



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА УПРАВЛІННЯ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ ТА
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

УПРАВЛІННЯ І ЕКОНОМІКА ФАРМАЦІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
ДО СЕМІНАРІВ ФАРМАЦЕВТІВ/ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ
СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФАРМАЦІЯ»

Частина II

Видання друге, доопрацьоване і доповнене

Запоріжжя

2022

УДК 615.1(075.8)
Б94

Навчальний посібник розглянуто і затверджено на засіданні центральної методичної ради Запорізького державного медичного університету (протокол № від « » 202_р.). та рекомендований для використання фармацевтами/провізорами-інтернами спеціальності «Фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації» при підготовці до семінарів

Рецензенти:

Н. О. Ткаченко - професор, доктор фармацевтичних наук, завідувача кафедри управління і економіки фармації ЗДМУ;

Б. С. Бурлака- доцент, доктор фармацевтичних наук, доцент кафедри технології ліків ЗДМУ.

Автори:

І. В. Бушуєва– д-р фарм. наук, професор, завідувача кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології ЗДМУ;

О. К. Єренко - канд. фарм. наук, ст. викл. кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології ЗДМУ.

Б94

Бушуєва І. В.

Управління і економіка фармації : навчальний посібник до семінарів фармацевтів/провізорів-інтернів спеціальності «Фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації». Ч. 2. / І. В. Бушуєва, О. К. Єренко. – Вид. 2-ге, доопрац. та допов. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. – 121 с.

Навчальний посібник призначений для використання фармацевтами/провізорами-інтернами спеціальності «Фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації» при підготовці до семінарів.

УДК 615.1(075.8)

©Бушуєва І. В., Єренко О. К., 2022.
©Запорізький державний медичний університет, 2022.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ТЕМА 1. Охорона праці в фармації. Підсумковий контроль за 2 розділом	7
ТЕМА 2. Мерчандайзинг у фармації	42
ТЕМА 3. Оцінка медичних технологій	61
ТЕМА 4. Соціальний маркетинг у фармації. Підсумковий контроль	94
ВІДПОВІДІ НА СИТУАЦІЙНІ ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ	114
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	115

ПЕРЕДМОВА

Начальний посібник «Управління і економіка у фармації» до семінарів фармацевта/провізора-інтерна II частина розроблено згідно з примірною програмою підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Фармація» (за Наказом МОЗ України від 31.03.2022 року №556, інтегрованою робочою навчальною програмою підготовки фармацевта/провізора-інтерна (первинна післядипломна спеціалізація) галузь знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація» спеціалізації 226.01 «Фармація» (затвердженої ЦМК фармацевтичних дисциплін ЗДМУ від 19.05.2022 р., протокол №10), робочим навчальним планом для фармацевтів/провізорів-інтернів» та робочою навчальною програмою дисципліни «Управління і економіка у фармації» (затвердженої ЦМК фармацевтичних дисциплін ЗДМУ від 19.05.2022 р., протокол №10).

Навчальний посібник розроблений на підставі вимог посібника «Підготовка і видання навчальної та навчально-методичної літератури» (під заг. редакцією Колесника Ю. М., ЗДМУ, 2020).

Початковим етапом у системі післядипломного навчання фармацевтів/провізорів є інтернатура.

Спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників всіх факультетів медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація фармацевта - спеціаліста певного фаху.

Основним завданням інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів, їх професійної готовності до самостійної фармацевтичної діяльності.

Сучасний фармацевт/провізор-спеціаліст має навчатися самостійно поповнювати і поновлювати свої знання, бути адаптованим до нинішнього стану фармацевтичної галузі. Соціально-економічні умови нашої країни та сучасний стан фармацевтичного ринку ставлять підвищені вимоги до спеціальної освіти фармацевтів/провізорів-інтернів.

Інтернатура проводиться в очно-заочній формі навчання на кафедрах медичних (фармацевтичних) вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів і закладів медичної (фармацевтичної) післядипломної освіти та стажування в базових установах і закладах охорони здоров'я.

До інтернатури зараховуються випускники медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів після складання державних іспитів та присвоєння кваліфікації магістра за освітньою програмою «Фармація» та «Технологія парфумерно-косметичних засобів» і отримання диплому з певної спеціальності.

Підставою для зарахування до інтернатури є диплом магістра фармації з певної провізорської спеціальності, посвідчення про направлення на роботу за персональним розподілом або довідка про право самостійного працевлаштування.

Підготовка фармацевтів/провізорів в інтернатурі проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типових навчальних планів і програм післядипломної підготовки, у відповідності з Кваліфікаційними характеристиками фахівців з лікарських спеціальностей та фармацевтів/провізорів.

Ефективність підготовки фармацевтів/провізорів-інтернів в інтернатурі пов'язана з поінформованістю майбутніх інтернів про організацію, порядок проходження, відповідальність за результати навчання на очному та заочному циклах. Враховуючи, що навчального матеріалу з цього питання не достатньо,

розроблений Навчальний посібник дасть змогу оволодіти знаннями з законодавчого регулювання навчання в інтернатурі.

Малюнки та рисунки до тем практичних занять взяті на сайті Аптека online (<https://www.apteka.ua/>), Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/>), Центру громадського здоров'я МОЗ України (<https://phc.org.ua/>).

Тема 1. Охорона праці в фармації. Підсумкове заняття з розділу II. Менеджмент в фармації.

Форма заняття: семінар

Час заняття: 4 години

Актуальність теми: Створення безпечних умов праці слід вважати провідною передумовою адекватного існування та плідної діяльності і окремих працівників, і сучасних підприємств, установ, закладів загалом. Більше того, охорона здоров'я працівників, забезпечення умов для їх продуктивної та безпечної професійної діяльності є своєрідною візитівкою держави, запорукою її високого авторитету у світі. Стан сучасного виробництва, рівень забезпечення надійної охорони та безпеки праці у нашій державі не можна назвати таким, що цілком задовольняє всі існуючі потреби, зумовлює високий рівень працездатності, сприяє формуванню таких умов для трудової діяльності, які можна було б визнати нешкідливими та безпечними. Професійна діяльність у медичній та фармацевтичній галузях також пов'язана з впливом комплексу несприятливих за своїм змістом негативних чинників різноманітного походження. Недарма сьогодні вважають, що серед усіх професій, пов'язаних з інтелектуальною працею, робота медичного працівника є найбільш небезпечною, такою, яка потребує розроблення, наукового обґрунтування та запровадження адекватних, доцільних та ефективних заходів щодо надійної охорони праці.

Ціль заняття:

На основі глибоких наукових знань сформувані теоретичні знання основ законодавства України з охорони праці і на цій підставі засвоїти комплекс адміністративних, санітарно-гігієнічних та медичних заходів, спрямованих на профілактику виробничого травматизму, захворювань та інших несприятливих

зрушень у стані здоров'я в результаті впливу шкідливих чинників виробничого середовища у галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: кодекс законів України про працю, законодавство про працю, роботодавець, працівник, професійна спілка, власник, охорона праці

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ:

1. Основні законодавчі акти з питань охорони праці. Закон України «Про охорону праці» та його зміст

Законодавство України про охорону праці - це система взаємозалежних нормативно-правових актів, які регулюють відносини в галузі реалізації державної політики щодо правових, соціально-економічних, організаційно-технічних і лікувально-профілактичних заходів і засобів, спрямованих на збереження здоров'я та працездатності людини в процесі трудової діяльності.

До законодавчої бази з охорони праці належать:

1. Закон України «Про охорону праці»
2. Закон України «Про охорону здоров'я»
3. Закон України «Про загальнообов'язкове соціальне державне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, які спричинили втрату працездатності»
4. Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»
5. Закон України «Про пожежну безпеку»
6. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення»

Серед основного переліку законодавчих актів з питань охорони праці головним, незаперечне, є Закон України «Про охорону праці». Цей факт ще раз підкреслює як важливість визначеної проблеми, так і пріоритети соціально-економічної політики держави, яка серед перших своїх законів у перші роки незалежності прийняла саме цей важливий документ.

Отже, розглянемо у стислій формі основні розділи Закону України «Про охорону праці» у його новій редакції. Так, у розділі 1 «Загальні положення», крім обґрунтування основних завдань, що стоять перед організацією охорони праці, чітко визначені такі поняття, як роботодавець і працівник (стаття 1). Роботодавець - це власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган, незалежно від форм власності, виду діяльності, господарювання, фізична особа, яка використовує найману працю. Водночас працівник - це особа, яка працює на підприємстві, в організації, установі та виконує обов'язки або функції згідно з трудовим договором (контрактом).

Сфера дії Закону поширюється на всіх юридичних і фізичних осіб, які відповідно до законодавства використовують найману працю, та на всіх працюючих (стаття 2),

Значно доповнено статтю 3, де викладено, що законодавство про охорону праці складається з цього Закону, Кодексу законів про працю України, Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності», а також прийнятих відповідно до них нормативних актів.

