібною вартості однієї упаковки препаратів із групи бета-адреноблокаторів (2014 р.) [21]

*Кризовий та післякризовий період розвитку сегмента ринку С-07 – блокатори бета-адренорецепторів (2015-2019 рр.)*

Станом на 01.01.2019 р. в Україні налічувалося 231 ТН препаратів із груп С07 – блокатори бета-адренорецепторів, що в порівнянні з даними 01.01.2016 р. попереднього періоду (178 ТН препаратів) становить 130,0%. Тобто спостерігається позитивна динаміка до збільшення кількості препаратів на означеному сегменті вітчизняного ФР. Важливою характеристикою зазначеного сегмента ринку АГП є домінування імпорتنих препаратів у часі.

Так, співвідношення (%) між імпортними та вітчизняними ЛЗ протягом 2015-2019 рр. дорівнювало: 65,03 : 34,97; 65,82 : 34,18; 65,91 : 34,09; 64,94 : 35,06 відповідно за роками. Враховуючи той факт, що упродовж 2012-2014 рр. питома вага імпортних препаратів коливалась у діапазоні значень від 68,0% до 71,0%, то динаміку структурних зрушень у показниках питомої ваги (%) препаратів імпортного виробництва в загальному асортименті С07 – блокаторів бета-адренорецепторів можна оцінити як позитивну. Слід зазначити також про збереження тенденції до нерівномірності розподілу ТН за різними МНН. Так, позиції лідера у групі С07 – блокатори бета-адренорецепторів зберегли препарати С07АВ07 – бісопрололу (33,3% від загальної кількості ТН за групою), а на другій та третій позиціях були представлені препарати С07АГ02 – карведілолу (19,48%) та С07АВ02 – метопрололу (10,83%) відповідно.

Проаналізувавши реєстрацію препаратів за групою С07 – блокаторів бета-адренорецепторів упродовж 2015-2019 рр., встановлено, що порівняно з попереднім періодом (2012-2014 рр.) зрушення відбулися за вітчизняним асортиментом препаратів. Так, трійку лідерів сформували ВАТ «Фармак» (8 ЛЗ з урахуванням всіх форм випуску), (ТОВ «ХФП «Здоров'я трудящих» (6 ЛЗ з урахуванням форм випуску), АТ «Київській вітамінний завод» (5 ЛЗ). Питома вага препаратів, що представляють на ринку інші 10 фірм-виробників, в т. ч. такі, як ПАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», АТ «Монфарм», ПАТ НПС «Борщагівський ХФЗ» за різними роками коливалась у діапазоні значень (вітчизняні ТН ЛЗ) від 68,5% до 71,0%. Загалом можна стверджувати, що упродовж 2015-2019 рр. вітчизняні виробники істотно розширили асортимент препаратів з групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів. Необхідно також зазначити, що на цьому сегменті ринку АГП зберігалась сегментація препаратів за іноземними фірмами-виробниками. Всього на ринку України препарати із групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів представляли 38 іноземних компаній, серед яких чітко прослідковується так званий «європейський вектор». Так, до компаній-лідерів за кількістю представлених препаратів стабільно входили «Egis»

(Угорщина), «Sandoz» (Швейцарія), «Salutas Pharma» (Німеччина), «Merckle» (Німеччина), «KRKA» Словенія тощо. У цілому питома вага (%) препаратів європейського виробництва в загальній сукупності імпортованих ЛЗ коливалась у діапазоні значень від 71,2% до 86,5%. Не втрачають своїх позицій у нижчих та середніх цінових групах препаратів також й індійські компанії. Питома вага (%) препаратів індійського виробництва дорівнювала у сукупності від 12,5% до 13,7% за різними роками дослідження. Найбільшу кількість індійських препаратів з групи, що досліджується, представляє компанія «Genon Biotech» (Індія). Загалом можна стверджувати, що сегмент імпортованих препаратів із групи С07 – блокаторів бета-адренорецепторів, порівняно з вітчизняним асортиментом, продемонстрував більш стабільні позиції, якщо порівнювати з відповідними даними за 2012-2014 рр.

Окремого розгляду потребує питання аналізу впливу на розвиток сегмента ринку С07 – блокаторів бета-адренорецепторів урядової програми «Доступні ліки». До складу препаратів, вартість яких відшкодовується із бюджету, було включено 4 препарати з групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів. Це С07АВ03 – атенолол, С07АГ02 – карведілол, С07АВ05 – метопролол та С07АВ07 – бісопролол. Аналізуючи зміст вже згаданого звіту ВООЗ «Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні», ми встановили, що в червні 2018 р. питома вага продажів (%) С07 – блокаторів бета-адренорецепторів становила 52,0% від загальної кількості реалізованих ТН у натуральних показниках та 29,0% у грошовому еквіваленті відповідно [15]. За даними вересня 2018 р. у повному обсязі (100,0% компенсація) відшкодувалася вартість близько 20,0% ТН генеричних препаратів, а рівень відшкодування від 80,0% до 99,0% був характерний для 26,0% ТН препаратів, від 50,0% до 79,0% – 17,6% ТН ЛЗ, а менше 50,0% – до 36,4% [15]. Як відомо, наказом МОЗ України від 21.01.2019 р. № 148 в Україні було затверджено оновлену редакцію «Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню» (далі – Реєстр), що містить 257 ТН препаратів. Нами була проаналізована динаміка змін у кількості ТН препаратів С07 – блокаторів бета-

адренорецепторів, які були представлені в різних редакціях зазначеного Реєстру (рис. 3.10).

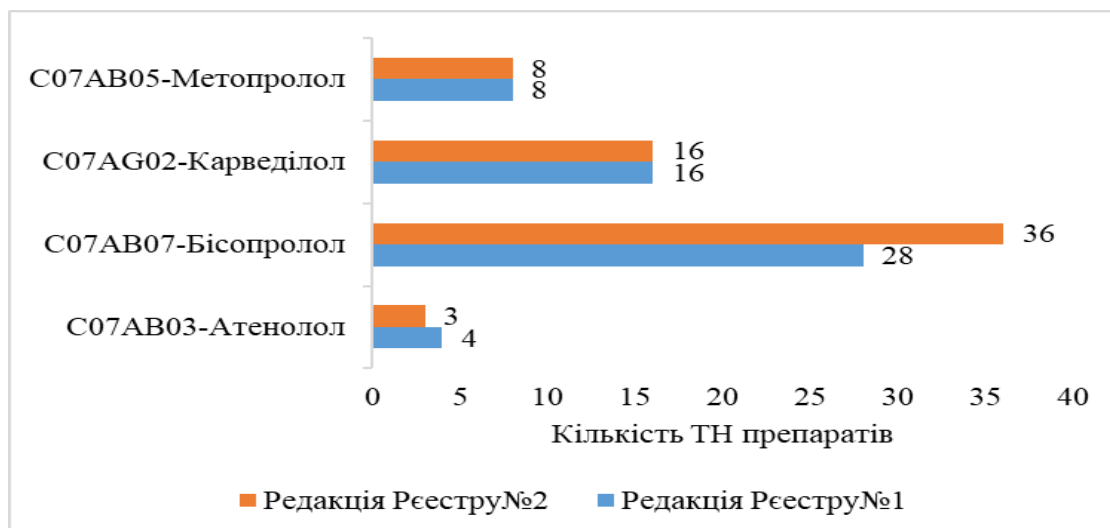


Рис. 3.10 Аналіз динаміки змін кількості ТН С07 – блокаторів бета-адренорецепторів у складі різних редакцій Реєстру

Встановлено, що зазначений сегмент ринку АГЛЗ характеризувався відносною стабільністю за винятком сегмента препаратів С07АВ07 – бісопрололу (збільшення ТН із 28 до 36 ТН). Всі інші препарати зберегли свої позиції у складі оновленої редакції Реєстру в рамках програми «Доступні ліки».

Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що проблеми та тенденції розвитку сегмента ринку АГЛЗ пов'язані з цілим комплексом факторів, котрі мають різний вплив на формування сучасної асортиментної політики. При цьому особливе місце посідають цінові характеристики ЛЗ. Зазначене й зумовило проведення наступного етапу наших досліджень.

### **3.5 Аналіз динаміки змін цінових характеристик препаратів групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів на вітчизняному фармацевтичному ринку**

За умов активного розвитку ФР важливе значення у формуванні соціально-орієнтованої тактики проведення антигіпертензивної терапії та управ-

лінні споживацькими перевагами мають цінові характеристики препаратів. ТН є умовною одиницею аналізу цінових характеристик препаратів, які за умов дефіциту фінансування охорони здоров'я та суттєвого зниження реальної платоспроможності населення мають пріоритетні позиції у формуванні ефективної маркетингової стратегії на ФР. Регулювання фізичної та соціально-економічної доступності ЛЗ і ФД в цілому є одним з найважливіших напрямків реалізації державної політики у фармацевтичному секторі економіки країни. Крім цього, фізична та соціально-економічна доступність ЛЗ поряд з якістю та раціональністю застосування препаратів є однією з цілей Національної лікарської політики (НЛП) ВООЗ в галузі охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення. Тому наступним етапом досліджень за організаційно-економічним напрямком роботи стало проведення аналізу цінових характеристик бета-адреноблокаторів та показників їх доступності.

За даними інформаційно-пошукової системи «Моріон» нами були розраховані індивідуальні та групові індекси закупівельних і роздрібних цін ( $I_{g(ланц.)}$ ), показники  $C_{a,s}$  та  $D$ , а також проаналізована динаміка їх змін упродовж 2012–2014 рр. та 2015–2018 рр. Відповідно до обраного методологічного підходу в проведенні маркетингових та організаційно-економічних досліджень презентація результатів аналізу здійснювалася за двома періодами.

*Докризовий розвиток сегмента ринку С-07 – блокатори бета-адренорецепторів» (2012-2014 рр.)*

До 2015 р. вітчизняний ФР розвивався за умов відносної соціально-економічної стабільності та прогнозованої монетарної і грошово-кредитної політики з боку НБУ. Крім цього, в означений період державою були реалізовані комплексні заходи з упровадження пілотного проєкту щодо АГ. В сукупності все зазначене зумовило характер змін головних цінових характеристик ЛП, а також їх доступність для пересічних громадян країни. За означений проміжок часу нами були проаналізовані  $I_{g(ланц.)}$  у 199 ТН з урахуванням усіх ФВ (табл. 3.6). Встановлено, що середнє значення  $I_{g}$  у 2013/2012 р. за закупівельними цінами становило 1,17, у 2014/2013 р. – 1,38. Середнє значення

$Ig_{(ланц.)}$  у 2014 р., порівняно з даними 2013 р., збільшилось на 17,95%. Середнє значення  $Ig$  у 2013 р./2012 р. за роздрібними цінами дорівнювало 1,11, а в 2014/2013 р. – 1,34 (темп приросту 20,72%). Тобто зростання середніх роздрібних цін характеризувалося більшими темпами приросту (%), у порівнянні з аналогічними показниками за закупівельними цінами. За закупівельними цінами у 2013 р. найсуттєвіше збільшення цін спостерігалось у препаратах С07АА07 – соталолу ( $Ig_{(ланц.)} = 1,73$ ), у 2014 р. – С07АВ07 – бісопрололу (1,64).

Таблиця 3.6

### Динаміка змін індексу за закупівельними та роздрібними цінами на ЛЗ

INN Препаратів	$Ig_{(ланц.)}$			
	Закупівельна ціна		Роздрібна ціна	
	2013/ 2012	2014/ 2013	2013/ 2012	2014/ 2013
<b>С07АА – неселективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
С07АА05 – Пропранолол	1,19	1,46	1,18	1,44
С07АА07 – Соталол	1,73	1,54	1,48	1,31
<b>С07АВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
С07АВ02 – Метопролол	0,92	1,18	0,91	1,08
С07АВ03 – Атенолол препаратів	1,46	1,19	1,22	1,65
С07АВ05 – Бетаксоллол	1,07	1,29	1,04	1,32
С07АВ07 – Бісопролол	0,94	1,64	0,91	1,07
С07АВ12 – Небіволол	0,97	1,04	0,93	1,18
<b>С07АГ – поєднання блокаторів альфа- та бета-адренорецепторів</b>				
С07АГ02 – Карведілол	1,12	1,35	1,09	1,37
<b>С07ВВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками</b>				
С07СВ03 – Атенолол в комбінації з іншими діуретиками	1,21	1,63	1,20	1,60
С07СВ – Бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками	1,30	1,41	1,27	1,42
<b>С07ФВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами</b>				
С07ФВ02 – Метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами	-	1,34	-	1,18
С07ФВ03 – Атенолол та інші гіпотензивні засоби	1,05	1,29	1,08	1,29
С07ФВ – Селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами	1,03	1,52	0,97	1,52

У 2013 р. відбулося зниження закупівельних і роздрібних цін за ЛЗ, що представляють три групи препаратів за МНН, які входили до пілотного проєкту щодо АГ із групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів. Це насамперед препарати С07АВ02 – метопрололу (закупівельні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,92$ ; роздрібні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,91$ ), С07АВ07 – бісопрололу (закупівельні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,94$ ; роздрібні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,91$ ), С07АВ12 – небівололу (закупівельні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,97$ ; роздрібні ціни –  $I_{g(\text{ланц.})}=0,93$ ). пілотний проєкт щодо АГ діяв протягом 2012-2014 рр. та його реалізація, як бачимо за даними аналізу, внесла певні зміни в динаміку змін закупівельних та роздрібних цін на бета-адреноблокатори.

Останній рік реалізації зазначеного проєкту (2014 р.) характеризувався зростанням як закупівельних, так і роздрібних цін на ЛЗ по всьому асортименту препаратів із групи С07 – блокатори бета-адренорецепторів, в т.ч. щодо тих ЛЗ, що входили по переліку АГП, вартість споживання яких компенсувалась із державного бюджету. Так, стосовно препаратів з групи С07АВ02 – метопрололу у 2014 р., порівняно з даними 2013 р., закупівельні ціни зросли на 18,0%, а роздрібні на 8,0%. Щодо препаратів з групи С07АВ07 – бісопрололу – закупівельні на 64,0%, а роздрібні – всього на 7,0%, щодо ЛЗ з групи С07АВ12 – небівололу, то закупівельні ціни збільшились на 4,0%, а роздрібні – на 18,0%. Найбільше закупівельні ціни у 2014 р. зросли щодо ЛЗ з групи С07АВ07 – бісопрололу ( $I_{g(\text{ланц.})}=1,64$ ), а за роздрібними – стосовно ЛЗ з групи С07АВ03 – атенололу ( $I_{g(\text{ланц.})}=1,65$ ).

Далі ми здійснили аналіз динаміки змін показників, які характеризують соціально-економічну доступність ЛЗ (Са.s та D) з урахуванням таких показників, як середня та мінімальна заробітна платня, вартість споживчого кошика, зведений індекс цін на ОЛЗ тощо (табл. 3.7). Встановлено, що середнє значення Са.s по всіх ТН ЛЗ із групи бета-адреноблокаторів у 2012 р. дорівнювало значенню 1,50, у 2013 р. – 1,49, а в 2014 р. – 1,96. Відповідно,  $k_{2013/2012}=0,99$ ,  $k_{2013/2014}=1,32$ , а  $k_{2014/2012}=1,31$ . Тобто протягом 2012-2014 рр. спостерігалось зниження доступності препаратів з групи С07 – бета-адреноблокатори. Цей факт підтверджують середні значення показника D,



значення якого у 2013 р. становило 0,96, а вже за даними 2014 р. – 0,82 ( $k_{2014/2013}=0,85$ ). Як бачимо, саме за даними 2014 р. спостерігалось суттєве зниження доступності препаратів з групи, що розглядається. Це був останній рік перед стрімким падінням обсягу (натуральні показники та дол. США) продажів ССП та ЛЗ в цілому на вітчизняному ФР, яке спостерігалось в Україні у 2015 р.

Таблиця 3.7

### Показники Ca.s та D стосовно групи блокаторів бета-адренорецепторів

МНН Препаратів	Ca.s			D	
	2012	2013	2014	2013/2012	2014/2013
<b>C07AA - неселективні блокатори бета-адренорецепторів</b>					
C07AA05 – Пропранолол	0,32	0,35	0,48	0,94	0,72
C07AA07 – Соталол	1,81	1,82	2,80	0,89	0,89
<b>C07AB - селективні блокатори бета-адренорецепторів</b>					
C07AB02 – Метопролол	1,46	1,18	1,31	1,23	0,92
C07AB03 – Атенолол	0,26	0,21	0,35	0,93	0,81
C07AB05 – Бетаксоллол	2,38	2,23	2,75	1,07	0,80
C07AB07 – Бісопролол	1,00	0,83	1,27	1,25	1,02
C07AB12 – Небіволол	2,38	1,68	2,01	1,20	0,97
C07AB57 – Бісопролол, комбінації	–	–	2,08	–	–
<b>C07AG - поєднання блокаторів альфа- та бета-адренорецепторів</b>					
C07AG01 – Лабеталол	1,52	–	–	–	–
C07AG02 – Карведілол	1,60	1,58	2,06	1,05	0,79
<b>C07BB – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками</b>					
C07BB – Блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками	2,49	–	–	–	–
<b>C07CB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими діуретиками</b>					
C07CB03 – Атенолол в комбінації з іншими діуретиками	0,50	0,51	0,93	0,93	0,70
C07CB – Бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками	1,29	1,47	2,01	0,88	0,74
<b>C07FB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами</b>					
C07FB02 – Метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами	–	3,53	4,04	–	0,88
C07FB03 – Атенолол та інші гіпотензивні засоби	1,25	1,52	1,83	0,97	0,81
C07FB – Селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами	2,76	2,41	3,53	1,15	0,68

Найнижче значення  $Ca.s$  у 2012 р. та 2014 р. спостерігалось стосовно препаратів С07АВ03 – атенололу (0,26 та 0,35), у 2013 р. – С07АА05 – пропранололу (0,35). Тобто зазначені препарати були найдоступнішими з групи бета-адреноблокаторів. Найвищі показники  $Ca.s$  були характерні у 2012 р. для препаратів С07ВВ – блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками (2,49), у 2013 р. – С07FB02 – метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами (3,53), у 2014 р. – С07АВ05 – бетаксол (2,75). Ці препарати належали до групи ЛЗ з низьким рівнем доступності. Як відомо, у разі  $D \geq 1,0$  ЛЗ визнається як доступний [83].

За даними розрахунків  $D$  у 2013 р., до групи відносно доступних ЛЗ можна було зарахувати шість найменувань ЛЗ за МНН, а саме: С07АВ02 – метопролол, С07АВ05 – бетаксол, С07АВ07 – бісопролол, С07АВ12 – небіволол, С07АГ02 – карведілол та С07FB – селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами. Своєю чергою, показник  $D \leq 1,0$  був характерний для шести найменувань ЛЗ. Це С07АА05 – пропранолол, С07АА07 – соталол, С07АВ03 – атенолол, С07СВ03 – атенолол в комбінації з іншими діуретиками, С07СВ – бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками, С07FB03 – атенолол та інші гіпотензивні засоби. За даними 2014 р., кількість препаратів, що можна було віднести до тих, які є недоступними ( $D \leq 1,0$ ), становила дванадцять найменувань за МНН. Лише препарати С07АВ07 – бісопрололу ( $D=1,02$ ) можна було зарахувати до відносно доступних найменувань бета-адреноблокаторів. Результати аналізу динаміки змін показників  $Ca.s$  та  $D$ , представлені в табл. 3.8. Під час проведення порівняння даних 2014 р. з показниками 2012 р. та 2013 р. встановлено, що за всіма групами бета-адреноблокаторів відзначалося зниження їхньої доступності. Найбільше доступність ЛП зменшилась ( $k_{2013/2014}=0,59$ ) за препаратами з групи С07FB – селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами. Значне зниження ( $k_{2013/2014}=0,75$ ) показника  $D$  спостерігалось також за препаратами С07АВ05 – бетаксолу,

C07AB02 – метопрололу, C07AG02 – карведілолу C7CB03 – атенололу в комбінації з іншими діуретиками.

Таблиця 3.8

## Аналіз динаміки змін Ca.s та показників D на ЛП

INN препаратів	Ca.s			D
	2013/2012	2014/2013	2014/2012	2014/2013
<b>C07AA - неселективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
C07AA05 – Пропранолол	1,09	1,37	1,50	0,77
C07AA07 – Соталол	1,01	1,54	1,55	0,90
<b>C07AB - селективні блокатори бета-адренорецепторів</b>				
C07AB02 – Метопрлол	0,81	1,11	0,90	0,75
C07AB03 – Атенлол	0,81	1,67	1,35	0,87
C07AB05 – Бетаксолл	0,94	1,23	1,16	0,75
C07AB07 – Бісопролол	0,83	1,53	1,27	0,82
C07AB12 – Небіволол	0,71	1,20	0,84	0,81
<b>C07AG - поєднання блокаторів альфа та бета-адренорецепторів</b>				
C07AG02 – Карведілол	0,99	1,31	1,29	0,75
<b>C07CB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими діуретиками</b>				
C07CB03 – Атенлол в комбінації з іншими діуретиками	1,02	1,82	1,86	0,75
C07CB – Бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками	1,14	1,37	1,56	0,84
<b>C07FB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами</b>				
C07FB02 – Метопрлол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами	-	1,14	-	-
C07FB03 – Атенлол та інші гіпотензивні засоби	1,22	1,21	1,46	0,84
C07FB – Селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами	0,87	1,47	1,28	0,59

Стабільна динаміка зниження показника D протягом 2012-2014 рр. спостерігалася за ЛЗ з таких груп за МНН, як C07AA05 – пропранолол (з 0,94 до 0,72), C07AA07 – соталол (з 0,89 до 0,88), C07AB03 – атенолол (з 0,93 до 0,81), C07CB03 – атенолол в комбінації з іншими діуретиками (з 0,93 до 0,70), C07CB – бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками (з 0,88 до 0,74) і C07FB03 – атенолол та інші гіпотензивні засоби (з 0,97 до 0,81). За препаратами з групи C07AA07 – соталолу значення показника D

зменшилось у незначному інтервалі значень, а саме: з 0,93 до 0,88 ( $k_{2013/2014}=0,90$ ).

*Кризовий та після кризовий період розвитку сегмента ринку С-07-  
блокатори бета-адренорецепторів (2015-2018 рр.)*

Аналіз даних табл. 3.9 дає підстави стверджувати, що незважаючи на зусилля уряду щодо вирішення цілого комплексу питань, які стосуються підвищення рівня доступності ФД, що надається населенню, показник D упродовж 2015-2018 рр. за препаратами з групи 07 – блокатори бета-адренорецепторів продемонстрував зниження рівня їх соціально-економічної доступності. У різних групах препаратів зазначений показник коливався у діапазоні значень від 0,61 (С07АВ57 – бісопролол, комбінації, група С07FB) до 0,94 (С07АВ02 – метопролол). Тобто жоден препарат за МНН, з соціально-економічного погляду, не був доступним для пересічного громадянина. Окремого розглянемо показники доступності за препаратами, що з 01.04.2017 р. увійшли до переліку ЛЗ, вартість споживання яких підлягає відшкодуванню за програмою «Доступні ліки», тому що у розрахунках D не враховувалися дані за сумою відшкодування вартості ліків. При цьому слід зазначити, що значення показника Ca.s, на відміну від даних стосовно D, коливалося у значно ширшому діапазоні значень, а саме від 0,3 (С07АА05 – пропранолол) до 2,86 (група С07FB). Після розрахунків середніх значень показника D можна стверджувати, що найбільш доступними упродовж 2015-2018 рр. були препарати з групи С07АА – несективні блокатори бета-адренорецепторів ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,81$ ), далі з незначним відривом ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,80$ ) були представлені препарати з групи С07АВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів. Третю та четверту позицію за показником соціально-економічної доступності зайняли препарати з групи С07СВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими діуретиками ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,77$ ) та С07СВ – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,66$ ) відповідно. Помітна відносно низька доступність таких комбінованих найменувань ЛП, як насамперед

C07AB57 – бісопролол, комбінації, C07FB – селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами, C07FB02 – метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами, C07CB03 – атенолол в комбінації з іншими діуретиками, а також монопрепаратів C07AA07 – соталол та C07AB03 – атенолол. Значення показника за окресленими групами препаратів коливались у діапазоні від 0,61 до 0,75 включно.

Враховуючи той факт, що 4 препарати за МНН входять до переліку ЛЗ, вартість споживання яких підлягає компенсації в рамках реалізації програми «Доступні ліки», ми проаналізували дані «Реєстру граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби» за попередньою (наказ МОЗ України від 02.07.2018 р. №1224) та оновленою редакцією (наказ МОЗ України від 02.02.2019 р.). Нами встановлено, що розмір граничних оптово-відпускних цін (ГОВЦ) знизився в оновленій редакції Реєстру лише за C07AB07–бісопрололом (–4,0%). За іншими найменуваннями ЛП спостерігалось зростання вказаних даних, наприклад, за препаратами C07AB02–метопрололу – +5,0%, C07AB03 – атенололу – +4,0%, C07AG02 – карведілолу – +2,0%. Незважаючи на зростання розмірів ГОВЦ, за окресленою групою препаратів спостерігається тенденція до збільшення рівня відшкодування розміру 1 DDD. Так, зростання обсягу відшкодування щодо препаратів C07AB07–бісопролол дорівнювала 32,8%, C07AB02–метопролол – 35,4%, C07AB03 – атенолол – 35,4%, C07AG02 – карведілол– 32,9%.

Зазначимо, що розв'язання проблеми низької соціально-економічної доступності ЛЗ має багатовекторний характер вирішення. Важливого значення набуває вирішення питань розширення асортименту вітчизняних препаратів та зниження рівня бідності в країні. Враховуючи реалії розвитку національної економіки та ФР зокрема, імпортозалежність сегмента ринку АГЛЗ, дієвим напрямком вирішення проблеми підвищення їх доступності є розробка національної програми імпортозаміщення та впровадження ефективних механізмів компенсації вартості споживання ЛП за умов упровадження ОМС.

Таблиця 3.9

Дослідження динаміки змін Ca.s та D щодо групи блокаторів бета-адренорецепторів упродовж 2015-2018 рр.

МНН Препаратів	Показники, що характеризують соціально-економічну доступність ЛЗ за роками дослідження									
	Ca.s					D				
	2015	2016	2017	2018	Серед. знач.	2015	2016	2017	2018	Серед. знач.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>C07AA - неселективні блокатори бета-адренорецепторів</b>										
C07AA05 – Пропранолол	0,30	0,27	0,36	0,28	0,30	0,67	0,76	1,01	0,98	0,86
C07AA07 – Соталол	1,03	0,95	0,82	0,75	0,89	0,56	0,61	0,79	1,02	0,75
<b>C07AB - селективні блокатори бета-адренорецепторів</b>										
C07AB02 – Метопролол	1,12	1,18	0,96	0,77	1,01	0,78	0,82	1,03	1,12	0,94
C07AB03 – Атенолол	0,67	0,73	0,85	0,68	0,73	0,64	0,54	0,55	0,84	0,64
C07AB05 – Бетаксоллол	1,65	1,43	1,49	1,13	1,43	0,68	0,78	0,80	0,98	0,81
C07AB07 – Бісопролол	1,16	1,14	1,03	0,95	1,07	0,76	0,71	0,98	1,17	0,91
C07AB12 – Небіволол	1,98	2,01	1,76	1,76	1,88	0,74	0,86	1,01	1,03	0,91
C07AB57 – Бісопролол, комбінації	1,77	–	1,67	1,78	1,74	0,54	–	0,52	0,78	0,61
<b>C07AG - поєднання блокаторів альфа- та бета-адренорецепторів</b>										
C07AG01 – Лабеталол	1,67	1,09	–	–	*	0,79	0,81	–	–	*
C07AG02 – Карведілол	1,41	1,65	1,76	1,02	1,46	0,65	0,89	0,76	1,04	0,84
<b>C07BB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками</b>										
C07BB – Блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками	1,76	1,64	–	–	*	0,66	0,68	–	–	*

Продовж.табл. 3.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>C07CB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими діуретиками</b>										
C07CB03 – Атенолол в комбінації з іншими діуретиками	0,43	0,49	0,56	0,46	0,49	0,61	0,76	0,63	0,71	0,68
C07CB – Бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками	1,56	1,32	1,28	1,20	1,34	0,45	0,87	1,02	1,05	0,85
<b>C07FB - селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами</b>										
C07FB02 – Метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами	2,34	2,21	1,67	–	2,07	0,61	0,54	0,77	–	0,64
C07FB03 – Атенолол та інші гіпотензивні засоби	1,78	2,01	2,34	2,44	2,14	0,81	0,84	0,67	0,62	0,74
C07FB – Селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами	2,77	2,81	2,93	2,92	2,86	0,45	0,67	0,66	0,66	0,61

Примітка: \*– якщо не було даних за 3 роки та більше, розрахунок середніх значень показників Ca.s та D вважали некорекним

Особливо актуальним також є питання впровадження механізмів контролю за раціональним використанням коштів, що виділяються на різні заходи державного масштабу в системі охорони здоров'я. Процес реалізації заходів повинен мати системний характер та відповідати рівню суспільного очікування щодо позитивних зрушень за різними напрямками розвитку.

### **Висновки до розділу 3**

1. Доведено, що сегмент ринку ССП розвивається відповідно до тих змін, які спостерігаються на національному ФР. Динаміка продажів (дол. США) мала зигзагоподібний характер змін (2010-2013 рр. – зростання; 2014-2015 рр. – зниження), а в 2018 р. продажі ЛЗ так і не досягли показників 2010 р.

2. Встановлено, що в загальному обсязі продажів на ФР питома вага (%) ССП упродовж 2010-2018 рр. є відносно стабільною (від 19,7% до 22,3%), показник обсягу ринку ССП, що припадає на одного хворого на ССЗ, зріс (від 10,53 у 2015 р. до 12,03 дол. США у 2018 р.).

3. У динаміці роздрібних і госпітальних продажів ССП протягом 2012-2018 р. спостерігалось зростання показників (за винятком 2014 р. у госпітальному сегменті ринку), а в структурі продажів (%) домінували роздрібна реалізація ССП (від 90,68% у 2012 р. до 95,38% у 2018 р.). Згідно з АТС-класифікацією, продажі мали стабільний характер (перші позиції посідали ліки з групи С01 – кардіологічні препарати).

4. Встановлено, що станом на 01.01.2019 р. в Україні було зареєстровано 1074 ТН (всі ФВ) препаратів першої лінії АГ, з яких 50,65% (462 ТН) – це група С09 – засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему.

5. Головними характеристиками асортименту АГЛЗ є: імпортозалежність (% імпортних ЛП за групою С02 становить 60,27%, С03 – 54,36%, С07 – 63,20%, С08 – 68,55%, С09 – 57,34%, середнє значення дорівнює 60,74%); нерівномірний характер розподілу ТН за МНН відповідно до рівнів АТС-



класифікації (наприклад, на препарати C08CA01 – амлодипіну припадає 54,03% – 67 ТН від усіх бета-адреноблокаторів); безперечне домінування ліків у твердих формах (88,45%), насамперед у таблетках (88,12%), синтетичного походження та монопрепаратах; європейський вектор у формуванні сучасного асортименту АГЛЗ (ліки виробництва Німеччини, Словенії, Польщі, Болгарії тощо).

6. Доведено, що у 2014 р. на роздрібному ринку бета-адреноблокаторів спостерігалися сегментація асортименту за іноземними фірмами-виробниками та їх домінування (68,0% до 71,0%), а також монополізація асортименту ліків вітчизняного виробництва і нерівномірний характер розподілу препаратів за МНН. Безумовним лідером за кількістю ТН є препарати C07AB07 – бізопрололу (47 ТН або 26,26%).

7. Встановлено, що протягом 2015-2018 рр. сегмент ринку C07 – блокатори бета-адренорецепторів продемонстрував стабільний характер розвитку. Відбувалося незначне збільшення кількості вітчизняних ТН, а сегментація асортименту за іноземними фірмами-виробниками (38 компаній пропонували 71,2% – 86,5% ліків) у переважній більшості з країн ЄС збереглась. Доведено, що позиції лідерів за кількістю ТН стабільно займали компанії з ЄС: «Egis» (Угорщина), «Sandoz» (Швейцарія), «Salutas Pharma» (Німеччина), «Merckle» (Німеччина), «KRKA» (Словенія).

8. У середині 2018 р. питома вага продажів (%) C07 – блокаторів бета-адренорецепторів, що увійшли до програми «Доступні ліки», становила 52,0% (умовні упаковки) та 29,0% (вартісні вимірювачі). Безкоштовно відпускалось хворим близько 20,0% ТН з групи C07, рівень відшкодування від 80,0% до 99,0% був характерний для 26,0% ТН, від 50,0% до 79,0% – 17,6% ліків, а менше 50,0% – до 36,4% ТН.

9. Доведено, що протягом 2012–2014 рр. середні роздрібні ціни на бета-адреноблокатори підвищувалися з більшими (20,72%) темпами приросту, ніж закупівельні (17,95%). У 2013 р. відбулося зменшення цін на бета-

адреноблокатори, що входили до переліку ЛП з пілотного проекту щодо АГ (C07AB02 – етопролол, C07AB07 – бісопролол, C07AB12 – небіволол), а в 2014 р. – зростання цін на всі ТН групи C07.

10. Встановлено, що на фоні зниження цін у 2013 р. доступність препаратів протягом 2012-2014 рр. знижувалась. Найменше зниження ( $k_{2013/2014}=0,59$ ) спостерігалось щодо препаратів групи C07FB – селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами, а найбільше – з групи C07AA07 – соталолу ( $2013/2014=0,90$ ). У 2014 р. недоступними ( $D \leq 1,0$ ) були 20 із 13 найменувань ЛЗ за МНН. Відносно доступними ЛП вважалися лише препарати C07AB07 – бісопрололу ( $D=1,02$ ).

11. За результатами дослідження показників  $C_{as}$  та  $D$  упродовж 2015-2018 р. за препаратами C07 – блокатори бета-адренорецепторів встановлено, що їх соціально-економічна доступність не підвищилась. Показник  $D$  коливався в діапазоні значень від 0,61 (C07AB57 – бісопролол, комбінації, група C07FB) до 0,94 (C07AB02 – метопролол). Найбільш доступними були препарати з групи C07AA – неселективні блокатори бета-адренорецепторів ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,81$ ), а найменш – C07CB – селективні блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими гіпотензивними засобами ( $D_{\text{серед.знач.}}=0,66$ ).

12. Доведено, що зниження значень ГОВЦ в оновленій редакції Реєстру було характерно для C07AB07 – бісопрололу ( $-4,0\%$ ), що ж до інших МНН спостерігалось зростання даних (C07AB02 – метопрололу –  $+5,0\%$ , C07AB03 – атенололу –  $+4,0\%$ , C07AG02 – карведілолу –  $+2,0\%$ ). При цьому рівень відшкодування розміру 1 DDD збільшився (C07AB07 – бісопрололу  $+32,8\%$ , C07AB02 – метопрололу  $+35,4\%$ , C07AB03 – атенололу  $+35,4\%$ , C07AG02 – карведілолу  $+32,9\%$ ).

13. Загалом можна стверджувати, що сегмент ринку препаратів C07 – блокатори бета-адренорецепторів упродовж 2012–2018 рр. продемонстрував свою залежність від дії цілого комплексу зовнішніх та внутрішніх факторів

розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення та фінансово-економічної ситуації, що відбувалася в країні.

*Результати експериментальних досліджень цього розділу висвітлено в таких публікаціях:*

1. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Дослідження асортименту та доступності блокаторів бета-адренорецепторів у роздрібному сегменті вітчизняного фармацевтичного ринку. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том. 2. № 1. С. 13–21.

2. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Маркетинговий аналіз ринку серцево-судинних препаратів в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2016. № 1 (45). С. 72–79.

3. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Аналіз ринку адрено-блокаторів та динаміки змін їх соціальноекономічної доступності за умов реалізації програми «доступні ліки» в Україні. *World Science*. 2019. № 9 (49) Vol. 2. С. 46–52.

4. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Аналіз серцево-судинних препаратів у сегменті фармацевтичного ринку України. *Інновації в медицині* : тез. доп. 85-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю, м. Івано-Франківськ, 24-25 березня 2016 р. Івано-Франківськ, 2016. С. 214–215.

5. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Гіпертонічна хвороба та споживання антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали Міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28 –29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 144–153.

6. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Динаміка використання антигіпертензивних лікарських засобів у деяких регіонах України. *Фармація XXI століття : тенденції та перспективи*. Матеріали VIII Національного з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 13-16 вересня 2016 р. Харків : НФаУ. 2016. С. 187.

## РОЗДІЛ 4

### МАРКЕТИНГОВА ОЦІНКА АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Ринковий потенціал сегмента ЛЗ та їх ієрархічне становище на ринку залежать від цілої низки факторів: структури захворюваності, важливості ЛЗ для здоров'я та життя людини, кількості пропонованих ліків та їх цінової характеристики, ефективності, якості та новизни ЛЗ тощо. Суттєве посилення ринкового потенціалу сегмента охоплює введення в асортимент перспективних препаратів нових поколінь [48, 122, 131]. Значна потреба у використанні АГЛЗ формує сильні ринкові характеристики й мотиваційні основи впровадження новітніх препаратів. Подальшому використанню АГЛЗ як засобу для лікування та профілактики стану підвищеного АТ сприяють усвідомлена поведінка хворих щодо відповідального ставлення до власного здоров'я та безумовне виконання рекомендацій лікарів. Вибір конкретного ЛЗ залежатиме від його ефективності, безпечності, інноваційності й доказової бази. Структура використання АГЛЗ також відповідатиме їх доступності.

Розділ присвячений дослідженню зміни поведінки споживачів при виборі та споживанні АГЛЗ до набрання чинності урядової програми «Доступні ліки» та протягом перших трьох років із застосуванням її принципів, аналізу впливу раціональної та ірраціональної (емоційної) складових лояльності споживачів на вибір антигіпертензивних препаратів як порівняльної оцінки ринкових позицій ТМ антигіпертензивних засобів з використанням показника цінової премії та розробці моделі ринкової оцінки АГЛЗ.

За матеріалами цього розділу опубліковані 2 наукові роботи у фаховому виданні [11, 12], стаття у виданні фахового спрямування [45], 2 методичні рекомендації [14, 15] та інформаційний лист [16]. Результати узагальнень досліджень у формі двох статей включено до Фармацевтичної фармакопеї України [17, 130].

#### **4.1 Дослідження поведінки споживачів під час вибору та споживання антигіпертензивних лікарських засобів**

Гіпертонічна хвороба потребує постійної та чіткої терапії, відповідального ставлення хворих до свого здоров'я та усвідомленої зміни ними способу життя, доступності медичної та фармацевтичної допомоги, забезпечення населення сучасними ефективними та АГЛЗ, лояльності пацієнтів до лікування і ЛЗ та раціонального застосування ліків [149, 151].

Для дослідження поведінки споживачів при виборі та споживанні АГЛЗ нами використано метод мікросегментації споживачів на основі анкетного опитування відвідувачів в аптеках Івано-Франківської, Тернопільської, Чернівецької областей, міст Києва та Харкова. У дослідженні взяли участь 120 респондентів. Опитуванню підлягали відвідувачі аптек, які купували АГЛЗ або здійснювали пошук інформації про них в аптеках. У ролі ознак сегментування використано демографічні (вік, стать), соціальні (соціальна група, рівень доходів), психографічні (країни-виробники, яким надається перевага, готовність сплатити певну суму за ЛП, джерела інформації про препарати), поведінкові (частота застосування ЛП і тривалість лікування, лояльність до певної торговельної марки ЛЗ та виробників тощо). Статтю за результатами першого етапу досліджень опубліковано у фаховому журналі [11].

Результати такого дослідження (2013 р.) засвідчили, що серед споживачів АГЛЗ найбільш суттєвими є сегменти жінок, покупців віком від 51 до 70 років, пенсіонерів, осіб з низьким рівнем доходів. Виявлена прихильність окремих груп споживачів, що тривало застосовують антигіпертензивну терапію, до препаратів «Резерпін», «Папазол», «Еналаприл», «Клофелін», «Амлодипін», «Фенігідін». Для значних груп споживачів характерними є несистематичний прийом препаратів, низька частота звернення до лікаря та рівень контролю АТ, відсутність рецепта (і навіть призначення лікаря). Визначено цінові очікування споживачів стосовно антигіпертензивної терапії.

За результатами дослідження розроблено дерево сегментації споживачів АГЛЗ, головними складовими якого є стать, вік, соціальний статус, рівень доходів, тривалість і частота приймання ліків, частота звернення до лікаря, частота контролю рівня тиску (рис. 4.1).