У статті 4 визначені основні принципи державної політики в галузі охорони праці, а саме принципи щодо:

- пріоритету життя і здоров'я працівників, повної відповідальності роботодавця за створення належних, безпечних і здорових умов праці;
- підвищення рівня промислової безпеки шляхом забезпечення суцільного технічного контролю за станом виробництв, технологій та продукції, а також сприяння підприємствам у створенні безпечних та нешкідливих умов праці;
- комплексного розв'язання завдань охорони праці на основі загальнодержавної, галузевих і регіональних програм з цих питань та з урахуванням інших напрямків економічної та соціальної політики, досягнень в галузі науки і техніки та охорони довкілля;

- соціального захисту працівників, повного відшкодування шкоди особам, які потерпіли від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;

- встановлення єдиних вимог з охорони праці для всіх підприємств та суб'єктів підприємницької діяльності незалежно від форм власності та видів діяльності;

Розглядаючи основні положення розділу 5 «Гарантія прав на охорону праці», необхідно зазначити, що умови трудового договору не можуть містити положень, які суперечать законам та іншим нормативно-правовим актам з охорони праці (стаття 5). Під час укладання трудового договору роботодавець повинен проінформувати працівника під розписку про умови праці та про наявність на його робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про права працівника на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до законодавства і колективного договору. Усі працівники згідно з законом підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату непрацездатності.

Права працівників на охорону праці під час роботи (стаття 6) передбачають, що умови праці на робочому місці, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, устаткування та інших засобів виробництва, стан засобів колективного та індивідуального захисту, що використовуються працівником, а також санітарко-побутові умови повинні відповідати вимогам законодавства.

Працівник має право розірвати трудовий договір за власним бажанням, якщо роботодавець не виконує законодавства про охорону праці, не дотримується умов колективного договору з цих питань. У цьому разі працівникові виплачується вихідна допомога в розмірі, передбаченому колективним договором, але не менше тримісячного заробітку.

В статті 7 визначені права працівників на пільги і компенсації за роботу у важких та шкідливих умовах праці. Зокрема, визначено, що працівники, зайняті на роботах з важкими та шкідливими умовами праці, безоплатно забезпечуються лікувально-профілактичним харчуванням, молоком або рівноцінними харчовими продуктами, газованою солоною водою, мають право на оплачувані перерви санітарне-оздоровчого призначення, скорочення тривалості робочого часу, додаткову оплачувану відпустку, пільгову пенсію, оплату праці у підвищеному розмірі та інші пільги і компенсації, що надаються в порядку, визначеному законодавством.

На роботах із шкідливими і небезпечними умовами праці, а також роботах, пов'язаних із забрудненням або несприятливими метеорологічними умовами, працівникам видаються безоплатно за встановленими нормами спеціальний одяг, спеціальне взуття та інші засоби індивідуального захисту, мийні та знешкоджувальні засоби тощо (стаття 8).

Відповідні виплати спрямовані на відшкодування шкоди у разі погіршення здоров'я працівників або у разі їх смерті має здійснювати Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань (стаття 9). Роботодавець може за рахунок власних коштів здійснювати додаткові виплати потерпілим та членам їх сімей відповідно до колективного або трудового договору.

Статтями 10, 11 та 12 Закону передбачені вимоги щодо охорони праці жінок, неповнолітніх та інвалідів, які передбачають:

- заборону застосування праці жінок на важких роботах, роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці та підземних роботах, а також залучення жінок до підймання і переміщення речей, маса яких перевищує встановлені для них граничні норми, відповідно до переліку важких робіт та робіт із шкідливими та небезпечними умовами праці, норм підймання і переміщення важких речей, що затверджуються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я;

- недопуск неповнолітніх до праці на важких роботах і на роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці;

- створення належних умов праці для осіб з інвалідністю з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії та індивідуальних програм реабілітації;

Розглядаючи питання щодо управління охороною праці та основних обов'язків роботодавця (стаття 13) слід зазначити, що роботодавець зобов'язаний створити на робочому місці в кожному структурному підрозділі умови праці відповідно до нормативно-правових актів, а також забезпечити дотримання вимог законодавства щодо прав працівників у галузі охорони праці.

З цією метою роботодавець забезпечує функціонування системи управління охороною праці, а саме:

- створює відповідні служби і призначає посадових осіб, які забезпечують вирішення конкретних питань охорони праці, затверджує інструкції про їх обов'язки,

права та ступінь відповідальності за виконання покладених на них функцій, контролює їх дотримання тощо;

- розробляє за участю сторін колективного договору і реалізує комплексні заходи для досягнення встановлених нормативів та підвищення існуючого рівня охорони праці;

- забезпечує виконання необхідних профілактичних заходів відповідно до обставин, що змінюються;

- забезпечує належне утримання будівель і споруд, виробничого обладнання та устаткування, моніторинг за їх технічним станом;

- здійснює роботу щодо усунення причин, які призводять до нещасних випадків і професійних захворювань та забезпечує запровадження профілактичних заходів, визначених комісіями за підсумками розслідування цих причин;

- розробляє та затверджує положення, інструкції, інші акти з охорони праці, що діють у межах підприємства та встановлюють правила виконання робіт і поведінки працівників на території підприємства, у виробничих приміщеннях, на будівельних майданчиках, робочих місцях згідно з вимогами нормативно-правових актів з охорони праці, безоплатно забезпечує працівників нормативно-правовими актами та актами підприємства з охорони праці;

- здійснює контроль за додержанням працівником технологічних процесів, правил поводження з машинами, механізмами, устаткуванням та іншими засобами виробництва, використанням засобів колективного та індивідуального захисту тощо;

Працівник у ході виконання трудових та професійних обов'язків зобов'язаний (стаття 14):

- дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку і здоров'я оточуючих людей у процесі виконання будь-яких робіт та під час перебування на території підприємства;

- проходити в установленому законодавством порядку попередні та періодичні медичні огляди.

Наступна стаття Закону (стаття 15) визначає той факт, що на підприємстві із кількістю працівників понад 50 осіб роботодавець має створити службу охорони праці відповідно до типового положення, що затверджується уповноваженим центральним органом виконавчої влади з нагляду за охороною праці.

На підприємстві з кількістю працівників до 50 осіб функції служби охорони праці можуть виконувати в порядку сумісництва особи, які мають відповідну підготовку. На підприємстві з кількістю працівників менше 20 осіб для виконання функцій служби охорони праці можуть залучатися сторонні спеціалісти на договірних засадах, які мають відповідну підготовку.

На підприємстві з метою забезпечення пропорційної участі працівників у вирішенні будь-яких питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища

за рішенням трудового колективу може створюватися комісія з питань охорони праці (стаття 16).

Роботодавець зобов'язаний за свої кошти забезпечити фінансування та організувати проведення попереднього (під час прийняття на роботу) і періодичних (протягом трудової діяльності) медичних оглядів працівників, зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці та роботах, де є потреба у професійному відборі, проведення щорічних обов'язкових медичних оглядів осіб віком до 21 року тощо (стаття 17).

Роботодавець має право в установленому законом порядку притягнути працівника, який ухиляється від проходження обов'язкового медичного огляду, до дисциплінарної відповідальності, а також зобов'язаний відсторонити його від роботи без збереження заробітної плати.

Роботодавець зобов'язаний забезпечити за свій рахунок проведення позачергових медичних оглядів працівників:

- за заявою працівника, якщо він вважає, що погіршення стану його здоров'я пов'язане з умовами праці;
- за своєю ініціативою, якщо стан здоров'я працівника не дозволяє йому виконувати свої трудові обов'язки.

За час проходження медичного огляду за працівниками зберігаються місце роботи (посада) і середній заробіток.

Працівники під час прийняття на роботу і в процесі здійснення трудової діяльності повинні проходити за рахунок роботодавця інструктаж та повчання з питань охорони праці, з надання першої медичної допомоги потерпілим від нещасних випадків, правил поведінки у разі виникнення аварії (стаття 18).

Не допускаються до роботи працівники, в тому числі посадові особи, які не пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань з охорони праці.

У разі виявлення у працівників, в тому числі у посадових осіб, незадовільних знань з питань охорони праці, вони повинні у місячний термін пройти повторне навчання і перевірку знань.

Статтею 19 передбачено щодо фінансування охорони праці здійснюється роботодавцем, а витрати на загальнодержавні, галузеві та регіональні програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці і виробничого середовища реалізуються за рахунок державних та місцевих бюджетів.

Стаття 20 висвітлює питання щодо регулювання питань охорони праці у колективному договорі (угоді), в якому сторони зобов'язані забезпечити соціальні гарантії у галузі охорони праці на рівні, не нижчому за передбачений законодавством.