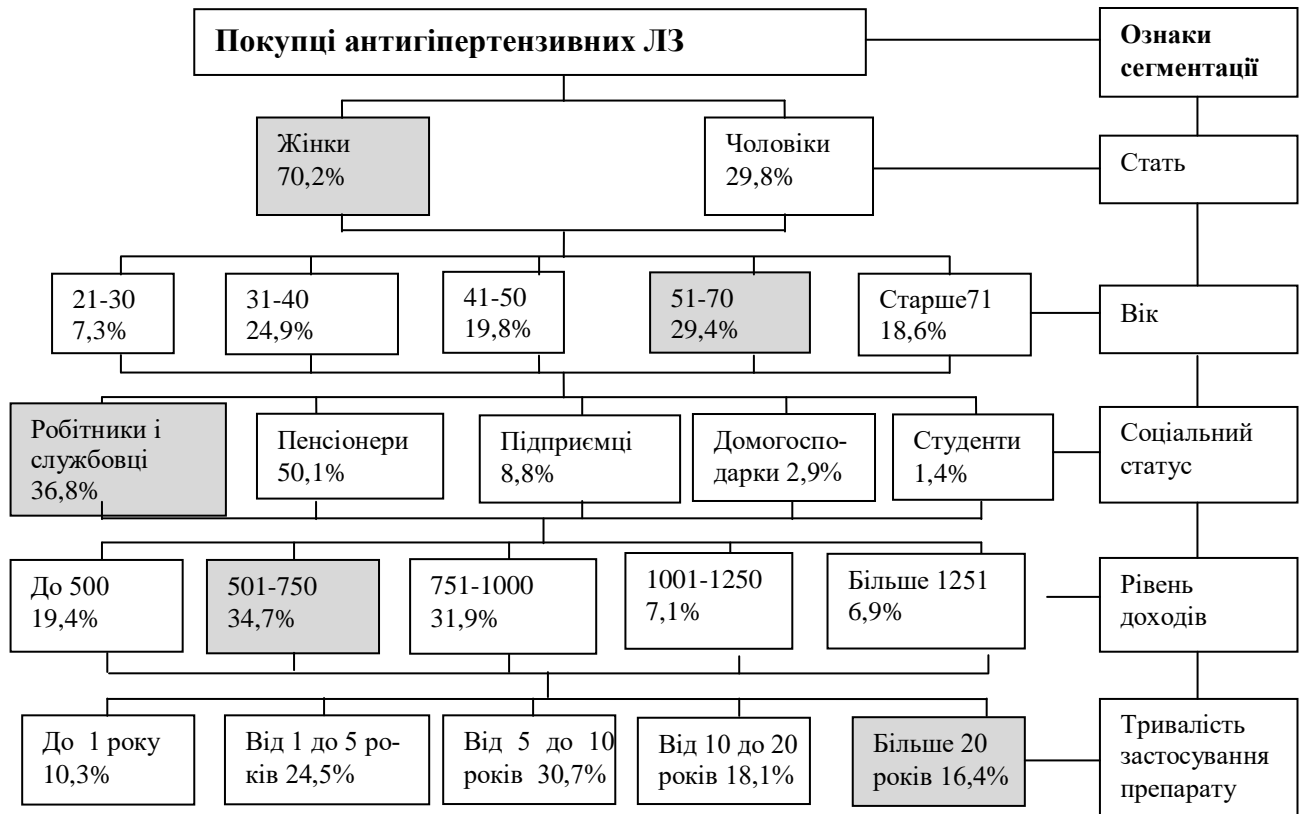


Рис. 4.1 Дерево сегментації споживачів антигіпертензивних ЛЗ

Під час дослідження встановлено, що покупцями АГЛЗ частіше є жінки, ніж чоловіки (70,2% і 29,8% респондентів відповідно). Така ситуація пояснюється тим, що жінки зазвичай є більш обізнаними з наявністю в них підвищеного артеріального тиску і ретельніше дотримуються призначень лікарів, ніж чоловіки. Крім того, жінки частіше ніж чоловіки купують ЛЗ для інших членів сім'ї (8% жінок і 4% чоловіків). За віковою структурою переважають споживачі віком 51–70 (29,4%) та 31–40 (24,9%) років. Також значними виявилися групи споживачів віком 41–50 років (19,8%) і старше 71 року (18,6%). За соціальним статусом найбільша частина (50,1%) споживачів є пенсіонерами, у тому числі 23,2% – пенсіонери, котрі працюють. Також ваго-

ними є сегменти робітників (14,2%), службовців (12,6%) і підприємців (8,8%). Найбільшими є сегменти споживачів з рівнем доходів на одного члена сім'ї 501-1000 грн. (66,6%) на місяць. Серед опитаних споживачів 86% купували АГЛЗ для себе, 12% – для членів сім'ї і 2% – на прохання знайомих і сусідів.

Артеріальна гіпертензія потребує тривалого, навіть позитивного застосування ЛЗ, постійної взаємодії пацієнта і лікаря з метою визначення ефективності лікування, підбору ЛЗ, який найкраще підходить саме цьому пацієнту, корекції призначень, повинна супроводжуватися контролем рівня АТ. За тривалістю застосування АГЛЗ опитані споживачі розподілилися таким чином: 2% купували та приймали препарат вперше; 10,3% – до 1 року; 24,5% – від 1 до 5 років; 30,7% – від 5 до 10 років; 18,1% – 10-20 років і 16,4% – понад 20 років.

Поглиблене інтерв'ювання дозволило виявити окремі групи споживачів, які застосовують придбані ними під час опитування препарати дуже тривалий час – 5–10 років (10%), 10–20 років (8%) і понад 20 років (7%). До таких препаратів належали «Резерпін», «Папазол», «Еналаприл», «Клофелін», «Амлодипін» та ін. На час опитування для корекції АТ 32% опитаних споживачів приймали монокомпонентні препарати, 24% – багатоконпонентні, 44% – одночасно приймали 2-3 ЛЗ. Значна частина споживачів (84,8%), крім купленого на час опитування препарату, мали попередній досвід застосування одного-двох (42,2%), трьох-чотирьох (28,4%), п'яти і більше АГЛЗ (14,2%).

62% споживачів запитували в аптеках АГЛЗ під торговельною назвою, решта – під міжнародною непатентованою назвою (МНН). Найчастіше під торговельною назвою в аптеках запитувались такі ЛЗ: «Каптопрес-Дарниця», Україна; «Енап» і «Енап®-Н», «КРКА», Словенія; «Берліприл®», Berlin-Chemie/Menarini Group, Німеччина; «Еналозид®», ВАТ «Фармак», Україна; «Ліпразид», ЗАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», «Тенорик™», ІРСА, Індія та

ін. Під МНН споживачі запитували «Каптоприл», «Еналаприл», «Бісопролол», «Лізиноприл», «Амлодипін», «Атенолол», «Ніфедипін» та ін.

Аналіз частоти застосування ліків показав, що лише 20% опитаних приймають засоби для зниження тиску щодня, 32% – часто, 24% – час від часу (при поганому самопочутті) і 24% – дуже рідко (у крайніх випадках).

Значна частина опитаних споживачів (36%) відвідували лікаря з приводу підвищеного тиску 1-2 рази на рік. Серед споживачів, які страждають на гіпертензію понад 10 років, частота звернення до лікаря виявилася найменшою. Більшість із них звертаються до лікаря дуже рідко (менше як 1 раз на рік), зустрічаються й такі, хто 5–10 років не звертався до лікаря. 6% споживачів ніколи не зверталися до лікаря з приводу підвищеного тиску і займаються самолікуванням. У результаті дослідження виявлено, що лише 18% опитаних споживачів щодня контролювали рівень АТ, а 30% робили це час від часу. Значна частина споживачів (42%) дуже рідко контролювали рівень АТ або взагалі не контролювали його (10%).

Дослідженням встановлено, що на той час лише близько 10% опитаних споживачів при купівлі АГЛЗ в аптеках надавали рецепт лікаря, інші – довільні записи. Основними підставами для початку придбання АГЛЗ споживачами, що вперше почали відзначати підвищений кров'яний тиск, антигіпертензивні препарати були призначенням лікаря (56%), рекомендацією провізора (28%) та з досвіду знайомих (24%). Порадами знайомих та членів сім'ї, а також медичною і довідковою літературою скористалися 12 і 8% опитаних споживачів відповідно.

Важливу роль у лікуванні АГ відіграє фінансова доступність ЛЗ, ставлення споживачів до ціни на ліки, їх бажання та спроможність сплачувати певну суму за них. Згідно з опитуваннями встановлено, що найбільшими сегментами споживачів є такі, які бажають і спроможні витратити на антигіпертензивну терапію на місяць 50–100 грн (26%) і 100–150 грн (22%). 18% опитаних надають перевагу більш дешевому лікуванню (20-50 грн на місяць).



Вартісніше лікування (понад 150 грн на місяць) є прийнятною для значно меншої кількості споживачів. 32% опитаних споживачів надавали перевагу імпортним АГЛЗ, у тому числі виробництва фірм «KRKA», Словенія; «Teva», Ізраїль; «Berlin-Chemie/Menarini Group», Німеччина; «Gedeon Richter», Угорщина; «Servier», Франція та ін. 28% надають перевагу вітчизняним препаратам, у тому числі фірм-виробників ЗАТ ФФ «Дарниця», ТОВ ФК «Здоров'я», ВАТ «Фармак», ВАТ «Київський вітамінний завод» та ін. 40% респондентів не звертають увагу на країну-виробника або ж застосовують одночасно як вітчизняні, так імпортні ЛЗ.

Також під час дослідження приділялася увага вивченню поведінки споживачів стосовно місць придбання засобів для зниження кров'яного тиску. Встановлено, що 38% споживачів при виборі місця купівлі антигіпертензивних препаратів ретельно порівнюють ціни в різних аптеках. 20% опитаних здійснюють купівлю в тих аптеках, де мають постійну або накопичувальну знижку. 18% споживачів здійснюють купівлю у найближчій аптеці, керуючись передусім зручністю її місця розташування. 12% споживачів віддають перевагу аптекам, в яких можуть отримати детальну консультацію.

Нами встановлено, що близько 80% опитаних споживачів були обізнані про наявність урядової програми, направленої на зниження ціни на АГЛЗ для споживачів. При цьому лише 12% опитаних споживачів купували АГЛЗ за цією програмою. Серед загального числа респондентів ще 20% споживачів висловили зацікавленість та бажання купувати антигіпертензивні засоби за урядовою програмою за умови необхідності отримання рецепта лікаря.

Реімбурсація на деякі ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою діяла в Україні з 01.06.2012 р. до 31.12.2014 р. згідно з постановою КМУ [№ 340]. До затвердженого переліку ЛЗ входили препарати, що впливають на ренін-ангіотензивну систему і їх комбінації (C09AA02 – еналаприл; C09AA03 – лизиноприл), блокатори бета-адренорецепторів (C07AB07 – бісо-

пролол; C07AB02 – метопролол; C07AB12 – небіволол), антагоністи кальцію і їх комбінації (C08CA01, C09BB03 – амлодипін; C08CA05 – ніфедипін).

Аналіз показує, що з першого квітня 2017 р. в Україні нова урядова програмі «Доступні ліки» була доповнена ще двома категоріями захворювань: бронхіальна астма і цукровий діабет 2-го типу. Таким чином, для лікування серцево-судинних захворювань включено 17 ЛЗ, три – для діабету 2-го типу і 3 – для бронхіальної астми згідно з класифікацією МНН. Бюджетна програма у 2017 р. була виконана обсягом 627,2, а в 2018 р. 1038,4 млн грн, відповідно, 90,0 і 96,0% відкритих асигнувань без моніторингу ефективності (Рахункова палата України - <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16760219>). За період дії програми було виписано більш як 30 млн рецептів на суму близько 2 млрд грн.

Результати другого етапу нашого дослідження (2018 р.) показали деякі суттєві зміни щодо поведінки споживачів АГЛЗ, які відбулися під впливом урядової програми «Доступні ліки». Так, встановлено значне (на 36,8%) підвищення зацікавленості пацієнтів у стабілізації показників АТ та покращення якості свого життя. Встановлено значне збільшення (більше ніж на 38%) відвідувань лікарів зі скаргами на прояви підвищеного АТ та більш відповідальне виконання лікарських призначень. При цьому значно (більш як на 44%) збільшилося використання саме сучасних й ефективних ЛЗ як за урядовою програмою «Доступні ліки», так і за власні кошти. Це свідчить про те, що реалізація програми веде до значного підвищення мотивації щодо більш відповідального ставлення пацієнтів до стану свого здоров'я, використання більш новітніх, якісних і ефективних ЛЗ, підвищення якості життя в цілому.

Пропонованість ЛЗ за урядовою програмою «Доступні ліки», їх структура та використання нами досліджені більш детально. Встановлено, що згідно з наказом МОЗ України від 15.08.2019 р. № 1805 «Про внесення змін до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 29 липня

2019 року», перелік ЛЗ, що відпускаються хворим безоплатно, збільшено на 14 позицій (до 78 позицій) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

**Характеристика лікарських засобів, що входять до урядової програми «Доступні ліки»**

№ зп	Найменування ЛЗ згідно з МНН	Код АТС	Кількість ЛФ, од.	Походження ЛЗ (вітч./імпорт.), кількість од.	Безоплатно, кількість од.
1.	Аміодарон	C01B D01	8	7/3	2
2.	Амлодипін	C08C A01	33	27/10	13
3.	Атенолол	C07A B03	3	4 / -	1
4.	Верапаміл	C08D A01	4	4 /-	3
5.	Спіронолактон	C03DA01	5	3/2	2
6.	Фуросемід	C03C A01	4	4/-	3
7.	Гідрохлортіазид	C03A A03	1	1/-	1
8.	Дігосин	C01A A05	2	2/ -	2
9.	Еналапріл	C09A A02	18	15/4	2
10.	Ізосорбіту динітрат	C01DA08	1	1 /-	1
11.	Карведилол	C07A G02	18	4/12	3
12.	Клопідогрель	B01AC04	21	12/14	4
13.	Лозартан	C09DA01	20	4 /13	4
14.	Метопролол	C07A B02	8	4 /4	1
15.	Нітрогліцерин	C01D A02	3	3 /-	1
16.	Сімвастатин	C10A A01	16	3 /10	7
17.	Бісопролол	C07B B07	29	14 / 14	10
18.	Метформін	A10B A02	36	26 /9	6
19.	Гліклазид	A10B B09; протидіабетичний засіб	7	5 /3	2
20.	Глібенкламід	A10B B01; гіпоглікемічний препарат	3	3/-	3
21.	Беклометазон	R03BA01; глюкокортикостероїд	3	- /2	1
22.	Будесонід	R01AD05; глюкокортикостероїд	6	7 / -	3
23.	Сальбутамол	R03A C02; селективні антагоністи бета-2-адренорецепторів	5	2 /3	3
	<b>Усього</b>		<b>254</b>	<b>154/103</b>	<b>78</b>

Отже, для лікування серцево-судинних захворювань у програмі є 198 ЛЗ, з яких 46 (23,2%) відпускаються безоплатно, для лікування бронхіальної астми і діабету 2-го типу відповідно 14 і 6 (42,9%) та 46 і 12 (26,1%).

Механізм реімбурсації грошових коштів включає затверджений МОЗ України Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає поверненню за групами, із вказівками медико-економічної й ринкової характеристики кожного ЛЗ та виробника з урахуванням дозування, кількості одиниць у кожній упаковці, добової дози, рекомендованої ВООЗ, цін, суми повернення і доплати. При цьому за хворим залишається право вибору конкретного ЛЗ у виписаній лікарем фармакотерапевтичній групі ЛЗ за МНН, одержавши ліки повністю безоплатно або із частковою оплатою.

Аналіз АГЛЗ основної групи, що включені в урядову програму «Доступні ліки», наведено в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

#### Характеристика антигіпертензивних ЛЗ основної групи

№ зп	Назва ЛЗ за МНН, класифікація АТС	Позицій ЛС на ринку	За програмою «Доступні ліки»	
			Всього позицій, од./ %	Безоплатно позицій, од.; %
1.	Карведілол С07А G02	31	18 / 58,06	3; 16,67
2.	Бісопролол С07В В07	63	29/ 46,03	10; 34,48
3.	Атенолол С07А В03	24	3/ 12,50	1; 33,33
4.	Амлодипін С08С А01	90	33/36,67	13; 39,39
5.	Еналапріл С09А А02	72	18/25,00	2; 11,11
6.	Фуросемід С03С А01	13	4/30,77	3; 75,00
7.	Метопролол С07А В02	22	8/36,36	1; 12,50
8.	Аміодарон С01В D01	13	8/61,54	2; 25,00
	<b>Усього</b>	<b>328</b>	<b>121/ 36,89</b>	<b>35; 28,93</b>

Таким чином, наявність АГЛЗ основної групи у програмі становить 121 позицію або 36,89% від наявних на ринку. При цьому 35 позицій таких ЛЗ (28,93%) відпускаються хворим за рецептами безоплатно, більшість із таких ліків становлять препарати амлодипіну і бісопрололу.

Аналіз роздрібного сегмента основної групи АГЛЗ в Україні проведено згідно з даними системи «Моріон» за період 2016-2018 рр., що реалізовані за урядовою програмою «Доступні ліки» (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

**Реалізація антигіпертензивних ЛЗ в Україні за урядовою програмою «Доступні ліки» у 2016-2018 рр.**

№ зп	Назва ЛЗ, код АТС (кількість позицій)	2016 рік		2017 рік		2018 рік		Усього	
		уп.	Грн	уп.	грн	уп.	грн	уп.	грн
1.	Аміодарон C01BD01 (14)	998424	131184185	1366078	133692746	1543873	138796663	3908372	403673594
2.	Амлодипін C08C A01 (59)	4082755	137 181 219	5883492	1825 6713	8956 878	301 649 413	1892312 5	457087345
3.	Атенолол C07A B03 (6)	409048	4068688	450833	4453 611	3846 67	3847 440	1244548	12369739
4.	Бізопролол і тiazиди C07B B07 (2)	1083	122512	265	2661 9	126	7415	1474	156546
5.	Гідрохлортiazид C03A A03 (3)	221594	7908889	608622	1378 7361	9374 70	2056 3253	1767686	42259503
6.	Еналаприл C09A A02 (34)	9590559	223100431	1314718 2	2607 6532 4	1559 8534	2898 8307 6	3833627 5	773748831
7.	Карведілол C07A G02 (26)	1222260	117802073	1711995	1492 7064 3	2198 416	1770 0884 4	5132715	444081560
8.	Метопролол C07A B02 (22)	124356	5459387	146505	6122 725	1085 053	4998 1939	1 355 914	61564051
9.	Небіволол C07A B12 (15)	1 257 568	118366496	1 547 199	1513 3286 3	1514 063	1778 1937 4	4 318 830	447518733
10.	Фуросемід C03C A01 (12)	2288587	25036661	2419502	3950 8845	1916 887	3022 4341	6069289	94769847
	Всього	20196234	770230541	2778167 3	7772 1745 0	3305 0914	1029 7443 21	8105822 8	273722974 9

Дані табл. 4.3 свідчать, що найбільшу частину в грошових коштах реімбурсації займають препарати еналаприлу (28,27%), амлодипіну (16,70%),

небивололу (16,35%) і карведілолу (16,22%), а найнижчу – бізопролол і тіазіди (0,01%), атенолол (0,45%) та гідрохлортіазид (1,54%).

З 1 квітня 2019 р. оплата за програмою реімбурсації здійснюється Національною службою здоров'я з використанням електронних рецептів.

У табл. 4.4 наведено дані аналізу щодо реімбурсації коштів за відпущені ЛЗ в розрізі областей України за 2019 р.

Таблиця 4.4

**Суми реімбурсації за відпущені ЛЗ за 2019 р. за урядовою  
програмою «Доступні ліки»**

№ зп	Область України	Середньорічна чисельність населення, обидві статі	Сума виплат за програмою реімбурсації вартості ЛЗ, грн	Частка, %	Сума виплат у розрахунку на одного мешканця, грн
1.	Вінницька	1 603 488	26 404 510	4,06	16,47
2.	Волинська	1 040 190	12 336 396	1,90	11,86
3.	Дніпропетровська	3 273 328	75 764 507	11,65	23,15
4.	Донецька	1 965 436	30 965 702	4,76	15,75
5.	Житомирська	1 256 735	18 099 044	2,78	14,40
6.	Закарпатська	1 256 737	15 907 300	2,44	12,66
7.	Запорізька	1 765 137	39 456 411	6,07	22,35
8.	Івано-Франківська	1 379 827	17 425 888	2,68	12,63
9.	Київська	1 723 455	26 454 104	4,07	15,35
10.	Кіровоградська	974 164	12 979 577	2,00	13,32
11.	Луганська	719 417	12 089 725	1,87	16,80
12.	Львівська	2 519 429	72 801 878	11,19	28,90
13.	м. Київ	2 846 667	59 013 237	9,07	20,73
14.	Миколаївська	1 163 627	18 565 449	2,85	15,95
15.	Одеська	2 385 382	29 633 640	4,55	12,42
16.	Полтавська	1 441 137	20 760 045	3,19	14,40
17.	Рівненська	1 160 091	10 033 390	1,54	8,65
18.	Сумська	1 121 256	10 406 563	1,60	9,28
19.	Тернопільська	1 066 685	8 090 553	1,24	7,58
20.	Харківська	2 715 666	60 840 398	9,35	22,40
21.	Херсонська	1 066 444	14 053 510	2,16	13,18
22.	Хмельницька	1 298 079	20 459 547	3,14	15,76
23.	Черкаська	1 248 187	19 880 957	3,07	15,93
24.	Чернівецька	906 900	7 229 467	1,11	7,97
25.	Чернігівська	1 047 131	10 767 427	1,66	10,28
	<b>Всього</b>	<b>38 944 595</b>	<b>650 419 224</b>	<b>100,00</b>	<b>16,70</b>

У цілому на програму «Доступні ліки» державою на 2019 р. виділено 1 млрд грн. Сьогодні пацієнт має право звертатися за рецептом для одержання ЛЗ до будь-якої аптеки або аптечного пункту на території України, що беруть участь у програмі «Доступні ліки». У програмі вже бере участь 7368 аптек й аптечних пунктів з усіх областей України.

Таким чином, одержані результати показують, що найбільші частини виплат із бюджету за ліки, згідно з рецептами лікарів, відзначаються у Дніпропетровській і Львівській (відповідно 11,65 і 11,19%), а низька частина – у Чернівецькій, Тернопільській і Рівненській (відповідно 7,97; 7,58 й 8,65%) областях. Найбільші з розрахунку на одного мешканця області суми реімбурсації використано у Львівській (28,90 грн), Дніпропетровській (23,15 грн) і Харківській (22,40 грн), а найменші – Тернопільській (7,58 грн), Чернівецькій (7,97 грн) та Рівненській (8,65 грн) областях. У цілому зауважено значне відставання у використанні виділених на 2019 рік коштів державного бюджету за урядовою програмою «Доступні ліки».

Враховуючи значний вплив пацієнтів як покупців на вибір й застосування конкретного ЛЗ, доцільно надалі дослідити вплив складових їх лояльності.

#### **4.2 Дослідження впливу складових лояльності споживачів на вибір антигіпертензивних препаратів**

Поведінка споживача в процесі прийняття рішення про купівлю ЛЗ є важливим фактором та потребує детального аналізу. ЛЗ як товар сам по собі не приносить споживачу задоволення, носіями корисності є певні характеристики кожного ЛЗ, а попит на такі ЛЗ є похідним від попиту на очікувані вигоди від їхнього використання. В умовах насичення фармацевтичного ринку аналогічними ліками й торговельними назвами та різноманіттям пропозицій процес вибору конкретного ЛЗ формується через призму його споживчої ко-

рисності, ефективності та безпечності. Однак у кожного споживача критерії корисності ЛЗ відрізняються, а їх оцінки є суб'єктивними, що пов'язано з психологічними особливостями людини. При цьому корисність ліків для конкретного споживача можна виміряти за умови, що споживач вибирає конкретні ліки, керуючись лише вимогами до споживчих функціональних характеристик ЛЗ. На вибір ЛЗ в цілому впливають раціональні та емоційні (ірраціональні) характеристики, які в Україні за останні роки активно формують прихильність та лояльність споживача до ТМ ЛЗ [53; 114, 119, 126].

Сьогодні зміст лояльності розглядається як складова таких елементів: прихильність до цінностей, довіра, довготермінові відносини та формування довгострокових відносин між споживачем (покупцем, пацієнтом, клієнтом) та продавцем [63, 65]. На формування лояльності споживачів ліків впливає їх обізнаність (міцність утримання в пам'яті) про конкретні ЛЗ. Розрізняють декілька рівнів обізнаності: розпізнавання, згадування, пріоритетне згадування, домінувальне згадування [1, 51]. Кожного місяця на ФР з'являються нові ЛЗ і сьогодні більшість фармакотерапевтичних груп (товарних категорій) представлені десятками ТМ та брендів. Часто такі ліки мало чим відрізняються за сутністю та споживацькими властивостями (складом, формами, фармакотерапевтичною дією, безпечністю тощо). Якщо споживач чітко розуміє, який ЛЗ йому потрібен, то шукає його, згадуючи за зовнішнім виглядом та назвою [47]. Психологія поведінки покупців і споживачів ЛЗ формується й базується на сукупності раціональної та емоційної (ірраціональної) складових [53, 60].

Вивчення мотивів вибору АГЛЗ споживачами, впливу раціональної та ірраціональної складових проводили на основі опитування хворих на ГХ як споживачів таких ліків за спеціально розробленою анкетой. Результати дослідження опубліковано в статті у фаховому виданні [121]. Дослідженням було охоплено 327 осіб, з яких близько 83% страждають підвищеним АТ понад 7 років. Понад 46% споживачів змінювали ЛЗ та схеми лікування. При цьому 76,4% опитаних лікування здійснювали на основі рекомендацій лікаря, інші –



самостійно за інформацією з довідників, Інтернету, а також порадою знайомих, родичів. Зауважимо, що надалі близько 48% хворих контроль за станом АТ проводили самостійно і здебільшого коригували приймання ЛЗ, а 72% з них – самостійно змінювали ЛЗ (з різним АФІ) та виробника.

Відомо, що інформація споживачів про якісні переваги АГЛЗ має здебільшого суб'єктивний характер. Вибір споживача значно ускладнюється наявністю великої кількості препаратів-аналогів та ТМ, коли він не володіє достатньою інформацією про особливості та відмінності ліків, порівняну ефективність, безпечність тощо [53, 71, 129]. Споживач дуже рідко повністю усвідомлює мотиви своєї поведінки при покупці препарату і не може точно оцінити вплив різних чинників на його покупку. У такому разі на вибір препарату може вплинути «випадковий» фактор (наприклад, реклама, порада іншої людини, настрої споживача, або провізора аптеки). Попит на ЛЗ значною мірою визначається тією інформацією, якою володіє споживач. Ця інформація порівнюється із запитами споживача і його платіжною спроможністю. Купуючи ліки, споживач порівнює їх реальну вартість з діапазоном своєї базової ціни, яку він вважає справедливою, з урахуванням рекомендацій лікаря, стану захворювання, терміновості лікування, загроз життю. Вихід за межі цінової адаптації споживача може спричинити відмову від придбання певного препарату як занадто дорогого або підозріло дешевого. Вища плата споживача за конкретний ЛЗ у порівнянні з аналогами може бути платою за впевненість у більш високій його якості, відповідність своєму соціальному статусу, можливості захиститись від ризику при лікуванні, зручності приймання тощо [128].

Поглиблені дослідження проведено в товарному сегменті ринку антигіпертензивного препарату карведілол. Споживачами визначені основні джерела інформації про придбану ТМ препарату: провізори аптек (біля 74%), лікарі (52%), інформація знайомих (25%) та інші (біля 30%). У зв'язку з частим або постійним лікуванням підвищеного АТ значна частина хворих (38%) мала досвід застосування декількох ЛЗ з діючою речовиною карведілол. У ре-

зультаті опитування встановлено, що призначену лікарем конкретну ТМ придбали 58% відвідувачів аптек, не цікавлячись наявністю в аптеках їх аналогів. Решта відвідувачів аптек поцікавились наявністю інших ТМ, керуючись такими мотивами: пошуком дешевих аналогів порекомендованого лікарем препарату – близько 37%; відсутністю ЛЗ в асортименті аптеки на момент покупки – 16%; пошуком більш якісних аналогів – 12%; пошуком вітчизняних аналогів – 54%. Близько 42% споживачів, які скористалися консультацією провізора, прийняли рішення про придбання іншої ТМ карведілолу.

Ступінь лояльності споживачів до препаратів карведілолу визначали за 10-бальною шкалою. Дуже сильний рівень лояльності відповідав 9-10, сильний – 7-8, середній – 5-6, низький – 3-4 і дуже низький 1-2 балам. Результати наведені в табл. 4.5.

Таблиця 4.5

#### Розподіл лояльності споживачів до препаратів карведілолу

№ зп	Лікарський засіб, виробник, країна	Розподілення лояльності споживачів до ЛЗ карведілолу за рівнем				
		Дуже сильна	Сильна	Середня	Низька	Дуже низька
1.	«Атрам», Sanofi, (Франція)					1,25
2.	«Карведилол Сандоз®», Sandoz (Швейцарія)					1,62
3.	«Карведилол-КВ», ПАТ «Київський вітамінний завод» (Україна)				3,54	
4.	«Карведилол-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція)					
5.	«Карведилол-Лугал», ВАТ «Луганський ХФЗ» (Україна)			5,20		
6.	«Карвідекс®», Dr. Reddy's (Індія)					1,10
7.	«Кардіостад®», Stada (Німеччина)			5,76		
8.	«Корвазан®», ВАТ Корпорація «Артеріум» (Україна)		7,42			
9.	«Коріол®», KRKA (Словенія)		7,74			
10.	«Галлітон®», Egis (Угорщина)					1,56
11.	«Карвіум», Алвоген (Україна)					0,05

Таким чином, надмірна лояльність споживачів саостерігається до ЛЗ «Коріол®», «KRKA» (Словенія) та «Корвазан®», ВАТ Корпорація «Артері-

ум» (Україна), що вплине на подальше збільшення споживання цих ліків. Одночасно слід відзначити низьку лояльність споживачів до таких препаратів, як «Карвіум», «Алвоген» (Україна), «Карведилол САНДОЗ®», «Sandoz» (Швейцарія), «Таллітон®», «Egis», (Угорщина), «Атрам», «Sanofi» (Франція) та «Карвідекс®», «Dr. Reddy's» (Індія), що характеризує легкість зміни споживачем цих препаратів на інші під впливом емоційних факторів.

В цілому ЛЗ карведілолу представлені на ринку у формі таблеток (подекуди вкритих плівковою оболонкою), що містять від 3,125 мг до 25 мг активної діючої речовини. В табл. 4.6 наведено результати продажу препаратів карведілолу згідно з моніторингом роздрібного ринку ЛЗ системою фірми «Моріон» за 2014-15 рр.

Таблиця 4.6

#### Аптечні продажі препаратів карведілолу на ринку України

№ зп	Лікарський препарат, виробник	2015 р.		2014 р.	
		Кількість, уп.	Сума, тис. грн.	Кількість, уп.	Сума, тис. грн.
1	2	3	4	5	6
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 25 мг, №30	747	42,95	222	19,81
2.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 3,125 мг, №30	30	1,43	79	3,66
3.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 6,25 мг, №30	222	21,25	634	44,66
4.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція), табл. 12,5 мг блістер, №30	324	27,02	Даних немає	Даних немає
5.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція), табл. 25 мг блістер, №30	46	4,71	Даних немає	Даних немає
6.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАО (Київ), табл. 12,5 мг блістер, в пачці, №30	37 519	1 376,17	7264	214,96
7.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Київ), табл. 25 мг блістер, в пачці, №30	24 438	1 283,40	3867	162,18
8.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Луганськ), табл. 12,5 мг блістер, №30	891	25,42	27216	658,31
9.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Луганськ), табл. 25 мг блістер, №30	862	43,70	10892	461,93

Продовж.табл. 4.6

1	2	3	4	5	6
10.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. обол. 12,5 мг, №20	15 219	1 400,78	8827	559,85
11.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. оболон. 25 мг, №20	12 280	1 331,53	9332	695,51
12.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. оболон. 6,25 мг, №20	14 601	1 064,48	12203	594,47
13.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Київ), табл. 12,5 мг блістер, №30	7	0,35	Даних немає	Даних немає
14.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Київ), табл. 25 мг блістер, №30	17	1,31	Даних немає	Даних немає
15.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 12,5 мг блістер, №28	400	27,06	1404	97,93
16.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 25 мг блістер, №28	1 379	165,82	14922	1534,48
17.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 6,25 мг блістер, №28	188	10,41	1003	56,86
18.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Київ), табл. п/о 12,5 мг, №30	265 319	12 548,51	150920	5522,69
19.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Київ), табл. п/о 25 мг, №30	183 021	12 403,26	110348	5813,87
20.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 12,5 мг, №28	166 298	22 182,39	173421	14665,49
21.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 12,5 мг, №30	0	0,04	80	10,83
22.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 25 мг, №28	92 350	14 257,31	89614	8692,92
23.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 3,125 мг, №28	38 915	3 262,65	38628	2042,80
24.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 6,25 мг, №28	152 030	17 966,67	165622	12314,81
25.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 25 мг, №30	8 169	1 068,64	10459	841,08
26.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 6,25 мг, №30	24 279	2 494,63	18250	1074,01
27.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 12,5 мг блістер, №28	1 263	200,54	2248	246,42
28.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 12,5 мг фл., №30	2	0,33	6	0,48
29.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 25 мг блістер, №28	950	192,88	1614	238,07
30.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 25 мг фл., №30	6	1,32	5	0,77
31.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 6,25 мг блістер, №28	592	71,21	1044	83,89

Наведені в таблиці дані свідчать про значні продажі препаратів «КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Київ), табл. п/о 25 мг, №30 та «КОРІОЛ®», «KRKA» (Словенія), табл. 12,5 мг №28 і дуже низькі продажі – «ТАЛЛІТОН®», «Egis» (Угорщина), табл. 25 мг; «КАРВІУМ», Алвоген (Україна), «Карведилол САНДОЗ®», «Sandoz» (Швейцарія). Це повинно спонукати виробників до суттєвої активізації маркетингової підтримки таких ЛЗ, реалізації заходів щодо підвищення рівня лояльності цільових аудиторій.

Кінцевим результатом прояву лояльності споживачів як реакції ринку на дії компаній щодо конкретного брендovanого препарату та реалізації споживацьких уподобань стосовно окремих ЛЗ є потужніші продажі за більш високими цінами. Такий економічний ринковий ефект, як результат для виробника рекомендовано також визначати шляхом визначення відносних показників цінової премії та преміального доходу [123, 128, 130].

Для розрахунку показника цінової премії нами використано дозування 12,5 мг, яке відповідає часто рекомендованій дозі препарату. Препарати карведілолу різних виробників містять 20, 28 або 30 таблеток в упаковці, тому для отримання зіставних даних нами розрахований обсяг продажів в умовних упаковках (№ 30). Використано результати моніторингу роздрібного сегмента ринку ЛЗ України фірми «Фармстандарт».

Розрахунок цінової премії може здійснюватися стосовно препарату-конкурента або групи конкурентів. Залежно від вибору останніх цінова премія може виявитися високою або низькою, позитивною або негативною. При визначенні цінової премії нами використано середньозважену ринкову роздрібну ціну на таблетки карведілолу 12,5 мг № 30, яка становила 61,61 грн. На відміну від середньої ціни на препарати-аналоги, яка враховує найнижчу та найвищу ціну наявних на ринку препаратів, середньозважена ринкова ціна відбиває сформовані споживчі переваги на певному сегменті ринку та враховує фактичні обсяги продажів різних за ціною препаратів-аналогів за певний проміжок часу.

Подальші розрахунки проведено зважаючи на те, що ЛЗ карведілолу, які не володіють відомою, успішною ТМ, можуть продаватися за середньозваженою роздрібною ціною – 61,61 грн. Для встановлення преміальної ціни, яка буде містити в собі цінову премію, необхідні певні маркетингові заходи щодо позиціонування та просування на ринку лікарських препаратів.

Цінова премія для кожного з препаратів карведілолу розрахована нами в абсолютному вираженні як різниця між середньою роздрібною ціною на конкретний препарат і середньозваженою роздрібною ціною у цій групі препаратів, а також у відсотках до середньозваженої роздрібної ціни. Преміальні продажі розраховано як добуток цінової премії кожного препарату у грошовому еквіваленті на обсяг продажів в умовних упаковках (табл. 4.7).

Позитивне значення цінової премії мають також ЛЗ «Карвідекс®», Dr. Reddy's, Індія; «Коріол®», «KRKA», Словенія; «Кардіостад®», Stada, Німеччина і «Карведілол Сандоз®», «Sandoz», Швейцарія. Решта ЛЗ карведілолу мають негативне значення цінової премії, при цьому продажі цих препаратів за ціною, нижчою від середньозваженої ринкової ціни, призводять до зменшення грошових потоків та преміальних доходів виробників.

Таблиця 4.7

**Цінова премія та обсяги преміальних продажів лікарських препаратів, що містять карведілол**

№ зп	Лікарський препарат, виробник	Середня роздрібна ціна, грн.	Сер. роздрібна ціна за умовні уп., грн	Обсяг продажів		Цінова премія		Обсяг продажів, тис. грн	Преміальні продажі, грн
						грн	%		
				уп.	умовні уп.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	«Атрам», Sanofi, Франція, табл. 12,5 мг №30	58,88	58,88	655	655	-2,73	-4,43	38,56	-1 788

Продовж. табл.4.7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	«Карведілол Сандоз®», Sandoz, Швейцарія, табл. 12,5 мг №30	70,66	70,66	307	307	9,05	14,69	21,70	2 778
3.	«Карведілол-КВ», ПАТ «Київський вітамінний завод», Україна, табл. 12,5 мг №30	29,59	29,59	7 264	7 264	-32,02	-51,97	214,96	-232 593
4.	«Карведілол-Лугал», ВАТ «Луганський ХФЗ», Україна, табл. 12,5 мг №30	24,19	24,19	27 216	27 216	-37,42	- 60,74	658,31	-1 018 422
5.	«Карвідекс®», Dr. Reddy's, Індія, табл. 12,5 мг №20	63,72	95,13	8 827	5 884,7	33,52	54,41	559,85	197 255
6.	«Кардіостад®», Stada, Німеччина, табл. 12,5 мг №28	69,76	74,74	1 404	1 310,4	13,13	21,31	97,93	17 205
7.	«Корвазан®», ВАТ Корпорація «Артеріум», табл. 12,5 мг №30	36,59	36,59	150 920	150 920	-25,02	-40,61	5 522,69	-3 776 018
8.	«Коріол®», KRKA, Словенія, табл. 12,5 мг № 28	84,57	90,61	173 421	173 421	29,00	47,07	14665,49	5 029 209
9.	«Таллітон®», Egis, Угорщина, табл. 12,5 мг №28	109,64	117,4 7	2 248	2 098,1	55,86	90,67	246,42	117 199

Першу позицію за обсягом преміальних продажів (понад 5 млн грн), який досягнутий внаслідок лідерства за кількістю проданих упаковок (понад 173 тис. уп.) у поєднанні із суттєвою ціною премією (понад 47%), посідає імпорнтний ЛЗ «Коріол®» («KRKA», Словенія).

Серед вітчизняних ЛЗ за обсягами продажів у натуральних показниках лідирували «Корвазан®», ВАТ Корпорація «Артеріум» (150,9 тис. уп.) і «Карведилол-Лугал», ВАТ «Луганський ХФЗ» (27,2 тис. уп.). Але преміальні продажі цих лікарських препаратів виявилися негативними (-3,8 млн грн і 1,0 млн грн відповідно). За результатами дослідження встановлено, що всі наявні на ринку вітчизняні ЛЗ карведілолу мають негативні показники преміальних продажів, що зменшує доходи вітчизняних виробників ліків і призводить до невикористання повною мірою ринкового потенціалу ЛЗ. Разом з тим такі цінові стратегії вітчизняних виробників на фоні достатньої прибутковості ЛЗ за нижчих цін створюють умови економічної доступності для незахищених верств населення, більш широкого використання асортименту АГЛЗ вітчизняного виробництва в умовах дії урядової програми «Доступні ліки».

Таким чином, важливе місце у товарній політиці виробничих підприємств повинна займати технологія та підходи щодо оцінювання і процесу зміцнення ТМ й формування бренду антигіпертензивних ЛЗ та оцінювання їх ринкової сили.

#### **4.3 Опрацювання підходів до оцінювання ринкової сили торговельних марок антигіпертензивних препаратів**

Торговельні марки та бренди мають комплекс характеристик, які визначають їх ринкові позиції, спроможність та можливості товару [1, 17, 52, 111] і підприємства [52, 54, 58]. Силу ТМ й бренду визначають як узагальнений показник успішності бренду, який може охоплювати різні показники, залежно від специфіки галузі і товару. В основі визначення лежить рівень пізнаваності фірми-виробника й використання її товару. Використовують рівні пізнаваності ТМ, які залежать від відповідності потребам цільової аудиторії та, відповідно, рівня лояльності споживачів [1, 8, 51, 52]. Загалом до якісних характеристик бренду доцільно зараховувати ступінь популярності (Brand Relevance) та його відповідність (Brand Awareness) [1, 154, 172].



Рекомендовано виділяти якісні та кількісні показники ТМ (брендів) ЛЗ [7, 17, 104, 130, 172]. Нами узагальнено напрямки посилення ТМ як зростання вартості, ступеня популярності, спроможності розширювати свої межі, задовольняти потреби та бажання споживачів [20, 22, 24]. Виділено такі характеристики: 1) ступінь популярності бренду як відсоток цільової аудиторії, який може згадати бренд, або міра сприйняття ТМ споживачами; 2) вартість бренду як сила його ринкових позицій; 3) відповідність бренду як ступінь відповідності іміджу й характеру бренду потребам і бажанням покупців; 4) сила бренду як міра здатності бренду домінувати в цій категорії продуктів; 5) розширення бренду або можливість бренду бути застосованим до більш широкого цільового сегмента споживачів; 6) розтягування бренду або спроможність бренду бути застосованим за межами застосованого товарного ряду.

Враховуючи специфічність ЛЗ як продукту в дослідженнях рекомендується використовувати понад двадцять якісних показників, серед яких важливе місце займають наявність доказової бази, включення до Національного переліку, протоколів лікування, державних або регіональних реєстрів тощо [118, 124, 130, 133]. Однак загальними ринковими показниками виступають рівень лояльності, рекомендацій й споживання. Рівень асоціації матиме суттєве значення при аналізі різних груп ЛЗ або ЛЗ з різними, що суттєво відрізняються, які не мають кореневої подібності, торговельними назвами. Дослідження кількісних характеристик бренду ЛП є важливим аспектом визначення розвитку конкретної ТМ та підприємства в цілому. Сильною ТМ та брендом можуть бути як інноваційні ліки нових поколінь (включаючи оригінальні), так і генеричні, включаючи традиційні [47, 120, 130].

У ролі кількісних показників оцінки ТМ та бренду ЛП запропоновано використовувати такі: 1) рівень спонтанного знання – мінімальний рівень показника, до якого потрібно прагнути, рекомендується 30% [104]. Що вищий рівень спонтанного знання, то вища ймовірність, що саме цей ЛЗ споживач вибере в аптеці. Для сильних брендів цей показник становить 60-70%, а для

дуже сильних – більше ніж 80%; 2) рівень ідентифікації бренду з-поміж інших категорій з виробником. Мінімальний рівень – не менше 30%. Що активніше проходить нагадування споживачеві про товар, то вищим стає цей показник; 3) рівень споживання – безпосередньо пов'язаний зі спонтанним знанням. При рівні спонтанного знання 30% мінімальний рівень споживання повинен бути не менше 20%. Чим більша розбіжність цих показників, тим гірша ситуація стосовно певного бренду; 4) рівень лояльності (індекс лояльності) – не менше 25% [24, 104]. Слід зазначити, що для рецептурних препаратів доцільно вимірювати рівень лояльності лікарів, які призначають ЛЗ;

Таблиця 4.8

**Рівні основних ринкових кількісних показників поточної сили  
торгової марки препаратів небівололу**

№ пп	Торгова назва ЛП	Рівень показника, %				
		Рівень спонтанного знання	Рівень лояльності	Рівень споживання	Рівень ідентифікації з категорією	Частка сегмента ринку
1.	«НЕБІВАЛ» 5 мг, ПАТ «Київський вітамінний завод»	28,0	21,0	28,0	21,0	23,71
2.	«НЕБІВОЛОЛ-ТЕВА» 5 мг, ТЕВА, Фармацевтіка Індастріз, Ізраїль	19,6	14,5	10,5	19,0	1,12
3.	«НЕБІВОЛОЛ ОРІОН» 5 мг, Оріон Корпорейшн, Фінляндія	2,2	1,3	4,0	3,7	0,01
4.	«НЕБІВОЛОЛ САНДОЗ®» 5 мг, Сандоз Фармасьютікалз, Словенія	26,0	16,9	15,4	13,5	7,26
5.	«НЕБІЛЕТ®» 5 мг, БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина	30,2	25,0	23,5	21,0	65,71
6.	«НЕБІЛОНГ» 5 мг, Мікро Лабс Лімітед, Індія	15,0	13,2	16,7	13,2	2,13
7.	«НЕБІТЕНЗ» 5 мг, ПРОФАРМА, Мальта	14,5	12,5	15,6	11,2	0,06
8.	«НЕБІТРЕНД» 5 мг, ТЕВА Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль	2,7	2,5		3,8	1,12

5) період існування на ринку – не менше 6 років; 6) ринкова частка препарату не менше 25% (для лікарських засобів мається на увазі сегмент ринку препаратів з однією діючою речовиною) [46, 127]. Доцільно враховувати наявність правового захисту, широту дистрибуції (проникнення на ринок) та вихід на міжнародні ринки [14, 47].

На прикладі АГЛЗ на основі субстанції небівололу нами опрацьовано визначення кількісних показників поточної сили їхньої ТМ, результати яких представлено в методичних рекомендаціях [15], а фрагмент результату наведено в табл. 4.8 та рис. 4.2.

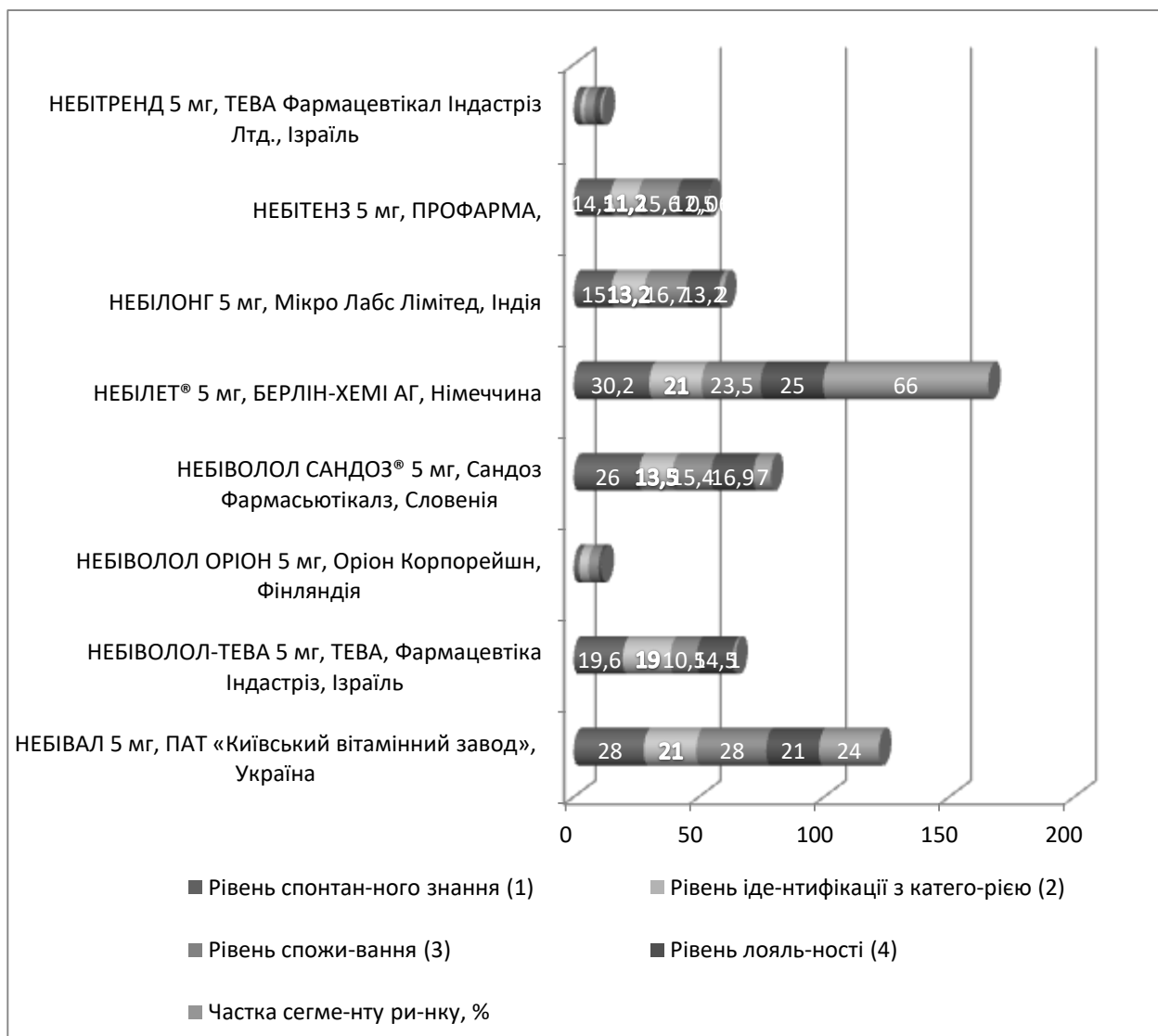


Рис. 4.2 Кількісні показники поточної сили торгової марки небівололу

Одержані результати в кількісному вимірі не лише засвідчують значні ринкові переваги ТМ «НЕБІЛЕТ®» 5 мг, БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина та «НЕБІВАЛ» 5 мг, ПАТ «Київський вітамінний завод», а й підтверджують більш високе та стійке їх визнання споживачами, що і надалі позитивно впливатиме на їхній імідж та більш активне використання в медицині.

Нами також опрацьована методика оцінки ТМ (брендів) зі складанням соціометричної бренд-карти ЛЗ небівололу й побудови соціометричної матриці, розрахунки якої наведено в методичних рекомендаціях [15]. Одержані індекси дали змогу оцінити ТМ ЛЗ та провести ранжування отриманих результатів (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

#### Рангова оцінка торгових марок препаратів небівололу

Назва ЛЗ, виробник	Соціометричний статус		Індекс експансивності	
	Sm, од	Рангова оцінка	Iexp, од	Рангова оцінка
«НЕБІВАЛ» 5 мг, ПАТ «Київський вітамінний завод»	0,36	2	0,68	2
«НЕБІЛЕТ®» 5 мг, БЕРЛІН-ХЕМІ	0,46	1	0,73	1
«НЕБІТРЕНД» 5 мг, ТЕВА	-0,58	7	0,21	7
«НЕБІВОЛОЛ САНДОЗ®» 5 мг	0,14	3	0,57	3
«НЕБІЛОНГ» 5 мг, Мікро Лабс Лімітед	-0,30	4	0,35	4
«НЕБІВОЛОЛ-ТЕВА» 5 мг, ТЕВА	-0,48	6	0,26	6
«НЕБІТЕНЗ» 5 мг, ПРОФАРМА	-0,38	5	0,31	5
«НЕБІВОЛОЛ ОРІОН» 5 мг, Оріон	-0,70	8	0,15	8

Наведені результати показують збіг рейтингу досліджуваних ЛЗ небівололу за двома індексами, що підтверджує об'єктивність методик оцінки ТМ ЛЗ.

Загострення конкурентної боротьби серед фармацевтичних фірм, утримання провідних позицій на ринку, підвищення конкурентоспроможності ЛЗ і фармацевтичних підприємств у цілому примушує організації направляти максимум зусиль для формування власних ТМ та подальшої діяльності з перетворення їх у бренд. Тому в діагностиці конкурентоспроможності марково-

го потенціалу важливе місце займає оцінювання параметрів конкурентоспроможності, що дає можливість оперативно діагностувати сили позицій маркового іміджу і споживацької лояльності до ТМ [66, 67, 69, 72].

Для більш детального комплексного аналізу ринкового стану ТМ ЛЗ рекомендовано використовувати такі індивідуальні показники, як рівень обізнаності, рівень лояльності, рівень рекомендацій, рівень купівлі (споживання), рівень асоціації [13, 14]. Порядок проведення порівняльної оцінки ринкових показників на прикладі ТМ ЛЗ небіволол наведено в методичних рекомендаціях [15], а результати визначень представлено в табл. 4.10.

Таблиця 4.10

#### Розрахунок рівнів показників сили торговельних марок ЛЗ небіволол

№ П П	Назва ЛЗ, виробник	Г <sub>заг</sub>	Г <sub>зн</sub>	Г <sub>к.р</sub>	Г <sub>р</sub>	Г <sub>к</sub>	Г <sub>ас</sub>	Q <sub>об</sub>	Q <sub>л</sub>	Q <sub>р</sub>	Q <sub>к</sub>	Q <sub>ас</sub>	Q
1.	«НЕБІВАЛ» 5 мг, ПАТ «Київський вітамінний завод»	100	68	51	26	51	72	0,68	0,51	0,26	0,51	0,72	0,4
2.	«НЕБІЛЕТ®» 5 мг, БЕРЛІН-ХЕМІ	100	73	67	37	69	80	0,73	0,67	0,37	0,69	0,80	0,6
3.	«НЕБІТРЕНД» 5 мг, ТЕВА	100	21	20	12	23	21	0,21	0,20	0,12	0,23	0,21	0,09
4.	«НЕБІВОЛОЛ САНДОЗ®» 5 мг	100	57	43	19	62	56	0,57	0,43	0,19	0,62	0,56	0,3
5.	«НЕБІЛОНГ» 5 мг, Мікро Лабс Лімітед	100	35	30	21	35	37	0,35	0,30	0,21	0,35	0,37	0,1
6.	«НЕБІВОЛОЛ-ТЕВА» 5 мг, ТЕВА	100	26	23	10	26	64	0,26	0,23	0,10	0,26	0,64	0,02
7.	«НЕБІТЕНЗ» 5 мг, ПРОФАРМА	100	31	30	15	33	37	0,31	0,30	0,15	0,33	0,37	0,1
8.	«НЕБІВОЛОЛ ОРІОН» 5 мг, Оріон	100	15	10	4	15	62	0,15	0,10	0,04	0,15	0,62	0,01

Згідно з узагальнювальним показником ринкової сили ТМ Q, найбільш сильні ринкові позиції займає «НЕБІЛЕТ®» 5 мг (БЕРЛІН-ХЕМІ) ( $Q = 0,6$ ) та «НЕБІВАЛ» 5 мг (ПАТ «Київський вітамінний завод») ( $Q = 0,4$ ).

Для оцінювання показників конкурентоспроможності й ринкової сили ЛЗ та їх розміщення на умовному ринковому просторі нами використана маркетингова карта (рис. 4.3) та циклограма (рис. 4.4). Для визначення відносних показників рекомендується розраховувати площі кожного ЛЗ на рисунку циклограми. Отримані кількісні дані надалі рекомендуємо використовувати для проведення інтегральної оцінки ринкових позицій бренду та пошуку напрямів його подальшого стратегічного розвитку. Ми розробили маркетингову карту показників сили ТМ із виділенням поля ТМ та поля бренду, яка дає можливість об'єктивно оцінювати окремі складові ЛЗ (рис. 4.3).

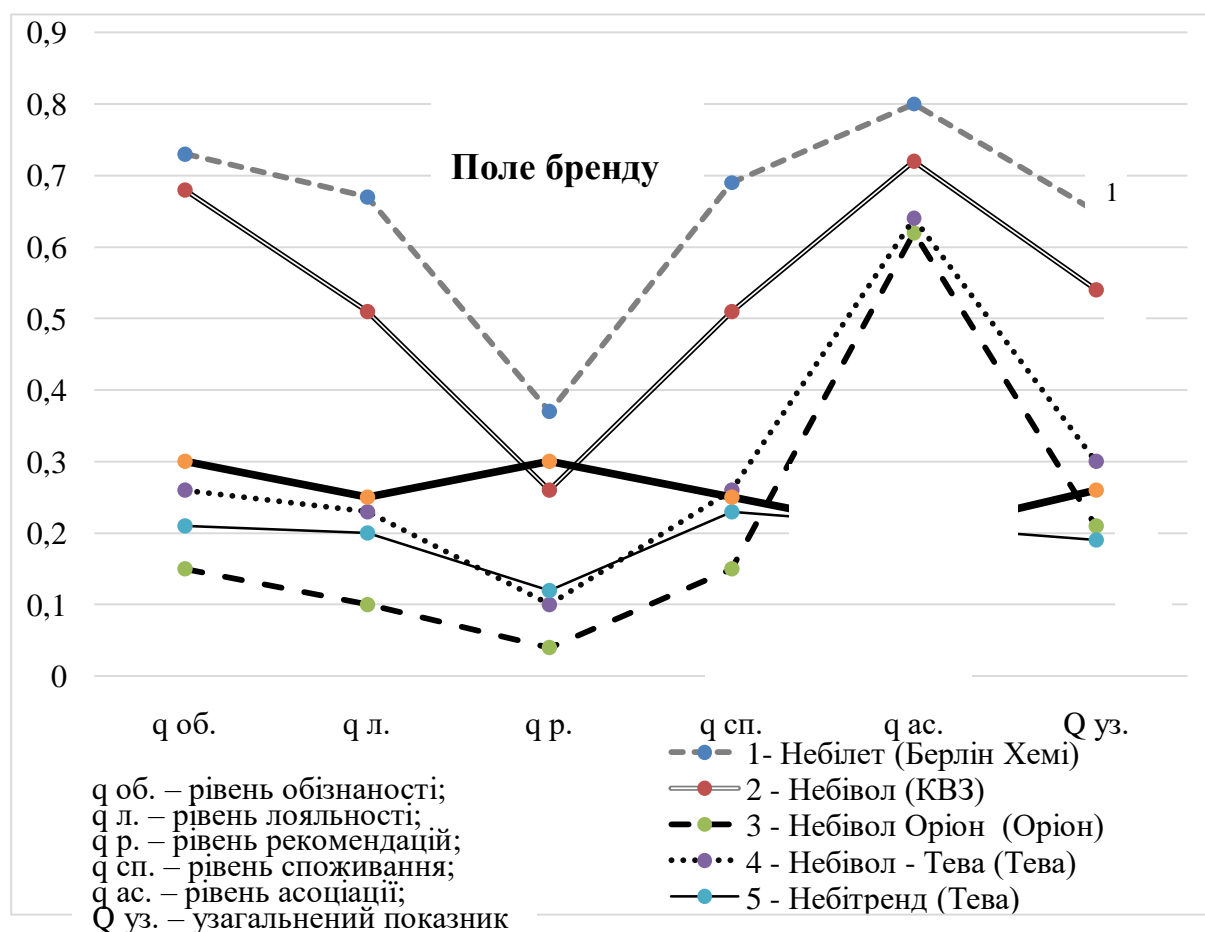


Рис. 4.3 Маркетингова карта розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ небіволулу

Результати визначень наведено на циклограмі (рис. 4.4), що дає можливість надалі визначати відносні показники сили бренду шляхом розрахунку площ, що займає окремий ЛЗ.

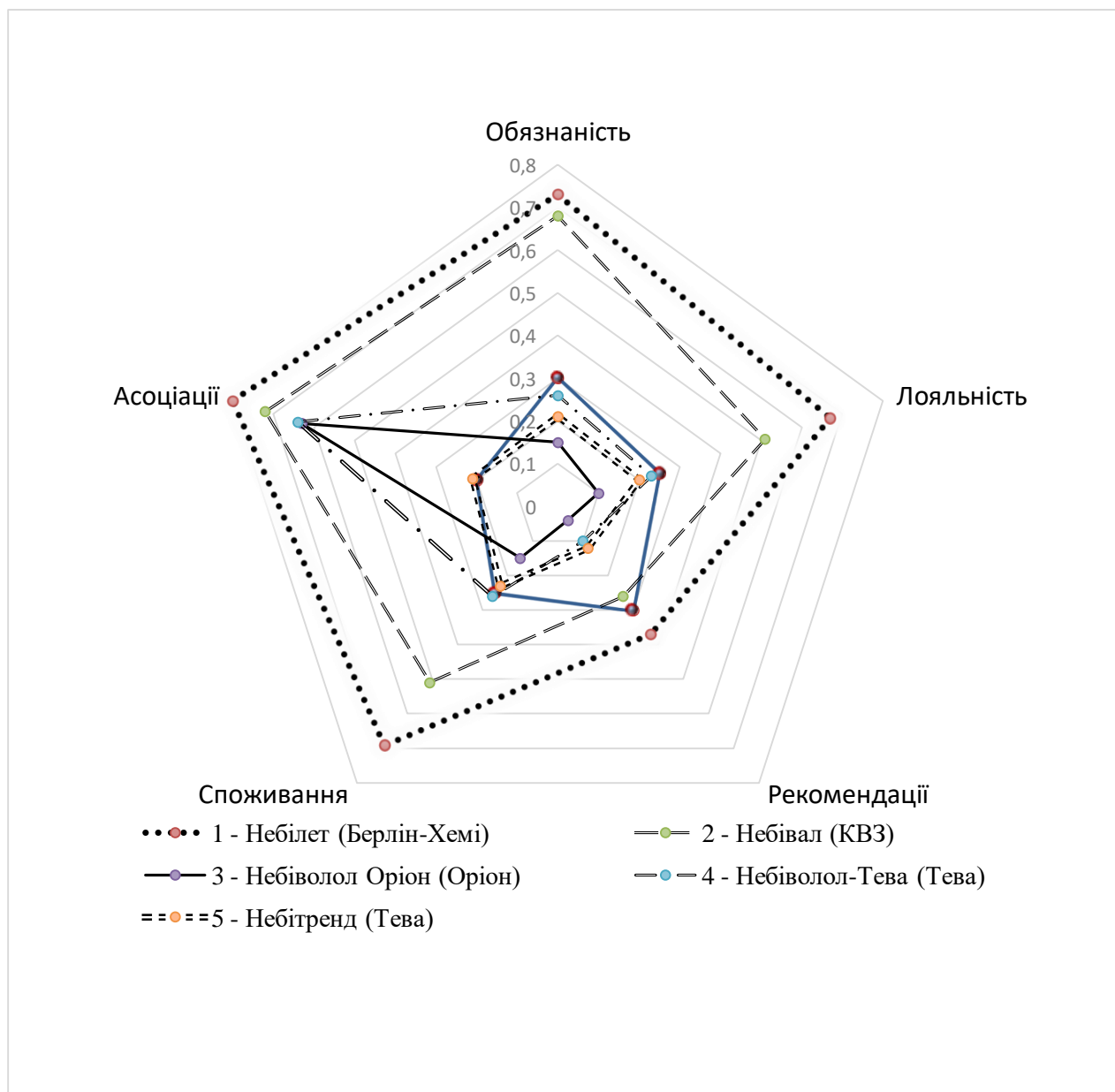


Рис. 4.4 Циклограма ринкової сили показників ЛЗ небівололу (карта «ТМ-бренд»)

Опрацювання методики оцінки конкурентоспроможності антигіпертензивних ЛЗ проведено на основі методу Фішбейна-Розенберга, що враховує

концепцію широти характеристик товару, яка наведена в нашому інформаційному листі [16]. Це дає змогу провести оцінку низки параметрів конкурентоспроможності ТМ ЛЗ та приймати виважене рішення щодо формування стратегії подальшого її розвитку. Використано такі параметри конкурентоспроможності, як індекс лояльності NPS ( $I_L$ ), довіра до виробника ( $P_{дв}$ ), рівень унікальності ( $P_{ру}$ ), якість ЛЗ ( $P_{ял}$ ), активність просування ( $P_{ап}$ ), широта дистрибуції ( $P_{шд}$ ) й сила домінування ( $P_{сд}$ ). При цьому показники «рівень лояльності» й «довіра до виробника» розраховувались за результатами опитування фахівців, а показники «ефективність просування», «широта дистрибуції», «якість ЛЗ», «рівень унікальності» та «сила домінування» розраховуються на основі об'єктивних даних моніторингу фармацевтичного ринку. Одержані результати визначення адекватності (відповідності) ЛЗ «Небівал» запитам споживачів наведено в табл. 4.11.

Таблиця 4.11

#### Розрахунок адекватності ЛЗ Небівал запитам споживачів

№ зп	Параметр оцінки адекватності ТМ	Експертна оцінка	Бажане значення	Відхилення, абс. значення	Ранг	Ваговий коефіцієнт	Показник адекватності (Д)
1.	Ефективність дії препарату	8	10	2	1	0,285714	0,571429
2.	Побічні ефекти посилені	4	0	-4	2	0,238095	0,952381
3.	Довіра до виробника	5	10	5	3	0,190476	0,952381
4.	Зручність лікарської форми	7	10	3	6	0,047619	0,714286
5.	Зручність дозування (чи є всі варіанти дозування)	4	10	6	5	0,095238	0,285714
6.	Ціна препарату	5	0	-5	4	0,142857	0,285714
	Адекватність ЛЗ						3,76

Згідно зі шкалою значень ступеня адекватності (табл. 4.12), одержаний коефіцієнт відповідності 3,76 свідчить про слабку адекватність ЛЗ «Небівал»



запитам споживачів, що буде значно негативно впливати на подальші обсяги реалізації цього ЛЗ.

Таблиця 4.12

**Шкала ступеня адекватності характеристик маркової продукції  
запитам споживача**

Діапазон значень показника відповідності Д	Тип торговельної марки ЛЗ
$D = 0$	марка-абсолют
$0 < D \leq 3$	марка достатньої адекватності
$3 < D \leq 7$	марка слабкої адекватності
$7 < D \leq 10$	марка критичної адекватності
$D = 10$	неадекватна марка

Важливим етапом у дослідженні ТМ й брендів, їх ринкової сили й статусу є розробка моделі оцінювання рівня таких показників.

**4.4 Розробка моделі оцінювання ринкової сили антигіпертензивних лікарських засобів**

Підтримання на високому рівні конкурентоспроможності продукції і отримання високих доходів від продажів потребує від виробників постійних зусиль для підвищення лояльності цільових аудиторій, посилення складових ТМ й переводу її в статус бренду. У стратегічних цілях фармацевтичного виробничого підприємства основними пріоритетами товарної та інноваційної політики є посилення ринкової сили і статусу своєї продукції серед однорідних товарів. Проведення оцінювання і формування ринкової сили антигіпертензивного ЛЗ у формі графічної моделі наведено на рис. 4.5.

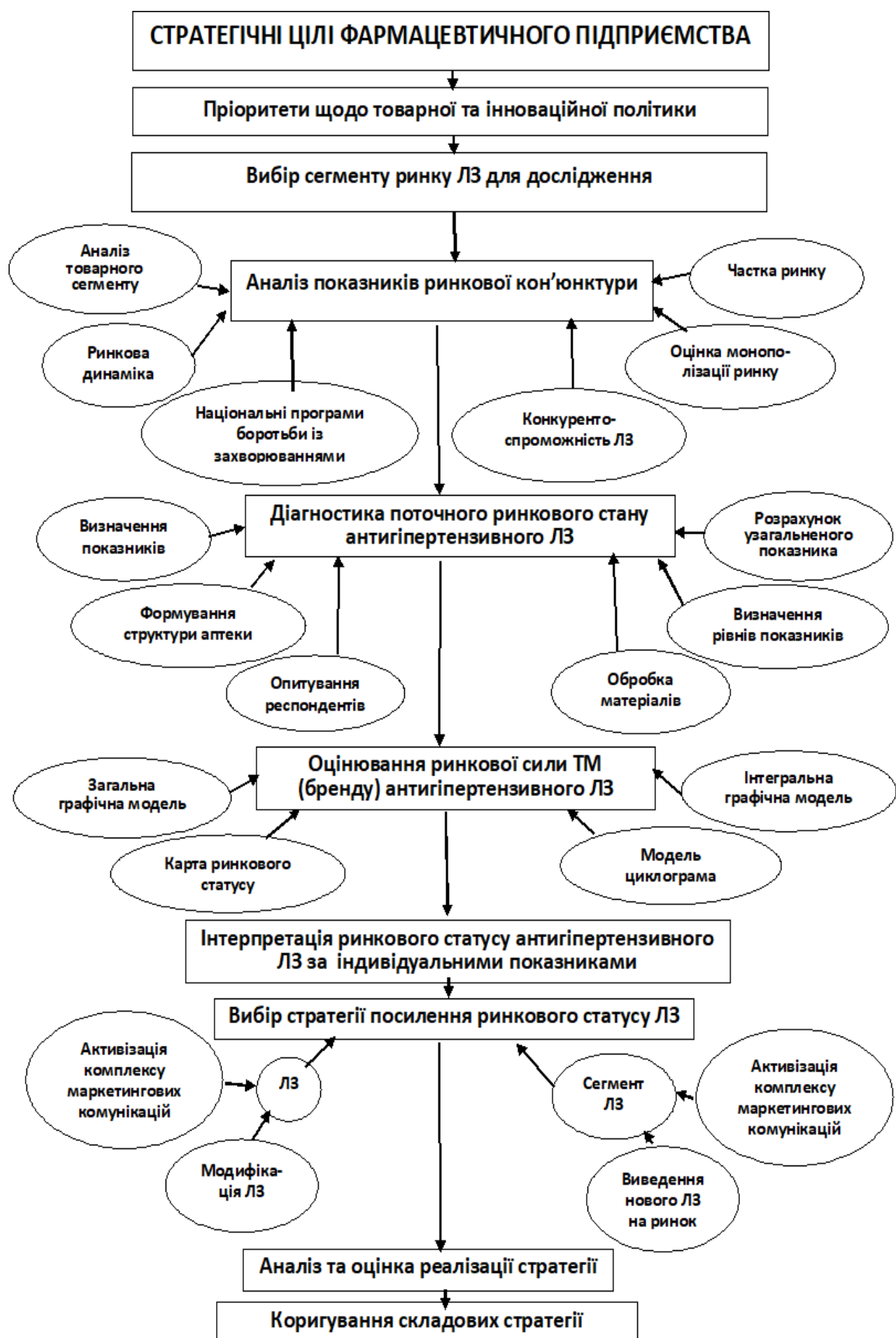


Рис. 4.6 Графічна модель оцінювання і формування ринкової сили антигіпертензивного ЛЗ

Вибраний товарний сегмент ЛЗ аналізується за рядом основних ринкових показників, що характеризуватимуть ринкову кон'юнктуру, поточний стан і тенденції подальшого розвитку сегмента ринку.

Визначення перспективності розвитку сегмента ЛЗ підтверджує доцільність подальшого проведення діагностики ринкового стану конкретного антигіпертензивного ЛЗ, в основу якого покладено анкетне опитування респондентів, визначення рівнів показників й узагальненого показника. Кількісні показники рівнів ринкової сили за розміщенням на графічній карті дають змогу оцінювати ринкову силу конкретного антигіпертензивного ЛЗ та встановити його ринковий статус серед аналогічних ЛЗ. Крім того, це дозволяє виділяти показники, які за статусом перебувають у ринковому полі ТМ або мають різні рівні бренду, та вибрати стратегію щодо посилення ринкового статусу антигіпертензивного ЛЗ за окремими показниками.

Аналіз та оцінка реалізації вибраної стратегії та її складових направлена на в'яснення впливу дій виробника щодо росту показників ТМ, переходу в ринкове поле бренду і подальша підтримка цього статусу.

#### **Висновки до розділу 4**

1. Дослідженнями поведінки споживачів під час вибору і споживання антигіпертензивних ЛЗ на першому етапі (2013 р.) встановлено їхні демографічні, соціальні та поведінкові характеристики. Визначена прихильність до окремих антигіпертензивних ЛЗ, несистематичне приймання ліків, низький рівень частоти звернень до лікаря. За результатами другого етапу (2018 р.) досліджень встановлено значне (на 36,8%) підвищення зацікавленості пацієнтів у стабілізації показників артеріального тиску та покращення якості свого життя через збільшення відвідувань лікарів, більш відповідального виконання лікарських призначень, використання сучасних більш ефективних препаратів.

2. Аналізом реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за урядовою програмою «Доступні ліки», підтверджено, що номенклатура антигіпертензивних ЛЗ охоплює 121 препарат із 8 ЛЗ за АФІ або 36,89% ЛЗ, зареєстрованих в Україні, з яких 35 ЛЗ (або 28,93%) відпускаються за рецептом лікаря безоплатно. Найбільші суми реімбурсації за ЛЗ (із 650419224 грн) використано в Дніпропетровській (11,65%), Львівській (11,19%) і Харківській (9,35%), а найменші – у Чернівецькій (1,11%) та Тернопільській (1,20%) областях.

3. Під час дослідження впливу раціональних та емоційних (ірраціональних) характеристик лояльності споживачів встановлено суттєві зміни поведінки при виборі конкретного ЛЗ. Опитуванням споживачів ЛЗ карведілолу визначено різний ступінь лояльності до окремих препаратів: сильну («Корвазан», «Коріол»), середню («Кардіостад», «Карведілол-Лугал»). До ЛЗ карведілолу не виявлено дуже сильної лояльності, а на окремі препарати встановлена низька або дуже низька лояльність, що характеризує легкість зміни споживачем цих препаратів на інші під впливом емоційних факторів. Результати продажів ЛЗ карведілолу показали зв'язок ступеня лояльності споживачів і обсягів продажів ЛЗ.

4. Опрацьовано визначення економічного ринкового результату для виробника продажів ЛЗ з використанням методики цінової премії й преміального доходу. Показано, що ЛЗ карведілолу іноземного виробництва мають значні цінові премії та позитивні преміальні доходи. ЛЗ вітчизняного виробництва характеризуються від'ємною ціновою премією, що пов'язано із більш низьким рівнем ринкових цін і застосуванням стратегії більшої доступності для різних категорій хворих.

5. Опрацьовані підходи до оцінювання ринкової сили торговельних марок антигіпертензивних препаратів. Виділено як загальні, так і специфічні показники ТМ (бренду). Рекомендовано використовувати якісні та кількісні показники ТМ й брендів. На прикладі антигіпертензивних ЛЗ небівололу

опрацьовано методики оцінки показників ТМ (бренду), що характеризують ринкову силу ЛЗ.

6. Для порівняльної оцінки індивідуальних показників ТМ розроблено карту ринкових показників із виділенням поля ТМ і поля бренду та здійснено розміщення окремих препаратів небівололу згідно з їхніми рівнями. Схарактеризовано сильні показники, що відповідають статусу бренд. Опрацьовано використання графічної моделі циклограми для інтерпретації ринкової сили показників ЛЗ небівололу.

7. Розроблено графічну модель оцінки й формування ринкової сили антигіпертензивного ЛЗ, яка може бути використана при обґрунтуванні конкурентних переваг та ринкової сили препаратів, їх оцінки й моделювання подальшої динаміки сегментів ринку та удосконалення напрямків стратегічного розвитку бренду фармацевтичного підприємства.

*Результати експериментальних досліджень розділу наведено в таких публікаціях:*

1. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Самборський О. С., Шуванова О. В. Вплив емоційної та раціональної складових лояльності на вибір та споживання антигіпертензивних препаратів. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том 2. № 2. С. 68–76.

2. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 28 с.

3. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 26 с.

4. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : інформ. лист. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 7 с.

5. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Дударь А. Н. Оценка бренда на примере антигипертензивных лекарственных средств. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали Міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28-29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 135–143.

6. Дослідження ролі брендингу у формуванні ринкових позицій антигіпертензивних лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, С. В. Жадько, М. М. Слободянюк, О. С. Самборський. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, № 3 (84), додаток. С. 33–37.

7. Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Бренд лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «Моріон», 2016. С. 241–242.

8. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Показники торгової марки та бренда лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «Моріон». 2016. С. 1333–1334.

## РОЗДІЛ 5

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИРІШЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ПОСИЛЕННЯ РИНКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Ринкова сила як потенціал сегмента ринку лікарського засобу (ЛЗ) залежить від наявності достатньої кількості ефективних ЛЗ, постійного включення в медичну практику ліків новітніх поколінь, різноманіття пропозицій ЛЗ вітчизняними й закордонними виробниками з урахуванням потреб і можливостей різних категорій хворих, активності й ефективності маркетингових комунікацій, від сформованої сильної лояльності лікарів, провізорів і споживачів до таких ЛЗ та ін. [10, 11, 107, 108, 110, 115]. Дослідження поточної ринкової кон'юнктури в товарному сегменті ЛЗ, перспективності й інноваційності, визначення необхідних складових і формування стратегій розвитку є основою до посилення активності, сили і потенціалу сегмента ЛЗ. Соціально орієнтований підхід інноваційного напрямку розвитку сегмента ЛЗ потребує детального аналізу щодо визначення доцільності, ефективності і привабливості розробок конкретного ЛЗ, об'єктивного прогнозування базових показників виведення на ринок препарату й формування обґрунтованої і доступної його ринкової ціни.

Оцінюванню ринкового потенціалу антигіпертензивного ЛЗ карведілолу, його підвищенню шляхом пропозиції розробки нового ЛЗ, обґрунтуванню науково-практичних рекомендацій щодо методики формування ціни ЛЗ карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу та розробці моделі посилення ринкового потенціалу антигіпертензивного засобу присвячено цей розділ дисертаційного дослідження.

За матеріалами розділу опубліковано: у фаховому науковому виданні – 1 стаття [18], у науковому виданні фахового спрямування – 1 стаття [13] та в матеріалах фахових конференцій різного рівня. Результати узагальнень дос-

ліджень у формі двох статей включено до Фармацевтичної фармакопеї України [17, 130]. Два нововведення за матеріалами дисертаційної роботи включені до галузевого переліку МОЗ України: «Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних» (перелік за 2016 р. № 505/3/16); «Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів» (перелік за 2016 р. № 512/3/16).

### **5.1 Оцінка ринкового потенціалу антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу**

Застосування ЛЗ карведілолу для профілактики й лікування стану підвищеного АТ на сучасному етапі є актуальним і перспективним методом медичних технологій [25, 26, 149]. ЛЗ карведілолу включено до Реєстру ЛЗ, що використовуються за системою реімбурсації згідно з урядовою програмою «Доступні ліки» для хворих на серцево-судинні захворювання. Відповідно до проведеного нами аналізу фактична ємність (продаж) сегмента ринку карведілолу становила у 2017 р. 56,812 млн грн; у 2018 р. – 136,665 млн грн і у 2019 р. – 240,748 млн грн. Темпи росту сегмента ринку ЛЗ становили відповідно 240,55% і 176,16%. При цьому 75% сегмента ринку становлять ЛЗ карведілолу іноземного виробництва. Наведені дані свідчать про значне збільшення використання ЛЗ карведілолу у медичній практиці, яке зі свого боку спонукає до збільшення продукції вітчизняного виробництва.

Активний фармацевтичний інгредієнт карведілол уперше синтезований Ф. Відеманом (фірма «Boehringer Mannheim», США) та запатентований у 1995 році. На ринок ЛЗ карведілолу почали виходити на початку 2000 р. Оригінальним препаратом карведілолу є ЛЗ Дилатренд (фірма «Хоффманн – Ля Рош», Швейцарія). Комерційними назвами генеричних версій за кордоном є: Atram, Blorec, Carvel, Carvil, Coreg, Dimitone, Eucardic, Carzec та ін.



Враховуючи широкий спектр фармакологічних властивостей ЛЗ карведілолу, ми провели подальші його поглиблені дослідження.