Питання обов'язкового включення вимог охорони праці до проекту будівництва або реконструкції споруд визначені у статті 21, в якій зокрема передбачено, що:

- експертиза проектів, реєстрація, огляди та випробовування виробничих об'єктів, інженерних інфраструктур об'єктів соціально-культурного призначення, приймання їх в експлуатацію проводяться у порядку, що визначається Кабінетом Міністрів України;
- роботодавець повинен одержати дозвіл на початок роботи та види робіт підприємства, діяльність якого пов'язана з експлуатацією об'єктів, машин, механізмів або устаткування підвищеної небезпеки;

Розслідування та облік нещасних випадків професійних захворювань і аварій передбачає, що роботодавці (стаття 22) мають організувати розслідування та облік нещасних випадків, професійних захворювань і аварій відповідно до положення, що затверджується Кабінетом Міністрів України. У разі відмови роботодавця скласти акт про нещасний випадок або незгоди потерпілого з його змістом питання вирішується посадовою особою органу Державного нагляду за охороною праці, рішення якої є обов'язковим для роботодавця.

Про обов'язковість звітності про стан охорони праці йдеться у статті 23. Роботодавець зобов'язаний інформувати працівників або осіб, уповноважених на здійснення громадського контролю за дотриманням вимог нормативно-правових актів з охорони праці, та Фонд соціального страхування від нещасних випадків

на виробництві та професійних захворювань про стан охорони праці, причини аварій, нещасних випадків і професійних захворювань, а також про заходи, яких вжито для їх усунення і забезпечення на підприємстві безпеки праці на рівні нормативних вимог.

З метою об'єднання зусиль для поліпшення умов праці статтею 24 передбачено створення добровільних об'єднань громадян, працівників і спеціалістів з охорони праці.

У розділі IV «Стимулювання охорони праці», зокрема, у статтях 25 та 26, визначена ціла низка питань щодо економічного стимулювання охорони праці та перераховані вимоги відносно відшкодування юридичним, фізичним особам і державі збитків, завданих внаслідок порушення вимог з охорони праці.

Розділ V «Нормативно-правові акти з охорони праці» цілком присвячений проблемам ґрунтовного тлумачення порядку опрацювання, прийняття та використання нормативно-правових актів, зокрема, визначено, що нормативно-правові акти з охорони праці - це правила, норми, регламенти, положення, стандарти, інструкції та інші документи, обов'язкові для виконання (стаття 27).

У наступних статтях (статті 28, 29 та 30) викладено порядок опрацювання, прийняття і скасування, а також тимчасового притінення чинності дії нормативно-правових актів з охорони праці.

Санітарні правила та норми затверджуються уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Стандарти, технічні умови та інші документи на засоби праці і технологічні процеси повинні включати у свою структуру вимоги щодо охорони праці і мають погоджуватися з органами Державного нагляду за охороною праці.

У розділі VI «Державне управління охороною праці» передбачено, що до числа головних органів управління охороною праці слід відносити (стаття 31):

- Кабінет Міністрів України;
- уповноважений центральний орган виконавчої влади з нагляду за охороною праці;

- міністерства та інші центральні органи виконавчої влади;
- місцеві державні адміністрації;
- органи місцевого самоврядування.

Статтями 32, 33, 34 та 35 визначено рівень компетенції Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, повноваження Ради міністрів Автономної Республіки Крим, а також повноваження органів місцевого самоврядування у галузі охорони праці.

Розділ VII «Державний нагляд і громадський контроль за охороною праці» визначає структуру і особливості діючих органів, до сфери яких входить здійснення нагляду за створенням безпечних та нешкідливих умов праці.

Так, Державний нагляд за дотриманням законів та інших нормативно-правових актів про охорону праці здійснюють (стаття 38):

- спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з нагляду за охороною праці;
- спеціально уповноважений державний орган з питань радіаційної безпеки;
- спеціально уповноважений державний орган з питань пожежної безпеки;
- спеціально уповноважений державний орган з питань гігієни праці.

Органи державного нагляду за охороною праці не залежать від будь-яких господарських органів, суб'єктів підприємництва, об'єднань громадян, політичних формувань, місцевих державних адміністрацій і органів місцевого самоврядування, їм не підзвітні і не підконтрольні.

Діяльність органів державного нагляду за охороною праці регулюється законами України «Про охорону праці», Про використання ядерної енергії і радіаційну безпеку», «Про пожежну безпеку», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», іншими нормативно-правовими актами та положеннями, що затверджуються Президентом України або Кабінетом Міністрів України.

У статтях 39 та 40 викладено права та встановлено відповідальність посадових осіб з нагляду за охороною праці. Так, посадові особи уповноваженого центрального органу виконавчої влади з нагляду за охороною праці мають право:

- безперешкодно відвідувати підконтрольні підприємства (об'єкти), і виробництва, які відповідно до законодавства використовують найману працю, та здійснювати у присутності роботодавця або його представника перевірку дотримання законодавства з питань, віднесених до їх компетенції;

- одержувати від роботодавця і посадових осіб письмові або усні пояснення, висновки експертних обстежень, аудитів, матеріали та інформацію з відповідних питань, звіти про рівень і стан профілактичної роботи, причини порушень законодавства та вжиті заходи щодо їх усунення;

- видавати в установленому порядку роботодавцям, керівникам та іншим посадовим особам юридичних і фізичних осіб, які відповідно до законодавства використовують найману працю, міністерствам та іншим центральним органам виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, місцевим державним адміністраціям та органам місцевого самоврядування обов'язкові для виконання приписи (розпорядження) про усунення порушень і недоліків у галузі охорони праці, охорони надр, безпечної експлуатації об'єктів підвищеної небезпеки;

- забороняти, зупиняти, припиняти або обмежувати експлуатацію підприємств, окремих виробництв, цехів, діляниць, робочих місць, будівель, споруд, приміщень, випуск та експлуатацію машин, механізмів, устаткування, транспортних та інших засобів праці, виконання певних робіт, застосування нових небезпечних речовин, реалізацію продукції, а також скасовувати або припиняти дію виданих ними дозволів і ліцензій до усунення порушень, які створюють загрозу життю працівників;

- притягати до адміністративної відповідальності працівників, винних у порушенні законодавства про охорону праці;

Громадський контроль за додержанням законодавства про охорону праці здійснюють професійні спілки, їх об'єднання в особі виборних органів і представників (статті 41 та 42).

Професійні спілки також мають право на проведення незалежної експертизи умов праці, а також об'єктів виробничого призначення, що проектуються, будуються або експлуатуються, для встановлення їх відповідності нормативно-правовим актам про охорону праці, брати участь у розслідуванні причин нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві, вносити на розгляд роботодавців, державних органів управління і нагляду подання з питань охорони праці та одержувати від них аргументовану відповідь.

У разі відсутності професійної спілки на підприємстві громадський контроль за додержанням законодавства про охорону праці здійснює уповноважена найманими працівниками особа.

У розділі VIII «Відповідальність за порушення законодавства про охорону праці» визначено цілий ряд адміністративних та інших заходів, що застосовуються до юридичних або фізичних осіб, винних у порушенні нормативно-правових актів про охорону та безпеку праці.

Так, за порушення законодавства про охорону праці, невиконання розпоряджень посадових осіб органів державного нагляду за охороною праці юридичні або фізичні особи, які відповідно до законодавства використовують найману працю, притягаються до штрафних санкцій у порядку, встановленому законом (стаття 43).

За порушення законів та інших нормативно-правових актів про охорону праці, створення перешкод у діяльності посадових осіб органів Державного нагляду за охороною праці, а також представників профспілок, їх організацій та об'єднань винні особи притягаються до дисциплінарної, адміністративної, матеріальної або кримінальної відповідальності згідно із законом (стаття 44).

2. Організаційні основи охорони праці

Напрями та зміст сертифікації підприємства на відповідність вимогам охорони праці

Впровадження на підприємствах фармацевтичної галузі міжнародних стандартів і систем управління якістю процесів, охороною праці та довкіллям створює передумови для професійної та екологічної безпеки, сприяє знесенню рівня травматизму, забезпечує конкурентоспроможність підприємства і вихід на міжнародні ринки збуту.

Служба охорони праці

Службу охорони праці створюють на підприємствах, в установах, організаціях, незалежно від видів діяльності та форми власності, для здійснення правових, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних, соціально-економічних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання нещасним випадкам, професійним захворюванням і аваріям під час роботи.

Вона входить до структури підприємства (установи) як одна з основних виробничо-технічних служб. Її ліквідація можлива лише в разі ліквідації підприємства або припинення використання фізичною особою найманої праці.

Служба охорони праці може бути самостійним підрозділом або представлена групою чи одним фахівцем, залежно від ступеня складності, небезпечності та шкідливості виробництва, чисельності працівників і ефективного річного фонду робочого часу фахівця з охорони праці. Службу охорони праці створюють на підприємствах (в установах), кількість працівників на яких становить понад 50 осіб (для невиробничої сфери — 100 осіб). На підприємствах з меншою кількістю працівників функції цієї служби можуть за сумісництвом виконувати особи, що мають технічну освіту та витримали перевірку знань з охорони праці. Якщо на виробництві зайнято менше 20 осіб, для виконання функцій служби охорони праці можуть бути залучені на договірних засадах фахівці з інших підприємств, які мають відповідну підготовку.

Основні функції служби охорони праці:

1. Створення СУОП (система управління охороною праці) для вдосконалення діяльності структурних підрозділів і посадових осіб.