Узагальнення найбільш характерних властивостей карведілолу та зареєстрованих ЛЗ на його основі проводили з використанням SWOT-аналізу, що дало можливість виділити та оцінити слабкі й сильні сторони, перспективи та загрози (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

### SWOT-аналіз властивостей ЛЗ карведілолу

Сильні сторони	Слабкі сторони
1	2
<p>Фармакотерапевтичні характеристики.</p> <p><b>Карведілол:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- неселективний <math>\beta</math>-блокатор із судинорозширювальною дією,</li> <li>- володіє антиоксидантними й антипроліферативними властивостями,</li> <li>- знижує артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і серцевий викид.</li> <li>- знижує тиск у легеневій артерії та тиск у правому передсерді,</li> <li>- спричиняє периферичну вазодилатацію та знижує системний судинний опір, зменшуючи навантаження на серцевий м'яз, і запобігає розвитку стенокардії,</li> <li>- збільшує фракції викиду крові з лівого шлуночка, зменшуючи симптоми хвороби серцевою недостатністю,</li> <li>- не проявляє внутрішньої симпатоміметичної активності,</li> <li>- має мембраностабілізуючі властивості,</li> <li>- зменшує нирковий судинний опір, не змінюючи клубочкову фільтрацію сечі, нирковий кровотік та екскрецію електролітів,</li> <li>- не впливає на рівень ліпопротеїдів у сироватці крові.</li> </ul> <p><b>Фармакокінетика/</b></p> <p><b>Карведілол:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- швидко і майже повністю всмоктується у кров і зв'язується з білками плазми крові,</li> <li>- абсолютна біодоступність близько 25-35% завдяки метаболізму при первинному проходженні через печінку,</li> <li>- у процесі метаболізму утворюється три активних метаболіти, що проявляють <math>\beta</math>-</li> </ul>	<p>Фармакотерапевтичні характеристики.</p> <p><b>Побічні дії.</b></p> <p>Частота появи побічних реакцій не залежить від дози, за винятком запаморочення, порушення зору та брадикардії.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Дуже часто:</b> запаморочення, головний біль, втомлюваність; серцева недостатність, гіпотензія; астенія (втома);</li> <li>- <b>Часто:</b> депресія, депресивний настрій; нудота, діарея, блювання, диспепсія, абдомінальний біль; анемія; біль у кінцівках; біль, підвищення температури;</li> <li>- <b>Нечасто:</b> розлади сну, стан перед втратою свідомості, втрата свідомості, парестезія, вертимо, запор; порушення еректильної функції, реакції з боку шкіри (наприклад, алергічна екзантема, дерматит, підвищена пітливість, кропив'янка, свербіж, подібні до псоріазних та червоного плякатоного лишая ураження шкіри), посилення наявних уражень, алопеція, погіршення перебігу псоріазу, підвищене потовиділення, шкірні висипання, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема;</li> <li>- <b>Рідко:</b> тромбоцитопенія; артралгія, судоми;</li> <li>- <b>Дуже рідко:</b> підвищена чутливість</li> </ul>

Продовж.табл.5.1

1	2
<p>блокувальну активність і мають більшу активність, ніж карведілол,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- у пацієнтів похилого віку спостерігається збільшення рівня карведілолу приблизно на 50 %,</li> <li>- у пацієнтів із цирозом печінки біодоступність карведілолу збільшується в 4 рази,</li> <li>- у пацієнтів із порушеною функцією печінки біодоступність препарату збільшується до 80 % через зменшений метаболічний розпад першого шляху,</li> <li>- середній період напіввиведення становить від 6 до 10 год,</li> <li>- виводиться переважно з жовчю та калом у вигляді метаболітів,</li> <li>- у пацієнтів із порушенням функції нирок є маловірогідним суттєве накопичення препарату,</li> <li>- наявність їжі у шлунку уповільнює швидкість абсорбції препарату,</li> <li>- застосовується незалежно від прийому їжі один або два рази на добу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (алергічна реакція), анафілактичні реакції.</li> </ul> <p><b>Взаємодія з іншими лікарськими засобами (не рекомендується одночасне приймання).</b></p> <p>Дигоксин, інсулін або пероральні гіпоглікемічні засоби, індуктори або інгібітори Р-глікопротеїну, С YP 2 D 6, CYP 2 D 9, флуоксети, β-агоністи бронходилататорів, стимулятори та інгібітори метаболізму в печінці, препарати, що зменшують катехоламіни, циклоспорин, антиаритмічні препарати</p> <p><b>Особливості застосування (не рекомендується застосовувати):</b></p> <p>артеріальна гіпотензія, ортостатична гіпотензія, хронічна серцева недостатність, порушення функції нирок, цукровий діабет і гіпертиреоз, тиреотоксикоз, порушення функції печінки, хронічне обструктивне захворювання легень, псоріаз, реакції гіперчутливості, при використанні контактних лінз, у період вагітності або годування груддю, при керуванні автотранспортом або іншими механізмами, дітям.</p>
<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
<p>Карведілол рекомендується при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- есенціальній гіпертензії як при моно-, так і в складі комбінованої терапії;</li> <li>- хронічній стабільній стенокардії;</li> <li>- хронічній серцевій недостатності помірного й тяжкого ступеня як додаткова терапія.</li> </ul> <p><b>Маркетингові характеристики.</b></p> <p><b>Ринкові показники:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- поточна ємність ринку – 241 млн. грн;</li> <li>- середньорічні темпи росту споживання за останні роки більше 200%;</li> <li>- прогнозований обсяг у найближчі 3-5 роки до 360-380 млн грн;</li> <li>- сегмент ринку ЛЗ монополізований, некокурентний;</li> <li>- включено до Реєстру ЛЗ, що використовуються в урядовій програмі «Доступні ліки»;</li> <li>- термін придатності ЛЗ три роки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- виведення на ринок та збільшення кількості антигіпертензивних препаратів нових поколінь,</li> <li>- проведення більш активної соціально орієнтованої цінової політики конкурентами, що підвищує економічну доступність ЛЗ-аналогів;</li> <li>- посилення політики просування препаратів-аналогів антигіпертензивної дії серед фахівців.</li> </ul> <p>Відпускається за рецептом.</p>

Отже, АГЛЗ карведілол має значний набір позитивних характеристик, що формують його сильні сторони та подальші можливості у фармакотерапії хворих, які страждають на підвищений АТ. Це спонукало нас провести більш поглиблені дослідження ринкової ситуації АГЛЗ карведілол в Україні за останні 15 років та перспективність подальшого його застосування.

Ретроспективний аналіз сегмента ринку карведілолу за період 2004-2005; 2015 та 2017-2018 рр. наведено в табл. 5.2–5.6.

Результати кількісних показників продажів таблеток ЛЗ карведілолу у 2004 та 2005 рр. наведено в табл. 5.2.

Таблиця 5.2

**Результати аналізу сегмента ЛЗ карведілолу в Україні (2004 та 2005 рр.)**

№ зп	Назва ЛЗ, дозування та кількість позицій на ринку	2004 рік		2005 рік	
		уп.	грн	уп.	грн
1.	«Карведилол-Лугал», 12,5; 25 мг – 2 поз.	0	0	2215	38507
2.	«Кардівас», SUN, Індія (6,25; 12,5; 25 мг) – 3 поз	1167	35320	2023	70779
3.	«Карділол», Genom Biotek (Індія), 12,5; 25 мг) – 4 поз.	22815	689561	28113	515190
4.	«Корвазан», ВАТ «Артеріум», Україна, 12,5; 25 мг – 2 поз.	2086	44429	26379	532526
5.	«Коріол», KRKA d.d. Novo Mesto, Словенія, 6,25; 12,5; 25 мг – 3 поз.	68245	3532495	91380	4629133
6.	«Таллітон», Egis, Угорщина (6,25; 12,5; 25 мг – 3 поз.	1096	51944	14193	580139
	<b>Всього</b>	<b>95409</b>	<b>4353749</b>	<b>181351</b>	<b>6850407</b>

Результати дослідження сегмента ЛЗ карведілолу показали, що у 2004 та 2005 рр. на фармацевтичному ринку України пропонувалось 6 виробниками відповідно 15 та 17 позицій препарату у формі таблеток у трьох дозуваннях – 6,26; 12,5 та 25 мг, з яких вітчизняних виробників було відповідно один та два. Частина вітчизняних ЛЗ у продажах становила всього 2,19 % у натуральних од. та 1,02% у грошових од., що свідчить про повне домінування у цей період іноземних виробників цього ЛЗ. Найбільшу частку сегмента ринку

становили ЛЗ фірми «KRKA d.d. Novo Mesto», Словенія – 71,53% у натуральних од. і 81,14% у грошових од. Всього було реалізовано ЛЗ карведілолу 95409 уп. на суму 4 353 749 грн у 2004 р. та відповідно 181351 уп. на 6 850 407 грн за 2005 рік. Ріст сегмента становив 190,08% в упаковках та 157,35% у гривні.

У таблиці 5.3 наведено результати аналізу сегмента ринку карведілолу за 2015 рік за повним асортиментом.

Таблиця 5.3

### Результати аналізу сегмента ЛЗ карведілолу в Україні за продажами

№ зп	Назва ЛЗ, виробник	Продажі, тис. грн	Частка ринку, %
1	2	3	4
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 12,5 мг, №30	6,62	0,01
2.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 25 мг, №30	42,95	0,05
3.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 3,125 мг, №30	1,43	0,01
4.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 6,25 мг, №30	21,25	0,02
5.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція), табл. 12,5 мг, №30	27,02	0,03
6.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція), табл. 25 мг, №30	4,71	0,01
7.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна, Київ), табл. 12,5 мг, №30	1 376,17	1,47
8.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна), табл. 25 мг №30	1 283,40	1,37
9.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна), табл. 12,5 мг №30	25,42	0,03
10.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна), табл. 25 мг, №30	43,70	0,05
11.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. обол. 12,5 мг. №20	1 400,78	1,50
12.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. 25 мг, №20	1 331,53	1,42
13.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. 6,25 мг, №20	1 064,48	1,14
14.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Україна, Київ), табл. 12,5 мг, №30	0,35	0,01
15.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Україна, Київ), табл. 25 мг, №30	1,31	0,01
16.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 12,5 мг, №28	27,06	0,03

Продовж. табл. 5.3

1	2	3	4
17.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 25 мг, №28	165,82	0,18
18.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 6,25 мг, №28	10,41	0,01
19.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна, Київ), табл. п/о 12,5 мг, №30	12 548,51	13,26
20.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна, Київ), табл. п/о 25 мг, №30	12 403,26	13,42
21.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 12,5 мг, №28	22 182,39	23,73
22.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 12,5 мг, №30	0,04	0,01
23.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 25 мг, №28	14 257,31	15,26
24.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 3, 12,5 мг, №28	3 262,65	3,49
25.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 6,25 мг, №28	17 966,67	19,21
26.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 25 мг, №30	1 068,64	1,14
27.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 6,25 мг, №30	2 494,63	2,67
28.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 12,5 мг, №28	200,54	0,21
29.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 12,5 мг, №30	0,33	0,01
30.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 25 мг, №28	192,88	0,21
31.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 25 мг, №30	1,32	0,01
32.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 6,25 мг, №28	71,21	0,08
33.	«АТРАМ», Sanofi (Франція), табл. 31,5 №40	19,10	0,12
34.	«АТРАМ», Sanofi (Франція), табл. 15 №40	2,57	0,01
	<b>Всього</b>	<b>93506,54</b>	<b>100,00</b>

Згруповані ЛЗ карведілолу за виробниками наведено в табл. 5.4. Дані табл. 5.4 свідчать, що на ринку України за останні три роки ЛЗ карведілолу пропонують 12 виробників, з яких лише 4 – вітчизняні, при чому ЛЗ «КАРВІУМ» фірми «АЛВОГЕН» практично був відсутній на ринку. Водночас до урядової програми «Доступні ліки» все частіше включаються ЛЗ карведілолу.

Це свідчить про необхідність розширення вітчизняних виробників ЛЗ карведілолу, широку наявність асортименту вітчизняних ліків в аптечній мережі, формування високої лояльності споживачів та лікарів, підтримання терапевтичної еквівалентності та якості ЛЗ.

Таблиця 5.4

**Продажі лікарських засобів карведілолу на ринку України за виробниками (2015 та 2017 рр.)**

№ зп	Назва ЛЗ, виробник, країна	2015 рік	2017 рік	
		тис. грн	уп.	тис. грн
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія)	72,25	1442	98,27
2.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція)	31,73	Даних немає	Даних немає
3.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна)	2659,57	12073	515,84
4.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна)	69,12	47980	1341,85
5.	«КАРВІДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія)	3796,79	44367	1944,85
6.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Україна)	1,66	Даних немає	Даних немає
7.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина)	203,79	40820	3650,78
8.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна)	24951,77	680858	11346,77
9.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія)	57669,07	893955	76234,32
10.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр)	3563,27	68603	3917,09
11.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина)	466,28	8045	383,02
12.	«АТРАМ», Sanofi (Франція)	21,67	985	83,04
13.	«КАРВЕДИГАММА®», Woerwag Pharma (Німеччина)	0,08	Даних немає	Даних немає
	Всього	93506,54	1799128	99515,83

Як свідчать наведені дані табл. 5.5, найбільші частки товарного сегмента ЛЗ карведілолу займають таблетки «КОРІОЛ®» з дозуванням 31,5 мг №40 (23,55%) й 8,15 мг №18 (21,38%) виробництва фірми «KRKA» (Словенія). Значні позиції займає вітчизняний виробник-корпорація «Артеріум»: таблетки «КОРВАЗАН» 31,5 мг – 12,72% й по 15 мг – 12,82 % частки товарного сегмента ринку.

Таблиця 5.5

**Ринкова характеристика товарного сегмента препаратів карведілолу за  
2018 р.**

№ пп	Назва ЛЗ, виробник	Продажі ЛЗ за 2018 р., грн	% аптек	Частка сегменту, %	Кк
1	2	3	4	5	6
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 31,5 мг №40	298981,26	31,51	0,22	0,07
2.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 15 мг, №40	330249,26	36,88	0,24	0,08
3.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 4,315 мг №40	189231,96	40,91	0,14	0,05
4.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія), табл. 8,15 мг №40	328390,09	31,47	0,24	0,08
5.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна, Київ), табл. 31,5 мг №40	165338,18	35,08	0,12	0,04
6.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна, Київ), табл. 15 мг №40	381204,17	31,17	0,28	0,09
7.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ПАТ (Україна, Луганськ), табл. 31,5 мг №40	312090,89	14,5	0,23	0,07
8.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ОАО (Україна, Луганськ), табл. 15 мг №40	1451974,32	11,47	1,06	0,35
9.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плівк. 31,5 мг, №10	1070169,52	34,77	0,78	0,26
10.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плівк. 15 мг №10	617139,15	31,84	0,45	0,15
11.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плівк. обол. 8,15 мг, №10	1718718,91	34,36	1,26	0,42
12.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 31,5 мг, №18	612689,24	27,87	0,45	0,01
13.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 15 мг, №18	11548055,54	65,46	8,45	3,05
14.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина), табл. 8,15 мг, №18	403086,27	28,47	0,29	0,10
15.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ПАТ (Україна, Київ), табл. п/о 31,5 мг, №40	17383623,11	74,9	12,72	4,81

Продовж. табл. 5.5

1	2	3	4	5	6
16.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ПАТ (Україна, Київ), табл. п/о 15 мг, №40	17520194,54	74,86	12,82	4,85
17.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 31,5 мг, №18	32191526,24	84,8	23,55	10,17
18.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 31,5 мг, №40	1333818,43	80,18	0,98	0,33
19.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 15 мг, №18	4212691,97	70,61	3,08	1,05
20.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 4,315 мг, №18	2757133,17	44,34	2,02	0,70
21.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія), табл. 8,15 мг, №18	29215395,34	74,37	21,38	8,97
22.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 15 мг, №40	2772218,47	33,61	2,03	0,68
23.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр), табл. 8,15 мг, №40	2489869,33	34,78	1,82	0,61
24.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 31,5 мг, №18	1504631,69	8,57	1,10	0,37
25.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 31,5 мг, №40	297893,17	6,04	0,22	0,07
26.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 15 мг блістер, №18	2650201,06	4,53	1,94	0,65
27.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 15 мг фл., №40	1460529,78	5,07	1,07	0,36
28.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 8,15 мг блістер, №18	552376,90	4,44	0,40	0,13
29.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина), табл. 8,15 мг, №40	272523,68	3,08	0,20	0,06
30.	«АТРАМ», Sanofi (Франція), табл. 31,5 мг, №40	275310,69	1,43	0,20	0,07
31.	«АТРАМ», Sanofi (Франція), табл. 15 мг, №40	347999,65	3,50	0,25	0,08
32.	«КАРВЕДИЛОЛ АУРОБІНДО» Ауробіндо Фарма Лімітед – Юніт ІІІ, Індія, табл. 12,5 мг, №30	Даних немає	Даних немає	Даних немає	Даних немає
33.	«КАРВЕДИЛОЛ АУРОБІНДО» Ауробіндо Фарма Лімітед – Юніт ІІІ, Індія, табл. 25 мг №30	Даних немає	Даних немає	Даних немає	Даних немає
34.	«КАРВЕДИЛОЛ АУРОБІНДО» Ауробіндо Фарма Лімітед – Юніт ІІІ, Індія, табл. 6,25 мг №30	Даних немає	Даних немає	Даних немає	Даних немає
	<b>Всього</b>	<b>136665256,00</b>			



Згруповані продажі ЛЗ карведілолу за виробниками за 2018 р. наведено в табл. 5.6. У цілому, як свідчать дані табл. 5.6, 72,77% товарного сегмента ринку карведілолу займає дев'ять закордонних виробників, при цьому ЛЗ карведілолу під торговельною назвою «КОРІОЛ®» фірми «KRKA» (Словенія) займає 51,01% сегмента ринку, будучи монополістом на ринку. Вітчизняні виробники характеризуються лише трьома фірмами, з яких фірма «Артеріум» займає 25,54% цього сегмента ринку, останні дві – всього до 2%.

Таблиця 5.6

**Продажі лікарських засобів карведілолу на ринку України за виробниками**

№ зп	Назва ЛЗ, виробник, країна	Продажі, тис. грн	Частка ринку, %	Кк
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія)	1146852,57	0,84	0,09
3.	«КАРВЕДІЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна)	546542,35	0,41	0,04
4.	«КАРВЕДІЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна)	1764065,21	1,29	0,14
5.	«КАРВИДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія)	3406027,58	2,49	0,28
7.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина)	12563831,05	9,19	1,11
8.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна)	34903817,65	25,54	3,77
9.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія)	69710565,31	51,01	11,45
10.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр)	5262087,80	3,85	0,44
11.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина)	6738156,28	4,93	0,57
12.	«АТРАМ», Sanofi (Франція)	623310,34	0,46	0,05
	<b>Всього</b>	<b>136665256,00</b>	<b>100,00</b>	-

Згідно з розрахованим коефіцієнтом конкурентоспроможності ЛЗ карведілолу за виробниками, найвищі коефіцієнти мають «KRKA» (Словенія) – 11,45 та «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна) – 3,77. Останні виробники ЛЗ карведілолу мають низькі коефіцієнти конкурентоспроможності.

Ринкову концентрацію виробників ЛЗ карведілолу або оцінку рівномірності розподілення ринкових часток фірм-виробників визначали шляхом розрахунку індексу Херфіндаля-Хіршмана

$$HHI = \sum_{i=1}^m q_i^2 \quad [97].$$

$$HHI = 0,84^2 + 1,29^2 + 2,49^2 + 9,19^2 + 25,54^2 + 51,01^2 + 3,85^2 + 4,93^2 + 0,46^2 = 3386,8366 \text{ (ринок висококонцентрований)}.$$

Крім того, встановлено, що одна фірма займає більше ніж 33%, дві фірми – понад 44%, три фірми – понад 54% і чотири фірми – понад 63% сегмента ринку, що характеризує сегмент товарного ринку карведілолу в Україні як монополізований і неконкурентний.

Одержане значення індексу та характеристики структури ринку виробників свідчать про сформований висококонцентрований, монополізований й неконкурентний сегмент ринку ЛЗ карведілолу з низькою часткою продажів ЛЗ вітчизняних виробників та їх кількістю. Тому для формування нормальної ринкової конкуренції в цьому сегменті, запобігання проявів монополізму необхідно підвищити ринкову активність наявних вітчизняних виробників і входження у товарний сегмент ще 2-3 вітчизняних виробників препарату. Цей висновок і значний ріст лікарських призначень та споживання препаратів карведілолу, включаючи застосування за урядовою програмою «Доступні ліки», повинні спонукати до активізації вітчизняної частки ринку шляхом входження нових виробників цього ЛЗ та залучення активних маркетингових комунікацій щодо підвищення ринкової сили й потенціалу вітчизняної продукції АГЛЗ.

Одержані в результаті нашого дослідження результати свідчать, що незважаючи на однакову АФІ (карведілол) у лікарських препаратах різних виробників, готові ЛЗ по-різному сприймаються лікарями й пацієнтами як покупцями й споживачами таких ліків. Наявність різних за силою ТМ ліків потребує подальшого вивчення факторів, які суттєво впливають на ринковий статус ЛЗ карведілолу та обсяги продажів як результат реакції ринку.

## 5.2 Науково-методичний підхід до оцінювання ринкової сили ТМ лікарського засобу карведілолу

Вивчення товарного сегмента перспективного ЛЗ карведілолу та окремих його препаратів, їх сили та розташування в маркетинговому полі проведено на основі попередніх напрацювань, наведених у розділі 4 дисертаційного дослідження, що базуються на сучасних методичних і маркетингових підходах.

На першому етапі ми дослідили та проаналізували основні ринкові характеристики сегмента ринку ЛЗ карведілолу. Далі було використано дані моніторингу роздрібного ФР компанії «Моріон» та встановлено показники: ВТР – частка аптек, у яких виявлена реалізація конкретного ЛЗ (%) та пенетрація – частка аптек, у яких встановлена наявність конкретного ЛЗ за даними моніторингу роздрібного ринку ЛЗ (%). Коефіцієнт конкурентоспроможності  $K_k$  визначався відношенням обсягів продажів (тис. грн) досліджуваного ЛЗ до суми обсягів продажів ЛЗ конкурентів, поділених на їх кількість, а частка у сегменті ринку – як відношення показника конкретного ЛЗ до загальної суми сегмента показника. Результати наведено в табл. 5.7.

Дані табл. 5.7 свідчать, що товарний сегмент ЛЗ на основі АФІ карведілолу, мав фактичну ємність 136,66 млн грн і представлений лише трьома реальними вітчизняними виробниками ЛЗ. Частка останніх становить всього 27,73%. При цьому 51,01% ринку належить фірмі «KRKA» (Словенія), а деякі фірми-виробники із зареєстрованими ЛЗ ще не набули ринкового статусу. Така ситуація спонукає до використання сучасних методик і підходів щодо поглибленої оцінки індивідуальних ТМ ЛЗ й встановлення їх сильних і слабких складових [47, 110]. Відомо, що лідери сегмента визначаються за часткою ринку, яку вони утримують, а ТМ і бренди визначаються низкою якісних показників з відповідним рівнем кількісних показників [20, 22, 74, 172]. У попередньому розділі роботи показано, що відрізнитись вони можуть значен-

нями найбільш вагомих ринкових показників: рівень лояльності, рівень ідентифікації, рівень спонтанного знання, рівень споживання, рівень доступності і частка ринку.

Таблиця 5.7

### Основні маркетингові характеристики сегмента ЛЗ на основі карведілолу

№ з/п	Назва ЛЗ, виробник	Обсяги продажів		ВТР, %	Пене-трація, %	K <sub>к</sub>	Частка у сегменті ринку, %	
		уп.	тис. грн				уп.	грн
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія)	16556	1145852,57	3,88	4,05	0,10	3,25	0,84
2.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція)	Даних немає	Даних немає	Да-них немає	Да-них немає			
3.	«КАРВЕДІЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна)	19645	546542,30	35,08	35,22	0,05	3,86	0,40
4.	«КАРВЕДІЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна)	55537	1764065,01	14,50	16,09	0,16	10,92	1,29
5.	«КАРВІДЕКС®», Dr. Reddy's (Індія)	55703	3406027,58	34,77	37,33	0,31	10,95	2,49
6.	«КАРВІУМ, АЛВОГЕН» УКРАЇНА (Україна)	Даних немає	Даних немає	Да-них немає	Да-них немає			
7.	«КАРДІОСТАД®», Stada (Німеччина)	52156	12563830,99	15,46	16,07	1,21	10,25	9,19
8.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна)	6883	34904817,86	74,90	82,45	4,11	1,35	25,54
9.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія)	186781	69710565,75	84,80	88,34	12,49	36,72	51,01
10.	«МЕДОКАРДИЛ», Medochemie (Кіпр)	76161	5262087,80	34,78	35,87	0,46	14,97	3,85
11.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина)	30718	6738156,27	8,57	12,35	0,62	6,03	4,93
12.	«АТРАМ», Sanofi (Франція)	8543	623310,35	3,50	3,90	0,05	1,70	0,46
13.	«КАРВЕДІГАММА», Woerwag Pharma (Німеччина)	Даних немає	Даних немає	Да-них немає	Да-них немає			
	Всього	<b>508683</b>	<b>136665256,30</b>	-	-	-	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Враховуючи специфіку фармацевтичної галузі, ЛЗ і вплив лікарів та провізорів на споживання ЛЗ було запропоновано низку показників бренду для ЛЗ та їх рівні: рівень спонтанного знання ЛЗ – не менше 30 %, рівень ідентифікації з виробником – не менше 20 %, рівень споживання – не менше 25 %, рівень лояльності – не менше 25 %, час перебування на ринку – не менше 6 років, частка ринку – не менше 30 %, рівень доступності – не менше 40 % [9, 24]. Далі проведено дослідження основних ринкових показників ТМ і бренду в товарному сегменті ЛЗ карведілолу. Дослідження проведене шляхом анкетного опитування споживачів ЛЗ карведілолу, структура питань наведена в Додатку Е. Одержано та оброблено 118 анкет. Порядок розрахунку показників сили бренду здійснювали за формулами:

Розрахунки показників сили бренду ЛЗ проводились за формулами:

1. Рівень обізнаності ( $q_{об}$ ):

$$q_{об} = r_{зн} / r_{заг}, \quad (5.1)$$

де  $r_{зн}$  – кількість осіб, які знають про ЛЗ;  $r_{заг}$  – кількість опитаних.

2. Рівень лояльності ( $q_{л}$ ):

$$q_{л} = r_{к.р.} / r_{заг}, \quad (5.2)$$

де  $r_{к.р.}$  – кількість осіб, які регулярно купують ЛЗ.

3. Рівень рекомендацій ( $q_{р}$ ):

$$q_{р} = r_{р.} / r_{заг}, \quad (5.3)$$

де  $r_{р.}$  – кількість осіб, яким порекомендували ЛЗ.

4. Рівень купівлі (споживання) ( $q_{к}$ ):

$$q_{к.} = r_{к.} / r_{заг}, \quad (5.4)$$

де  $r_{к.}$  – кількість осіб, які хоч один раз купували (приймали) ЛЗ.

5. Рівень асоціацій ( $q_{ас}$ ):

$$q_{ас.} = r_{ас.} / r_{заг}, \quad (5.5)$$

де  $r_{ас.}$  – кількість осіб, у яких виникають асоціації з терапевтичною групою.

За максимально можливе значення показника сили бренду нами прийнято 1,0, з якою порівнювалась сила бренду кожного ЛЗ. Результати розрахунку

ків одиничних показників та узагальненого показника  $Q$  для АГЛЗ представлені у табл. 5.8.

Таблиця 5.8

**Вихідні дані для розрахунку і показники сили бренду ЛЗ карведілолу**

№ п/п	ТН ЛЗ, назва виробника, країна	$r_{заг}$	$r_{зн}$	$r_{к,р}$	$r_p$	$r_k$	$r_{ас}$	$q_{об}$	$q_l$	$q_p$	$q_k$	$q_{ас}$	$Q$
1.	«КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®», Sandoz (Швейцарія)	118	97	14	15	18	32	0,82	0,12	0,13	0,15	0,27	0,30
2.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЗЕНТИВА», Sanofi (Франція)	118	21	2	7	9	23	0,18	0,02	0,06	0,08	0,19	0,11
3.	«КАРВЕДИЛОЛ-КВ», Київський вітамінний завод ПАТ (Україна)	118	103	19	9	21	21	0,87	0,16	0,08	0,18	0,18	0,09
4.	«КАРВЕДИЛОЛ-ЛУГАЛ», Луганський ХФЗ ВАТ (Україна)	118	76	8	3	11	14	0,64	0,07	0,03	0,09	0,12	0,19
5.	«КАРВИДЕКС®» Dr. Reddy's (Індія)	118	109	12	16	36	39	0,92	0,10	0,13	0,31	0,33	0,36
6.	«КАРВІУМ», АЛВОГЕН УКРАЇНА (Україна)	118	12	2	1	5	12	0,10	0,02	0	0,04	0,10	0,05
7.	«КАРДИОСТАД®», Stada (Німеччина)	118	112	11	16	24	41	0,95	0,09	0,14	0,20	0,35	0,35
8.	«КОРВАЗАН®», «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна)	118	107	11	15	18	30	0,91	0,09	0,13	0,15	0,25	0,31
9.	«КОРІОЛ®», KRKA (Словенія)	118	115	21	28	39	24	0,97	0,18	0,24	0,33	0,20	0,38
10.	«МЕДОКАРДИЛ» Medochemie (Кіпр)	118	78	4	1	6	12	0,66	0,03	0	0,05	0,10	0,17
11.	«ТАЛЛІТОН®», Egis (Угорщина)	118	84	13	7	17	19	0,71	0,11	0,06	0,14	0,16	0,24
12.	«АТРАМ», Sanofi (Франція)	118	66	1	-	5	11	0,60	0	0	0,04	0,09	0,15
13.	«КАРВЕДІГАМ-МА®», Woerwag Pharma (Німеччина)	118	39	-	-	4	9	0,33	0	0	0,21	0,08	0,12

Результати, що наведені на рис. 5.1, показують значні відмінності узагальнених ринкових показників, що характеризують АГЛЗ як силу ТМ.

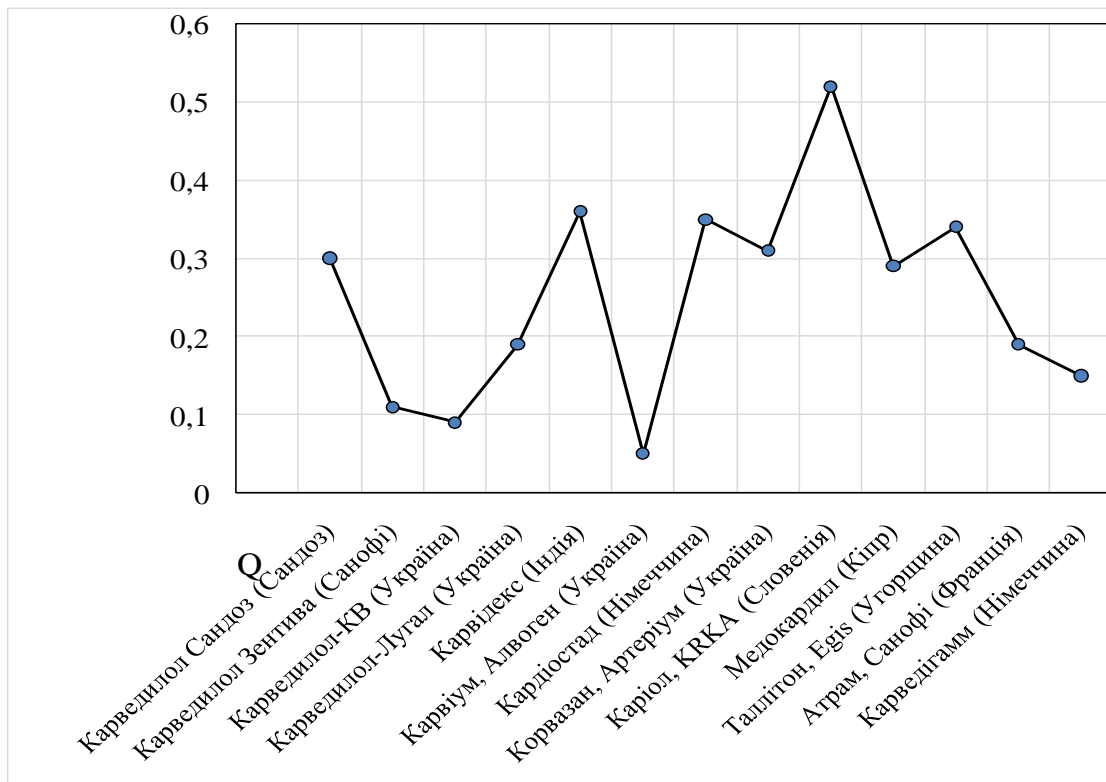


Рис. 5.1 Графічне представлення узагальненого показника сили бренду ЛЗ карведілолу

При цьому лише чотири ЛЗ карведілолу мають узагальнений показник сили ТМ вищий за показник межі ТМ-бренд і який є у полі «бренд». Таке високе значення узагальненого показника одержано завдяки одному дуже високому показнику – обізнаності, що сформований близькістю однорідності торгових назв ЛЗ карведілолу і не може повністю характеризувати ринкову силу. При цьому інші показники ринкової сили ТМ характеризуються значно меншим рівнем показників. Такий формат одержаних результатів не відображає вплив кожної складової з різною природою і сутністю факторів. А це не дає змогу об'єктивно формувати маркетингові стратегії розвитку окремих ТМ ЛЗ й визначати підходи до їх посилення. Використовуючи раніше запропоновану нами графічну модель маркетингової карти, проведено розміщення складових кожного досліджуваного ЛЗ карведілолу (рис. 5.2 та 5.3).

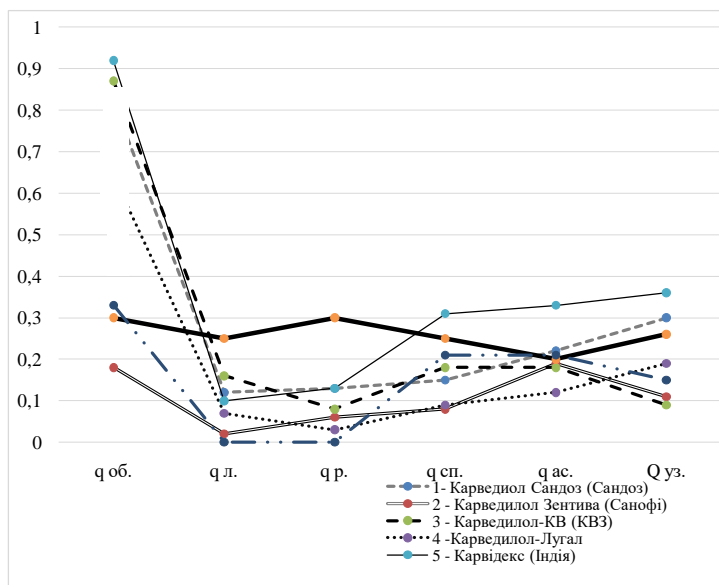


Рис. 5.2 Маркетингова карта розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу (фрагмент 5 ЛЗ)

При цьому лінія межі ТМ- бренд встановлена згідно з рекомендаціями на рівні: обізнаність – 0,3, лояльність – 0,2, рекомендації – 0,3, споживання – 0,25 і асоціація 0,2. Така лінія межі кількісно розподіляє значення кожного показника, що дає можливість надалі визначати якісний статус конкретного ЛЗ, силу окремих його показників та місце в умовному ринковому полі. Зіставлення кожного показника ЛЗ з відносним граничним рівнем показника бренду визначає не тільки місце ЛЗ в умовному ринковому полі, але й дає можливість обирати напрямки маркетингових зусиль щодо підвищення окремих ринкових показників ЛЗ.



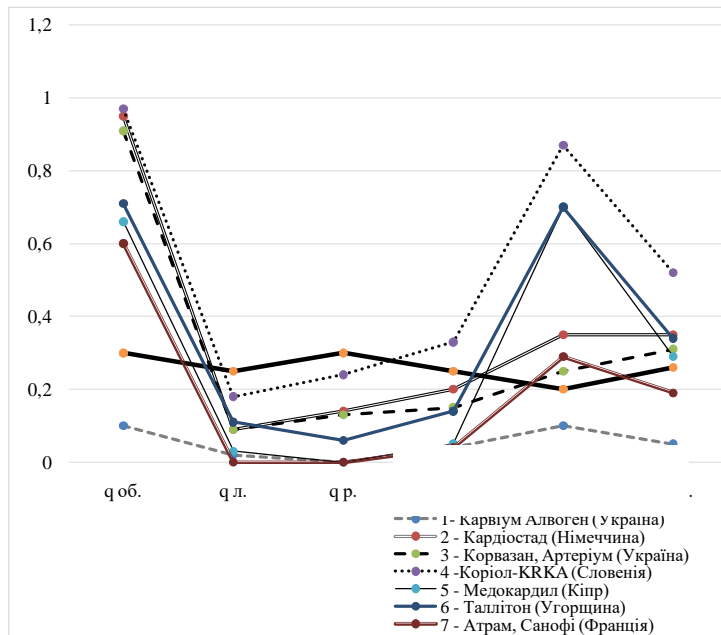


Рис. 5.3 Маркетингова карта розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу (фрагмент 7 ЛЗ)

Відповідно до розташування сили показників ТМ ЛЗ карведілолу в умовному ринковому полі усі ЛЗ, крім «Карвіум Алвоген» (Україна) і «Карведілол Зентива» (Санофі), мають сильний рівень ринкового показника обізнаності (рівня бренд), що свідчить про достатньо швидке запам'ятовування таких ЛЗ, які мають єдиний корінь, споріднений з назвою АФІ карведілол. Проте інші основні ринкові показники (рівень лояльності, рівень рекомендацій, рівень споживання), що формують сутність статусу ЛЗ, відповідають лише рівню ТМ, не досягаючи рівня бренду.

Таке розміщення ринкових показників на маркетинговій карті дає не лише загальну картину реального розміщення ЛЗ у ринковому просторі, а й рівень сили кожного показника щодо інших конкурентів. Це дає можливість виділяти стратегічні напрямлення щодо подальших напрямків маркетингових комунікацій і складових таких зусиль.

Формування показників також можливе на моделі циклограми: додатково надає можливість розраховувати відносні інтегровані кількісні показники з урахуванням утримуваних ними площ на рисунку.

Важливим завданням кожного виробника є утримання високої конкурентоспроможності своєї продукції, підвищення ринкового потенціалу ЛЗ як товарів та їх ринкової сили. Наведені моделі дають можливість виявити сильні і слабкі показники ТМ та спрямувати максимум зусиль на підвищення на посилення рівня останніх показників. Стратегічною метою виробника є формування зусиль на ріст ТМ в статус бренду. Така позиція посилить в цілому ринковий потенціал товарного ринкового сегмента ЛЗ.

Посиленню товарного ринкового сегмента ЛЗ на основі базової АФІ (у нашому випадку карведілол) буде сприяти виведення перспективних і ефективних ліків на ринок та використання активних маркетингових комунікацій.

### **5.3 Підвищення ринкового потенціалу антигіпертензивних препаратів шляхом пропозиції розробки нового лікарського засобу**

Ринковий потенціал сегмента ринку антигіпертензивних препаратів підсилюється шляхом введення ЛЗ новітніх поколінь, збільшенням кількості фірм-виробників та обсягів виробництва таких ЛЗ, посиленням активності й ефективності маркетингових комунікацій тощо [47, 48, 65, 110]. Нашими попередніми дослідженнями встановлено, що ринкова частка карведілолу вітчизняного виробництва становить всього 27,23%, а препарат активно рекомендується для лікування і профілактики підвищеного артеріального тиску за

урядовою програмою «Доступні ліки». Це створює умови до значного збільшення потенційної ємності ринку цього ЛЗ (за прогнозом відділу маркетингу виробника від 240 млн грн у 2019 р. до 378 млн грн у наступні 3-4 роки). Збільшення частки ліків вітчизняного виробництва розширить можливості щодо більш повного задоволення різних верств хворих, які страждають на підвищений артеріальний тиск, а збільшення кількості вітчизняних виробників цього ЛЗ призведе, крім всього, до зменшення проявів монополізму в сегменті ринку і переходу до «ринку споживача».

Вихід на ринок нових потенційних виробників ЛЗ на основі карведілолу в таблетованій формі можливий завдяки наявного технологічного обладнання та відповідних площ і не потребує додаткових інвестиційних вкладень. Інноваційні вкладення будуть направлені на розробку складу і технології ЛЗ, проведення циклу комплексу робіт фармацевтичної розробки та доклінічних досліджень, державної експертизи матеріалів реєстраційного досьє, клінічної апробації та затвердження відповідної нормативно-технічної документації. Для інвесторів, розробників та виробника важливою складовою є встановлення основних економічних і маркетингових показників продуктового проєкту, визначення прибутковості, сум необхідних інвестицій та терміну їх повного повернення. Встановлення головних прогностичних маркетингових та економічних показників розробки і виробництва нового ЛЗ на основі карведілолу у формі таблеток проводили з використанням методики проєктного планування та комп'ютерної обробки, затвердженої МОЗ України [132].

На величину вартості саме наукових досліджень, розробок та експертиз ЛЗ впливають як об'єктивні, так і суб'єктивні складові. Найбільш впливовими є вид фармакологічної дії, його кількість у дослідженні та складність використовуваних доклінічних моделей та клінічних випробувань, вартість стандартних й референтних зразків активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) та допоміжних речовин, обсяги, умови та форми оплати стороннім виконавцям тощо [48, 110]. При розрахунку окремих статей витрат використо-

вують і затверджені розцінки (наприклад, розцінки вартості послуг, які надаються Державним експертним центром МОЗ України щодо експертизи матеріалів на ЛЗ, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), їх аналізу, вартості видавничих, інформаційно-консультативних послуг тощо). Разом з тим вартість готового ЛЗ, його ціну для пацієнтів формують згідно з прийнятою у фармацевтичному виробництві калькуляцією з урахуванням вартості головних чинних АФІ, допоміжних речовин та матеріалів, виробничих і загально фірмових витрат, прибутку та ПДВ. Застосовується маркетинговий підхід до встановлення ринкової ціни з урахуванням пропозицій, попиту та прибутковості, а також цін на прямі або не прямі препарати-конкуренти. Важливим фактором при визначенні ціни для пацієнтів є врахування сум інвестиційних вкладень, необхідності їх повернення в повному обсязі за бажаний термін з урахуванням дисконту й достатнього підприємницького інвестиційного прибутку. В інвестиційній практиці заведено повертати інвестиційні вкладення зазвичай за 3 (іноді до 5) роки. У фармацевтиці лише початок комерційного використання навіть генеричного ЛЗ починається з його реалізації лише через 2,5-3 роки. Тому для активного повернення вкладених фінансових коштів у бажаний період (наприклад, до 5 років) вихід на ринок такого ЛЗ повинен характеризуватися значними потоками фінансових доходів. Частина прибутків залежатиме також і від рівня прибутковості. Слід урахувати, що частина прибутку від продажів ЛЗ має піти на інші обов'язкові платежі та податки (наприклад, 18% як податок на прибуток).

Опрацювання напрямків удосконалення підходів і принципів щодо впливу вартості й тривалості розробок ЛЗ на формування ринкової ціни проведено на прикладі таблеток карведілолу, що розроблялись фірмою.

Аналіз сегмента ринку препаратів на основі карведілолу проводили з використанням даних моніторингу продажів ЛЗ компанії «Моріон» за останні 5 років, рекомендації спеціалістів НДІ терапії ім. Л.Т. Малої щодо перспективності використання карведілолу. Встановлено, що продажі препаратів на

основі карведілолу за 2017 р. становили 1,8 млн уп. на загальну суму 99,515 млн грн. Продажі зросли до 136,66 млн грн (2018 р.) та 240,748 млн грн (2019 р.). В Україні відзначаються активні пропозиції семи іноземних та вітчизняних виробників ЛЗ карведілолу в різних дозуваннях: 4,315; 8,15; 15 й 31,5 мг. Враховуючи, що фахівці фармацевтичного ринку для стабільності забезпечення ліками, недопущення монополізації та формування здорової конкуренції рекомендують не менше 4 вітчизняних виробників аналогів ЛЗ, ми продовжили дослідження щодо доцільності розширення виробників таблеток карведілолу 15 мг.