2. Оперативно-методичне керівництво роботою з охорони праці.

3. Розроблення спільно зі структурними підрозділами комплексних заходів з охорони праці та підготовка розділу «Охорона праці» колективного договору.

4. Проведення вступного інструктажу з охорони праці.

5. Організація:

- забезпечення працівників нормативними актами з охорони праці;
- паспортизації цехів, дільниць та атестації робочих місць;
- підвищення кваліфікації та перевірки знань посадових осіб з охорони праці;

- обліку й аналізу нещасних випадків, професійних захворювань і аварій;

- пропаганди безпечних умов праці.

1. Участь у:

- розслідуванні нещасних випадків і аварій;

- розробленні нормативних актів підприємства (організації);

- формуванні фонду охорони праці та розподілі його коштів;

- роботі комісій з питань охорони праці, атестації робочих місць, введенні в експлуатацію об'єктів виробничого та соціального призначення.

2. Контроль за:

- дотриманням чинного законодавства посадовими особами;

- виконанням приписів органів державного нагляду;

- відповідністю устаткування, технологічних процесів, засобів захисту працівників чинним нормативним актам;

- своєчасним навчанням і проведенням інструктажів працівників і атестацією посадових осіб;

- забезпеченням працівників засобами охорони праці, санітарії та гігієни;

- наданням працівникам передбачених законодавством пільг і компенсацій;

- виконанням заходів і розпоряджень з питань охорони праці.

На підприємстві (в організації) за рішенням трудового колективу може бути створено комісію з питань охорони праці для забезпечення пропорційної участі працівників у вирішенні питань безпеки гігієни праці та виробничого середовища.

До складу такої комісії входять представники роботодавця, професійної спілки або уповноваженої найманими працівниками особи, спеціалісти з безпеки, гігієни праці та інших служб підприємства.

Навчання й інструктажі з охорони праці. Навчання та інструктажі працівників з питань охорони праці є складовою СУОП.

Працівники, що виконують роботи підвищеної небезпеки, згідно з «Переліком робіт з підвищеною небезпекою», а також роботи, для виконання яких потрібний професійний відбір, проходять попереднє спеціальне навчання та перевірку знань з охорони праці в термін, встановлений галузевими нормативами, але не рідше одного разу на рік.

Позачергову перевірку знань посадових осіб і спеціалістів здійснюють в разі введення в дію нових або перегляду чинних нормативних актів; впровадження нового устаткування або нових технологічних процесів; переведення працівника на інше місце роботи; незнання нормативних актів з охорони праці, а також на вимогу працівника органу державного нагляду за охороною праці.

Працівників, які не пройшли навчання та перевірку знань або їх знання з питань охорони праці під час повторної перевірки виявилися недостатніми, звільняють з посади, а питання про їх подальше працевлаштування вирішують відповідно до чинного законодавства.

Інструктажі з питань охорони праці проводять на всіх підприємствах, в установах і організаціях, незалежно від характеру їх діяльності та форми

власності. Мета інструктажу — навчити працівника діяти на своєму робочому місці так, щоб не завдавати шкоди собі й особам, які його оточують.

За характером і часом проведення інструктажі поділяють на: вступний, первинний, повторний, позаплановий та цільовий.

Вступний інструктаж проводять з усіма працівниками під час прийняття на постійну або тимчасову роботу, незалежно від рівня їх освіти, посади. Відповідальний за його проведення спеціаліст відділу охорони праці або особа, призначена наказом роботодавця. У спеціальний журнал та документ про прийняття працівника на роботу вносять запис про проведення вступного інструктажу, який скріплюють підписами осіб, які провели та прослухали інструктаж.

Первинний інструктаж проводять на робочому місці до початку роботи. Основою такого виду інструктажу є інструкції з охорони праці для окремих професій, видів робіт, дільниць, служб, які встановлюють правила виконання робіт і поведінки на підприємстві та робочому місці для збереження здоров'я і працездатності робітників. Інструкції з охорони праці видають кожному працівникові під розписку та розміщують на кожному робочому місці.

Повторний інструктаж здійснюють за програмою первинного з усіма працівниками один раз на півроку, а на роботах підвищеної небезпеки — один раз на квартал.

Позаплановий інструктаж проводять з працівниками в обсязі та за темою, які визначаються обставинами кожного конкретного випадку, а саме:

- введенням в експлуатацію нових або внесенням змін у чинні нормативні акти з охорони праці;
- зміною технологічного процесу, заміною або модернізацією устаткування, приладів, інструментів, вихідної сировини, матеріалів та ін.;
- порушенням працівником нормативних вимог, що може призвести до травмування, отруєння або аварії;

- виявленням недостатньої ознайомленості працівника з безпечними прийомами праці та нормативними актами з охорони праці;

- перервою в роботі понад 60 днів, а для робіт підвищеної небезпеки-понад 30 днів.

Цільовий інструктаж проводять з працівниками під час:

- виконання разових робіт, які безпосередньо не пов'язані з основною роботою;

- ліквідації наслідків аварії та стихійного лиха;

- виконання робіт, які оформлюють нарядом-допуском, письмовим дозволом та ін.;

- проведення практик, екскурсій та ін.

3. Охорона праці в закладах фармації

Вимоги до розміщення та складу приміщень закладів фармації

Аптечні склади (бази) можуть бути розташовані в окремих будівлях або ізольованих відокремлених приміщеннях з окремим входом у капітальних спорудах (нежилих будинках), які мають відповідати вимогам будівельних, протипожежних і санітарно-протиепідемічних норм. Загальна площа аптечної бази має становити не менше 250 м².

Аптеки розміщують в окремих будинках або у вбудованих приміщеннях. У житлових будинках аптеки мають бути розташовані на першому поверсі, а окремі приміщення, крім торговельного залу, можуть бути розміщені в цокольних і підвальних приміщеннях.

Загальна площа аптеки, що здійснює торгівлю готовими ЛЗ, має становити не менше 50 м² (з виділенням торговельного залу площею 18 м²), аптек, розташованих у сільській місцевості, — не менше 40 м².

Виробничі приміщення — це приміщення, в яких виготовляють, контролюють, упаковують під час технологічного процесу та зберігають ЛЗ.

Експлуатацію виробничих приміщень і розташованого в них устаткування потрібно здійснювати відповідно до вимог наказу МОЗ України № 275 від

15.05.2006 р. «Про затвердження інструкції з санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів».

Техніка безпеки й особиста гігієна персоналу під час роботи в аптеці

Працівники аптек мають суворо дотримуватися чинних Правил техніки безпеки та виробничої санітарії НАОП 9.1.50-1.07-76.

За загальну організацію робіт з охорони праці відповідає адміністрація аптеки, а за окремими напрямками — завідувачі відділів. Контролює виконання Правил Державна санітарно-епідеміологічна служба та інші.

У кожній аптеці має бути екземпляр чинних Правил. Адміністрація аптеки зобов'язана забезпечити розроблення інструкцій з охорони праці, техніки безпеки та виробничої санітарії для персоналу окремих ділянок робіт з урахуванням їх специфіки. Після затвердження інструкцій керівництвом їх узгоджують і вивішують на робочому місці кожного працівника.

Особи, яких приймають на роботу, можуть бути допущеними до її виконання лише після проведення відповідного інструктажу з охорони праці, техніки безпеки та виробничої санітарії. Інструктаж співробітників щодо безпечних прийомів і методів праці проводять у вигляді:

- вступного інструктажу під час прийому на роботу із записом у відповідному журналі;
- первинного інструктажу на робочому місці із записом у журналі інструктажу на робочому місці;
- періодичного (не рідше 1 разу на рік) інструктажу із записом у журналі;
- позачергового інструктажу в разі застосування нових дезінфекційних речовин, встановлення нового приладу чи апарата, експлуатація і догляд за яким потребують певних знань з техніки безпеки, перерви в роботі понад 60 робочих днів, переводу на іншу посаду.

Однією з умов прийняття на роботу в аптеку є проходження попереднього медичного обстеження й оформлення медичної книжки. За збереження медичних книжок співробітників відповідає керівник аптеки, який до того ж забезпечує

ведення журналу реєстрації, в якому зазначають номер, серію, дату видачі книжки та прізвище, ім'я, по батькові її власника.

Осіб, у яких виявлено захворювання, а також бактеріоносіїв спрямовують на лікування або санацію. До подальшої роботи таких осіб допускають лише за наявності довідки лікувально-профілактичного закладу про видужання або негативні результати аналізу на бактеріоносійство.

Щоб уникнути поширення збудників, про всі випадки захворювань персонал аптеки має негайно повідомляти адміністрацію.

Працівників аптек відповідно до чинних нормативів безплатно забезпечують спеціальними одягом і взуттям та іншими ЗІЗ. Зміну технологічного одягу потрібно проводити не рідше 2 разів на тиждень. Для цього в кожного співробітника аптеки має бути не менше двох його комплектів.

Оброблення рук потрібно проводити до та під час роботи, але не більше 3 разів за зміну.

Дезінфекційні суміші потрібно міняти кожного тижня.

Перед відвідуванням туалету необхідно знімати халат, а після - ретельно мити та дезінфікувати руки.

Виробничому персоналу заборонено:

- виходити за межі аптеки в технологічному одязі та взутті;
- зберігати на робочих місцях і в кишенях халатів речі особистого користування;
- їсти на робочих місцях.

Вимоги до техніки безпеки та виробничої санітарії під час виготовлення ЛЗ

Виготовлення ліків в асептичних умовах здійснюють у «чистих» приміщеннях, які відповідають санітарним вимогам за вмістом у повітрі мікробних організмів і механічних часточок. Стіни таких приміщень мають бути пофарбовані олійною фарбою або обкладені світлим кахелем від підлоги до стелі без виступів, карнизів та тріщин. Стелі в "чистих" приміщеннях фарбують

водоемульсійною фарбою, підлогу покривають лінолеумом або реліном з обов'язковим зварюванням швів. Двері та вікна в таких приміщеннях мають бути щільно підігнаними.

Чистоту виробничих приміщень забезпечують завдяки використанню стерильної припливної вентиляції, рециркулярних очисників повітря (ПОРП), відповідної кратності повітрообміну, бактерицидних ламп і спеціальній підготовці приміщень і персоналу.

«Чисті» приміщення обладнують припливно-витяжною вентиляцією з позитивним повітряним балансом, яка забезпечує 10-разовий обмін повітря за годину. Повітря для припливної вентиляції очищують на бактерицидних фільтрах «Лайк». Для зменшення мікробного забруднення рекомендують використовувати пересувні рециркуляційні повітроочисники ГЮРП-0,9 та ПОРП-1,5, які забезпечують додатковий 10-разовий повітрообмін. Потрібну кількість ПОРП визначають залежно від розміру приміщення, виходячи з розрахунку — 1 установка на приміщення об'ємом 75—100 м³.

Для знезаражування повітря у виробничих приміщеннях використовують неекрановані бактерицидні опромінювачі з розрахунку потужності 2—2,5 Вт на 1 м³ об'єму приміщення. Їх вмикають на 1—2 год до початку роботи. Оскільки ультрафіолетові випромінювачі утворюють в повітрі токсичні продукти (озон, оксиди азоту), під час їх роботи потрібно вмикати вентиляцію і ретельно слідкувати за тим, щоб у приміщеннях не було людей. Вмикачі опромінювачів встановлюють перед входом у приміщення і блокують зі світловим табло «Не заходити, увімкнуто бактерицидний опромінювач». Заходити в приміщення, в якому працювала неекранована бактерицидна лампа, і тривало перебувати в ньому можна лише через 15 хв після її вимкнення.

Асептичні приміщення відокремлюють від інших приміщень аптеки за допомогою повітряних шлюзів. Перед входом у такі приміщення розміщують килимки з гуми, які 1 раз за заміну обробляють дезінфекційними розчинами.

Генеральне прибирання асептичних приміщень проводять 1 раз на тиждень. Їх, за можливості, звільняють від устаткування, миють і дезінфікують стіни, двері, підлогу, суворо дотримуючись послідовності стадій прибирання: спочатку миють стіни та двері від стелі до підлоги, потім миють і дезінфікують стаціонарне устаткування, і в останню чергу - підлогу. Після дезінфекції приміщення опромінюють ультрафіолетовим світлом.

Персонал, який працює в асептичному блоці, має суворо дотримуватися правил особистої гігієни та не менше 1 разу на рік проходити інструктаж щодо вимог під час роботи в зазначених приміщеннях.

4. Охорона праці жінок, молоді та осіб з інвалідністю

У КЗпП особливу увагу приділено охороні праці ланок. Заборонено використовувати працю жінок на важких роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці (окрім робіт із санітарного та побутового обслуговування). Жінок до роботи вночі можна залучати лише за особливої потреби тимчасово. Вагітних жінок, які мають дітей до 3 років, заборонено залучати до роботи вночі та у вихідні дні, до позаурочної роботи та відправляти у відрядження.

Жінок, які мають дітей віком від 3 до 14 років або дітей з інвалідністю, не можна залучати до позаурочних робіт і відправляти у відрядження без їх згоди.

Вагітних, згідно з висновком і рекомендаціями лікаря, переводять на період вагітності на іншу, легшу роботу зі збереженням середньомісячної заробітної плати. Жінки, що мають дітей віком до 3 років, за їх бажанням, можуть бути переведені на легшу або зручнішу для них роботу зі збереженням середньомісячної заробітної плати.

Жінкам забезпечено законодавством оплачувану відпустку за вагітністю й пологами тривалістю у 70 календарних днів до пологів і у 56 календарних днів — після (в разі виникнення патології або народження двох і більше дітей— 70). За заявою також надають додаткову відпустку з догляду за дитиною з виплатою допомоги із соціального страхування до досягнення дитиною 2 років і до 3 років

без збереження заробітної плати. На період відпустки за жінкою зберігається місце роботи (посада). За медичними висновками таку відпустку може бути продовжено до 6 років. Відпустку з вагітності, догляду за дитиною зараховують до загального стажу роботи та професійного стажу.

Жінкам, які мають дітей віком до 1,5 року, окрім загальної перерви для відпочинку надають додаткові перерви для годування дитини не рідше ніж через 3 год, тривалістю не менше 30 хв. Ці перерви включають у робочий час і оплачують за середньою заробітною платою.

Заборонено звільнення вагітних, жінок, які мають дітей віком до 3 років, одиноких матерів, які виховують дитину, молодшу 14 років, або дитину з інвалідністю, з ініціативи роботодавця. У разі повної ліквідації підприємства допускають звільнення згаданих категорій працівників з обов'язковим подальшим працевлаштуванням.

Законодавством також передбачено надання матеріальної допомоги та позачергове забезпечення путівками до санаторію або будинку відпочинку жінок, які мають дітей віком до 14 років.

Вагітність або наявність дитини (незалежно від віку) не можуть бути причиною відмови від прийняття на роботу.

Чинне законодавство дозволяє приймати на постійну роботу молодь віком від 16 років (як виняток - за погодженням із профспілками, можуть бути прийняті на роботу 15-річні особи). На тимчасову легку роботу, для практичної підготовки молоді, що навчається, можна, згідно із КЗпП, приймати учнів загальноосвітніх шкіл і професійних навчальних закладів, які досягли 14 років, у вільний від навчання час. Прийом підлітків на роботу можливий лише за письмової згоди одного з батьків або особи, яка їх замінює.

Недопустимим є залучення неповнолітніх до важких і робіт зі шкідливими або небезпечними умовами праці, підземних, нічних (від 22-ї до 6-ї години), понаднормових, робіт у вихідні дні, а також до робіт, які пов'язані з підніманням, утриманням або переміщенням вантажів.

Осіб до 18 років приймають на роботу лише після попереднього медичного огляду. До досягнення 21 року такі працівники мають проходити обов'язкове щорічне медичне обстеження.

До роботи, що потребує піднімання та переміщення важких речей, допускають підлітків, старших 15 років, які, згідно з лікарським висновком, не мають медичних протипоказань. Робота підлітків з вантажами не повинна становити понад третину робочого часу.

Для працівників віком від 16 до 18 років робочий тиждень не повинен перевищувати 36 год, від 15 до 16 років і учнів 14—15 років, які працюють під час канікул, — 24 год. Тижневий робочий час згаданої категорії працівників має бути розподілений рівномірно за днями п'яти- або шестиденного робочого тижня. Щорічну відпустку підліткам надають влітку (або за їхнім бажанням) тривалістю один календарний місяць.

Виробниче навчання (професійну підготовку) та підвищення кваліфікації молоді проводять індивідуально або в бригадах за рахунок підприємства (установи).

Після закінчення виробничого навчання працівникові присвоюють кваліфікацію згідно з тарифно-кваліфікаційним довідником і надають роботу відповідно до набутої кваліфікації. За період навчання працівник отримує середньомісячну заробітну плату.

Молодь, яка навчається, може отримати один вільний день на тиждень без збереження заробітної плати. Студентам заочних і вечірніх відділень ВНЗ і технікумів надають певні пільги. Студентам-заочникам один раз на рік оплачують проїзд до місця навчання і назад.

Підприємства (установи), які використовують працю осіб з інвалідністю, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії й індивідуальних програм реабілітації, вживати додаткові заходи з безпеки праці, що відповідають специфічним особливостям цієї категорії працівників.

У випадках, передбачених законодавством, роботодавець зобов'язаний організувати навчання, перекваліфікацію та працевлаштування осіб з інвалідністю, відповідно до медичних рекомендацій.

Заборонено залучення осіб з інвалідністю до понаднормових робіт і робіт у нічний час.

Питання для самоконтролю:

1. Основні законодавчі акти з питань охорони праці.
2. Закон України «Про охорону праці» та його зміст.
3. Система управління охороною праці та її основні принципи. Служба охорони праці: обов'язки, права, структура, штати.
4. Кабінет охорони праці: завдання, обладнання, організація роботи.
5. Розслідування та облік нещасних випадків не виробничого характеру. Розслідування та облік нещасних випадків, що сталися під час навчально-виховного процесу.