Нами встановлено, що ціни на ЛЗ на основі карведілолу із дозуванням 15 мг варіювалися в межах від 1,09 до 19,31 (іноземні виробники) та 1,04 і 1,30 (вітчизняні виробники) грн за одну таблетку. Таблетки карведілолу по 15 мг вітчизняного виробництва займають лише низьковартісну цінову нішу, в той час іноземні виробники мають представництво у трьох цінових нішах (табл. 5.9).

Таблиця 5.9

**Характеристика товарного сегмента таблеток на основі карведілолу по 15 мг за продажами та цінами**

ЛЗ карведілолу, дозування	Ціна за одну таблетку, грн	Продажі ЛЗ			
		Вітчизняного виробництва		Іноземного виробництва	
		уп.; %	тис. грн; %	уп.; %	тис. грн; %
Таблетки на основі карведілолу 15 мг	до 4	366177; 76,02%	6699,68; 40,72%	115533; 23,98%	9753,86; 59,28%
	від 4 до 8	-	-	-	-
	від 8 до 12	-	-	4444; 100%	845,51; 100%
	від 12 до 16	-	-	-	-
	від 16 до 20	-	-	38246; 100%	3692,56; 100%
Усього		366177	6699,68	158223	14291,93

Отже, за рік було продано 524400 уп. препарату на основі карведілолу 15 мг, з яких 69,87% – вітчизняного виробництва. У грошових одиницях відповідно 20991, 61 тис. грн та 31,92%. Не виявлено прямої залежності між ціною та обсягом продажів. Найбільші обсяги продажів здійснено ЛЗ «КОРВАЗАН®» («Артеріум» Корпорація ВАТ), таблетки 15 мг № 40. Тому на першому етапі прогнозні розрахунки проводили зважаючи на ринкову ціну 1,30 грн за одну таблетку або 39 грн за 30 таблеток.

Використовуючи підходи щодо порядку й складових при вивченні організаційно-технологічних процесів розробки нових ЛЗ, узгоджених МОЗ України, ми узагальнили основні складові інвестиційних вкладень вітчизняного підприємства в розробку та впровадження у виробництво препарату карведілолу у формі таблеток [18, 19]. Уточнення основних прогностичних показників проведене з відділом маркетингу виробника. Суми та структура інвестиційних вкладень, а також терміни їх використання в інноваційному процесі розробки таблеток на основі карведілолу наведено в табл. 5.10.

Одержані дані засвідчують, що загальна сума інвестицій становить 328,9 тис. грн, з яких витрати на власне розробку ЛЗ – 220,4 тис. грн, 43,5 тис. грн – на організацію виробництва ЛЗ і 65 тис. грн – на активізацію маркетингових комунікацій. Для стимулювання дистрибуції введено знижки з ціни виробника. Це дасть змогу на початковому етапі отримати додатковий обсяг необхідної маркетингової інформації, уточнити сильні і слабкі сторони конкурентів, сформулювати заходи щодо підвищення сприйняття ринком нового ЛЗ, профінансувати початкові рекламні кампанії, що приведе до значного збільшення обсягів продажів ЛЗ. Згідно з даними виробника термін створення ЛЗ до початку виробництва становить 28 міс.

Таблиця 5.10

**Структура інвестиційних вкладень та терміни їх використання в процесі розробки і виробництва таблеток карведілолу 0,015 г**

№ з/п	Найменування етапу	Інвестиційні вкладення, грн				
		1 рік	2 рік	3 рік	4 рік	Всього
1.	Обґрунтування ефективності та доцільності проекту, науково-дослідні роботи, державна експертиза та реєстрація, у тому числі:	41100,00	147000,00	32300,00		220400,00
1.1	Інформаційно-патентні дослідження	3400,00	2500,00			5900,00
1.2	Маркетингові дослідження та аналіз	4200,00				4200,00
1.3	Фармацевтична розробка. Технологічні дослідження	14600,00	11300,00			25900,00
1.4	Фармацевтична розробка. Аналітичні дослідження	10700,00	14600,00			25300,00
1.5	Доклінічні дослідження	8300,00	22400,00			30700,00
1.6	Організаційно-експертні та державні реєстрації, включаючи клінічну апробацію		96200,00	32300,00		128500,00
2.	Постановка на виробництво та реалізація, у тому числі:		19800,00	23700,00		43500,00
2.1	Організаційні, техніко-технологічні та аналітичні роботи		14800,00	16300,00		31100,00
2.2	Маркетингові дослідження та комерційна підтримка		5000,00	7400,00		12400,00
3.	Інвестування в маркетингові комунікації, у тому числі:			40000,00	25000,00	65000,00
3.1	Витрати на активні рекламні кампанії			24000,00	16000,00	40000,00
3.2	Витрати на разові заходи			10000,00	6000,00	16000,00
3.3	Витрати на рекламу			6000,00	3000,00	9000,00
	<b>Всього інвестицій</b>	<b>41100,00</b>	<b>166800,00</b>	<b>96000,00</b>	<b>25000,00</b>	<b>328900,00</b>

Важливим етапом продуктового проектування є прогнозне визначення собівартості продукції, рентабельності виробничої та ринкової зі встановленням оптово-відпускної (договірної) ціни виробника [132]. Слід відзначити, що під час прогнозування рівня ціни та рентабельності враховують цілий ряд факторів, які впливатимуть на суттєве зменшення фактичної рентабельності майбутнього ЛЗ протягом кількох років: майбутні знижки в період виведення нового ЛЗ на ринок (до 20-40%), відтермінування строку оплати та товарні кредити покупцям, використання підходів бек-маржі у взаємовідносинах виробника та учасників реалізації ЛЗ, створення достатніх товарних запасів у товаропровідній системі за рахунок виробника, постійні високі інфляційні процеси, які ведуть до активного росту цін на сировину й тарифів, і, як наслідок, підвищення собівартості продукції та зменшення фактичної прибутковості препарату тощо [21].

Враховуючи незначну вартість допоміжних речовин і їх вплив на вартість продукції, на етапі проведення прогнозних розрахунків у модельному складі таблеток за рекомендацією заводу-виробника (ТОВ «Фармацевтична фірма «Вінка») використані целактоза, крохмаль картопляний і магнію стеарат, які широко застосовуються у виробництві таблеток. Галузевий підхід щодо визначення собівартості фармацевтичної продукції використано при формуванні структури та складових калькуляції. Виробничі втрати активної фармацевтичної субстанції та допоміжних речовин враховувались на рівні до 3 %. Визначення показників собівартості й прибутковості виробництва таблеток на основі карведілолу 0,015 г проводили з використанням комп'ютерного розрахунку. Результати наведено в табл. 5.11.

Згідно з проведеною калькуляцією собівартості таблеток карведілолу 15 мг № 30 за галузевою методикою, виробнича собівартість препарату становить 428,70%, а загальна рентабельність при ціні 39 грн за упаковку може сягати 282,8%, що свідчить про високу рентабельність продукції та її економічну ефективність.



Таблиця 5.11

**Визначення собівартості таблеток карведілолу 0,015 г № 30 (на 1000 уп.)**

Найменування	Од. виміру	Норма витрат	Ціна, грн	Сума, грн
<b>Основні матеріали</b>				
Карведілол	Кг	0,4635	14200,00	6581,70
Целактоза	Кг	3,3249	62,00	206,14
Крохмаль картопляний	Кг	0,3730	25,60	9,55
Магнію стеарат	Кг	0,2400	38,20	9,17
Всього	-	-	-	6806,56
<b>Допоміжні матеріали</b>				
Гофроящик (360x360x100)	тис. шт.	0,00748	1 608,00	12,03
Крохмаль картопляний	кг	0,01100	5,60	0,06
Стрічка скотч 72мм-120м	шт.	0,06330	18,80	1,19
Стрічка скотч 72x66м	шт.	0,00080	9,80	0,01
Листок-вкладка	тис. шт.	1,00100	24,20	24,22
Номер пакувальника	тис. шт.	0,00750	1,60	0,01
Пачка препарат табл. карведілолу 0,015 г	тис. шт.	1,00800	325,00	327,60
ПВХ 170x0,2 прозор. б/к	кг	3,60000	14,70	52,92
Прокладка 345x345	тис. шт.	0,01496	280,00	4,19
Тканина фільтрувальна	кв. м	0,03900	0,00	0,00
Фольга препарат табл. карведілолу 0,015 г	тис. шт.	0,66000	54,00	35,64
Етикетка 10	тис. шт.	0,00750	27,32	0,20
Всього	-	-	-	458,08
<b>Найменування</b>	<b>Од. виміру</b>		<b>Сума, грн.</b>	
Основні матеріали	грн		6806,561	
Допоміжні матеріали	грн		458,08	
Транспортно-заготівельні витрати	0,20%		14,53	
Зарплатня основна	Грн		12,31	
Зарплатня додаткова	58,50%		7,20	
Нарахування на заробітну платню	22,00%		4,29	
Загальновиробничі витрати	592,30%		72,94	
Виробнича собівартість	грн		7735,91	
Виробнича рентабельність	%		428,70	
Витрати на збут	16,80%		3 000,29	
Інші витрати	24,10%		1040,00	
Загальні витрати на готову продукцію	грн		25 163,17	
Прибуток	грн		27303,07	
Рентабельність	%		282,80	
Договірна ціна виробника	Грн		39000,00	
у т. ч. ПДВ	7,00%		2551,40	

Таким чином, виробництво таблеток карведілолу 0,015 г з урахуванням ринкової кон'юнктури прогнозується високорентабельним, що свідчить про

доцільність подальшого дослідження умов інвестиційної привабливості пропонуваного ЛЗ та його соціальної спрямованості щодо економічної доступності ціни.

З урахуванням встановлених економічних показників на наступному етапі здійснене комп'ютерне моделювання визначення точки беззбитковості і прибутковості виробництва таблеток карведілолу 0,015 г. Узагальнені результати сформовані у вигляді модельного рисунка (рис. 5.4).

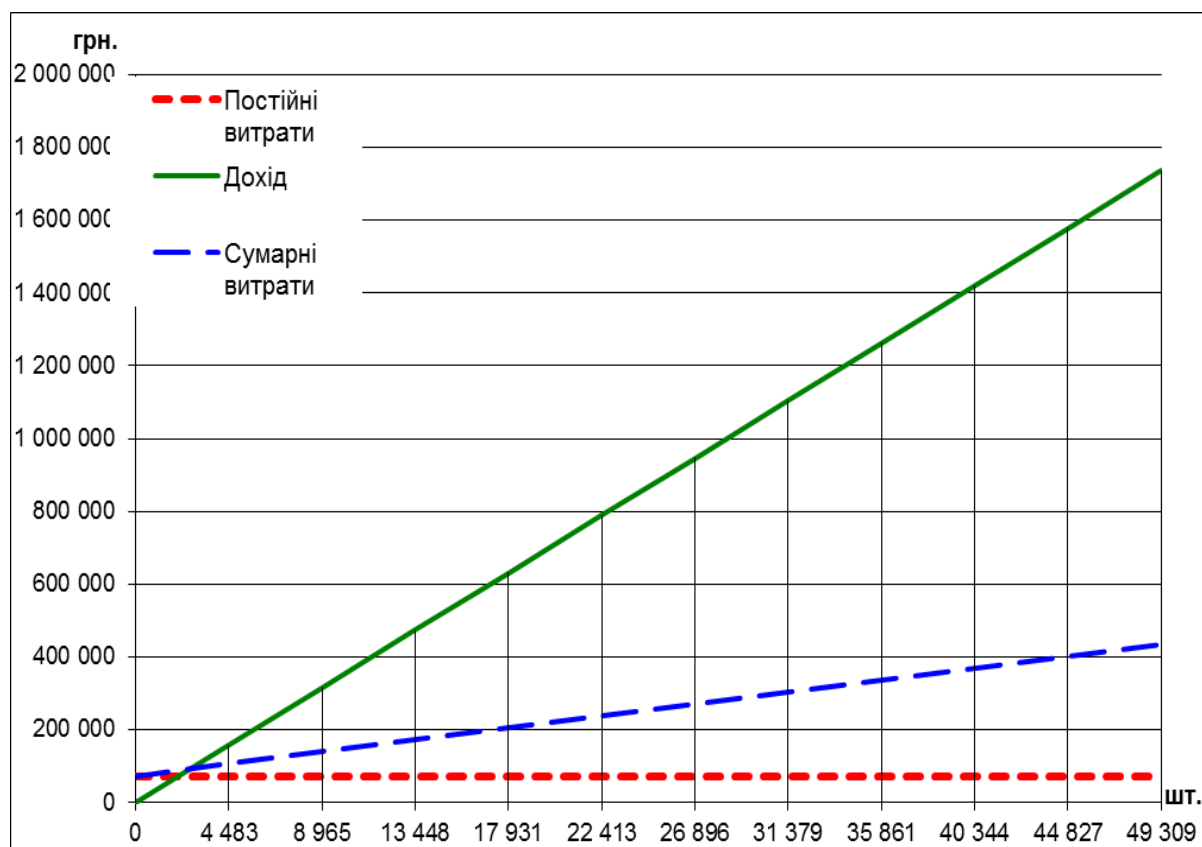


Рис. 5.4 Модель точки беззбитковості та прибутковості виробництва таблеток карведілолу 0,015 г

Одержана модель показує, що критична точка виробництва і продажів (точка беззбитковості) таблеток карведілолу 0,015 г досягається при 2645 уп. із подальшим активним нарощуванням суми прибутку.

Крім рівня рентабельності, суттєвого значення набуває вплив ринкових обсягів продажів на дохідність і прибутковість продукції, які залежать від низки факторів і єдиної спрямованості дій всіх служб виробника, особливо

відділів маркетингу, виробництва і збуту. Тому прогнозування варіантів можливих обсягів продажів є основою для подальших розробок програм з маркетингу і лояльності та планів робіт окремих служб фармацевтичного підприємства з реалізації стратегії виведення на ринок нового ЛЗ з орієнтацією на контрольні цифри, особливо перші 3-5 років. Прогнозні обсяги продажів повинні обов'язково корелювати з можливостями виробництва, його техніко-технологічною базою, закупівлею необхідної кількості сировини і матеріалів. На цій основі розробляється виробнича програма, обсяги виробництва конкретних серій і кількості серій ЛЗ. Виробленої продукції повинно бути достатньо для забезпечення оптимального поточного запасу готової продукції на складі виробника, в оптовій та роздрібній мережі.

Виробники ліків практикують торговельні знижки з ціни виробника, товарні кредити покупцям та відтермінування оплати покупцями. Це формує дебіторську заборгованість у виробника, що потребує додаткового фінансового забезпечення. Додаткове кредитування дебіторської заборгованості є важливою складовою інвестиційної діяльності у товарній політиці виробників й активного стимулювання продажів ЛЗ. У конкурентному середовищі на товарному сегменті ринку все більшого значення набувають активні маркетингові комунікації, серед яких провідне місце займають рекламні кампанії. Правильно та своєчасно проведені рекламні кампанії можуть призвести до значного збільшення обсягу продажів ЛЗ, відповідно збільшення фінансового покриття та прибутку і, як результат, підвищення інвестиційної привабливості проєкту в цілому.

Разом з відділом маркетингу вітчизняного виробника нами встановлені бажані обсяги продажів таблеток карведілолу на найближчі 3-5 років та наступні періоди (останні умовні як тренди), які необхідні для визначення сум дисконтованих інвестицій і термінів їх повного повернення, а також для планування закупівель сировини, виробництва необхідних обсягів серій продукції, зусиль усіх служб щодо виконання контрольних планових показників.

У табл. 5.12 представлені проєктні дані комп'ютерного розрахунку щодо можливих обсягів продажів ЛЗ у трьох варіантах розвитку подій: базовому, або найбільш вірогідному, оптимістичному та песимістичному (перший та другий роки – це роки розробки ЛЗ, третій рік – частково реєстрація ЛЗ, а частково початок продажі ЛЗ). Найбільш важливими та наближеними до ринкової ситуації будуть перші 3-5 років комерційного використання ЛЗ, показники інших років застосовуються як умовні для визначення тренду, їх можна використовувати і як контрольні з постійним їх коригуванням. У цілому такий часовий обсяг прогнозних показників обсягу продажів дає можливість розширити модельне поле аналізу й отримувати необхідні тренди.

Слід підкреслити, що інвестиції, у тому числі і фінансові, мають властивість знецінюватись у часі (інфляція, зміна дохідності банківського капіталу, зміна валютних курсів тощо). Тому важливою необхідністю є визначення дисконтованих сум інвестицій, які необхідно повернути в установлені терміни.

Таблиця 5.12

**Прогнозні обсяги продажів таблеток карведілолу 0,015 г згідно з трьома варіантами можливих сценаріїв розвитку ринкових подій**

Рік продажів	Сценарії розвитку подій						Відтермінування платежу, днів
	Оптимістичний		Найбільш вірогідний (базовий)		Песимістичний		
	Кількість, уп.	Знижка з ціни, %	Кількість, уп.	Знижка з ціни, %	Кількість, уп.	Знижка з ціни, %	
1	8500	15	16800	12	2500	20	20
2	11300	15	19800	12	6000	20	20
3	14600	12	26300	12	6020	18	20
4	15400	10	48200	8	7200	18	15
5	16500	10	53700	8	7220	18	15
6	18500	10	61600	8	7240	15	15
7	32000	10	74500	6	14000	15	15

Використовуючи раніше запропоновану авторами методику комп'ютерного розрахунку основних маркетингових й економічних показників [132], ми сформуваємо модель протікання дисконтованих грошових потоків за трьома сценаріями розвитку ринкових подій: оптимістичним, песимістичним та базовим як найбільш вірогідними варіантами (рис. 5.5).

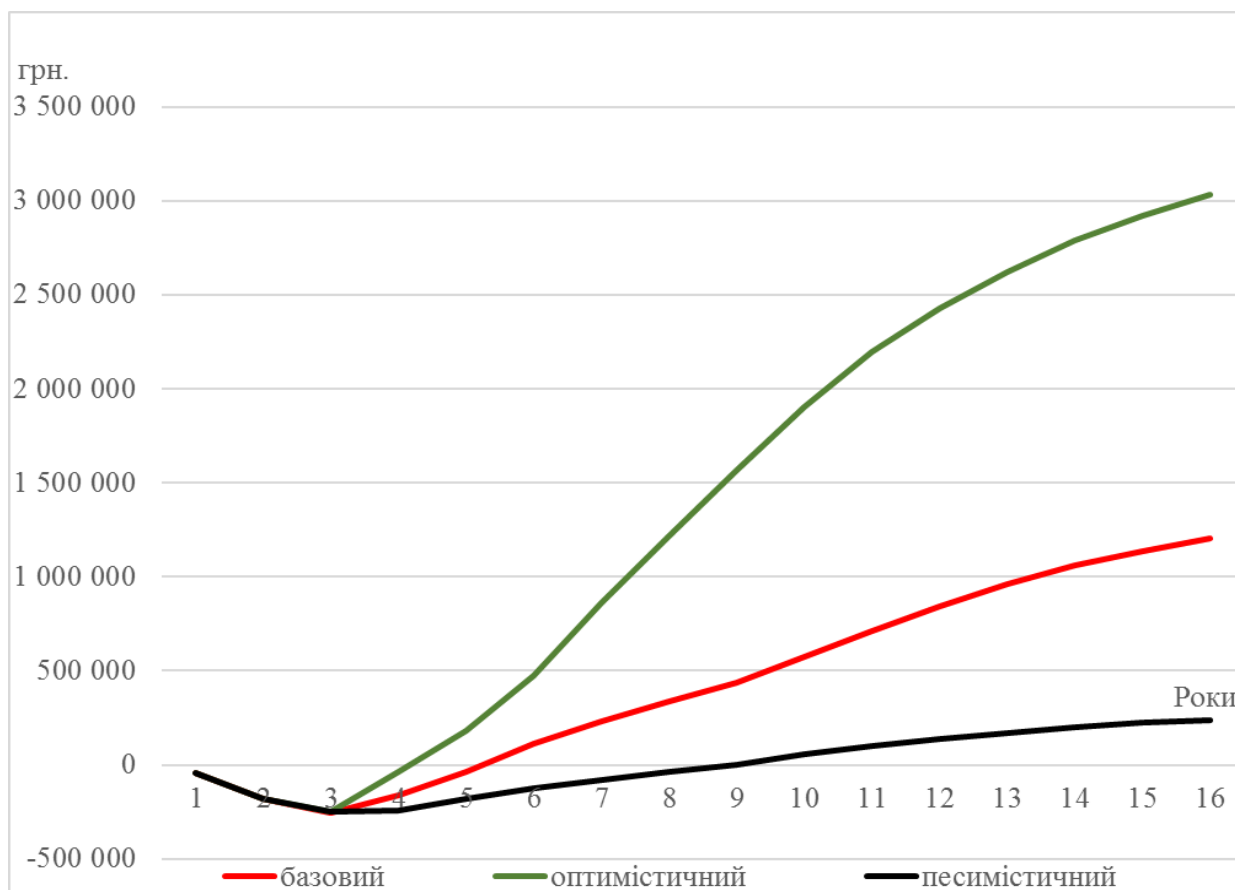


Рис. 5.5 Модель сценаріїв дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г (зліва направо: оптимістичний, базовий, песимістичний варіант)

Таким чином, прогнозоване повернення дисконтованих інвестиційних вкладень при використаних основних показниках можливе через 4 роки (оптимістичний варіант), 5 років і 2 міс. (найбільш вірогідний варіант) або через 8 років і 7 міс. (песимістичний варіант).

#### **5.4 Науково-практичні рекомендації щодо формування ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованого підходу**

Головною метою соціально орієнтованої маркетингової товарної політики виробничого ФП є забезпечення населення країни ефективними, безпечними, якісними та доступними ЛЗ [22, 23, 44, 114]. На усіх етапах технологічного процесу створення та виробництва ЛЗ механізми взаємодії між учасниками-стейкхолдерами направлені на досягнення кінцевого результату – випуск нового лікарського препарату за доступними цінами. Рекомендується більш детально та об'єктивно проводити попередню оцінку з використанням маркетингових та економічних інструментів (поглиблений аналіз товарних сегментів ринку проєктного ЛЗ, визначення фактичної та потенційної ємності сегменту, оцінка активних конкурентів та їх вплив на сегмент, проведення прогнозування собівартості, прибутковості ЛЗ, розрахунок основних показників економічної ефективності, визначення необхідних обсягів виробництва та продажу перших двох років, оцінювання потоків доходів і прибутку за трьома варіантами подій (базовий, оптимістичний та песимістичний), терміни повернення інвестиційних вкладень та їх подальше використання, прогноз загальної потреби у фінансових коштах та ін. [132]. Маркетинговий підхід до управління продуктивним портфелем у фармації повинен орієнтувати менеджмент на всіх етапах робіт на споживача ліків і бути направлений на відносне зменшення витрат при створенні нових ЛЗ і виробництві вискоефективних, економічно доступних ліків для різних соціальних верств пацієнтів. Маркетинговий підхід до реалізації активної та ефективно інноваційної політики дає можливість поєднати потреби та мотивації хворих, виробників ліків й інвесторів та держави.

Таким чином, формування ціни в маркетинговому полі цінової політики ЛЗ й підприємства та її рівень залежатиме від необхідності отримати максимальне й швидке повернення інвестицій (впливають рівень прибутковості,

рівень ціни та обсяги продажів), з одного боку, та меж максимальної економічної доступності для споживачів, для ліків і соціальних запитів суспільства й держави з іншого. Визначення оптимальних співвідношень таких показників і є виконанням соціального замовлення ФВ.

Відомо, що частину прибуткової частини в ціні ЛЗ використовуватимуть оптово-збутові та роздрібні учасники товаропросування. Тому для стабілізації прогнозованої ринкової (роздрібною) ціни ЛЗ в кінцевій ланці аптечних закладів рекомендуємо зменшити відпускну ціну у виробника до 30 грн. Рентабельність продукції у виробника при цьому зменшиться до 195,7% (без урахувань додаткових мотиваційних знижок). Зміна сум дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г представлена на рис. 5.6.

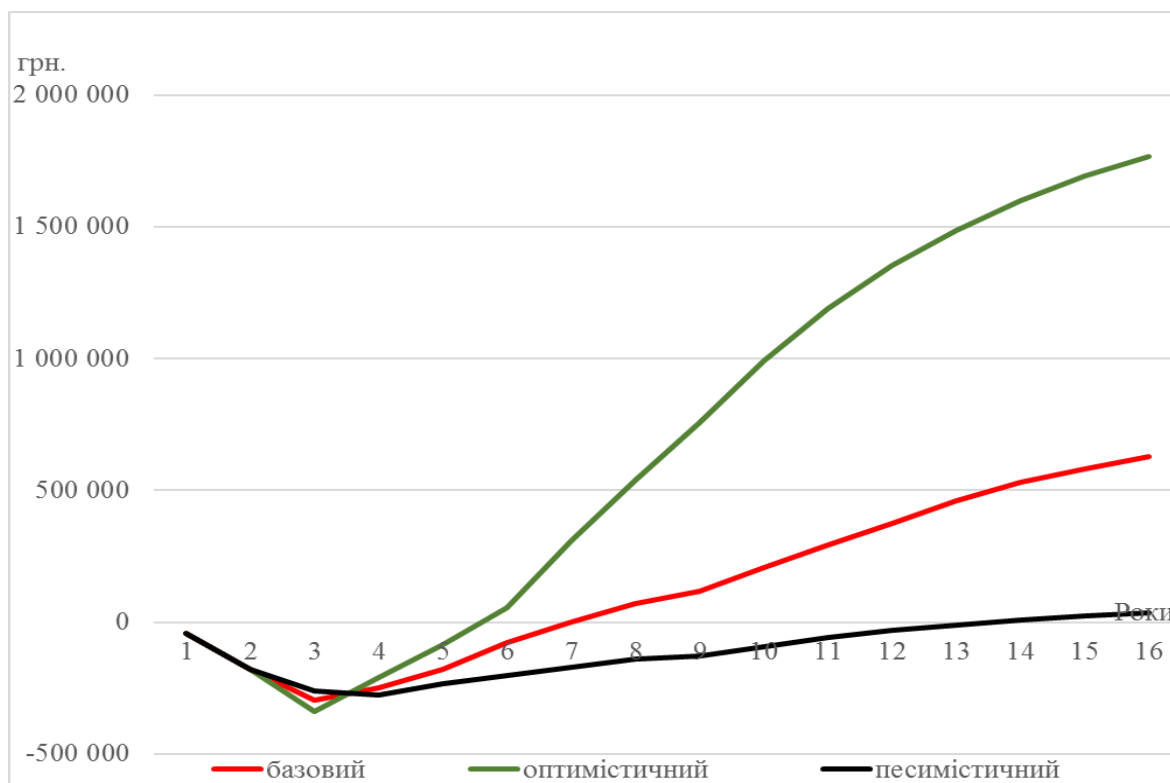


Рис. 5.6. Модель ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г за умов зменшення ціни (зліва направо: оптимістичний, базовий, песимістичний варіант)

Ситуаційна модель за нових умов показує, що термін повернення дисконтованих сум інвестицій збільшиться до 5 років 7 міс. (оптимістичний варіант), 7 років (найбільш вірогідний варіант) і стає проблематичним повернення інвестицій при песимістичному варіанті сценарію розвитку подій.

Враховуючи високу рентабельність продукції, ми уточнили необхідні обсяги продажу ЛЗ при рекомендованому рівні зменшення ціни виробника для підвищення інвестиційної привабливості проєкту для інвесторів (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

**Скориговані прогностні обсяги продажів таблеток  
карведілолу 0,015 г згідно з трьома сценаріями розвитку подій**

Рік продажів	Сценарії розвитку подій						Відтермінування платежу, днів
	Оптимістичний		Найбільш вірогідний (базовий)		Песимістичний		
	Кількість, уп	Знижка з ціни, %	Кількість, уп	Знижка з ціни, %	Кількість, уп	Знижка з ціни, %	
1	9800	15	20800	12	4500	20	20
2	17300	15	23800	12	8800	18	20
3	19700	12	26300	12	10100	15	20
4	21400	10	48200	8	12600	15	15
5	38500	10	58700	8	14500	15	15
6	45400	10	61600	8	23300	12	15
7	56800	10	74500	6	31000	12	15

Ситуаційна модель за нових умов наведена на рис. 5.7.

Таким чином, уточнення збільшених обсягів продажів ЛЗ призводить до скорочення терміну повернення інвестиційних вкладень: до 5 (оптимістичний), 6 (найбільш вірогідний) або 8 років і 8 міс (песимістичний) варіанти подій.



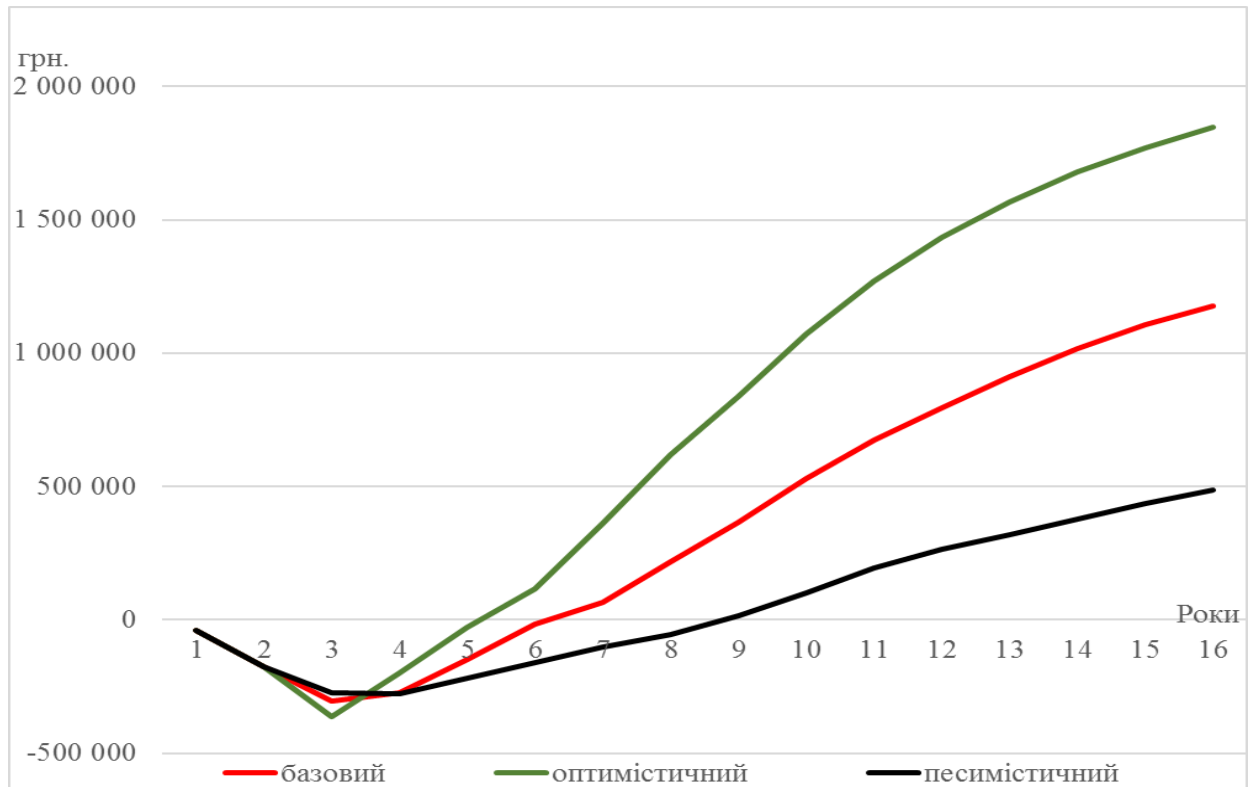


Рис. 5.7 Модель ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г за умов зменшеної ціни та скоригованих обсягів продажу (зліва направо: оптимістичний, базовий й песимістичний варіант)

Також проведено порівняльний аналіз впливу зміни рівня ціни на інтенсивність зміни дисконтованих грошових потоків. Так, збільшення ціни виробника з 30 грн. до 45 грн. за уп. ЛЗ формує наступні грошові потоки (рис. 5.8).

При цьому варіанті маркетингових й економічних показників, повернення інвестиційних вкладень прогнозується вже через 3 роки і 6 міс. (оптимістичний) 4 роки і 4 міс. (найбільш вірогідний) і 6 років (песимістичний варіант подій). Маса грошових потоків при цьому збільшується більш інтенсивно. Таким чином, спокуса у виробника щодо підвищення цін на ЛЗ є високомотивованою.

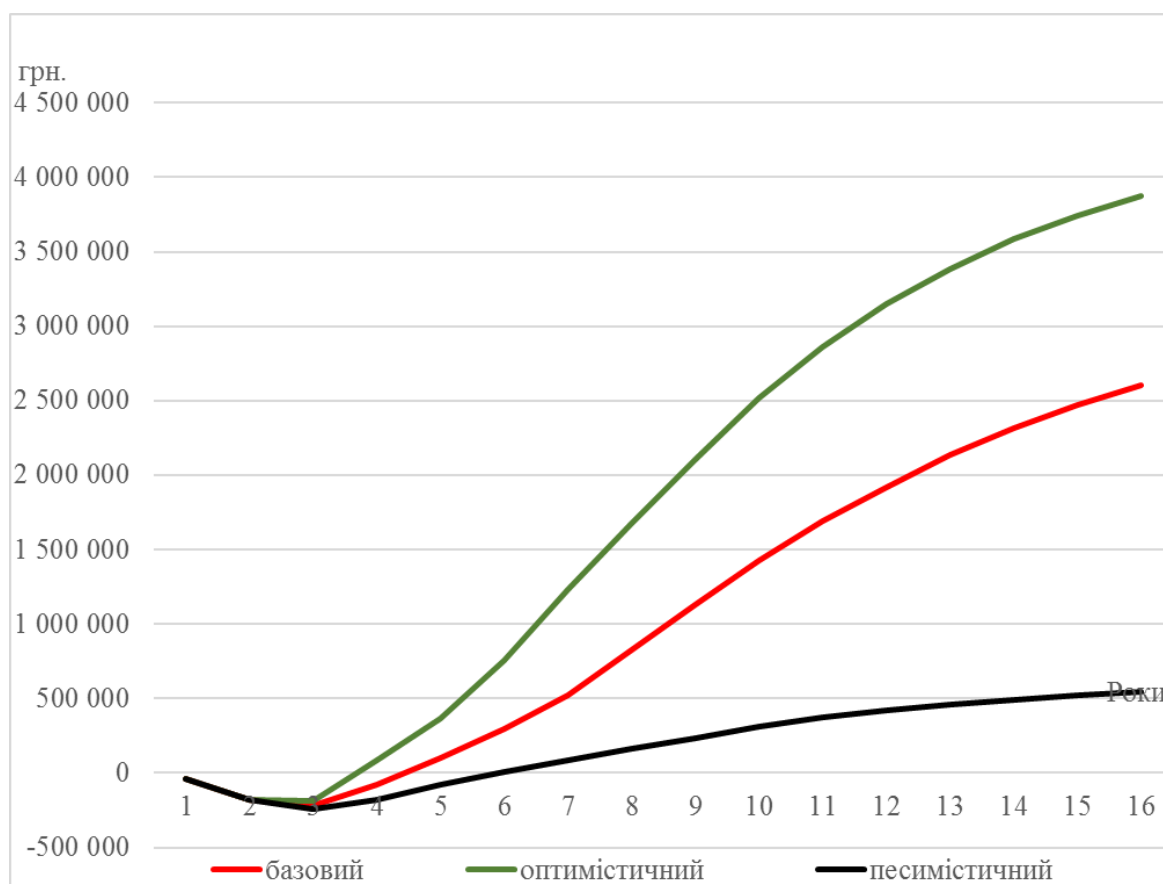


Рис. 5.8 Модель ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проєктом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г за умов збільшеної ціни виробника (зліва направо: оптимістичний, базовий і песимістичний варіант)

Варто зазначити, що останніми роками великі іноземні інноваційні компанії проводять політику стримування цін (часто за угодами з урядами та суспільством) як соціально мотивовану політику в товарній політиці, підтримуючи привабливість проєктів щодо розробки нових ЛЗ для інвесторів за рахунок великих або дуже великих (до сотень млн дол. США) обсягів продажів у перші роки виходу на ринок [112, 141, 171]. Аналіз показує, що це можливо лише при попередній активній підготовці ринку, його цільових аудиторій.

## 5.5 Розробка моделі посилення ринкового потенціалу антигіпертензивного лікарського засобу

Вченими та практиками-маркетологами підтверджено, що стартовий ринковий потенціал, ринкова сила й статус лікарського препарату як товару великою мірою залежить від швидкого і легкого ідентифікування такого товару. Залежно від стратегії виробника використовуються різні підходи до формату створення торгової назви ЛЗ. Останні можуть бути на основі МНН, МНН із «парасольковим прикриттям», генеричними генериками та різної глибини брендування власної назви [47, 48].

При використанні власної ТМ постає питання щодо розвитку ТМ препарату з метою перетворення її в бренд, основою якої є розробка і позиціонування бренду ЛЗ, що базується на законодавчо-нормативних, правових і маркетингових складових позиціонування ЛЗ. При цьому використовуються загальні принципи та індивідуальні підходи.

Узагальнена графічна модель збільшення сили та ринкового статусу ТМ (бренду) антигіпертензивного препарату представлена на рис. 5.9.

Важливе місце у процесі посилення ТМ ЛЗ посідає визначення досягнення мети бренду, визначення економічної і соціальної ефективності, об'єктивного оцінювання його у ринковій ситуації, оцінка ринкових позицій ТМ-бренду та визначення подальших стратегічних напрямлень і зусиль щодо розвитку бренду.

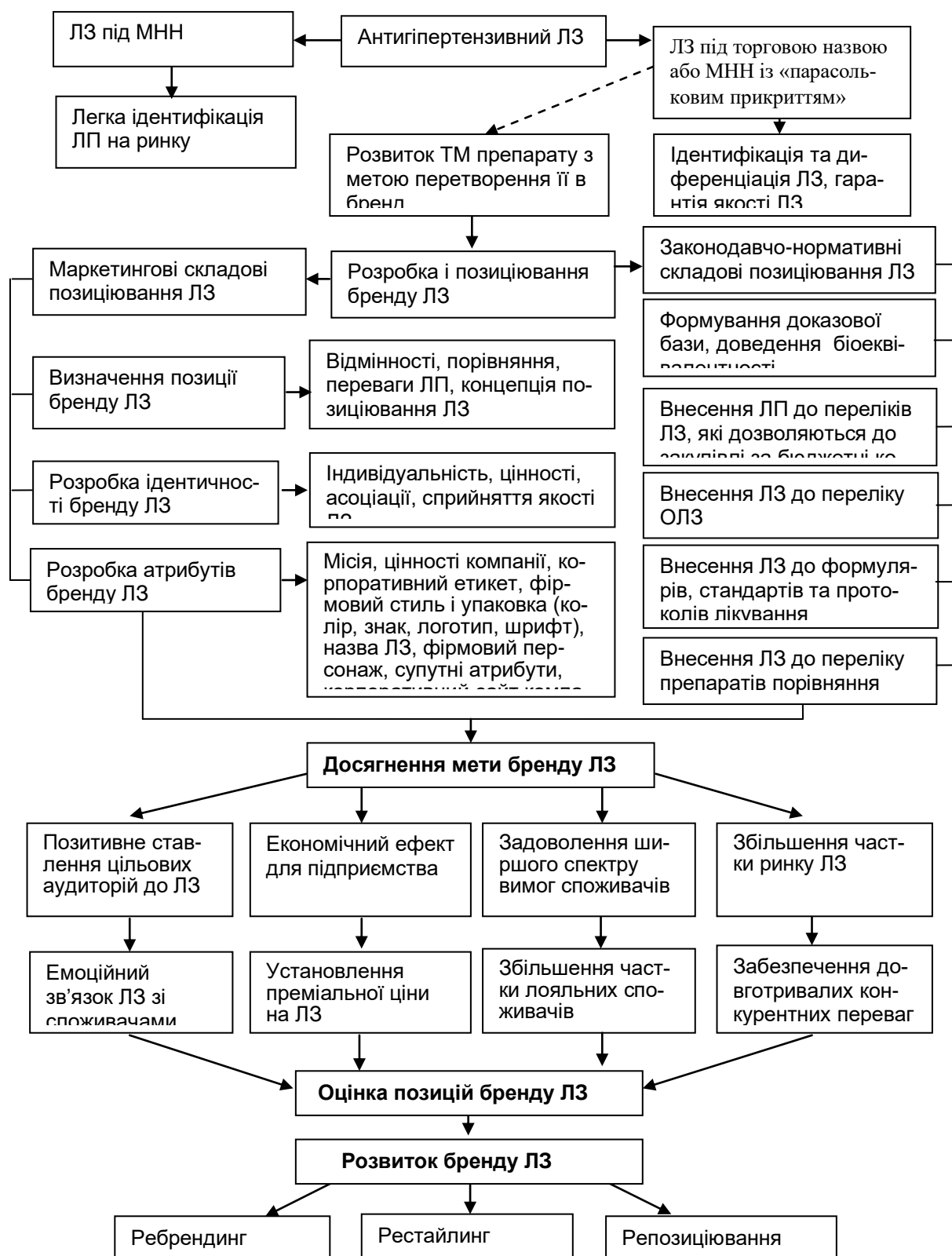


Рис. 5.9 Графічна модель збільшення сили та ринкового статусу ТМ (бренду) антигіпертензивного препарату

## Висновки до розділу 5

1. Встановлено, що фактична ємність (продаж) сегмента ринку карведілолу становила у 2017 р. 56,812 млн грн; у 2018 р. – 136,665 млн грн, у 2019 р. – 240,748 млн грн. Темпи росту сегмента ринку ЛЗ сягали відповідно 240,55% і 176,16%. При цьому 75% сегмента ринку становлять ЛЗ карведілолу іноземного виробництва.