Завдання для виконання:

Завдання 1.

Створення належних умов виробничого середовища є основою для безпеки та дотримання вимог з охорони праці. Дане положення вимагає забезпечення наявності необхідної кількості приміщень, їх оптимального взаєморозташування та створення належного освітлення і комфортного мікроклімату на фармацевтичному підприємстві (аптечному закладі).

Згідно з ДБНВ. 2.2.–10–2001 «Заклади охорони здоров'я» передбачений такий обов'язковий ***перелік приміщень аптечних закладів*** (табл. 1). Згідно з вимогами, вказаними у чинних державних будівельних нормах, заповніть представлену таблицю.

Перелік та площа приміщень аптек, що виготовляє і реалізує лікарські препарати

Назва приміщення	Площа (не менше), м ²			
	з реалізацією готових форм	з виготовленням та реалізацією ліків		з додатковими функціями ¹⁾
		Нестерильних	Нестерильних та стерильних	
Зал обслуговування				
Кімната для обслуговування населення у нічний час	–	–	–	
Виробничі приміщення ²⁾ :				
Асистентська				
Фасовочна	–			
Заготовка концентратів та напівфабрикатів (зі шлюзом)	–	–	–	
Мийна	–			
Стерилізаційна посуду				
Приміщення для одержання води очищеної	–			
Дезінфекційна (зі шлюзом) ³⁾	–	–	–	
Роз пакувальна	–			
Кабінет провізора–аналітика	–			
Приміщення для приготування лікарських форм в асептичних умовах ²⁾ :				
Асистентська–асептична ⁴⁾ (зі шлюзом)	–	–		
Фасувальна (зі шлюзом) ⁴⁾	–	–		
Стерилізаційна лікарських форм ⁴⁾	–	–		

Приміщення для одержання води для ін'єкцій	–	–		
Приміщення для зберігання лікарських засобів і виробів медичного призначення:				
Лікарських речовин				
Готових лікарських препаратів, які відпускаються за рецептами				
Лікарських препаратів та предметів призначення без рецептурного відпуску				
Лікарських речовин та препаратів отруйних, наркотичних і психотропних				
Термолабільних лікарських препаратів і речовин (холодильна камера зі шлюзом) ⁵⁾				
Пакетових лікарських засобів рослинного походження (лікарської рослинної сировини) ⁶⁾				
Перев'язочних засобів	–	–	–	
Засобів санітарії, гігієни та виробів медичного призначення				
Мінеральних вод	–	–	–	
Дезінфікуючих засобів	–	–	–	
Легкозаймистих та горючих рідин	7)			
Допоміжних матеріалів та тари	–			
Склотари	–	–	–	

Оборотної транспортної тари	–	–	–	
Службово–побутові приміщення:				
Кабінет завідувача				
Бухгалтерія				
Приміщення занять з персоналом ⁸⁾	–	–	–	
Кімната персоналу				
Гардеробна				
Кімната для зберігання предметів прибирання				
Вбиральня				Згідно з розрахунками
Душова				Згідно з розрахунками
Додаткові приміщення для обслуговування інших аптек та лікувально–профілактичних закладів ⁹⁾ :				
Кімната обслуговування медичного персоналу	–	–	–	
Комплектувально–експедиційна ¹⁰⁾	–	–	–	
Приміщення для прийому і обробки лікарської рослинної сировини ⁹⁾ :				
Прийом, зберігання і обробка лікарської рослинної сировини	–	–	–	
Сушильна камера (з тепловим шлюзом)	–	–	–	
Обробка і зберігання висушеної сировини	–	–	–	
Додаткові приміщення для організаційної роботи ⁹⁾ :				
Організаційно–методичний кабінет	–	–	–	
Централізована бухгалтерія	–	–	–	
Кабінет головного бухгалтера	–	–	–	
Архів (бухгалтерія)	–	–	–	

Примітка:

- 1) Склад приміщень і площа визначаються завданням на проектування від потужності аптек.
- 2) В чисельнику – площа виробничих приміщень аптек, які обслуговують населення, в знаменнику – які обслуговують населення і лікувально–профілактичні заклади.
- 3) Передбачається окремий зовнішній вхід через тамбур.
- 4) Приміщення можуть мати груповий шлюз площею не менше 7 м².
- 5) Площа приміщення для холодильної установки визначається потужністю обладнання.
- 6) Функція приміщення визначається завданням на проектування.
- 7) Допускається зберігання легкозаймистих та горючих рідин у вбудованих вогнетривких шафах з дверцятами завширшки не менше 0,7 та заввишки не менше 1,2 м. Місце розташування шафи повинно бути відокремлено від тепловивідних поверхонь і проходів та забезпечення вільним проходом
- 8) В центральних районних аптеках – 36 м².
- 9) Передбачається завдання на проектування у разі покладення на аптеку відповідних функцій.
- 10) В чисельнику – площа з урахуванням обслуговування інших аптек або лікувально–профілактичного закладу, в знаменнику – з урахуванням обслуговування інших аптек і лікувально–профілактичних закладів.

Завдання 2.

1. Визначте категорії приміщення фармацевтичного закладу, залежно від характеристики речовини та матеріалів, що використовуються.
2. Визначте алгоритм відшкодування шкоди потерпілому на виробництві.

Послідовність виконання завдання:

1. Письмове виконання завдання, подання фактичного матеріалу (ґрунтовність відповіді на поставлені питання свідчить про рівень опанування теоретичним матеріалом; розуміння категорій навчальної дисципліни, що позначається у власному викладенні матеріалу, а не в переписуванні підручника, а також у доречно дібраних прикладах з діяльності закладу охорони здоров'я).
2. Посилання на нормативно-правові акти України (уміння коментувати реальні документи закладу охорони здоров'я).
3. Список літератури.

Ситуаційні тестові завдання:

1. При виникненні ситуації, небезпечної для здоров'я працівника він може не виконувати роботу:
 - A. Згідно з колективним договором
 - B. Згідно з розпорядженням адміністрації
 - C. Згідно з Законом «Про охорону праці»
 - D. Згідно з Кримінальним кодексом
 - E. Згідно з посадовою інструкцією
2. На які об'єкти поширюється чинність Закону «Про охорону праці» й Кодексу законів про працю в Україні?
 - A. На підприємства й організації державної форми власності
 - B. Тільки на промислові підприємства будь-якої форми власності
 - C. На підприємства невиробничої сфери залежно від виду діяльності
 - D. На всі підприємства, організації, незалежно від форми власності й видів їхньої діяльності
3. Хто здійснює суспільний контроль за дотриманням законодавства про охорону праці?

A. Спеціально вповноважений центральний орган виконавчої влади щодо нагляду за охороною праці

B. Професійні спілки

C. Служби охорони праці підприємства

D. Керівництво підприємства

4. Чи зобов'язаний роботодавець перевести на іншу роботу працівника, якщо у нього з'явилися ознаки профзахворювання внаслідок дії шкідливих і небезпечних виробничих факторів?

A. Зобов'язаний, при наявності медичного висновку

B. Зобов'язаний, при наявності вакансії

C. Не зобов'язаний

D. Зобов'язаний, при узгодженні з профспілковою організацією

5. Хто несе відповідальність згідно законодавства України за створення безпечних та здорових умов праці на кожному робочому місці на підприємстві, в організації, установі?

A. Держава

B. Власник

C. Начальник служби охорони праці

D. Безпосередній керівник працівника (підрозділу)

6. Який мінімальний розмір одноразової допомоги на сім'ю встановлено законодавством у разі смерті потерпілого при нещасному випадку?

A. Середній заробіток потерпілого за рік

B. Середній трирічний заробіток потерпілого

C. Не менше п'ятирічного заробітку потерпілого

D. Середній семирічний заробіток потерпілого

E. Сума одноразової допомоги обумовлена колективним договором

7. Які пільги та компенсації передбачені чинним законодавством за важкі та шкідливі умови праці:

- A. Оплату праці у підвищеному розмірі
- B. Вихідну допомогу
- C. Безкоштовний проїзд у міському транспорті
- D. Безкоштовне медичне забезпечення

8. Що зобов'язаний зробити в першу чергу керівник при тяжких групових й смертельних нещасних випадках?

- A. Усунути від роботи винуватців нещасного випадку
- B. Призначити відповідальних осіб (комісію) для розслідування випадку
- C. Сповістити міністерство, профспілковий орган та прокуратуру
- D. Вимагати пояснень від служби охорони праці

9. Хто готує накази про нещасний випадок на виробництві?

- A. Служба охорони праці та техніки безпеки підприємства
- B. Помічник керівника підприємства
- C. Керівник відділу, дільниці, де стався нещасний випадок
- D. Комісія профспілки з охорони праці

10. Який мінімальний розмір одноразової допомоги на кожного утриманця встановлено законодавством у разі смерті годувальника при нещасному випадку?