2. З використанням SWOT-аналізу визначено, що антигіпертензивний ЛЗ карведілол має значний набір позитивних характеристик, які формують його сильні сторони та подальші можливості у фармакотерапії хворих, які страждають на підвищений АТ.

3. Результати ретроспективного дослідження сегмента ЛЗ карведілолу засвідчили, що частка вітчизняних ЛЗ у продажах становила всього 2,19 % у натуральних од. та 1,02% у грошових од., що вказує на повне домінування іноземних виробників цього ЛЗ. Найбільшу частину сегмента ринку становили ЛЗ фірми «KRKA d.d. Novo Mesto», Словенія – 71,53% у натуральних од. і 81,14% у грошових од.

4. Проведені дослідження показали, що 72,77% товарного сегмента ринку карведілолу займають десять закордонних виробників, при цьому ЛЗ карведілолу під торговельною назвою «КОРІОЛ®» фірми «KRKA» (Словенія) займає 51,01% сегмента ринку і є монополістом на ринку. Вітчизняні виробники характеризуються лише трьома фірмами, з яких фірма «Артеріум» займає 25,54% цього сегмента ринку, останні дві – всього до 2%.

5. Згідно з розрахованим коефіцієнтом конкурентоспроможності ЛЗ карведілолу за виробниками найвищі коефіцієнти мають фірми «KRKA» (Словенія) – 11,45 та «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна) – 3,77. Інші виробники ЛЗ карведілолу мають низькі коефіцієнти конкурентоспроможності. Ринкову концентрацію виробників ЛЗ карведілолу як оцінку рівномірності розподілення ринкових часток фірм-виробників визначали шляхом розрахунку індексу Херфіндаля-Хіршмана. Одержане значення показника 3386, 8366 сві-

дчить про висококонцентрований ринок ЛЗ карведілолу. Концентрація розміщення ЛЗ фірм на ринку характеризує сегмент товарного ринку карведілолу в Україні як монополізований і неконкурентний.

6. Під час проведення дослідження основних ринкових показників ТМ і бренду в товарному сегменті ЛЗ карведілолу оцінювались такі ринкові показники, як обізнаність, лояльність, рекомендації, споживання та асоціації. Опрацьовано графічне представлення узагальненого показника сили ТМ-бренду з визначенням статусу бренду окремим ЛЗ.

7. Проаналізовано розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу на маркетинговій карті та циклограмі з виокремленням межі «ТМ-бренд». Визначено показники ЛЗ карведілолу, які за ринковою силою перебувають в полі бренду або полі ТМ. Підтверджено, що за всіма показниками ринкової сили рівня статусу бренду не досягнув жоден ЛЗ карведілолу. Висновки можуть бути використані для формування складових і завдань стратегічного плану розвитку ТМ виробника.

8. Узагальнена й оцінена структура інвестиційних вкладень та терміни їх використання в процесі розробки і виробництва таблеток карведілолу 0,015 г. Встановлено, що загальна сума інвестицій становить 328,9 тис. грн, з яких витрати на власне розробку ЛЗ – 220,4 тис. грн.

9. Відповідно до проведеної калькуляції собівартості таблеток карведілолу 15 мг №30 за галузевою методикою, виробнича собівартість препарату сягає 428,70%, а загальна рентабельність при ціні 39 грн за упаковку може становити 282,8%, що свідчить про високу рентабельність продукції та її економічну ефективність. Визначено точку беззбитковості виробництва, прогностичні можливі обсяги продажів препарату за трьома ринковими сценаріями розвитку подій та термін окупності інвестиційних вкладень.

10. На основі моделювання ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г з урахуванням соціально орієнтованого підходу визначено необхідний рівень

обсягів продажів, рентабельності й терміну повернення інвестиційних вкладень для соціально доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу.

11. Розроблена графічна модель збільшення сили та ринкового статусу ТМ (бренду) антигіпертензивного препарату при формуванні маркетингових програм і програм лояльності з метою використання в системі розвитку ТМ у бренди.

*Результати експериментальних досліджень розділу висвітлено в таких публікаціях:*

1. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Обґрунтування маркетингового підходу до визначення ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованої політики підприємства. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 2. С. 63–74. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.19.147>

2. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Дударь А. Н. Оценка бренда на примере антигипертензивных лекарственных средств. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали Міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28-29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 135–143.

3. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні підходи до визначення показників бренду антигіпертензивних препаратів. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали 5-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 27-28 вересня 2013 р. Тернопіль, 2013. С. 291–293.

4. Дослідження ролі брендингу у формуванні ринкових позицій антигіпертензивних лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, С. В. Жадько, М. М. Слободянюк, О. С. Самборський. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, № 3 (84), додаток. С. 33–37.

5. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Підвищення статусу торговельної марки лікарських препаратів як запорука гарантій якості та обіцянок споживачеві. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування : питання освіти, теорії та практики* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 12 березня 2015 р. Харків : НФаУ, 2015. С. 209–210.

6. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Показники торгової марки та бренда лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «Моріон». 2016. С. 1333–1334.

7. Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Бренд лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «Моріон», 2016. С. 241–242.

8. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Аналіз показників брендів та торгових марок лікарських препаратів. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні* : матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ : ПП Голіней О. М., 2016. С. 120–122.

9. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Самборський О. С. Обґрунтування економічної ефективності та комерційної доцільності впровадження нового антигіпертензивного препарату. *Управління якістю в фармації* : збірник наукових робіт X Науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 20 травня 2016 р. Харків : НФаУ, 2016. С. 18–20.

10. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Изучение роли маркетингового поля торговой марки в развитии бренда лекарственного средства. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : щорічний збірник наукових робіт : матеріали VI Міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 22-23 березня 2018 р. Харків : НФаУ, 2018. С. 356.



11. Байгуш Ю. В., Семенов Д. В., Слободянюк Н. Н. Научно-методические подходы к определению эффективности маркетинговых коммуникаций в сегменте антигипертензивных лекарств. *Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации* : материалы республиканской научно-практической конференции (с международным участием). Ташкент, Республика Узбекистан. 2016. С. 158–159.

12. Байгуш Ю. В., Семенов Д. В. Оцінка показників ринкової сили бренду лікарських засобів на основі карведілолу. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : щорічний збірник наукових робіт : матеріали VI Міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 19 березня 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 271–272.

13. Байгуш Ю. В., Семенов Д. В. Маркетингові дослідження товарного сегменту антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : матер. VI Міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, м. Харків 23 – 24 квіт. 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 270–271.

14. Байгуш Ю. В., Семенов Д. В. Дослідження та оцінка товарного сегмента лікарських засобів карведілолу. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження* : матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ : ІФНМУ, 2020. С. 7–8.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Проведено організаційно-економічне обґрунтування підходів до оцінки ринкових позицій антигіпертензивних ЛЗ на основі показників торговельної марки та розроблено рекомендації для підвищення конкурентоспроможності препаратів карведілолу вітчизняного виробництва у товарному сегменті фармацевтичного ринку.
2. Доведено, що сегмент ринку ССП є важливою складовою національного фармацевтичного ринку. Встановлено, що протягом 2012-2018 р. спостерігалось зростання продажів ССП, як по роздрібному, так й госпітальному секторам. Доведено безперечне домінування у структурі продажів (%) роздрібною реалізації ліків (від 90,68% у 2012 р. до 95,38% за даними 2018 р.).
3. За результатами дослідження показників  $C_{as}$  та D упродовж 2015-2018 р. за препаратами С07-Блокатори бета-адренорецепторів встановлено, що їх соціально-економічна доступність для хворих не підвищилась. Показана доцільність розробки дієвої Національної програми імпортозаміщення, підвищення конкурентоспроможності АГЛЗ вітчизняного виробництва та впровадження ефективних механізмів компенсації вартості споживання ЛЗ за умов впровадження обов'язкового медичного страхування.
4. Встановлено, що фактична ємність (продажі) сегменту ринку карведілолу склала у 2017 р. 56,812 млн. грн.; у 2018 р. – 136,665 млн. грн. і у 2019 р. – 240,748 млн. грн. Темпи росту сегменту ринку ЛЗ становили відповідно 240,55% і 176,16%. При цьому 75% сегменту ринку становлять ЛЗ карведілолу іноземного виробництва.
5. З використанням SWOT-аналізу визначено, що АГЛЗ карведілол має значний набір позитивних характеристик, які формують його сильні сторони та подальші можливості у фармакотерапії хворих, які страждають на підвищений АТ. Результати ретроспективного дослідження сегменту ЛЗ карведілолу показали, що доля вітчизняних ЛЗ у продажах становила всього 2,19 %

у натуральних од. та 1,02% у грошових од., що говорить про повне домінування іноземних виробників цього ЛЗ. Найбільшу долю сегменту ринку становили ЛЗ фірми «KRKA d.d. Novo Mesto», Словенія – 71,53% у натуральних од. і 81,14% у грошових од.

6. Проведені дослідження показали, що 72,77% товарного сегменту ринку карведілолу займає десять закордонних виробників, при цьому ЛЗ карведілолу під торгівельною назвою КОРІОЛ® фірми «KRKA» (Словенія) займає 51,01% сегменту ринку, являючись монополістом на ринку. Вітчизняні виробники характеризуються лише трьома фірмами, з яких фірма «Артеріум» займає 25,54% цього сегменту ринку, інші дві – всього до 2%.

7. Найвищі коефіцієнти конкурентоспроможності ЛЗ карведілолу за виробниками мають фірми «KRKA» (Словенія) – 11,45 та «Артеріум» Корпорація ВАТ (Україна) – 3,77. Інші виробники ЛЗ карведілолу мають низькі коефіцієнти конкурентоспроможності. Одержане значення показника індексу Херфіндаля-Хіршмана 3386,8366 свідчить про висококонцентрований ринок ЛЗ карведілолу. Концентрація розміщення ЛЗ фірм на ринку характеризує сегмент товарного ринку карведілолу в Україні як монополізований й неконкурентний.

8. Проведені дослідження основних ринкових показників ТМ і бренду у товарному сегменті ЛЗ карведілолу показали значний вплив таких показників, як обізнаність, лояльність, рекомендації, споживання і асоціації. Опрацьовано графічне представлення узагальненого показника сили ТМ-бренду з визначенням статусу бренду окремим ЛЗ.

9. Опрацьовано розташування ринкових показників сили бренду ЛЗ карведілолу на маркетинговій карті та циклограмі з виокремленням межі «ТМ-бренд». Визначено показники ЛЗ карведілолу, які по ринковій силі знаходяться в полі бренду або полі ТМ. Підтверджено, що за всіма показниками сили рівня статусу бренду не досягнув ні один ЛЗ карведілолу. Висновки

можуть бути використані для формування складових і завдань стратегічного плану розвитку ТМ виробника.

10. Узагальнена і оцінена структура інвестиційних вкладень та терміни їх використання у процесі розробки і виробництва таблеток карведілолу 0,015 г ТОВ «Фармацевтична фабрика «Вінка». Встановлено, що загальна сума інвестицій становить 328,9 тис. грн., із яких витрати на власне розробку ЛЗ – 220,4 тис. грн.

11. Згідно проведеної калькуляції собівартості таблеток карведілолу 15 мг №30 за галузевою методикою, виробнича собівартість препарату складає 18,92%, а загальна рентабельність при ціні 39 грн. за уп. може скласти 282,8%, що свідчить про високу рентабельність продукції та її економічну ефективність. Визначено точку беззбитковості виробництва, прогнозні можливі обсяги продажів ЛЗ за трьома ринковими сценаріями розвитку подій та термін окупності інвестиційних вкладень.

12. На основі моделювання ситуаційного сценарію дисконтованих грошових потоків за проектом розробки ЛЗ таблетки карведілолу 0,015 г (ТОВ «Фармацевтична фабрика «Вінка») на основі соціально орієнтованого підходу визначено необхідний рівень обсягів продажів, рентабельності й терміну повернення інвестиційних вкладень для доцільного рівня ринкової ціни таблеток карведілолу.

13. Розроблена графічна модель посилення сили та ринкового статусу ТМ (бренду) АГЛЗ при формуванні маркетингових програм і програм лояльності з метою використання у системі розвитку ТМ у бренди.

14. За результатами досліджень розроблено та впроваджено у фармацевтичну практику та навчальний процес двоє методичних рекомендацій та інформаційний лист, які затверджені ПК «Фармація» МОЗ та АМН України. Узагальнені висновки включено у формі двох статей до Фармацевтичної енциклопедії та двох нововведень до Переліку галузевих нововведень.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аакер Д. Создание сильных брендов / пер. с англ. С. А. Старов, Д. Д. Волков, Л. Д. Загорский. М. : Издательский дом Гребенникова, 2003. 440 с.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : Профілактика серцево-судинних захворювань, 2016.
3. Акифьева В. А., Батова Т. Н. Исследование взаимосвязи маркетингового, экономического и рыночного потенциалов предприятия. *Научный журнал НИУ ИТМО. Сер. Экономика и экологический менеджмент*. 2015. № 3. С. 42–62.
4. Алексеев А. Б. Визначення ринкового потенціалу торговельного підприємства. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2014. № 4. С. 36–39.
5. Артеріальна гіпертензія. Стандарти надання медичної допомоги лікарями первинної ланки (за матеріалами Настанови Європейського товариства з артеріальної гіпертензії / Європейського товариства кардіологів (ESC/ESH) 2018 р. з лікування артеріальної гіпертензії. *Український медичний часопис*. 2018. №5(1). С. 50–60.
6. Базилевич А. Я. Аналіз призначення лікарями-терапевтами гіпотензивних препаратів на амбулаторно-поліклінічному етапі. *Запорізький медичний журнал*. 2015. № 5 (92). С. 78–81.
7. Байгуш Ю. В., Самборський О. С., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Якісні та кількісні показники брендів лікарських препаратів/ *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : збірник наук. робіт IV міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 24-25 березня 2016 р. Х. : НФаУ, 2016. С. 263–270.
8. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Семенив Д. В., Самборський О. С. Исследования в «маркетинговом поле» брендов лекарственных препаратов. *Технологічні та біофармацевтичні аспекти створення лікарських препаратів різної направленості дії* : матеріали II міжнародної науково-практичної

Інтернет-конференції, м. Харків, 12-13 листопада 2015 р. Х. : НФаУ, 2015. С. 294–295.

9. Байгуш Ю. В., Семенив Д. В. Изучение роли маркетингового поля торговой марки в развитии бренда лекарственного средства. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 22-23 березня 2018 р. Х. : НФаУ, 2018. С. 356.

10. Байгуш Ю. В., Семенив Д. В., Слободянюк Н. Н. Научно-методические подходы к определению эффективности маркетинговых коммуникаций в сегменте антигипертензивных лекарств. *Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации* : материалы республиканской научно-практической конференции (с международным участием). Ташкент, Республика Узбекистан. 2016. С. 158–159.

11. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Вивчення поведінки споживачів при виборі та споживанні антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2014. Т. 9, № 1. С. 64–69.

12. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Дослідження асортименту та доступності блокаторів бета-адренорецепторів у роздрібному сегменті вітчизняного фармацевтичного ринку. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Т. 2, № 1. С. 13–21.

13. Байгуш Ю. В., Дударь А. Н., Слободянюк Н. Н. Оценка бренда на примере антигипертензивных лекарственных средств. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти* : матеріали міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28–29 березня 2013 р. Х. : НФаУ, 2013. С. 135–143.

14. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лі-

карських препаратів на прикладі антигіпертензивних : метод. рек. Х.: Вид-во НФаУ, 2016. 28 с.

15. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів : метод. рек. Х. : Вид-во НФаУ, 2016. 26 с.

16. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : інформ. лист. Х. : Вид-во НФаУ, 2016. 7 с.

17. Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Бренд лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. К. : Моріон, 2016. С. 241–242.

18. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Обґрунтування маркетингового підходу до визначення ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованої політики підприємства. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 2. С. 63–74.

19. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Застосування маркетингового підходу до визначення ринкової ціни антигіпертензивного лікарського засобу / The 1st International scientific and practical conference “Scientific achievements of modern society” (September 11-13, 2019) Cognum Publishing House, Liverpool, United Kingdom. 2019. С.150–152.

20. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Аналіз показників брендів та торгових марок лікарських препаратів. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні* : матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ : ПП Голіней О. М., 2016. С. 120–122.

21. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Самборський О. С. Обґрунтування економічної ефективності та комерційної доцільності впровадження нового антигіпертензивного препарату. *Управління якістю в фармації* : збір-

ник наукових робіт X Науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 20 травня 2016 р. X. : НФаУ, 2016. С. 18–20.

22. БАЙГУШ Ю.В., СЕМЕНІВ Д.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ РИНКОВОЇ СИЛИ ТА СТАТУСУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : Збірник наукових робіт VI Міжнародної науково-практичної дистанційної конференції (м. Харків, 21 березня 2019 р.) / ред. кол. : В. В. Малий та ін. X. НФаУ, 2019. с. 236.

23. Байгуш Ю.В, Семенів Д.В. Соціально-орієнтований підхід визначення ринкової ціни в системі розробки нових лікарських засобів з використанням прогнозного моделювання // Управління якістю в фармації : збірник наукових робіт XI Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 19 травня 2019 р.) / ред.кол. : В.О. Лебединець, Ю.В. Підпружников, Ю.І. Губін та ін. Харків : НФаУ. 2019. С.10.

24. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Оцінка показників ринкової сили бренду лікарських засобів на основі карведілолу. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 19 березня 2020 р. X. : НФаУ, 2020. С. 271–272.

25. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Маркетингові дослідження товарного сегменту антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : матеріали VI Міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, м. Харків 23 - 24 квіт. 2020 р. X. : НФаУ, 2020. С. 270–271.

26. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Дослідження та оцінка товарного сегменту лікарських засобів карведілолу. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження* : матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ : ІФНМУ, 2020. С. 7–8.



27. Байгуш Ю. В. Науково-практичне обґрунтування підходів до оцінки брендів лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, А. С. Сушкова, М. М. Слободянюк // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : Матеріали III міжнародної науково-практичної Internet-конференції (м. Харків, 26 - 27 березня 2015 р.) / редкол. : В. В. Малий та ін. Х. : НФаУ, 2015. С. 202–204.

28. Балабанова Л. В., Мажинський Р. В. Управління маркетинговим потенціалом підприємства : навч. посіб. К. : Професіонал, 2006. 228 с.

29. Барміна Г. Боротьба з артеріальною гіпертензією : досягнення Пілотного проекту. *Щотижневник «Аптека»*. 2014. № 19 (940). <https://www.apteka.ua/article/290868>

30. Барнатович С. В. Ретроспективний аналіз споживання антигіпертензивних лікарських засобів пілотного проекту за допомогою частотного аналізу та АТС/ДДД-методології. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2015. № 1 (39). С. 68–72.

31. Божко В. М. Маркетинговий потенціал: сутність, складові та взаємозв'язок з економічним потенціалом. *Економіка та управління персоналом, економічний форум*. 2012. 43 с.

32. Бронникова Т. С., Котрин В. В. Развитие методологии формирования рыночного потенциала предприятия : монография. Королёв : ФТА, 2012. 134 с.

33. ВОЗ : Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. CINDI, 2014. 64 с.

34. Вплив емоційної та раціональної складових лояльності на вибір та споживання антигіпертензивних препаратів / М. М. Слободянюк, Ю. В. Байгуш, Д. В. Семенів, О. С. Самборський, О. В. Шуванова. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Т. 2, № 2. С. 68–76.

35. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / под ред. S. Mendis, P. Puska, V. Norrving. ВОЗ, Женева,

2013. 163 с.

36. Германюк Т. А., Івко Т. І. Маркетингові дослідження фармацевтичного ринку: теорія та практика. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. Т.19,№ 2. С. 495–497.

37. Глобальне здоров'я та серцево-судинні захворювання / В. Nascimento, L. Brant, D. Moraes, A. Ribeiro. *Український кардіологічний журнал*. 2015. № 4. С. 123–133.

38. Глобальное резюме по гипертонии. Безмолвный убийца, глобальный кризис общественного здравоохранения. Всемирный день здоровья 2013. 2013. ВООЗ

[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/ru/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/ru/)

39. Голубка В. М. Механізм регулювання фармацевтичного ринку: сутність, класифікація та роль у забезпеченні конкурентоспроможності. *Економічний форум*. 2015. № 2. С. 18–30.

40. Голубка В. М. Науковий потенціал фармацевтичного ринку України в системі стратегічних перспектив його розвитку. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2015. 2 (167). С. 106–110.

41. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування. *Практична ангіологія*. 2010. № 9-10. С. 38–39.

42. Державна служба статистики. URL : [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas\\_rik/nas\\_u/nas\\_rik\\_u.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html) (дата звернення: 25.10.2020).

43. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность. ВОЗ, 2014. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_rus.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf?sequence=6)

44. Дослідження асортименту антигіпертензивних препаратів, що представлені на фармацевтичних ринках України та Польщі / Н. Ю. Полуйчак, М. М. Демчук, О. О. Юр'єва, Т. А. Грошовий. *Фармацевтичних часопис*. 2015. № 3. С. 34–39.

45. Дослідження ролі брендингу у формуванні ринкових позицій антигіпертензивних лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, С. В. Жадько, М. М. Слободянюк, О. С. Самборський. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, випуск 3 (84), додаток. С. 33–37.

46. Єріна А. М. Статистичне моделювання та прогнозування : навч. посіб. К.: КНЕУ, 2000. 170 с.

47. Жадько С. В. Науково-практичне обґрунтування асортиментної політики виробничих фармацевтичних підприємств: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармацевт. наук. 15.00.01 Технологія ліків та організація фармацевтичної справи. Х., 2009. 22 с.

48. Жадько С. В., Слободянюк М. М. Маркетингове й економічне обґрунтування доцільності та ефективності впровадження нових препаратів в товарний асортимент фармацевтичного підприємства. *Ефективність використання маркетингу та логістики фармацевтичними організаціями* : матеріали наук.-практ. конф., Харків, 21 жовт. 2008 р. Х. : Вид-во НФаУ, 2008. С. 147–152.

49. Зайчук Т. О. Теоретичні аспекти визначення ринкового потенціалу і таргетингу вітчизняними підприємствами. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2012. № 1. С. 96–104.

50. Застело О. В. Аналіз методів визначення узгодженості думки групи експертів під час оцінювання рівня сформованості іншомовної комунікативної компетентності слухачів. *Комп'ютер у школі та сім'ї*. 2015. №8. С. 18–22.

51. Зозульов О. В. Аналіз ставлення споживачів до торговельної марки : огляд сучасних теорій і підходів. *Маркетинг в Україні*. 2002. № 1. С. 4–8.
52. Зозулев А. В., Нестерова Ю. В. Бренд как нематериальный актив в постиндустриальном обществе. *Маркетинговые исследования в Украине*. 2007. № 2 (21). С. 38–43.
53. Івченко А. В. Маркетингові та фармакоєкономічні підходи до визначення конкурентного потенціалу торговельних марок противиразкових лікарських препаратів : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. фармац. наук. Х., 2010. 24 с.
54. Калужский М. Л., Пименов П. А. Маркетинговый анализ рыночного потенциала фирмы. *Двадцатые Апрельские экономические чтения* : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. д. э. н., проф. В. В. Карпова, д.э.н., проф. А. И. Ковалева. Омск : РОФ ФРСР, 2014. 442 с.
55. Кеворков В. В., Леонтьев С. В. Методы изучения рынка: цели, задачи и анализ полученных результатов. URL : <http://www.cfin.ru/marketing/kevorkov-03.shtml> (дата обращения: 15.08.2020).
56. Кіндрацька Г. І. Стратегічний менеджмент : навч. посіб. Нац. ун-т Львів. політехніка. 2-ге вид., перероб. і доп. Львів, 2010. 406 с.
57. Кіндрацька Г. І., Кулиняк Ю. І., Загородній А. Г. Аналітичне забезпечення формування конкурентної стратегії організації. *Вісник Національного університету Львівська політехніка*. 2013. № 754. С. 106–114.
58. Кохан М. М. Оцінка маркетингового потенціалу фармацевтичного підприємства. *Інвестиції : практика та досвід*. 2017. № 5. С. 58–62.
59. Кохан М. М. Формування системи діагностичних показників маркетингового потенціалу фармацевтичного підприємства. *Бізнес Інформ*. 2015. № 2. С. 302–308.

60. Кужелева О. В. Комплексная оценка инновационного потенциала торговой марки предприятия. *Маркетинговые исследования в Украине*. 2008. №1(26). С. 32–35.
61. Кунев С. В., Мальченков Е. Н. Маркетинговый потенциал фармацевтических производителей: сущность и тенденции развития. *Регионология*. 2012. № 1. С. 138–143.
62. Лікування артеріальної гіпертензії та нагляд за безпекою й ефективністю антигіпертензивних препаратів / В. Нетяженко, Л. Матюха, О. Нагорна, О. Матвєєва, О. Ліщишина, Т. Думенко, А. Зіменковський. *Аптека*. 2014. № 16 (937). <https://www.apteka.ua/article/289016>
63. Макленнан Д. Планирование брендов в фармацевтической индустрии / пер. с англ. В. Г. Круглик. М.: Технологии, 2004. 242 с.
64. Малий В. В., Муса Істаніс М. М. Маркетинговий підхід до визначення основних показників економічної ефективності гепатотропного лікарського засобу. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2018. Т. 4, № 3. С. 58–66.
65. Малий В. В., Муса Істаніс М. М., Жадько С. В. Обґрунтування маркетингових рішень і підходів до підвищення ринкового потенціалу гепатотропного лікарського засобу. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 1. С. 69–76.
66. Мальченков Е. Н. Развитие маркетингового потенциала предприятий фармацевтической промышленности : автореферат на соискание уч. степени канд. эконом. наук.08.00.05 Экономика и управление народным хозяйством (маркетинг) /Пенз.гос.ун-т. Пенза, 2013. 26 с.
67. Махнуша С. М. Оценка потенциала торговой марки компании. *Механізм регулювання економіки*. 2004. № 3. С. 159–163.
68. Махнуша С. М. Оцінка ринкових позицій бренду та визначення стратегічних орієнтирів цього розвитку. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2010. № 1. С. 21–27.

69. Махнуша С. М., Березова С. М. Наукові засади та практичні аспекти оцінки ринкових позицій брэнда (на прикладі галузі шоколадних і кондитерських виробів України) . *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2012. № 1. С. 105–113.
70. Мищенко О. Я., Адонкина В. Ю. Антигипертензивные препараты на фармацевтическом рынке Украины: анализ экономической доступности и потребления. *Раціональна фармакотерапія*. 2015. № 1 (34). С. 27–31.
71. Мищенко О. Я., Адонкина В. Ю. Антигипертензивные препараты на фармацевтическом рынке Украины: анализ экономической доступности и потребления. *Здоров'я України*. Електронний ресурс. Режим доступу : <http://health-ua.com/stati/cardiology/antigipertenzivnyie-preparaty-na-farmatsevticheskom-ryinke-ukrainyi-analiz-ekonomicheskoy-dostupnosti-i-potrebleniya.html>
72. Мішустіна Т. С. Методика оцінки конкурентоспроможності торгівельної марки машинобудівного підприємства. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2014. №1 (16). С. 110–119.
73. Мнушко З. М., Тіманюк І. В. Система забезпечення доступності лікарських засобів. *Вісник фармації*. 2007. № 1 (49). С. 52–57.
74. Мнушко З. Н., Пестун І. В. Теория и практика маркетинговых исследований в фармации : монографія. Х. : Изд-во НФаУ, 2008. 308 с.
75. Моисеенко И. В., Носкова Е. В. Подходы к определению понятия емкости рынка. *Маркетинг в России и за рубежом*. 2010. № 4. С.10–17.
76. Мороз А. М., Яковлева Л. В., Степаненко А. В. Вивчення споживання лікарських засобів за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією та встановленими добовими дозами (АТС/DDD-методологія) : метод. рек. Х. : Стиль-Издат., 2013. 34 с.
77. Мороз Д. М. Обґрунтування моделі оптимізації кардіологічної допомоги в сучасних умовах : дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. 14.02.03. Соціальна медицина. К., 2016. 212 с.

78. Мороз Л. А., Лебідь Т. В. Стратегічний аналіз маркетингового потенціалу підприємства. 2009. URL : <http://vlp.com.ua/files/special/30.pdf> (дата звернення 01.04.2018).

79. Наказ МОЗ України від 11.11.2013 р. № 875. Протокол провізора (фармацевта) при відпуску за рецептом лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, вартість яких підлягає частковому відшкодуванню.

80. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги : Профілактика серцево-судинних захворювань, 2016.

81. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2012.

82. Негода Т. Практика застосування антигіпертензивних лікарських препаратів. *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика*. 2016. № 26. С. 236–240.

83. Немченко А. С., Галій Л. В. Моніторинг цін на основні лікарські засоби : метод. рек. Х. : НФАУ, 2003. 24 с.

84. Немченко А. С., Куриленко Ю. Є. Маркетингові дослідження фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування серцево-судинних захворювань. *Фармацевтичний часопис*. 2018. № 2. С. 77–81.

85. Немченко А. С., Куриленко Ю. Е. Анализ заболеваемости и распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в мире и в Украине. *Рецепт*. 2018. 21, № 2. С. 238–248.

86. Нетяженко В. З., Ляхоцька А. В. Пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою. *Практикуючий лікар*. 2013. № 3. С. 85–87.

87. Олійник О. В., Іваненко В. О. Маркетинговий потенціал промислових підприємств України. *Вісник ЖДТУ*. 2016. № 1 (75). С. 97–103.

88. Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2016. 127 с. – повторення з п.2

89. Оцінка програми Доступні ліки в Україні. Звіт ВООЗ. Електронний ресурс. Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR\\_low\\_V7.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf)

90. Пілотний проект завершено : у 2015 р. коштів на його реалізацію не передбачено. *Аптека*. 2015. № 3 (974).

91. Плікус І. Й. Потенціал підприємства, його оцінка й трансформація: економічні та бухгалтерська інтерпретація. *Фінанси України*. 2012. №4. С. 91–105.

92. Подколзина М. В., Немченко А. С. Фармакоэкономический анализ : проблемы доступности сердечно-сосудистых лекарственных средств. *Провизор*. 2000. № 6. С. 20–22.

93. Попович В. П., Негода Т. С., Лаврієнко Ю. В. Фармакоєкономічні аспекти лікування артеріальної гіпертензії. Бідність при достатку. *Соціальна фармація в Україні : стан, проблеми та перспективи* : матеріали наук.-практ. конф. Харків, 3 квітня 2013р. Х. : Вид-во НФаУ, 2013. С. 227–230.

94. Посилкіна О. В., Яремчук О. А., Горбунова О. Ю. Актуальні аспекти оцінки соціально-економічного потенціалу фармацевтичних підприємств. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2009. № 1 (3). С. 39–44.

95. Посилкіна О. В. Потенціал підприємства. *Фармацевтична енциклопедія*. К. : Моріон, 2016. С. 1364.

96. Постанова КМУ від 25.04.2012 № 340 Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Електронний ресурс. Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/139713>



97. Припуга Н. В. Методичні підходи до оцінки рівня монополізовано-сті в економіці. *Науковий вісник Мукачівського державного університету*, 2016. Серія Економіка. Випуск 1(5). С. 51–55.

98. Пришко І. М., Байгуш Ю. В. Аналіз результатів Пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. *Ліки України*. 2013. № 6 (102). С. 54–58.

99. Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою : постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2012 р. № 340 зі змінами відповідно наказу МОЗ України від 12.06.2013 р. №554. Електронний ресурс. Режим доступу : [www.rada.gov.ua/340-2014-n](http://www.rada.gov.ua/340-2014-n).

100. Проблема вибору антигіпертензивного засобу для лікування есенціальної артеріальної гіпертензії. *Аптека*. 2001. №7 (278) <https://www.apteka.ua/article/11537>.

101. Програма Доступні ліки : підсумки реалізації за 2018 р. *Ежнедельник Аптека*. 2019, №3 (1174). Електронний ресурс. Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/487482>

102. Програма Доступні ліки : аналіз оновленого реєстру відшкодування. *Ежнедельник Аптека*. 2019, №29 (1200). Електронний ресурс. Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/509711>

103. Пілотний проект завершено: у 2015 р. коштів на його реалізацію не передбачено. *Аптека*. 2015. № 3 (974).

104. Пустотін В. Кількісні показники сили бренду. *Маркетинг в Україні*. 2011. № 2. С. 35–36.

105. Пэйн Д. Brand Asset Valuator – методика измерения ценности брендов. Електронний ресурс. Режим доступу : <http://marketing.web-standart.net/node/1112>.

106. Рейтинг ТОП-100 самые дорогие торговые марки и бренды Украины за 2019 год. Электронный ресурс. Режим доступа : <https://inventure.com.ua/tools/database/top-100-torgovyh-marok-ukrainy>.

107. Решетнікова Г. С. Товарна стратегія підприємства на прикладі стратегії марки : автореф.на здоб. наук.ступ. канд. економ. наук. К.: КНЕУ ім. Вадима Гетьмана. 2007. 19 с.

108. Самборский О. С., Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н. Научно методические подходы к усовершенствованию товарной политики в фармации. *Вклад Абу Али ибн Сины в развитие фармации и актуальные проблемы современной фармацевтики* : материалы научно-практической конференция, Ташкент, 11 мая 2018 г. Ташкент, Республика Узбекистан, 2018. С. 73–74.

109. Самборський О. С. Дослідження впливу державних заходів з регулювання доступності ліків для лікування гіпертонічної хвороби в Україні на динаміку цін на бета-адреноблокатори. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2017. Т. 3, № 1. С. 30–40.

110. Самборський О. С. Науково-практичне обґрунтування інноваційного потенціалу протиалергійних антигістамінних лікарських препаратів : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. фарм. наук. 15.00.01 / Нац. мед. академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. К., 2014. 27 с.

111. Самборський О. С., Слободянюк М. М. Методологічний підхід до комплексного визначення ринкової сили торговельної марки лікарського засобу. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження* : матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ : ІФНМУ, 2020. С. 54–56.

112. Самборський О. С., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Застосування методів детермінованого формування вибірки при проведенні досліджень на фармацевтичному ринку : інформ. лист. Харків, 2017. 7 с.
113. Самборський О. С., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Обґрунтування вибору методу формування вибірки у дослідженнях фармацевтичного ринку : метод. реком. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи МОЗ України. К., 2017. 27 с.
114. Самборський О. С., Слободянюк М. М., Євтушенко О. М. Обґрунтування методологічного підходу до визначення сили ринкових позицій лікарських засобів на прикладі противиразкових препаратів. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2020. 6 (4).С. 60–71.
115. Саханда І. В., Косяченко К. Л., Негода Т. С. Дослідження поведінки покупців на споживчому сегменті фармацевтичного ринку кардіологічних препаратів. Ліки – людині. *Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських засобів* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції. У двох томах. Том 1. 28-29 березня 2018 року. Х., 2018. С. 185–189.
116. Саханда І. В., Негода Т. С., Сятиня М. Л. Фактори ризику виникнення, структура і динаміка розвитку серцево-судинної захворюваності населення України. *Ліки України плюс*. 2015. № 4 (25). С.116–118.
117. Симкин Л., Дибб С. SWOT-анализ : сильные и слабые стороны, возможности и угрозы : практическое руководство по сегментированию рынка. Электронный ресурс. Режим доступа : <http://ecsocman.hse.ru/text/19155298/>
118. Слободянюк М. М., Жадько С. В. Брендинг у діяльності фармацевтичних підприємств. *Фармацевтичний журнал*. 2008. № 1. С. 10–16.
119. Слободянюк, М. М., Жадько С. В. Дослідження структури споживацьких переваг стосовно торговельних марок амлодипіну. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страху-*

вання: питання освіти, теорії та практики : матеріали наук.-практ. конф. Х., 2008. С. 159–166.

120. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Дудар Г. М. Дослідження якісних та кількісних показників в оцінці потенціалу бренду антигіпертензивних лікарських препаратів. *Сучасні досягнення фармацевтичної технології* : матеріали III наук.-практ. Internet конф. з міжнар. участю, Харків, 21-23 листопада 2012 р. Харків : НФаУ, 2012. С.155–156.

121. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Маркетинговий аналіз ринку серцево-судинних препаратів в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2016. № 1. С. 72–79.

122. Слободянюк М. М., Івченко А. В. Методика оцінки стратегічного ринкового розвитку торговельних марок лікарських препаратів : метод. реком. Х. : НФаУ, 2009. 24 с.

123. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Сушкова А. С. Науково-методичні та практичні підходи до оцінки торговельної марки антигіпертензивних препаратів як бренду. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали IV міжнар. наук.-практ. Internet-конф., Харків, 26-27 берез. 2015 р. Х. : НФаУ, 2015. С. 195–201.

124. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні підходи до визначення показників бренду антигіпертензивних препаратів. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів* : матеріали 5-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 27-28 вересня 2013 р. Тернопіль, 2013. С. 291–293.

125. Слободянюк М. М., Івченко А. В. Оцінка раціональної складової потенціалу торговельних марок лікарських препаратів за допомогою індексного методу : метод. реком. Х. : НФаУ, 2009. 20 с.

126. Слободянюк М. М., Івченко А. В. Оцінка потенціалу торговельних марок противиразкових лікарських препаратів. *Запорізький медичний журнал*. 2009. Т.11, № 2. С. 112–115.

127. Слободянюк М. М., Івченко А. В. Оцінка конкурентного потенціалу сегментів противиразкових лікарських препаратів. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2011. Т. 6, № 3. С. 102–104.

128. Слободянюк М. М., Самборський О. С., Жадько С. В. Оцінка ринкових позицій лікарських препаратів на основі концепції капіталу бренду. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2010. № 3. С. 52–56.

129. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Підвищення статусу торговельної марки лікарських препаратів як запорука гарантій якості та обіцянок споживачеві. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 12 березня 2015 р. Х.: Вид-во НФаУ, 2015. С. 209–210.

130. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Показники торгової марки та бренду лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. К. : Моріон. 2016. С. 1333–1334.

131. Слободянюк М. М., Жадько С. В. Розробка і управління товарним портфелем фармацевтичних підприємств на інноваційній основі. *Ліки України*. 2007. № 112. Дод. С. 114–116.

132. Слободянюк М. М., Самборський О. С. Теоретичні основи та методика обґрунтування ефективності й інвестиційної привабливості розробок та впровадження лікарських засобів на основі проектного планування та комп'ютерної обробки : метод. реком. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи МОЗ України. К., 2017. 36 с.

133. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Сушкова А. С. Науково-методичні та практичні підходи до оцінки торговельної марки антигіпертензивних

препаратів як бренду. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали IV міжнар. наук.-практ. Internet-конф., 26-27 берез. 2015 р. Харків : НФаУ, 2015. С. 195–201.

134. Стан впровадження в лікарську практику клінічного протоколу з лікування пацієнтів із гіпертонічною хворобою та нагляду за безпекою й ефективністю антигіпертензивних препаратів / В. Нетяженко, Л. Матюха, О. Нагорна та ін. *Український медичний часопис*. 2014. № 2. (100). С. 40–44.

135. Степанов В. Г. Статистика : учебно–методические материалы. М. : МИЭМП, 2005. 21 с.

136. Стратегічне планування діяльності окремих фармацевтичних фірм, компаній і галузі в цілому на основі маркетингового аналізу фармацевтичного ринку / М. С. Пономаренко, В. А. Загорій, В. В. Огородник та ін. *Фармацевтичний журнал*. 2001. № 4. С. 11–15.

137. Стрілець О. П., Стрельникова Ю. Л., Стрельников Л. С. Аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку антигіпертензивних лікарських препаратів. *Запорожский медицинский журнал*. 2011. Т. 13, № 4. С. 54–55.

138. Сятиня М. Л., Негода Т. С., Попович В. П. Розробка концепції фармацевтичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію. *Запорожский медицинский журнал*. 2011. Т. 13, № 5, С. 76–78.

139. Сятиня М. Л., Попович В. П., Негода Т. С. Дослідження асортименту антигіпертензивних лікарських препаратів на фармацевтичному ринку України. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2011. Вип.24, № 4. С. 108–111.

140. Телишевська Л. І., Комишан О. І., Сергеев С. С. Маркетинговий потенціал у підвищенні прибутковості підприємства. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 3. С. 126–132.

141. ТОП-15 препаратів, добившихся успеха на самому старті продаж. Режим доступу : <http://pharma.net.ua/analytic/rating/45793-top-15-preparatov-dobivshixsya-uspexa-na-samom-starte-prodazh>

142. Турило А. А. Потенціал підприємства: сутність та методологічні підходи до визначення. *Економічний вісник*. 2014. № 3. С. 65–71.