- A. Середній заробіток потерпілого за рік
- B. Середній трирічний заробіток потерпілого
- C. 10% від суми одноразової допомоги на сім'ю
- D. 20% від суми одноразової допомоги на сім'ю

Е. Сума одноразової допомоги на кожного утриманця обумовлюється в колективному договорі

11. Який нещасний випадок вважається пов'язаним з виробництвом?

А. Будь-який випадок на території підприємства

В. Під час виконання завдання адміністрації, але тільки в межах підприємства

С. При будь-якій діяльності на території підприємства або за його межами за завданням керівника

Д. Усі відповіді вірні

12. Обов'язки підприємств, установ та організаційні щодо забезпечення пожежної безпеки регламентовані:

А. КЗпП

В. Галузевими нормативними актами

С. Рішеннями органів виконавчої влади

Д. Законом «Про пожежну безпеку»

13. Забезпечення пожежної безпеки підприємств, установ та організацій покладається на :

А. Профспілки

В. Державу

С. Власника

Д. Фонд соціального страхування від нещасних випадків

Е. Пожежні дружини

14. Які з перелічених заходів спрямовані на загальне покращення умов праці?

А. Влаштування запобіжних та захисних пристосувань

- В. Установлення або реконструкція вентиляції та кондиціонера
- С. Поліпшення освітлення, облаштування душових, умивальників
- Д. Установлення систем контролю за станом навколишнього середовища

15. При якій мінімальній чисельності працівників на підприємстві виробничої сфери створюється служба охорони праці?

- А. 25 працюючих
- В. 50 працюючих
- С. 100 працюючих
- Д. 500 працюючих

16. Що розуміється під адміністративною відповідальністю за порушення правил охорони праці?

- А. Накладення: догани, звільнення з посади, строгої догани, переведення на нижче оплачувану роботу
- В. Стягнення у вигляді грошових штрафів, які накладають на винну особу органи державного нагляду за охороною праці
- С. Притягнення до судового розгляду, до судової відповідальності
- Д. Догана

17. Який встановлено мінімальний розмір вихідної допомоги при звільненні працівника за власним бажанням, якщо власником порушено законодавство про охорону праці?

- А. Не менше місячного заробітку
- В. Не менше двомісячного заробітку
- С. Менше тримісячного заробітку
- Д. Не менше шестимісячного заробітку

18. Чи може (має право) власник укласти трудовий договір з особою, якій за медичними показниками протипоказана запропонована робота?

A. Так

B. Ні

C. Так, якщо найманий працівник підпише зобов'язання про відсутність вимог до власника

19. Заходи, спрямовані на підвищення працездатності людини й покращення стану її здоров'я це:

A. Організаційно-профілактичні

B. Медико-біологічні та профілактичні (використання засобів підвищення працездатності організму людини)

C. Соціально-психологічні (нормалізація психологічного «мікроклімату» в колективі, формування позитивної мотивації праці)

D. Захисні (застосування засобів індивідуального захисту); гігієнічні

Усі відповіді вірні

20. Метеорологічні умови - це сукупність показників виробничого середовища. Визначте зайву умову:

A. Терморегуляція

B. Температура повітря

C. Відносна вологість

D. Швидкість руху повітря

E. Барометричний тиск

F. Інтенсивність теплового випромінювання

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. —1996. — № 30.
2. Закон України «Про охорону праці» від 14.10.92.
3. Закон України «Про пожежну безпеку» від 17.12.93.
4. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.94 № 4004-ХІІ.
5. Закон України «Про страхові тарифи на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» від 13.09.2000 № 1423.
6. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про охорону праці» від 21.11.02.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
8. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 04.01.98 № 16/98-ВР.
9. Кодекс законів України про працю.
10. Постанова Кабінету Міністрів України «Порядок розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» 30 листопада 2011 р. № 1232.
11. Наказ Держнагляддохоронпраці України «Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці» від 26.01.05 № 15.
12. Наказ Держнагляддохоронпраці України «Перелік робіт з підвищено небезпекою» від 26.01.05 № 15. (НПАОП 0.00-4.12-2005).
13. Наказ Держнагляддохоронпраці України «Типове положення про службу охорони праці» від 15.11.04 № 255. (НПАОП 0.00-4.21-04).

14. Наказ МОН України «Положення про порядок розслідування нещасних випадків, що сталися під час навчально-виховного процесу в закладах освіти» від 31.08.01 № 616.

Тема 2. Мерчандайзинг у фармації.

Форма заняття: семінарське

Час заняття: 4 години

Актуальність теми: Розвиток фармацевтичної галузі, насамперед, пов'язаний з умінням керівника структури та персоналу реалізувати продукцію та заохотити покупця стати постійним споживачем продукції. Сьогодні елементи мерчандайзингу широко використовуються у фармацевтичній діяльності. Створення привабливого зовнішнього вигляду аптеки, інтер'єру, планування торгового залу з урахуванням факторів психології покупця для підвищення рівня продажу – основні напрямки роботи фармацевтичного працівника на сучасному фармацевтичному ринку.

Ціль заняття:

На основі теоретичних знань вміти визначати основні фактори та структуру мерчандайзингу для споживачів фармацевтичної продукції у фармацевтичній галузі, дослідити перспективи мерчандайзингу як цілісного комплексу заходів, спрямованого на реалізацію продукції та сталої конкуренції.

Ключові слова: мерчандайзинг, збільшення об'ємів продажу, товар, аптека, компанія-виробник, викладка товару

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ:

Значення мерчандайзингу зростає у зв'язку з посиленням ролі і активності роздрібних торговців, а також з трансформацією в мотивації і поведінці покупців.

Мерчандайзинг - це комплекс заходів, вироблених в торговому залі і спрямованих на просування того чи іншого товару, марки або упаковки, результатом якого завжди є стимулювання бажання споживачів вибрати і купити товар, що просувається.

Цілі мерчандайзингу:

- задоволення потреб споживачів;
- формування обізнаності та умов для впізнання марки в торговому залі;
- стимулювання, інтенсифікація, сприяння і прискорення продажів для досягнення запланованого прибутку.

Завдання мерчандайзингу:

- формування асортиментної політики, що забезпечує задоволення потреб та взаємозв'язок між покупками, що дозволяє точніше визначити роль і статус груп, видів і марок товарів;
- розміщення обладнання, відділів, секцій, товарів у поєднанні з інформаційним супроводом і формування ситуацій в торговому залі таким чином, щоб цілеспрямовано концентрувати і раціонально розподілити пізнавальні ресурси відвідувачів торгового залу;
- створення атмосфери аптеки, адекватно відповідної психологічному стану відвідувачів і забезпечення збалансованого розподілу пізнавальних ресурсів відвідувачів в часі та просторі торгового залу;
- сприяння продажам товарів та їх марок, надання бажаних позицій в просторі торгового залу аптеки;
- розробка і впровадження раціонального планування торгового залу і розміщення товарів на основі розуміння природної системи людини,

психологічних особливостей відвідувачів торгового залу і регулювання їх пізнавальних ресурсів;

- розробка і застосування засобів та методів мерчандайзингу для просування окремих товарів або їх комплексів, при яких одні товари здатні сприяти продажам інших товарів;

Принципи мерчандайзингу - це положення, передумови або концепції, застосування яких дозволяє змістовно описувати передбачувані властивості та характеристики об'єкта дослідження і на підставі загальнонаукового методу будувати процедури для отримання емпіричного матеріалу, його узагальнення та інтерпретації. Принципи мерчандайзингу сприяють формуванню стійких взаємин між покупцями і товарами, які впливають більш сильно на всі інші елементи інфраструктури виробництва.

Можна виділити основні принципи мерчандайзингу:

- принцип дотримання морально-етичних норм;
- принцип передбачуваності поведінки відвідувача торгового залу;
- принцип відповідності очікуванням;
- принцип балансу інтересів учасників мерчандайзингової діяльності;
- принцип динамічності розвитку;
- принцип доступності мерчандайзингу;
- принцип ефективності;
- принцип вимірності результатів впровадження мерчандайзингу;
- принцип орієнтації на кінцевий загальний результат;
- принцип когнітивної послідовності розміщення відділів.

В основі мерчандайзингу лежать фізіологічні особливості сприйняття споживачем навколишнього середовища і психологія його поведінки на місці продажу. І всі заходи мерчандайзингу націлені на те, щоб здійснити вплив на споживача, який вже знаходиться на місці продажу, з метою збільшення обсягу продажів.

Всі покупки, які здійснюються споживачами, можна розділити на три категорії:

- чітко сплановані покупки;
- нечітко сплановані покупки;
- незаплановані покупки.

Можна виділити два основних типи покупців: чутливих до ціни і чутливих до характеристик товару, якості надання послуг роздрібною торгівлі, іміджу виробника, власному статусу.

Візуальний мерчандайзинг спрямований на ефективне представлення товару в торговому залі і є частиною більш широкого поняття «мерчандайзинг», який охоплює весь комплекс заходів щодо просування товару в аптеці.

Саме слово «візуальний», тобто «зоровий», звертає нас до цієї теми. Поєднавши знання в області зорового сприйняття і мерчандайзингу, можна виділити 6 основних законів візуального мерчандайзингу.