143. Фазлеєва В. Пілотний проект з артеріальної гіпертензії – це репетиція майбутнього лікування інших хронічних недуг людства. *Ліки України*. 2013. № 6 (102). С. 54–58.

144. Федоренко І. А. Оцінка потенціалу фармацевтичного ринку регіонів України. *Сборник научных трудов «Вестник НТУ «ХПИ»: Технічний прогрес та ефективність виробництва*. 2010. № 8. С. 187–191.

145. Фірсова С. Г. Методичні підходи до оцінювання позиції бренду на вітчизняному ринку побутової хімії. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. К., 2016. С. 86–91.

146. Хвороби серця в Україні «помолодшали»: кардіолог про зниження ризиків інфаркту та інсульту <https://nv.ua/ukr/ukraine/zn/khvorobisertsja-v-ukrajini-pomolodshali-kardiolog-pro-znizhennja-rizikiv-infarktu-ta-insultu-2482597.html>

147. Що робить Україна для подолання неінфекційних хвороб: перша національна конференція <http://moz.gov.ua/article/news/scho-robit-ukraina-dlja-podolannja-neinfekcijnih-hvorob>

148. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України: Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/Щорічна%20доповідь.2015.pdf>

149. Яковлєва Л. В., Міщенко О. Я., Адонкіна В. Ю. Фармакоепідеміологічні дослідження обсягів споживання антигіпертензивних лікарських засобів в Україні: монографія. Х.: НФаУ, 2017. 108 с.

150. Яковлєва Л. В., Герасимова І. С., Алейникова І. С. Результати інтегрованого аналізу продажу антигіпертензивних препаратів в аптеці. *Раціональна фармакотерапія*. 2011. № 3 (20). С. 33–37.

151. Яковлєва Л. В., Міщенко О. Я., Адонкіна В. Ю. Фармакоепідеміологічні дослідження обсягів споживання антигіпертензивних лікарських засобів в Україні : метод. рек. К. , 2015. 24 с.
152. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis / D. Etehad, C. A. Emdin, A. Kiran, S. G. Anderson , T. Callender , J. Emberson, J. Chalmers, A. Rodgers, K. Rahimi. *Lancet*. 2016. Vol. 387, № 10022. P. 957–967.
153. Brunström M., Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018 .Vol. 178, № 1. P. 28–36.
154. Chernatony L., McDonald M., Wallace E. *Creating Powerful Brands*. UK: A Butterworth-Heinemann Title, 2010. 510 p.
155. Cicero A. F. G., Kuwabara M., Borghi C. A. Critical Review of Nebivolol and its Fixed-Dose Combinations in the Treatment of Hypertension. *Drugs*. 2018.Vol. 78, № 17. P. 1783.
156. Differential Metabolic Effects of Beta-Blockers : an Updated Systematic Review of Nebivolol / M. Marketou, Y. Gupta, S. Jain, P. Vardas. *Current Hypertension Reports*. 2017. №19. P. 22.
157. DiNicolantonio J. J., Hackam D. G. Carvedilol : a third-generation  $\beta$ -blocker should be a first-choice  $\beta$ -blocker. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. 2012. Vol. 10, № 1. P. 13–25.
158. Doyle P., Stern P. *Marketing, Management and Strategy*. 4<sup>th</sup> ed. London : Prentice Hall, 2006. 464 p.
159. Emdin C. A., Rahimi K., Neal B., Callender T., Perkovic V., Patel A. Blood pressure lowering in type 2 diabetes : a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015. 313(6). P. 603–615.
160. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Soci-



ety of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2013. Vol. 31, № 7. P. 1281–1357.

161. Fongemie J., Felix-Getzik E. A Review of Nebivolol Pharmacology and Clinical Evidence. *Drugs*. 2015. Vol. 75, № 12. P. 1349–1371.

162. Leonetti G., Egan C. G. Use of carvedilol in hypertension : an update. *Vascular Health and Risk Management*. 2012. Vol. 8. P. 307–322.

163. Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H. Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym. Warszawa : Wolters Kluwer Polska. 2014. 288 p.

164. O’Kelly S., Ryden L. The political power of heart doctors: with the European Heart Health Charter towards a European policy on cardiovascular disease. *The European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2009. Vol.16, № 2. P. 58–60.

165. Ripley T. L., Saseen J. J.  $\beta$ -blockers : a review of their pharmacological and physiological diversity in hypertension. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014. Vol. 48, № 6 .P. 723–733.

166. Sakhanda I., Kosyachenko K., Nehoda T. The analysis of the sale of antihypertensive drugs in the pharmacies of Kyiv. *ScienceRise : Pharmaceutical Science*. 2018. № 2 (12). C. 56–58.

167. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, 2011. 48 p.

168. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood-pressure-lowering treatment on outcome incidence. 12. Effects in individuals with high-normal and normal blood pressure: overview and meta-analyses of randomized trials. *Journal of Hypertension*. 2017. 35(11). P. 2150–2160.

169. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. *Journal of Hypertension*. 2014. Vol. 32. №12. P. 2285–2295.

170. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs — overview and meta-analyses. *Journal of Hypertension*. 2015. Vol.33. №7 . P. 1321–1341.

171. Weber J. A. Growth Opportunity Analysis. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1976. 256 p.

172. Wheeler A. Designing Brand Identity. – John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey, 2003. 229 p.

173. World Health Organization and World Economic Forum. From Burden to “Best Buys” : Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva, World Health Organization and World Economic Forum, 2011  
[http://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary](http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary)).

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Список опублікованих праць за темою дисертації

##### Статті в наукових фахових виданнях України

1. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Вивчення поведінки споживачів при виборі та споживанні антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2014. Т. 9, № 1. С. 64–69 (Особистий внесок: проведення анкетного опитування, обробка анкет і узагальнення результатів, підготовка статті).

2. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М. Дослідження асортименту та доступності блокаторів бета-адренорецепторів у роздрібному сегменті вітчизняного фармацевтичного ринку. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том. 2. № 1. С. 13–21 (Особистий внесок: збір первинних даних, обробка й узагальнення результатів, підготовка статті).

3. Вплив емоційної та раціональної складових лояльності на вибір та споживання антигіпертензивних препаратів / М. М. Слободянюк, Ю. В. Байгуш, Д. В. Семенів, О. С. Самборський, О. В. Шуванова. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. Том 2. № 2. С. 68–76 (Особистий внесок: проведення анкетного опитування, обробка анкет і узагальнення результатів, підготовка статті).

4. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Маркетинговий аналіз ринку серцево-судинних препаратів в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2016. № 1 (45). С. 72–79 (Особистий внесок: збір первинних даних, узагальнення результатів контент-аналізу, формулювання висновків, підготовка статті).

5. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Обґрунтування маркетингового підходу до визначення ціни лікарського засобу карведілолу на основі соціально орієнтованої політики підприємства. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 2. С. 63–74 (Особистий внесок: збір первинних даних, визначення критичних точок при різних ринкових ситуаціях, узагальнення результатів, підготовка статті).

##### Статті у іноземних виданнях

6. Samborskyi O., Slobodyanyuk M., Baygush Yu. A foundation of scientific and practical approaches to determination of expediency and investment attractiveness of the new antihypertensive medicines development. *The scientific heritage*. 2017. Vol. 1, No 14 (14). P. 36–42 (Особистий внесок: збір первинних даних, обробка результатів, узагальнення результатів, підготовка статті).

7. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Аналіз ринку адрено-блокаторів та динаміки змін їх соціально-економічної доступності за умов реалізації програми «доступні ліки» в Україні. *WORLD SCIENCE*. 2019.

№ 9 (49) Vol. 2. С. 46–52 (Особистий внесок: збір первинних даних, обробка результатів, узагальнення результатів, підготовка статті).

#### **Методичні рекомендації, інформаційний лист**

8. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 28 с (Особистий внесок: огляд літератури, збір первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка методичних рекомендацій).

9. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів : метод. рек. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 26 с (Особистий внесок: огляд літератури, збір первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка методичних рекомендацій).

10. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : інформ. лист. Харків : Вид-во НФаУ, 2016. 7 с (Особистий внесок: збір і обробка первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка інформаційного листа).

#### **Статті у Фармацевтичній енциклопедії України**

11. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Показники торгової марки та бренду лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. Київ : «МОРІОН». 2016. С. 1333–1334 (Особистий внесок: узагальнення матеріалу, підготовка статті).

12. Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Бренд лікарського препарату. *Фармацевтична енциклопедія*. 3-тє вид., переробл. і доповн. – Київ : «МОРІОН», 2016. С. 241–242 (Особистий внесок: обробка матеріалу, підготовка статті).

#### **Інновації, що включені до галузевого переліку МОЗ України:**

13. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних (Перелік за 2016 р. № 505/3/16).

14. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Шуванова О. В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів (Перелік за 2016 р. № 512/3/16).

#### **Статті в інших виданнях фахового спрямування**

15. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Дударь А. Н. Оцінка бренду на прикладі антигіпертензивних лікарських засобів. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матеріали міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28-29 березня 2013 р. Харків : НФаУ, 2013. С. 135–143 (Особистий внесок: збір первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

16. Дослідження ролі брендингу у формуванні ринкових позицій антигіпертензивних лікарських препаратів / Ю. В. Байгуш, С. В. Жадько, М. М. Слободянюк, О. С. Самборський. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, № 3 (84), додаток. С. 33–37 (Особистий внесок: збір первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

#### **Матеріали з'їздів, науково-практичних конференцій**

17. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Методичні підходи до аналізу маркетингового потенціалу лікарських препаратів антигіпертензивної дії. *Управління якістю в фармації*: матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 12 жовтня 2012 р. Харків: НФаУ, 2012. С. 33 (Особистий внесок: маркетинговий аналіз, узагальнення результатів, підготовка статті).

18. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Дудар Г. М. Дослідження якісних та кількісних показників в оцінці потенціалу антигіпертензивних лікарських препаратів. *Сучасні досягнення фармацевтичної технології*: матеріали III науково-практичної Internet конференції з міжнародною участю, м. Харків, 21-23 листопада 2012 р. Харків: НФаУ, 2012. С.155–156 (Особистий внесок: маркетинговий аналіз, узагальнення результатів, підготовка статті).

19. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Гіпертонічна хвороба та споживання антигіпертензивних лікарських препаратів в Україні. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики*: матеріали міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 28–29 березня 2013 р. Харків: НФаУ, 2013. С. 144–153 (Особистий внесок: збір первинного матеріалу, обробка результатів, узагальнення результатів, підготовка статті).

20. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні підходи до визначення показників бренду антигіпертензивних препаратів. *Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів*: матеріали 5-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 27-28 вересня 2013 р. Тернопіль, 2013. С. 291–293 (Особистий внесок: збір первинного матеріалу, обробка результатів, узагальнення результатів, підготовка статті).

21. Байгуш Ю. В., Слободянюк Н. Н., Самборський О. С. Лояльність потребителів к брендам лікарських препаратів. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики*: матеріали II міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 27-28 березня 2014 р. Харків: НФаУ, 2014. С. 144–146 (Особистий внесок: літературний пошук, проведення розрахунків, узагальнення результатів, підготовка статті).

22. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В. Підвищення статусу торговельної марки лікарських препаратів як запорука гарантій якості та обіцянок споживачеві. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики*: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 12 березня 2015

р. Харків : НФаУ, 2015. С. 209–210 (Особистий внесок: літературний пошук, узагальнення результатів, підготовка статті).

23. Bajgush Yu. V., Sushkova A. S., Slobodyanyuk M. M., Tcichon G. V. Scientifically methodical and practical justification of approaches to the estimation of brands of drugs. *Topical issues of new drugs development: Abstracts of international scientific and practical conference of young scientists and student*, Kharkiv, April 23, 2015. Kharkiv : Publishing office NUPh, 2015. (Актуальні питання створення нових лікарських засобів: тези доповідей міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів, Харків, 23 квітня 2015 р. Харків : НФаУ, 2015). С. 442–443 (Особистий внесок: літературний пошук, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

24. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В., Самборський О. С. Сучасні підходи формування лояльності споживачів до лікарських препаратів як брендів. *Управління якістю в фармації*: матеріали ІХ науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 22 травня 2015 р. Харків, НФаУ, 2015. С. 17 (Особистий внесок: літературний пошук, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

25. Слободянюк М. М., Байгуш Ю. В., Самборський О. С. Науково-методичні основи впливу якісних та кількісних показників сили бренду на розвиток сегменту лікарських засобів. *Апітерапія в Україні*: матеріали V зїзду апітерапевтів і апіконсультантів-бджолярів України з міжнародною участю спеціалістів в галузі медицини, фармації, апітерапії, бджільництва, косметології та харчової промисловості, м. Київ, 15-16 жовтня 2015 р. Харків : Оригінал, 2015. С. 446–450 (Особистий внесок: літературний пошук, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

26. Пришко І. М., Байгуш Ю. В. Аналіз результатів пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики*: збірник наук. робіт ІV Міжнародної науково-практичної Internet-конференції, м. Харків, 24-25 березня 2016 р. Харків : НФаУ, 2016. С. 26–34 (Особистий внесок: літературний пошук, обробка первинних даних, узагальнення результатів, формулювання висновків, підготовка статті).

27. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Аналіз серцево-судинних препаратів у сегменті фармацевтичного ринку України. *Інновації в медицині*: тез. доп. 85-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю, м. Івано-Франківськ, 24-25 березня 2016 р. Івано-Франківськ, 2016. С. 214–215 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка первинних даних, узагальнення результатів, підготовка статті).

28. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Аналіз показників брендів та торгових марок лікарських препаратів. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні*:

матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ : ПП Голіней О. М., 2016. С. 120–122 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка первинних даних, узагальнення результатів, підготовка статті).

29. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Семенів Д. В. Дослідження асортименту засобів, що впливають на ренін-ангіотензивну систему, у роздрібно-му сегменті фармацевтичного ринку України. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення на регіональному рівні* : матеріали науково-практичної регіональної конференції, м. Івано-Франківськ, 10-11 травня 2016 р. Івано-Франківськ: ПП Голіней О. М., 2016. – С. 122–124 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка первинних даних, узагальнення результатів, підготовка статті).

30. Байгуш Ю. В., Слободянюк М. М., Самборський О. С. Обґрунтування економічної ефективності та комерційної доцільності впровадження нового антигіпертензивного препарату. *Управління якістю в фармації* : збірник наукових робіт X Науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 20 травня 2016 р. Харків : НФаУ, 2016. С. 18–20 (Особистий внесок: літературний пошук, обробка первинних даних, визначення критичних точок, узагальнення результатів, підготовка статті).

31. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Динаміка використання антигіпертензивних лікарських засобів у деяких регіонах України. *Фармація XXI століття : тенденції та перспективи*. Матеріали VIII Національного з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 13-16 вересня 2016 р. Харків : НФаУ. 2016. С. 187 (Особистий внесок: літературний пошук, підбір даних, узагальнення результатів, підготовка статті).

32. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Структура споживання антигіпертензивних лікарських засобів в Івано-Франківській області. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : наук. симп. у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 15-16 вересня 2016 р. Харків : НФаУ. 2016. С. 165 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

33. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Стратегічні та тактичні підходи до підвищення ринкового потенціалу антигіпертензивних лікарських засобів. *Управління якістю в фармації* : матеріали XI Науково-практичної конференції, м. Харків, 19 травня 2017 р. Харків : НФаУ. С. 24-165 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

34. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк М. М. Комплексний підхід у підвищенні ринкового потенціалу антигіпертензивних лікарських засобів. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : щорічний збірник наукових робіт : матеріали V міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 30-31 березня 2017 р.

Харків : НФаУ, 2017. С. 331–332 165 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

35. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Изучение роли маркетингового поля торговой марки в развитии бренда лекарственного средства. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 22-23 березня 2018 р. Харків : НФаУ, 2018. С. 356 165 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

36. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В., Слободянюк Н. Н. Научно-методические подходы к определению эффективности маркетинговых коммуникаций в сегменте антигипертензивных лекарств. *Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации* : материалы республиканской научно-практической конференции (с международным участием). Ташкент, Республика Узбекистан. 2016. С. 158–159 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

37. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Оцінка показників ринкової сили бренду лікарських засобів на основі карведілолу. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : щорічний збірник наукових робіт* : матеріали VI міжнародної науково-практичної дистанційної конференції, м. Харків, 19 березня 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 271–272 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

38. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Маркетингові дослідження товарного сегменту антигіпертензивного лікарського засобу карведілолу. *Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи* : матер. VI Міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, м. Харків 23 - 24 квіт. 2020 р. Харків : НФаУ, 2020. С. 270–271 165 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).

39. Байгуш Ю. В., Семенів Д. В. Дослідження та оцінка товарного сегменту лікарських засобів карведілолу. *Сучасні напрямки удосконалення фармацевтичного забезпечення населення: від розробки до використання лікарських засобів природного і синтетичного походження* : матеріали науково-практичної дистанційної міжнародної конференції, м. Івано-Франківськ, 19-20 травня 2020 р. Івано-Франківськ : ІФНМУ, 2020. С. 7–8 (Особистий внесок: літературний пошук, збір і обробка матеріалу, узагальнення результатів, підготовка статті).



## Додаток Б

## Впровадження результатів дисертаційної роботи

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Ректор Івано-Франківського  
національного медичного університету,

проф. Рожко М. М.  
« 29 » 2020 р.



## Довідка

про впровадження практичних результатів кандидатської дисертаційної роботи  
Байгуш Ю. В. «Організаційно-економічне обґрунтування ринкового потенціалу  
лікарських препаратів антигіпертензивної дії»

Найменування впровадження	Ким і коли впроваджено
Методичні рекомендації «Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних» (затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 96 від 20.04.2016 р.)	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області, 19.09.2016 р.
	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Полтавській області, 20.02.2017 р.
	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків, 04.10.2016 р.
	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фармації для слухачів спеціалізації «Організація та управління фармацією», 20.10.2016 р.
	Запорізький державний медичний університет, 06.05.2018 р.
	Одеський національний медичний університет, 18.02.2020 р.
	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 25.11.2020 р.
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 10.12.2020 р.
	ТОВ «Фармацевтична фабрика» м. Івано-Франківськ, 20.02.2017 р.
	КП «Обласний аптечний склад» м. Івано-Франківськ, 15.03.2017 р.
	ТОВ «МЕДВЕЙВ» м. Київ, 04.04.2017 р.
	ПАТ «Фармак» м. Київ, 10.05.2017 р.
	ТОВ аптека «Центорія» м. Івано-Франківськ, 20.09.2016 р.
Методичні рекомендації «Порівняльна оцінка сиду бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів» (затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 96 від 20.04.2016 р.)	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області, 19.09.2016 р.
	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Полтавській області, 20.02.2017 р.
	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків, 04.10.2016 р.

## Продовж. дод. Б

	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фармації для слухачів спеціалізації «Організація та управління фармацією», 20.10.2016 р.
	Запорізький державний медичний університет, 06.05.2018 р.
	Одеський національний медичний університет, 18.02.20 р.
	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 25.11.2020 р.
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 10.12.2020 р.
	ТОВ «Фармацевтична фабрика» м. Івано-Франківськ, 20.02.2017 р.
	КП «Обласний аптечний склад» м. Івано-Франківськ, 15.03.2017 р.
	ТОВ «МЕДВЕЙВ» м. Київ, 04. 04. 2017 р.
	ВАТ «Фармак» м. Київ, 10.05.2017 р.
	ТОВ аптека «Центорія» м. Івано-Франківськ, 20.09.2016 р.
Інформаційний лист «Вивчення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних» (затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 96 від 20.04.2016 р.)	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Івано-Франківській області, 19.09.2016 р.
	Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Полтавській області, 20.02.2017 р.
	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків, 04.10.2016 р.
	Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фармації для слухачів спеціалізації «Організація та управління фармацією», 20.10.2016 р.
	Запорізький державний медичний університет, 06.05.2018 р.
	Одеський національний медичний університет, 18.02.20 р.
	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 25.11.2020 р.
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 10.12.2020 р.
	ТОВ «Фармацевтична фабрика» м. Івано-Франківськ, 20.02.2017 р.
	КП «Обласний аптечний склад» м. Івано-Франківськ, 15.03.2017 р.
	ТОВ «МЕДВЕЙВ» м. Київ, 04. 04. 2017 р.
	ВАТ «Фармак» м. Київ, 10.05.2017 р.
	ТОВ аптека «Центорія» м. Івано-Франківськ, 20.09.2016 р.

Учений секретар, к.мед.н., доцент

Науковий керівник, професор

Здобувач

Ган Р. З.

Семенів Д. В.

Байгуш Ю. В.

Продовж. дод. Б

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор

з наукової роботи та інновацій

Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця

проф.

С. В. Земсков

2020 р.

**АКТ УПРОВАДЖЕННЯ**

**1. Найменування пропозицій для впровадження:** Методичні рекомендації «Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних».

**2. Ким запропоновано:** Національний фармацевтичний університет, кафедра фармацевтичного маркетингу та менеджменту; Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків.

**3. Автори-укладачі:** Байгуш Ю.В., Слободянюк М.М., Шуванова О.В.

**4. Джерело інформації:** Байгуш Ю.В., Слободянюк М.М., Шуванова О.В. Науково-методичне обґрунтування оцінки якісних та кількісних показників бренду лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних ; методичні рекомендації. – Харків, 2016. – 28 с.

**5. Ким і коли впроваджено:** кафедра організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вересень-листопад 2020 року (Протокол навчально-методичного засідання кафедри № 7 від 25.11.2020 р.).

**6. Ефективність впровадження:** запропоновану систему якісних та кількісних показників торгової марки та результати оцінювання можна використовувати в системі загальної оцінки вартості бренда при уточненні відносин з інвесторами, для цілей внутрішнього менеджменту та аудиту, складанні бухгалтерської звітності, при використанні франчайзингу, обґрунтуванні кредитоспроможності, у якості аргументу при правовому рішенні ділових та партнерських компромісів та інше.

**7. Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальні за впровадження:**

Завідувач кафедри організації та економіки

фармації, д. фарм. н., професор,

Заслужений працівник фармації України

доц. кафедри організації та економіки

фармації, канд. фарм. н.

доц. кафедри організації та економіки

фармації, канд. фарм. н.

К. Л. Косяченко

Л. О. Гала

Н. В. Шолойко

Продовж. дод. Б

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

начальник Державної служби  
з лікарських засобів та контролю  
за наркотиками Полтавській області  
\_\_\_\_\_ Андрієнко Н. В.  
\_\_\_\_\_ 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні підходи до проведення порівняльної оцінки сили торговельної марки та бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів. Методика дає можливість на основі визначених параметрів сили торговельної марки (бренду) лікарського засобу оцінювати розміщення торгової марки в полі бренду, здійснювати заходи щодо управління життєвим циклом товару та лояльністю покупців. Запропонована методика соціологічної та маркетингової оцінки лікарського препарату
2. **Ким запропоновано:** Національний фармацевтичний університет, кафедра фармацевтичного маркетингу та менеджменту; ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків; Автори-укладачі: Байгуш Ю.В., Слободянюк М.М., Шуванова О.В.
3. **Джерело інформації:** Байгуш Ю.В., Слободянюк М.М., Шуванова О.В. Порівняльна оцінка сили бренду на прикладі антигіпертензивних препаратів – методичні рекомендації. – Харків, 2016. – 25 с.
4. **Ким упроваджено:** Державною службою з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Полтавській області
5. **Дата початку впровадження:** 20.02.2017р.
6. **Ефективність впровадження:** використання методики дає можливість об'єктивно проводити кількісну оцінку статусу торговельної марки лікарського засобу, визначати розміщення торгової марки у маркетинговому полі, оцінювати рівень якісних показників та розробляти пропозиції щодо управління лояльністю покупців
7. **Зауваження та пропозиції:** \_\_\_\_\_
8. **Відповідальний за впровадження:** Слободянюк М.М.

Продовж. дод. Б

ЗАТВЕРДЖУЮ



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозицій для впровадження:** визначення конкурентоспроможності лікарських препаратів з урахуванням кількісної оцінки якісних показників товару й лояльності споживачів та продажів на прикладі антигіпертензивних препаратів.

**2. Ким запропоновано:** Національний фармацевтичний університет, кафедра фармацевтичного маркетингу та менеджменту; ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра організації та економіки фармації і технології ліків; Автори-укладачі: Байгуш Ю.В, Слободянюк М.М., Семенів Д.В.

**3. Джерело інформації:** Байгуш Ю.В, Слободянюк М.М., Шуванова О.В. Визначення конкурентоспроможності лікарських препаратів на прикладі антигіпертензивних : інформаційний лист. – Харків, 2016. – 9 с.

**4. Ким упроваджено :** ТОВ «Фармацевтична фабрика» м. Івано-Франківськ  
Дата впровадження: 20 лютого 2017 р.

**5. Ефективність впровадження:** використання запропонованого алгоритму аналізу на основі комплексу показників підвищує об'єктивність та достовірність оцінки ринкової сили та статусу лікарських препаратів, що дає змогу формувати рекомендації по підвищенню їх конкурентоспроможності.

**6. Зауваження та пропозиції:** продовжити видання рекомендацій по цій тематиці.

**7. Відповідальний за впровадження**

Заступник директора з якості  
ТОВ " Фармацевтична фабрика"

Грибик А.І.

Додаток В (фрагмент)

Аналіз коефіцієнта адекватності платоспроможності та показника доступності ЛЗ за 2012-2014 рр.

Торгова назва	Лікарська форма препарату	Фірма-виробник	Ca.s.			D	
			2012	2013	2014	2013	2014
1	2	3	4	5	6	7	8
<b><i>C07AA05 – Пропранолол</i></b>							
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг блістер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,28	0,30	0,41	0,94	0,74
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг контейнер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,28	0,30	0,43	0,93	0,70
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 40 мг блістер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,36	0,39	0,53	0,94	0,74
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 40 мг контейнер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,37	0,39	0,55	0,95	0,71
<b><i>C07AA07 – Соталол</i></b>							
СОРИТМІК	табл. 160 мг блістер, №20	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	1,62	1,62	1,87	1,00	0,87
СОРИТМІК	табл. 80 мг блистер, №20	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	1,22	1,20	1,37	1,01	0,88
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 160 мг блістер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	3,22	3,72	5,86	0,87	0,64
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 40 мг блістер, №20	Salutas Pharma (Німеччина)	0,41	0,76	-	0,55	-
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 40 мг блістер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	1,46	1,78	2,75	0,82	0,65
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 80 мг блістер, №20	Salutas Pharma (Німеччина)	0,79	2,07	1,36	0,38	1,53
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 80 мг блістер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	1,87	2,43	3,61	0,77	0,68

## Продовж. дод. В

1	2	3	4	5	6	7	8
СОТАЛОЛ-АПО	табл. 160 мг блістер, №20	ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна, Київ)	4,01	-	-	-	-
СОТАЛОЛ-АПО,	табл. 80 мг блістер, №20	ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна, Київ)	1,70	1,01	-	1,68	-
<b><i>C07AB02 – Метопролол</i></b>							
АЗОПРОЛ РЕТАРД	табл. пролонг. дією., п/о 12,5 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	1,05	-	-	-	-
АЗОПРОЛ РЕТАРД	табл. пролонг. дією., п/о 25 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	1,53	1,21	-	1,27	-
АЗОПРОЛ РЕТАРД,	табл. пролонг. дією., п/о 50 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	1,92	1,58	1,52	1,22	1,04
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о з повільн. вивільн. 100 мг фл., №30	AstraZeneca (Швеція)	2,70	2,59	2,99	1,05	0,87
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о з повільн. вивільн. 25 мг блістер, №14	AstraZeneca (Швеція)	1,06	1,00	1,12	1,06	0,90
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о з повільн. вивільн. 50 мг фл., №30	AstraZeneca (Швеція)	1,92	1,80	2,06	1,07	0,87
БЕТАЛОК	р-н д/ін. 1 мг/мл амп. 5 мл, №5	Senexi (Франція)	6,38	6,24	7,11	1,03	0,88
ВАЗОКАРДИН®	табл. 100 мг, №50	Zentiva (Словацька Республіка)	0,98	0,64	0,73	1,53	0,89
ВАЗОКАРДИН	табл. 50 мг, №50	Zentiva (Словацька Республіка)	0,70	0,53	0,55	1,34	0,96
КОРВИТОЛ	табл. 100 мг блістер, №50	Berlin-Chemie/Menarini Group (Німеччина)	1,49	1,27	1,44	1,18	0,89
КОРВИТОЛ®	табл. 50 мг, №50	Berlin-Chemie/Menarini Group (Німеччина)	1,15	0,98	1,09	1,18	0,90
КОРВИТОЛ®	табл. 50 мг, №30	Berlin-Chemie/Menarini Group (Німеччина)	-	-	1,04	-	-

## Продовж. дод. В

1	2	3	4	5	6	7	8
МЕТОПРОЛОЛ	табл. 50 мг блістер, №30	MEDA Pharmaceuticals Switzerland (Швейцарія)	-	-	0,15	-	-
МЕТОБЛОК	р-р д/ін. 1 мг/мл амп. 5 мл, №10	ЗАТ Лекхім-Харків (Україна, Харків)	4,88	-	-	-	-
МЕТОПРОЛ	табл. п/о з повільн. ви- вільн. 100 мг контурн. ячейк. уп., №30	ТОВ Фарма Старт (Україна, Київ)	0,28	-	-	-	-
МЕТОПРОЛОЛ	табл. 50 мг блістер, №30	ICN Polfa Rzeszow (Польща)	0,17	0,13	-	1,32	-
МЕТОПРОЛОЛ	табл. 100 мг, №30	Корпорація Артеріум (Україна, Київ)	0,30	0,24	0,25	1,27	0,96
МЕТОПРОЛОЛ	табл. 25 мг, №30	Корпорація Артеріум (Україна, Київ)	0,17	0,15	0,15	1,16	1,02
МЕТОПРОЛОЛ	табл. 50 мг, №30	Корпорація Артеріум (Україна, Київ)	0,17	0,14	0,14	1,26	0,96
МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ	табл. 0,05 г блістер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	0,12	0,10	0,10	1,19	0,95
МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ,	табл. 0,1 г блістер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	0,19	0,16	0,17	1,20	0,95
ЭГІЛОК® РЕТАРД	табл. пролонг. дією, п/о 100 мг, №30	Egis (Угорщина)	2,22	1,76	2,07	1,27	0,85
ЭГІЛОК® РЕТАРД	табл. пролонг. дією, п/о 50 мг, №30	Egis (Угорщина)	1,72	1,33	1,59	1,30	0,84
ЭГІЛОК	табл. 100 мг, №30	Egis (Угорщина)	1,36	1,03	1,07	1,33	0,97
ЭГІЛОК	табл. 100 мг, №60	Egis (Угорщина)	1,77	1,32	1,49	1,34	0,89
ЭГІЛОК	табл. 25 мг, №60	Egis (Угорщина)	0,99	0,78	0,87	1,27	0,89
ЭГІЛОК	табл. 50 мг, №60	Egis (Угорщина)	1,26	0,98	1,10	1,29	0,90
<b><i>C07AB03 – Атенолол</i></b>							
АЗОТЕН	табл. 50 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	1,44	-	-	-	-



## Продовж. дод. В

1	2	3	4	5	6	7	8
АТЕНОБЕНЕ	табл. п/плен. оболон. 100 мг, №20	Merckle (Німеччина)	0,55	0,55	0,70	1,00	0,79
АТЕНОБЕНЕ	п/плен. оболон. 50 мг, №20	Merckle (Німеччина)	0,42	0,43	0,57	0,99	0,76
АТЕНОЛ-100	табл. 100 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	0,19	0,20	-	0,96	-
АТЕНОЛ-25	табл. 25 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	0,12	0,15	0,21	0,79	0,72
АТЕНОЛ-50	табл. 50 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	0,24	0,25	0,28	0,98	0,88
АТЕНОЛОЛ	табл. 0,05 г блістер, у пацке, №20	АТ Монфарм (Україна, Монастирще)	0,11	0,13	0,13	0,86	1,01
АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 100 мг контурн. ячейк. уп., №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	0,13	0,14	0,15	0,96	0,93
АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 50 мг контурн. ячейк. уп., №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	0,12	0,15	0,14	0,84	1,04
АТЕНОЛОЛ-ДАРНИЦА	табл. п/о 100 мг, №20	ПАТ Дарниця (Україна, Київ)	0,14	-	-	-	-
АТЕНОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. 50 мг блістер, №20	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,19	0,19	0,23	0,98	0,85
АТЕНОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. 50 мг контейнер, №20	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	0,19	0,20	1,32	0,92	0,16
АТЕНОЛОЛ-КРЕДОФАРМ	табл. п/о 100 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,17	0,19	-	0,94	-
АТЕНОЛОЛ-КРЕДОФАРМ	табл. п/о 50 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,10	0,17	0,17	0,57	1,03
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН,	табл. п/о 100 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,16	0,17	-	0,93	-
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 50 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,11	0,12	0,16	0,95	0,72
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 100 мг, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,19	0,16	-	1,17	-

## Продовж. дод. В

1	2	3	4	5	6	7	8
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 50 мг, №20	Unimax Laboratories (Індія)	0,13	-	-	-	-
ТЕНОЛОЛ	табл. п/плів. обол. 100 мг блістер, №28	IPCA (Індія)	0,30	0,30	0,30	0,99	1,01
ТЕНОЛОЛ	табл. п/плів. бол. 50 мг блістер, №28	IPCA (Індія)	0,12	0,12	0,19	1,04	0,62
<b><i>C07AB05 – Бетаксол</i></b>							
БЕТАК	табл. п/плів. обол. 20 мг блістер, №30	Medochemie (Кіпр)	1,76	1,65	2,50	1,07	0,66
БЕТАКОР	табл. п/плів. обол. 20 мг блістер, №30	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна)	1,93	1,85	2,20	1,05	0,85
ЛОКРЕН	табл. п/о 20 мг блістер, №28	Sanofi Winthrop Industrie (Франція)	3,46	3,19	3,55	1,09	0,90
<b><i>C07AB07 – Бісопролол</i></b>							
БІКАРД	табл. п/плів. обол. 10 мг, №30	Bioveeta Lab. (Індія)	1,47	1,22	1,29	1,21	0,95
БІКАРД	табл. п/плів. обол. 5 мг, №30	Bioveeta Lab. (Індія)	1,11	0,93	1,00	1,19	0,93
БІКАРД	табл. п/плів. обол. 10 мг блістер, №30	Lab. Normon (Іспанія)	-	1,21	1,32	-	0,92
БІКАРД	табл. п/плів. обол. 5 мг блістер, №30	Lab. Normon (Іспанія)	-	0,92	0,98	-	0,95
БІПРОЛОЛ	10 мг блістер, №30 табл	ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна, Київ)	0,86	0,69	0,77	1,26	0,90
БІПРОЛОЛ	табл. 5 мг блістер, пачка, №30	ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна, Київ)	0,54	0,42	0,44	1,29	0,97
БІСОКАРД	табл. п/о 10 мг, №30	ICN Polfa Rzeszow (Польща)	0,68	-	-	-	-

Додаток Д (фрагмент)

**Аналіз динаміки змін індексів закупівельних та роздрібних цін на препарати з групи С07-Блокатори бета-адренорецепторів**

Торгова назва	Лікарська форма препарату	Фірма-виробник	Закупівельна ціна, грн.			Іg		Роздрібна ціна, грн.			Іg	
			2012	2013	2014	2013/ 2012	2014/ 2013	2012	2013	2014	2013/ 2012	2014/ 2013
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b><i>С07АА05 – Пропранолол</i></b>												
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг блистер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	6,80	8,32	11,87	1,22	1,43	8,54	10,05	14,20	1,18	1,41
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг контейнер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	6,90	7,83	11,57	1,13	1,48	8,36	10,02	14,88	1,20	1,48
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 40 мг блистер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	8,76	10,85	15,36	1,24	1,42	10,98	12,96	18,2	1,18	1,41
АНАПРИЛІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 40 мг контейнер, №50	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	8,87	10,22	15,25	1,15	1,49	11,1	12,92	19,03	1,16	1,47
<b><i>С07АА07 – Соталол</i></b>												
СОРІТМІК	табл. 160 мг блистер, №20	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	39,82	44,75	52,93	1,12	1,18	49,18	54,4	65,03	1,11	1,20
СОРІТМІК	табл. 80 мг блистер, №20	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	30,16	33,00	38,51	1,09	1,17	36,86	40,33	47,54	1,09	1,18

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 160 мг блістер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	79,06	103,98	168,8	1,32	1,62	97,55	124,6 4	203,4 8	1,28	1,63
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 40 мг блі- стер, №20	Salutas Pharma (Німеччина)	10,45	18,41	-	1,76	-	12,48	25,31	-	2,03	-
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 40 мг блі- стер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	36,02	48,50	77,78	1,35	1,60	44,19	59,6	95,53	1,35	1,60
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 80 мг блі- стер, №20	Salutas Pharma (Німеччина)	21,75	24,98	50,84	1,15	2,04	23,92	69,38	47,2	2,90	0,68
СОТАЛОЛ САНДОЗ	табл. 80 мг блі- стер, №50	Salutas Pharma (Німеччина)	46,00	64,26	103,8 7	1,40	1,62	56,73	81,36	125,1 1	1,43	1,54
СОТАЛОЛ- АПО	табл. 80 мг блі- стер, №20	ПАТ Борщагів- ський ХФЗ(Україна, Київ)	6,78	31,36	-	4,63	-	51,43	33,88	-	0,66	-
СОТАЛОЛ- АПО	табл. 160 мг блістер, №20	ПАТ Борщагів- ський ХФЗ(Україна, Київ)	-	-	-	-	-	121,55	-	-	-	-
<b>С07АВ02 – Метопролол</b>												
АЗОПРОЛ РЕТАРД	табл. пролонг. дією, п/о 12,5 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	25,14	-	-	-	-	31,89	-	-	-	-
АЗОПРОЛ РЕТАРД	табл. пролонг. дією, п/о 25 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	35,81	-	-	-	-	46,43	40,6	-	0,87	0,00
АЗОПРОЛ РЕТАРД,	табл. пролонг. дією, п/о 50 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals Індія)	47,19	31,03	-	0,66	-	58,06	52,89	52,71	0,91	1,00

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о про- лонг. дією, 100 мг фл., №30	AstraZeneca (Швеція)	67,34	73,60	87,55	1,09	1,19	81,9	86,66	103,6 6	1,06	1,20
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о про- лонг. дією, 25 мг блистер, 14	AstraZeneca (Швеція)	25,94	28,39	32,66	1,09	1,15	32,09	33,58	38,88	1,05	1,16
БЕТАЛОК ЗОК	табл. п/о про- лонг. дією, 50 мг фл., №30	AstraZeneca (Швеція)	46,97	50,60	60,1	1,08	1,19	58,29	60,23	71,61	1,03	1,19
БЕТАЛОК	р-н д/ін. 1 мг/мл амп. 5 мл, №5	Senexi (Фран- ція)	155,6 9	167,02	214,9 3	1,07	1,29	193,23	209,1 4	246,7 2	1,08	1,18
ВАЗОКАРДИ Н®	табл. 100 мг, №50	Zentiva (Слова- цька Республі- ка)	24,38	21,47	23,9	0,88	1,11	29,6	21,53	25,2	0,73	1,17
ВАЗОКАРДИ Н	табл. 50 мг, №50	Zentiva (Слова- цька Республі- ка)	17,74	15,01	16,36	0,85	1,09	21,27	17,62	19,11	0,83	1,08
КОРВИТОЛ	табл. 100 мг блістер, №50	Berlin- Chemie/Menarini Group (Німеч- чина)	35,93	35,24	41,91	0,98	1,19	45,23	42,58	49,94	0,94	1,17
КОРВИТОЛ®	табл. 50 мг, №50	Berlin- Chemie/Menarini Group (Німеч- чина)	27,83	27,47	31,9	0,99	1,16	34,84	32,72	37,66	0,94	1,15
КОРВИТОЛ®	табл. 50 мг, №30	Berlin- Chemie/Menarini Group (Німеч- чина)	-	-	17,47	-	-	-	-	36,00	-	-

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
МЕТОБЛОК	р-н д/ін. 1 мг/мл амп. 5 мл, №10	ЗАТ Лекхім- Харків (Україна, Харків)	127,6 6	-	-	-	-	148,0	-	-	-	-
МЕТОПРОЛО Л	табл. 100 мг, №30	Коропорація Артеріум (Укра- їна, Київ)	7,37	6,88	7,38	0,93	1,07	9,22	8,06	8,71	0,87	1,08
МЕТОПРОЛО Л	табл. 25 мг, №30	Коропорація Артеріум (Укра- їна, Київ)	3,22	1,90	3,3	0,59	1,74	5,21	4,97	5,07	0,95	1,02
МЕТОПРОЛО Л	табл. 50 мг, №30	Коропорація Артеріум (Укра- їна, Київ)	4,19	3,94	4,21	0,94	1,07	5,27	4,64	5,01	0,88	1,08
МЕТОПРОЛО ЛА ТАРТРАТ	табл. 0,05 г блистер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	2,90	2,81	2,98	0,97	1,06	3,56	3,32	3,64	0,93	1,10
МЕТОПРОЛО ЛА ТАРТРАТ,	табл. 0,1 г бли- стер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	4,70	4,52	4,81	0,96	1,07	5,75	5,31	5,84	0,92	1,10
ЭГИЛОК® РЕТАРД	табл. пролонг. дейст., п/о 100 мг, №30	Egis (Угорщина)	54,42	49,57	60,41	0,91	1,22	67,42	58,99	71,85	0,87	1,22
ЭГИЛОК® РЕТАРД	табл. пролонг. дейст., п/о 50 мг, №30	Egis (Угорщина)	42,10	37,33	47,16	0,89	1,26	52,24	44,51	55,15	0,85	1,24
ЭГИЛОК	табл. 100 мг, №30	Egis (Угорщина)	31,06	28,03	31,4	0,90	1,12	41,14	34,38	36,99	0,84	1,08
ЭГИЛОК	табл. 100 мг, №60	Egis (Угорщина)	44,26	38,58	42,35	0,87	1,10	53,51	44,17	51,68	0,83	1,17
ЭГИЛОК	табл. 25 мг, №60	Egis (Угорщина)	24,00	21,89	25,13	0,91	1,15	29,87	26,05	30,29	0,87	1,16
ЭГИЛОК	табл. 50 мг, №60	Egis (Угорщина)	31,01	27,90	31,49	0,90	1,13	38,19	32,89	38,15	0,86	1,16

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<i><b>С07АВ03 – Атенолол</b></i>												
АЗОТЕН	табл. 50 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	43,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-
АТЕНОБЕНЕ	табл. п/плен. оболочкой 100 мг, №20	Merckle (Німеч- чина)	13,71	15,65	20,45	1,14	1,31	16,58	18,37	24,18	1,11	1,32
АТЕНОБЕНЕ	п/плен. оболоч- кой 50 мг, №20	Merckle (Німеч- чина)	11,01	12,44	16,17	1,13	1,30	12,83	14,33	19,72	1,12	1,38
АТЕНОЛ-100	табл. 100 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	4,95	-	-	-	-	5,75	6,64	-	1,15	-
АТЕНОЛ-25	табл. 25 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	1,32	-	-	-	-	3,62	5,07	7,27	1,40	1,43
АТЕНОЛ-50	табл. 50 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	4,37	6,12	-	1,40	-	7,31	8,31	9,83	1,14	1,18
АТЕНОЛОЛ	табл. 0,05 г блістер, в пач- ці, №20	АТ Монфарм (Україна, Мона- стирще)	2,47	3,11	3,44	1,26	1,10	3,29	4,24	4,38	1,29	1,03
АТЕНОЛОЛ- АСТРАФАРМ	табл. 100 мг контурн. яч. уп., №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	3,20	3,79	4,2	1,18	1,11	4,07	4,73	5,27	1,16	1,11
АТЕНОЛОЛ- АСТРАФАРМ	табл. 50 мг ко- нтурн. яч. уп., №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	2,88	3,74	3,81	1,30	1,02	3,7	4,88	4,90	1,32	1,00
АТЕНОЛОЛ- ЗДОРОВ'Я	табл. 50 мг блі- стер, №20	ТОВ Здоров'я (Україна, Хар- ків)	4,63	5,33	6,4	1,15	1,20	5,73	6,49	7,90	1,13	1,22

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
АТЕНОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. 50 мг контейнер, №20	ТОВ Здоров'я (Україна, Харків)	1,68	5,55	-	3,30	-	5,67	6,86	45,81	1,21	6,68
АТЕНОЛОЛ-КРЕДОФАРМ	табл. п/о 100 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	-	5,10	-	-	-	-	6,26	-	1,18	-
АТЕНОЛОЛ-КРЕДОФАРМ	табл. п/о 50 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	2,73	4,89	5,67	1,79	1,16	2,99	5,85	5,89	1,96	1,01
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН,	табл. п/о 100 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	2,31	-	-	-	-	4,79	5,7	-	1,19	-
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 50 мг блістер, №20	Unimax Laboratories (Індія)	2,60	2,93	4,00	1,13	1,37	3,37	3,92	5,64	1,16	1,44
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 100 мг, №20	Unimax Laboratories (Індія)	4,65	-	-	-	-	5,7	5,4	-	0,95	-
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН	табл. п/о 50 мг, №20	Unimax Laboratories (Індія)	2,76	-	-	-	-	3,86	-	-	-	-
ТЕНОЛОЛ	табл. п/плів. оболон., 100 мг блістер, №28	IPCA (Індія)	7,48	8,66	10,48	1,16	1,21	9,03	10,12	10,38	1,12	1,03
ТЕНОЛОЛ	табл. п/плів. оболон., 50 мг блістер, №28	IPCA (Індія)	3,07	4,68	5,23	1,52	1,12	3,72	3,98	6,62	1,07	1,66

C07AB05 – Бетаксол



## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БЕТАК	табл. п/плів. оболон., 20 мг блістер, №30	Medochemie (Кіпр)	42,01	45,64	69,57	1,09	1,52	53,25	55,28	86,72	1,04	1,57
БЕТАКОР	табл. п/плів. оболон., 20 мг блістер, №30	ПАТ Київський вітамінний за- вод (Україна, Київ)	48,42	52,28	63,8	1,08	1,22	58,58	62,16	76,33	1,06	1,23
ЛОКРЕН	табл. п/о 20 мг блістер, №28	Sanofi Winthrop Industrie (Фран- ція)	85,57	89,52	101,0 4	1,05	1,13	104,83	106,9 2	123,0 6	1,02	1,15
<b><i>C07AB07 – Бісопролол</i></b>												
БІКАРД	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Bioveeta Lab. (Індія)	36,78	36,45	42,29	0,99	1,16	44,46	40,89	44,91	0,92	1,10
БІКАРД	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг, №30	Bioveeta Lab. (Індія)	27,85	27,01	31,57	0,97	1,17	33,52	31,24	34,75	0,93	1,11
БІКАРД	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг білістер, №30	Lab. Normon (Іспанія)	-	35,11	39,47	-	1,12	-	40,66	45,81	-	1,13
БІКАРД	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг білістер, №30	Lab. Normon (Іспанія)	-	26,74	28,57	-	1,07	-	30,98	33,90	-	1,09
БІПРОЛОЛ	10 мг білістер, №30 табл	ПАТ Борщагів- ський ХФЗ (Україна, Київ)	21,33	20,80	23,18	0,98	1,11	26,2	22,99	26,62	0,88	1,16

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БІПРОЛОЛ	табл. 5 мг блістер, пачці, №30	ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна, Київ)	13,65	12,41	12,73	0,91	1,03	16,45	14,18	15,17	0,86	1,07
БІСОПРОВЕЛ	табл. 5 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	-	6,18	6,47	-	1,05	-	7,45	7,95	-	1,07
БІСОПРОЛ	табл. 10 мг блістер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	24,46	23,63	24,92	0,97	1,05	30,18	27,99	30,03	0,93	1,07
БІСОПРОЛ	табл. 2,5 мг блістер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	8,58	8,24	8,78	0,96	1,07	10,64	9,84	10,69	0,92	1,09
БІСОПРОЛ	табл. 5 мг блістер, №20	ВАТ Фармак (Україна, Київ)	14,34	13,70	13,55	0,96	0,99	17,67	16,23	16,17	0,92	1,00
БІСОПРОЛОЛ	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Lek (Словенія)	16,78	13,38	27,33	0,80	2,04	47,35	43,78	44,68	0,92	1,02
БІСОПРОЛОЛ	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг, №30	Lek (Словенія)	17,36	0,00	12,34	-	-	32,58	31,12	22,63	0,96	0,73
БІСОПРОЛОЛ -АПТЕКС	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг банка, в пачці, №30	Apotex (Канада)	25,22	7,15	43,29	0,28	6,05	36,81	18,86	47,71	0,51	2,53
БІСОПРОЛОЛ -АПТЕКС	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг банка, в пачці, №60	Apotex (Канада)	-	-	127,06	-	-	-	-	148,00	-	-
БІСОПРОЛОЛ -АПТЕКС	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг банка, в пачці, №30	Apotex (Канада)	-	-	33,52	-	-	-	-	55,49	-	-

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БІСОПРОЛОЛ -АПОТЕКС	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг банка, в пачці, №60	Апотех (Канада)	-	-	34,52	-	-	-	-	79,98	-	-
БІСОПРОЛОЛ -АПОТЕКС	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг банка, в коробці, №30	Апотех (Канада)	-	-	45,43	-	-	-	-	57,96	-	-
БІСОПРОЛОЛ -АСТРАФАРМ	табл. 10 мг блі- стер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	9,11	22,60	12,15	2,48	0,54	30,18	31,15	18,15	1,03	-
БІСОПРОЛОЛ -АСТРАФАРМ	табл. 10 мг блі- стер, №30	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	23,62	23,08	18,12	0,98	0,78	24,78	26,02	20,82	1,05	0,80
БІСОПРОЛОЛ - АСТРАФАРМ,	табл. 5 мг бліс- тер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	6,90	6,36	6,65	0,92	1,05	8,64	7,54	7,83	0,87	1,04
БІСОПРОЛОЛ - АСТРАФАРМ,	табл. 5 мг бліс- тер, №30	ТОВ Астрафарм (Україна, Виш- неве)	-	9,51	8,69	-	0,91	-	11,96	9,90	-	0,83
БІСОПРОЛОЛ - ЗДОРОВ'Я	табл. п/о 10 мг блітер, №30	ТОВ Здоров'я (Україна, Хар- ків)	30,46	30,38	20,11	1,00	0,66	34,19	35,02	27,68	1,02	0,79
БІСОПРОЛОЛ - ЗДОРОВ'Я	табл. п/о 2,5 мг блістер, №30	ТОВ Здоров'я (Україна, Хар- ків)	11,73	7,57	14,22	0,65	1,88	13,37	12,97	19,66	0,97	1,52
БІСОПРОЛОЛ - ЗДОРОВ'Я	табл. п/о 5 мг блістер, №30	ТОВ Здоров'я (Україна, Хар- ків)	17,35	16,48	20,72	1,26	0,29	19,61	17,66	27,13	0,90	1,54

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БІСОПРОЛОЛ -КВ	табл. 10 мг блистер, в пачці, №30	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	0,00	16,73	19,02	-	1,14	-	19,25	21,75	-	1,13
БІСОПРОЛОЛ -КВ	табл. 5 мг блистер, в пачці, №30	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	0,00	9,30	10,73	-	1,15	-	10,66	12,23	-	1,15
БІСОПРОЛОЛ Л-ЛУГАЛ	табл. 10 мг, №30	ВАТ Луганський ХФЗ (Україна, Луганськ)	16,48	15,33	16,27	0,93	1,06	20,66	16,87	19,23	0,82	1,14
БІСОПРОЛОЛ -ЛУГАЛ	табл. 5 мг, №30	ВАТ Луганський ХФЗ (Україна, Луганськ)	9,45	8,83	9,37	0,93	1,06	11,69	9,73	11,02	0,83	1,13
БІСОПРОЛОЛ -МАКСФАРМА	табл. п/о 5 мг, №28	Intas Pharmaceuticals (Індія)	9,37	-	-	-	-	13,57	-	49,10	-	-
БІСОПРОЛОЛ -РАТІОФАРМ	табл. 10 мг, №30	Merckle (Німеччина)	54,25	52,59	55,57	0,97	1,06	66,05	61,63	65,58	0,93	1,06
БІСОПРОЛОЛ -РАТІОФАРМ	табл. 5 мг, №30	Merckle (Німеччина)	32,65	33,57	36,52	1,03	1,09	39,69	39,26	43,07	0,99	1,10
БІСОПРОЛОЛ -РАТІОФАРМ	табл. 10 мг, №50	Merckle (Німеччина)	-	-	71,26	-	-	-	-	90,30	-	-
БІСОПРОЛОЛ Л-РАТІОФАРМ	табл. 5 мг, №50	Merckle (Німеччина)	-	-	55,21	-	-	-	-	70,68	-	-
БІСОПРОФАР	табл. п/о 10 мг блистер, №30	Teva (Венгрія)	17,86	-	31,13	-	-	30,98	28,5	27,23	0,92	0,96
БІСОПРОФАР	табл. п/о 5 мг блистер, №30	Teva (Венгрія)	8,64	-	13,09	-	-	19,98	-	10,77	-	-

Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
БІСОСТАД	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Stada (Німеччи- на)	38,88	35,83	36,36	0,92	1,01	47,61	40,84	42,66	0,86	1,04
БІСОСТАД	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг, №30	Stada (Німеччи- на)	24,95	23,37	27,07	0,94	1,16	30,85	27,56	28,20	0,89	1,02
ДОРЕЗ	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Alkaloid (Маке- донія)	33,37	31,15	35,46	0,93	1,14	41,13	34,3	40,94	0,83	1,19
ДОРЕЗ	табл. табл. п/плів. оболон., 2,5 мг, №30	Alkaloid (Маке- донія)	14,53	14,38	11,6	0,99	0,81	18,96	16,79	19,50	0,89	1,16
ДОРЕЗ	табл. табл. п/плів. оболон., 5 мг, №30	Alkaloid (Маке- донія)	24,47	22,69	25,09	0,93	1,11	30,33	27,28	29,73	0,90	1,09
ЕВРОБІСОПР ОЛОЛ 10	табл. табл. п/плів. оболон., 10 мг блістер, в пачці, №20	ТОВ Фарма Старт (Україна, Київ)	-	-	25,95	-	-	-	-	31,99	-	-
ЕВРОБІСОПР ОЛОЛ 5	табл. п/плів. оболон., 5 мг блістер, в пач- ці, №20	ТОВ Фарма Старт (Україна, Київ)	-	-	5,45	-	-	-	-	17,93	-	-
КОНКОР КОР	табл. п/плів. оболон., 2,5 мг, №30	Merck KGaA (Німеччина)	40,45	42,74	43,7	1,06	1,02	50,24	50,43	52,20	1,00	1,04
КОНКОР	табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Merck KGaA (Німеччина)	77,38	81,21	80,46	1,05	0,99	93,53	94,69	96,71	1,01	1,02

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
КОНКОР	табл. п/плів. оболон., 10 мг, №50	Merck KGaA (Німеччина)	124,0 5	132,06	136,4 6	1,06	1,03	151,58	153,6 4	158,4 7	1,01	1,03
КОНКОР	табл. п/плів. оболон., 5 мг, №30	Merck KGaA (Німеччина)	50,46	52,57	50,48	1,04	0,96	63,11	64,43	66,17	1,02	1,03
КОНКОР	табл. п/плів. оболон., 5 мг, №50	Merck KGaA (Німеччина)	75,32	79,48	81,93	1,06	1,03	93,07	93,26	95,76	1,00	1,03
КОРБІС	табл. п/плів. оболон., 10 мг, №30	Unichem Laboratories (Ін- дія)	-	-	110,2 8	-	-	-	-	140,8 9	-	-
КОРДІНОРМ КОР	табл. 2,5 мг блістер, №30	Niche Generics (Ірландія)	0,00	13,01	10,49	-	0,81	-	17,5	12,67	-	0,72
КОРДІНОРМ КОР	табл. 10 мг блі- стер, №30	Niche Generics (Ірландія)	-	-	38,6	-	-	-	-	44,71	-	-
КОРДІНОРМ КОР	табл. 5 мг бліс- тер, №30	Niche Generics (Ірландія)	-	-	19,88	-	-	-	-	22,68	-	-
КОРОНАЛ	табл. п/о 10 мг, №30	Zentiva (Слова- цька Республі- ка)	40,67	35,73	36,59	0,88	1,02	49,86	40,46	44,19	0,81	1,09
КОРОНАЛ	табл. п/о 5 мг, №30	Zentiva (Слова- цька Республі- ка)	26,17	20,69	18,92	0,79	0,91	32,42	24,37	22,20	0,75	0,91
КОРОНЕКС	табл. п/о 10 мг блістер, №30	ТОВ Фармекс Груп (Україна, Бориспіль)	36,57	0,58	10,6	0,02	18,33	45,02	35,14	26,51	0,78	0,75
КОРОНЕКС	табл. п/о 5 мг блістер, №30	ТОВ Фармекс Груп (Україна, Бориспіль)	22,98	8,87	24,87	0,39	2,81	29,63	25,89	27,64	0,87	1,07

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>С07АВ12-Небіволол</b>												
НЕБІВАЛ	табл. 5 мг блістер, №20	ПАТ Київський вітамінний завод (Україна, Київ)	48,89	41,20	39,89	0,84	0,97	59,09	47,7	47,28	0,81	0,99
НЕБІВОЛОЛ ОРИОН	табл. 5 мг, №30	Orion (Фінляндія)	28,72	31,44	36,08	1,09	1,15	39,94	40,67	60,67	1,02	1,49
НЕБІВОЛОЛ САНДОЗ	табл. 5 мг блістер, №30	Salutas Pharma (Німеччина)	-	54,43	52,8	-	0,97	-	60,89	54,91	-	0,90
НЕБІКАРД	табл. 5 мг блістер, №20	Torrent (Індія)	-	40,62	-	-	-	-	48,46	105,7 7	-	2,18
НЕБІКАРД	табл. 5 мг блістер, №50	Torrent (Індія)	106,6 1	100,19	85,04	0,94	0,85	127,71	118,2 5	87,68	0,93	0,74
НЕБІЛЕТ	табл. 5 мг блістер, №14	Berlin-Chemie/Menarini Group Німеччина)	38,23	39,38	42,77	1,03	1,09	45,95	44,94	53,66	0,98	1,19
НЕБІЛЕТ	табл. 5 мг блістер, №28	Berlin-Chemie/Menarini Group (Німеччина)	69,39	70,07	80,03	1,01	1,14	84,65	81,94	93,74	0,97	1,14
НЕБІЛОНГ	табл. 5 мг блістер, №30	Micro Labs (Індія)	63,19	58,23	59,05	0,92	1,01	76,2	67,45	62,59	0,89	0,93
НЕБІТЕНЗ	табл. 5 мг блістер, №30	ТОВ ПРО-фарма (Україна, Київ)	-	-	65,3	-	-	-	-	81,62	-	-
НЕБІТРЕНД	табл. 5 мг блістер, №28	Teva (Угорщина)	-	46,28	51,22	-	1,11	-	53,09	54,04	-	1,02
НЕБІТРЕНД	табл. 5 мг блістер, №30	Teva (Угорщина)	-	-	53,77	-	-	-	-	63,67	-	-

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>C07AG01 - Лабеталол</b>												
ЛАКАРДІЯ	р-н для ін., 5 мг/мл по 20 мл у флаконах № 1	Genom Biotech (Індія)	61,34	-	-	-	-	68,87	-	-	-	-
<b>C07AB57 - Бісопролол, комбінації</b>												
КОРДІНОРМ® ПЛЮС	капс. 10 мг + 75 мг, №30	Actavis Group (Ісландія)	-	-	83,94	-	-	-	-	83,94	-	-
КОРДІНОРМ® ПЛЮС	капс. 5 мг + 75 мг, №31	Actavis Group (Ісландія)	-	-	59,93	-	-	-	-	59,93	-	-
<b>C07BB - Блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретиками</b>												
АЗОПРОЛ Н РЕТАРД	табл. пролонг. дією 50 мг + 12,5 мг, №30	Emcure Pharmaceuticals (Індія)	-	-	-	-	-	75,35	-	-	-	-
<b>C07CB - Бета-адреноблокатори селективні в комбінації з іншими діуретиками</b>												
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ Композітум	табл. п/плів. оболон., 10 мг + 25 мг блістер, №30	Salutas Pharma (Німеччина)	38,51	50,15	67,75	1,30	1,35	47,52	59,1	83,37	1,24	1,41
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ Композітум	табл. п/плів. оболон., 5 мг + 12,5 мг блістер, №30	Salutas Pharma (Німеччина)	24,87	31,98	47,07	1,29	1,47	30,64	39,68	56,28	1,30	1,42
<b>C07CB03 – Атенолол в комбінації з іншими діуретиками</b>												
АТЕНОЛ-Н™ 25	п/плів. оболон, №28	Genom Biotech (Індія)	3,20	4,22	6,16	1,32	1,46	4,07	5,44	7,38	1,34	1,36
АТЕНОЛ-Н™ 50	п/плів. оболон, №28	Genom Biotech (Індія)	6,10	7,23	7,02	1,19	0,97	7,59	9,11	9,50	1,20	1,04
АТЕНОЛ-Н™	п/плів. оболон, №100	Genom Biotech (Індія)	32,43	34,61	84,55	1,07	2,44	40,05	41,86	99,25	1,05	2,37



## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ДІНОРИК®	п/плів. оболон. уп., №10	ПАТ Дарниця (Україна, Київ)	4,33	5,09	7,2	1,17	1,42	5,4	6,3	8,91	1,17	1,41
ТЕНОРИК	п/плів. оболон 100 мг + 25 мг, №28	IPCA (Індія)	15,63	19,19	31,63	1,23	1,65	19,57	23,25	38,42	1,19	1,65
ТЕНОРИК	п/плів. оболон 50 мг + 12,5 мг, №28	IPCA (Індія)	10,47	13,24	24,02	1,26	1,81	13,58	16,67	29,41	1,23	1,76
<b><i>C07FB02 - Метопролол в комбінації з іншими антигіпертензивними засобами</i></b>												
ЛОГІМАКС	табл. пролонг. дією., п/о фл., №30	AstraZeneca (Швеція)		91,95	123,2 7		1,34	-	118,2 8	140,1 0	-	1,18
<b><i>C07FB03 - Атенолол та інші гіпотензивні засоби</i></b>												
АМЛОДАК- АТ	табл. п/плів. оболон, №10	Cadila Healthcare (Ідія)	11,47	-	-	-	-	14,64	-	-	-	-
АМЛОДАК- АТ	табл.п/плів. оболон, №20	Cadila Healthcare (Ін- дія)	19,52	14,79	-	0,76	-	24,25	23,59	-	0,97	-
ТЕНОЧЕК	табл., №28	IPCA (Індія)	39,37	45,53	65,66	1,16	1,44	49,01	56,57	78,70	1,15	1,39
ТОНОРМА	табл. п/о кон- турн. яч. уп., пачці, №10	ПАТ Дарниця (Україна, Київ)	17,42	19,71	23,57	1,13	1,20	21,53	23,39	28,90	1,09	1,24
ТОНОРМА	табл. п/о кон- турн. яч. уп., пачці, №30	ПАТ Дарниця (Україна, Київ)	48,27	55,58	68,91	1,15	1,24	59,45	66,46	83,17	1,12	1,25
<b><i>C07FB - Селективні блокатори бета-адренорецепторів з іншими гіпотензивними препаратами</i></b>												
АЛОТЕНДІН	табл. 10 мг/5 мг блістер, №30	Egis (Угорщина)	70,27	75,31	107,4 6	1,07	1,43	89,72	88,46	131,2 7	0,99	1,48
АЛОТЕНДІН	табл. 5 мг/10 мг блістер, №30	Egis (Угорщина)	67,19	66,61	105,0 3	0,99	1,58	88,82	83,55	128,1 6	0,94	1,53

Додаток Е (фрагмент)

**Дослідження динаміки показників, що характеризують соціально-економічну доступність ССП по ТН з урахуванням всіх ФВ, що представлені на ФР України**

ТН з урахування ФВ	Виробник	Ig 2015/2014	Ig 2016/2015	Ig 2017/2016	Ig 2018/2017	Показники доступності ССП			
						7	8	9	10
1	2	3	4	5	6				
<i><b>С07АВ03 – Атенолол</b></i>									
АТЕНОЛОЛ-НОРТОН, табл. п/о 50 мг блістер, №20	American Norton Corporation (США)	1,12	1,25	-	-	0,96	0,80	-	-
АТЕНОЛОЛ- КРЕДОФАРМ, табл. п/о 50 мг блістер, №20		1,79	1,16	-	-	0,60	0,95	-	-
АТЕНОЛ-50, табл. 50 мг, №28	Genom Biotech (Індія)	1,40	-	-	-	0,78	-	-	-
АТЕНОЛОЛ, табл. 0,05 г блістер, в пачці, №20	АТ Монфарм (Україна, Монас- тирище)	1,26	1,10	1,44	1,28	0,86	0,99	0,87	1,41
АТЕНОЛОЛ- АСТРАФАРМ, табл. 50 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишне- ве)	1,30	1,02	1,48	1,19	0,84	1,08	0,85	1,31
АТЕНОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я, табл. 50 мг блістер, №20	ТОВ «ХФП «Здо- ров'я народу» (Україна, Харків)	1,15	1,20	1,18	1,10	0,94	0,92	1,06	1,21
АТЕНОЛОЛ- АСТРАФАРМ, табл. 100 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишне- ве)	1,18	1,11	1,85	1,26	0,92	0,99	0,68	1,38
АТЕНОБЕНЕ, табл. п/плів. обол. 100 мг, №20	Тева (Ізраїль)	1,14	1,31	1,07	0,38	0,95	0,84	1,18	0,42

## Продовж. дод. Е

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
табл. п/плів. оболонкою 50 мг, №20		1,13	1,30	1,09	0,60	0,96	0,84	1,15	0,66
АТЕНОЛ-Н™, табл. п/плів.. обол., №100	Genom Biotech (Індія)	1,07	2,44	1,06	-	1,02	0,45	1,19	-
табл. п/плів.. обол., №28		1,19	0,97	-	-	0,92	1,13	-	-
АТЕНОЛ-Н™ 25, табл. п/плів. обол., №28		1,32	1,46	0,98	-	0,82	0,75	1,28	-
<b><i>C07AB07 – Бісопролол</i></b>									
БІСОПРОФАР, табл. п/о 5 мг блістер, №30	Teva (Ізраїль)	-	-	0,99	-	-	-	1,11	-
табл. п/о 10 мг блістер, №30		-	-	0,82	-	-	-	1,53	-
БІСОПРОЛОЛ-Здоров'я, табл. п/о 5 мг блістер, №30	ТОВ «ХФП «Здоров'я народу» (Україна, Харків)	0,95	0,29	2,09	-	1,14	1,83	0,37	-
табл. п/о 2,5 мг блістер, №30		0,65	1,88	-	-	1,68	0,58	-	-
табл. п/о 10 мг блістер, №30		1,00	0,67	2,15	-	1,09	1,66	0,58	-
БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, табл. 2,5 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	-	-	-	-	-	-	-	-
БІСОПРОЛОЛ-АПТЕКС, табл. п/плів.. обол. 5 мг банка, в коробке, №30	Aprotex (Канада)	-	-	0,66	-	-	-	1,90	-
БІСОПРОВЕЛ, табл. 5 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	-	0,96	-	-	-	1,15	-	-
БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, табл. 5 мг блістер, №20		0,91	1,05	1,35	1,07	1,18	1,05	0,93	1,17

## Продовж. дод. Е

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
БІПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я, табл. п/плів. обол. 2,5 мг блістер, №30	ТОВ «ХФП «Здоров'я народу» (Україна, Харків)	-	-	-	1,16	-	-	-	1,27
БІСОПРОЛОЛ-КВ, табл. 5 мг блістер, в пачці, №30	ВАТ «Київський вітамінний завод» (Україна, Київ)	-	0,87	0,90	1,01	-	1,27	1,39	1,11
БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, табл. 5 мг блістер, №30	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	-	1,09	0,63	1,10	-	1,05	2,00	1,21
БІСОПРОЛОЛ, табл. 2,5 мг блістер, №20	ВАТ «Фармак» (Україна, Київ)	0,96	1,07	1,25	1,20	1,13	1,03	1,05	1,02
БІПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я, табл. п/плів. обол. 5 мг блістер, №30	ТОВ «ХФП «Здоров'я народу» (Україна, Харків)	-	-	-	1,20	-	-	-	1,02
БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, табл. 10 мг блістер, №20	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	2,48	0,54	1,72	0,79	0,44	0,04	0,73	0,87
БІПРОЛОЛ, табл. 5 мг блістер, пачка, №30	ВАТ «Борщагівський ХФЗ» (Україна, Київ)	0,91	1,03	1,15	1,00	1,19	0,07	1,09	1,03
БІСОПРОЛОЛ КРКА, табл. п/плів. обол. 10 мг блістер, №10	КРКА (Словаччина )	-	-	-	1,00	-	-	-	1,02
БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА, табл. п/плів. обол. 5 мг блістер, №30	Тева (Ізраїль)	-	-	-	0,96	-	-	-	1,05
ЕВРОБІСОПРОЛОЛ 5, табл. п/плів. обол. 5 мг блістер, в пачці, №20	«Acino-Pharma» Start (Україна, Київ)	-	-	1,03	0,77	-	-	1,22	0,85

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
БІСОПРОЛОЛ, табл. 5 мг блістер, №20	ВАТ «Фармак» (Україна, Київ)	0,96	0,99	1,40	1,07	1,14	1,03	0,90	1,11
БИКАРД®, табл. п/плів.. оболонкою 5 мг блістер, №30	ТОВ «ПРО-фарма» (Україна, Київ)	-	0,94	1,01	1,43	-	1,17	1,24	1,01
БИКАРД, табл. п/плів.. обол. 5 мг, №30		0,97	1,17	0,93	0,67	1,12	0,94	1,35	0,74
БІСОПРОЛОЛ-АПТЕКС, табл. п/плів.. обол.5 мг банка, №30	Apotex (Канада)	-	-	1,75	2,05	-	-	0,72	0,78
БІСОПРОЛОЛ-КВ, табл. 10 мг блістер, в пачці, №30	ВАТ «Київський вітамінний завод» (Україна, Київ)	-	0,88	0,89	1,02	-	1,25	1,12	1,12
БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, табл. 10 мг блістер, №30	ТОВ Астрафарм (Україна, Вишневе)	0,98	0,78	1,12	1,05	1,11	1,40	1,12	1,15
БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА, табл. п/плів. обол. 10 мг блістер, №30	Teva (Ізраїль)	-	-	-	1,13	-	-	-	1,22
БІПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я, табл. п/плів. обол. 10 мг блістер, №30	ТОВ «ХФП «Здоров'я народу» (Україна, Харків)	-	-	-	1,07	-	-	-	1,18
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер, №30	Sandoz (Швейцарія)	-	-	0,76	0,90	-	-	1,04	0,99
КОРДИНОРМ КОР, табл. 2,5 мг блістер, №30	Teva (Ізраїль)	-	1,24	1,11	0,34	-	0,89	1,13	0,38
БІСОПРОЛОЛ-АПТЕКС, табл. п/плів. обол. 5 мг банка, №60	Apotex (Канада)	-	-	7,46	0,50	-	-	0,17	0,55

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
БІСОПРОЛОЛ, табл. 2,5 мг блістер, №50	Фармак ОАО (Україна, Київ)	-	-	0,87	0,85	-	-	1,35	0,93
БІПРОЛОЛ, табл. 10 мг блістер, №30	ВАТ «Борщагівський ХФЗ» (Україна, Київ)	0,98	1,11	1,22	1,00	1,11	0,99	1,03	1,10
БІСОПРОЛОЛ, табл. 5 мг блістер, №50	ВАТ «Фармак» (Україна, Київ)	-	-	0,77	0,94	-	-	1,22	1,03
БІСОПРОЛОЛ, табл. 10 мг блістер, №20		0,97	1,05	1,24	1,06	1,12	1,04	1,01	1,16
ЕВРОБІСОПРОЛОЛ 10, табл. п/плів.. обол. 10 мг блістер, в пачці, №20	«Acino-Pharma Start» (Україна, Київ)	-	-	1,03	0,80	-	-	1,02	0,87
КОРОНАЛ® 5, табл. п/плів. обол. 5 мг блістер, №30	Zentiva (Чеська Республіка)	0,69	0,91	1,32	1,35	1,37	1,20	0,95	1,08
ДОРЕЗ®, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер в коробке, №30	Alkaloid (Македонія)	0,83	1,11	1,07	0,95	1,17	0,99	1,11	1,04
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер, №60	Sandoz (Швейцарія)	-	-	-	1,03	-	-	-	1,13
БІСОПРОЛОЛ-АПТЕКС, табл. п/плів.. обол. 10 мг банка, №30	Apotex (Канада)	-	-	-	1,11	-	-	-	1,23
БІКАРД®, табл. п/плів.. обол. 10 мг блістер, №30	ТОВ «ПРО-фарма» (Україна, Київ)	-	0,89	1,04	0,90	-	1,03	1,02	1,13
КОРДИНОРМ, табл. п/плів.. обол. 5 мг, №30	Teva (Ізраїль)	-	-	1,20	0,42	-	-	1,05	0,46

## Продовж. дод. Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
БІКАРД, табл. п/плів.. обол. 10 мг, №30	ТОВ «ПРО- фарма» (Україна, Київ)	0,99	1,16	0,95	0,99	1,09	0,95	1,32	1,08
БІСОПРОЛОЛ КРКА, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер, №30	КРКА (Словач- чина )	-	-	-	0,98	-	-	-	1,07
КОРОНАЛ® 10, табл. п/плів.. обол. 10 мг бліс- тер, №30	Zentiva (Чеська Республіка)	0,88	1,02	1,24	1,07	1,23	1,07	1,01	1,17
БІСОПРОЛОЛ- РАТІОФАРМ, табл. 5 мг, №30	Teva (Ізраїль)	1,03	1,09	1,19	1,07	1,05	1,01	1,05	1,18
КОРОНАЛ® 5, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер, №60	Zentiva (Чеська Республіка)	-	-	-	0,87	-	-	-	0,97
БІСОПРОЛОЛ, табл. 10 мг блістер, №50	ВАТ «Фармак» (Україна, Київ)	-	-	0,83	0,96	-	-	1,50	1,05
КОРДИНОРМ, табл. п/плів. обол. 10 мг, №30	Teva (Ізраїль)	-	-	1,58	0,45	-	-	0,79	0,49
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®, табл. п/плів.. обол. 5 мг блістер, №90	Sandoz (Швейца- рія)	-	-	-	1,39	-	-	-	1,52
БІСОПРОЛОЛ КРКА, табл. п/плів.. обол. 10 мг блістер, №30	КРКА (Словач- чина )	-	-	-	1,11	-	-	-	1,22
БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®, табл. п/плів. обол.10 мг блістер, №30	Sandoz (Швейца- рія)	2,02	0,81	1,00	2,14	0,54	0,36	1,25	2,35

## Додаток Е

**Вихідні дані моніторингу фармацевтичного ринку (сегмент Карведілол) -  
система «Фармстандарт» компанії «Моріон» (фрагмент за 2017 р).  
Код АТС (5) С07А G01 Карведілол**

№ зп	Торгова назва, країна, виробник, лікарська форма	Кількість уп. (шт.)	Сума (тис. грн)	ПРТ, %
1	2	3	4	5
1.	АТРАМ, Sanofi (Франція), табл. 31,5 мг блістер, №40	855	48,56	1,41
2.	АТРАМ, Sanofi (Франція), табл. 15 мг блістер, №40	130	34,48	3,48
3.	КАРВЕДІЛОЛ САНДОЗ®, Sandoz (Швейцарія), табл. 31,5 мг, №40	407	13,70	1,49
4.	КАРВЕДІЛОЛ САНДОЗ®, Sandoz (Швейцарія), табл. 15 мг, №40	111	34,83	3,86
5.	КАРВЕДІЛОЛ САНДОЗ®, Sandoz (Швейцарія), табл. 4,315 мг, №40	79	4,88	0,88
6.	КАРВЕДІЛОЛ САНДОЗ®, Sandoz (Швейцарія), табл. 8,15 мг, №40	845	44,86	1,44
7.	КАРВЕДІЛОЛ-КВ, Київський вітамінний завод ПАТ (Україна, Київ), табл. 31,5 мг блістер, в пачці, №40	7185	134,36	35,05
8.	КАРВЕДІЛОЛ-КВ, Київський вітамінний завод ПАТ (Україна, Київ), табл. 15 мг блістер, в пачці, №40	4888	381,38	31,14
9.	КАРВЕДІЛОЛ-ЛУГАЛ, Луганський ХФЗ ВАТ (Україна), табл. 31,5 мг блістер, №40	17138	858,43	14,48
10.	КАРВЕДІЛОЛ-ЛУГАЛ, Луганський ХФЗ ВАТ (Україна), табл. 15 мг блістер, №40	30841	483,41	11,44
11.	КАРВІДЕКС®, Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. оболонкою 31,5 мг стрип, №10	8818	554,85	34,75
12.	КАРВІДЕКС®, Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. оболонкою 15 мг стрип, №10	4444	845,51	31,82
13.	КАРВІДЕКС®, Dr. Reddy's (Індія), табл. п/плів. оболонкою 8,15 мг стрип, №10	31104	544,49	34,33
14.	КАРДІОСТАД®, Stada (Німеччина), табл. 31,5 мг, №18	3404	47,44	7,85
15.	КАРДІОСТАД®, Stada (Німеччина), табл. 15 мг, №18	34411	3544,48	15,44
16.	КАРДІОСТАД®, Stada (Німеччина), табл. 8,5 мг, №18	3004	58,86	8,44
17.	КОРВАЗАН®, Артеріум Корпорація ПАТ (Україна, Київ), табл. п/о 31,5 мг, №40	350410	5511,89	74,87
18.	КОРВАЗАН®, Артеріум Корпорація ПАТ (Україна, Київ), табл. п/о 15 мг, №40	330448	5834,89	74,83
19.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія), табл. 31,5 мг, №18	374411	34885,49	84,77
20.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія), табл. 31,5 мг, № 40	80	30,84	0,15
21.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія), табл. 15 мг, №18	84834	8841,41	70,58
22.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія), табл. 4,315 мг, № 18	48818	1041,75	44,31
23.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія), табл. 8,15 мг. №18	385811	31434,83	74,34
24.	МЕДОКАРДІЛ, Medochemie (Кіпр), табл. 15 мг, №40	30458	843,08	33,58
25.	МЕДОКАРДІЛ, Medochemie (Кіпр), табл. 8,15 мг, №40	38145	3074,01	34,76



## Продовж. дод. Е

1	2	3	4	5
26.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 31,5 мг блістер, №18	1148	148,41	8,55
27.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 31,5 мг блістер, №40	8	0,48	0,02
28.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 15 мг блістер, №18	3835	148,07	4,51
29.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 15 мг блістер, №40	5	0,77	0,05
30.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 8,15 мг блістер, №18	3044	84,84	4,41
31.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Венгрия), табл. 31,5 мг блістер, №40	5	0,44	0,05

## Додаток Ж

**Анкета для споживачів щодо оцінки торговельних марок  
антигіпертензивних лікарських засобів**

**Шановний респонденте!**

Івано-Франківський національний медичний університет проводить наукове дослідження щодо оцінки торговельних марок антигіпертензивних лікарських засобів

Ваша думка з цього приводу є дуже важливою, оскільки може вплинути на розширення й оновлення асортименту ліків.

**АНКЕТА**

**1. Чи вживали Ви коли-небудь антигіпертензивні ліки (лікарські засоби для профілактики і лікування підвищеного кров'яного тиску)?**

так                       ні

**2. Коли мова йде про антигіпертензивні ліки як засоби для профілактики і лікування підвищеного артеріального тиску, які назви лікарських засобів Ви можете згадати?**

◇ Перший ЛЗ (названий без сторонньої допомоги) \_\_\_\_\_

◇ Другий ЛЗ (названий без сторонньої допомоги) \_\_\_\_\_

◇ Інші ЛЗ (названі без сторонньої допомоги)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Надайте, будь ласка, у таблиці відповіді на запитання щодо кожного лікарського засобу:**

3.1. Чи знайома Вам назва лікарського засобу? (+ або -)

3.2. Чи асоціюється у Вас назва лікарського засобу з терапевтичною групою «антигіпертензивний препарат»? (+ або -)

3.3. Чи приймали або купували Ви цей лікарський засіб хоча б раз? (+ або -)

3.4 Чи купуєте Ви даний лікарський засіб регулярно? (+ або -)

3.5 Чи призначали/рекомендували Вам цей ЛЗ медичні/фармацевтичні працівники? (+ або -)

Продовж. дод. Ж

## Оцінки торговельних марок антигіпертензивних лікарських засобів

№ з/п	Назва ЛЗ, виробник	Чи знайома Вам назва ЛЗ? (+або-)	Чи асоціюється у Вас назва ЛЗ з терапевтичною групою «гіпотензивні лікарські засоби»? (+або-)	Чи приймали або купували Ви цей ЛЗ хоча б раз? (+або-)	Чи купуєте даний ЛЗ регулярно? (+або-)	Чи призначали/рекомендували Вам цей ЛЗ медичні/фармацевтичні працівники?
1.	КАРВЕДИЛОЛ САНДОЗ®, Sandoz (Швейцарія)					
2.	КАРВЕДИЛОЛ- ЗЕНТИВА, Sanofi (Франція)					
3.	КАРВЕДИЛОЛ-КВ, Київський ві- тамінний завод ПАТ (Україна)					
4.	КАРВЕДИЛОЛ- ЛУГАЛ, Луганський ХФЗ ВАТ (Україна)					
5.	КАРВИДЕКС®, Dr. Reddy's (Індія)					
6.	КАРВІУМ, АЛВОГЕН УКРАЇНА (Україна)					
7.	КАРДИОСТАД®, Stada (Німеччина)					
8.	КОРВАЗАН®, Ар- теріум Корпорація ВАТ (Україна)					
9.	КОРІОЛ®, KRKA (Словенія)					
10.	МЕДОКАРДИЛ, Medochemie (Кіпр)					
11.	ТАЛЛІТОН®, Egis (Угорщина)					
12.	АТРАМ, Sanofi (Франція)					
13.	КАРВЕДІГАММА®, Woerwag Pharma (Німеччина)					

Дякуємо за допомогу!