Закон «Фігури і фону». Сутність закону полягає в яскравому виділенні одного об'єкта на тлі інших.

Цей закон необхідно використовувати, якщо потрібно акцентувати увагу покупця на конкретний товар для його просування. «Виділення фігури» може бути досягнуто за рахунок кількості, яскравих кольорів, нестандартної упаковки, підсвічування, POS - матеріалів, створення емоційного образу.

Закон «Рівня очей». Найбільша концентрація уваги людини припадає на рівень очей, тому товар, розташований на рівні очей, продається набагато краще, ніж на інших полицях. З цієї причини товар, що просувається потрібно розташувати саме на рівні очей, щоб людина його не шукала і в будь-якому разі його побачила. Рівень очей - це зона 20см від рівня очей дорослої людини середнього зросту, що зазвичай означає 2 - ю і 3-ю полицю зверху при стандартному 5-6 полицному стелажі.

Закон «Мертвої зони». Все, що бачить навколо себе нерухома людина, називається зоровим полем. Предмети, що потрапили в нижню частину зорового

поля людини, розглядаються нею гірше, ніж у верхній частині. Лівий нижній кут при цьому є найбільш невдалим - там погляд людини зупиняється найрідше. Нижні полиці секцій в магазинах без самообслуговування взагалі не проглядаються, а в супермаркетах на них припадає лише 5% від продажів всієї точки продажу.

«Закон угруповання». Цей закон відбиває особливості сприйняття людини та особливості її мислення: людині легше сприймати інформацію і предмети, якщо вони згруповані, причому групування повинно бути зрозумілим і логічним.

«Закон 2/ 3». При виконанні декількох дій одночасно їх ефективність падає. Те ж саме відбувається і з покупцем у магазині, який виконує одночасно як мінімум 3 дії : рухається, роздивляється товар і тримає в оперативній пам'яті «список покупок». На практиці у великій аптеці це відбувається тільки до другої третини вітрини, і в цей момент зазвичай відвідувач починає «придивлятися » до вітрини. І якщо побачений товар йому потрібен чи зацікавив, він наближається до вітрини / стелажа для більш детального розгляду. Відповідно, друга третина вітрини або стелажа (центральна частина)- це найбільш вдале місце для розміщення товару на відміну від «кінців» стелажа або «кутів» вітрини.

«Закон 7 ± 2». Обсяг сприйняття людини обмежений - вона може в один момент часу «схопити» і запам'ятати лише 7 ± 2 предмети. У реальній ситуації це число зменшується до 3-5, оскільки покупець виконує декілька дій одночасно. Це важливо при розміщенні деяких видів POS-матеріалів - таблички із зазначенням назви товару, спец. цінники із зазначенням знижки, вобблери. Їх кількість в одному ряді, на одній вітрині не повинна перевищувати 7, інакше покупець перестає звертати на них увагу і вони перетворюються в «фон».

Крім законів, пов'язаних з особливостями зорового сприйняття людини, візуальний мерчандайзинг охоплює такі теми, як:

- вплив ціни товару на його розміщення (низький, середній і високий цінові рівні);

- особливості розміщення конкуруючих марок;
- види викладки.

У зв'язку з загостренням конкуренції на ринку товарів і прискоренням товарообігу, кожна компанія - виробник так чи інакше замислюється про мерчандайзинг своєї продукції. На сьогоднішній день функцією фармацевта часто стає не стільки впровадження концепції мерчандайзингу або завоювання пріоритетного місця, а як мінімум, підтримання вже зайнятого полицного простору.

Існує два принципових підходи до розташування новинки в торговому залі. Проте мета у них одна - помістити новинку в полі зору потенційних покупців.

Виробник пропонує новий товар, аналогів якого у нього немає в асортименті. Але подібні товари є в асортименті конкурентів, завдання новинки - забрати у них частину покупців. Після того як новинка стане відомою покупцям, можна перенести цей товар у корпоративний блок компанії, якщо є така необхідність.

Виробник розширює асортиментний ряд або пропонує нову марку в сегменті, де вже представлена його продукція. У цьому випадку новинка розміщується біля позицій, що мають найбільший обсяг продажу. Лідер продажів «ділиться популярністю» з новинкою.

Таким чином, товар-новинка повинен розташовуватися в тому місці торгового залу і точок продажу, де наймовірніше він буде виявлений цільовим покупцем.

Основні (наприклад, секція напоїв) і додаткові (наприклад, стелаж або дисплей) точки продажу необхідно розташувати по руху потоку покупців в торговому залі.

Додаткова точка продажу дає покупцеві ще один шанс побачити і вибрати товар. Тому вона розташовується окремо від основної, і на ній дублюються самі товари. Особливо ефективно діють додаткові точки продажу, коли вони

розташовані по зовнішньому периметру торгового залу (де проходить 80 % покупців), а також біля кас.

Продукція повинна бути викладена таким чином, щоб пошук потрібного товару був максимально полегшений. Для цього на полицях необхідно створити видимі блоки за маркою, упаковкою та продуктовою групою.

При цьому слід пам'ятати, що нижні полиці секцій в магазинах без самообслуговування не проглядаються, а в супермаркетах на них припадає лише 5% від продажів всієї точки продажу.

Викладка також повинна організовувати запозичення популярності слабкими позиціями в сильніших. Для цього сильні позиції починають і закінчують ряд на полиці.

Таким чином, слабкі (менше знайомі споживачеві) товари, будуть перебувати в межах «стін замку», організованих сильними товарами, і запозичувати у них додаткову увагу покупців.

Покупці охоче вибирають ті товари, ціна на які є позначена і добре видна, тому магазин повинен піклуватися про правильне розміщення цінників. Щоб не вводити покупців в оману цінники повинні розташовуватися точно під тим товаром, ціну якого вони вказують.

Викладка – це подання товарів у такому вигляді, який може переконати людей зробити покупки.

Під викладкою розуміється:

- розміщення товару (торгових марок) на торговому обладнанні в залежності від типу роздрібною точки і місця в торговому залі;
- підтримка певного обсягу та асортименту товару;

При здійсненні викладки товарів слід керуватися певними критеріями.

1. За рівнем:

- прагнення зайняти вертикальні блоки, так як в цьому випадку покупцю легше виділити та знайти потрібну продукцію;

- на рівні очей (120-170 см. від підлоги) – ця зона найчастіше проглядається;

- на один рівень нижче або вище попередньої зони перегляду (відповідно займають другу і третю позиції);

- самий нижній рівень краще не використовувати (покупці найменше звертають на нього увагу, і знайти там товар набагато важче).

2. На полиці:

- на відстані витягнутої руки (найдоступніше для покупця місце);

- зліва направо (за розміром упаковки: від меншої до більшої);

- від світлих тонів до темних. При такій викладці продукція не подразнює очі споживача і сприймається, як єдине ціле;

- «у стінах» ударних позицій, тобто найбільш популярних марок однієї товарної групи, усередині яких розташовуються менш відомі.

3. За розміром упаковки:

- невеликі за розміром упаковки розташовуються вгорі: так зручніше розглянути упаковку та дістати товар;

- великі за розміром товари розміщуються внизу: на більшій упаковці і шрифт більший, його не складно розглянути на нижній полиці;

- при фронтальному (по відношенню до покупців) розташуванні полиць маленькі упаковки виставляються ліворуч, а великі – справа.

Принципи викладки – вихідні положення та закономірності, на яких ґрунтується розміщення товарів у торговельному залі.

Правила викладки – відображають певні закономірності та встановлюють порядок розміщення товарів у торговельному залі.

1. Правило «обличчям до покупця».

Товар повинен бути розташований фронтально, тобто лицьовою стороною з урахуванням кута зору покупця. Встановлено, що чоловіки сприймають краще центральну, а жінки периферійну частини області зору.

2. Правило балансу.

Для швидкого і легкого орієнтування покупця товари однієї товарної групи повинні розташовуватися горизонтально по одній лінії симетрично відносно один одного.

3. Правило цінників.

Ціна на виставлений товар обов'язково повинна бути позначена на кожній упаковці з лівого боку. Важливо також визначити, як піде потік покупців.

4. Правило «корпоративного блоку».

Препарати приблизно одного спектра дії, особливо відомих виробників, треба викладати корпоративними блоками. Навіть якщо при цьому іноді порушується категорії препаратів, це дасть більший ефект.

5. Правило «дублювання».

Як мінімум, блоки з лідируючих позицій повинні поміщатися по площі в 2 рази більше, ніж інші викладені групи.

6. Правило «порядку».

На кожній точці продажу повинен дотримуватися певний порядок брендів і підбрендів.

7. Правило «пріоритетного місця».

Продукція, що найбільш продається і прибуткова, знаходиться на пріоритетному місці - вона знаходиться поруч з провізором, трохи правіше за нього на висоті 120-170 см. від підлоги (тобто на рівні очей).

Виділяють 3 основні закони:

1. Закон запасу.

2. Закон розташування.

3. Закон презентації.

- **Закон запасу** свідчить, що всі викладені товари повинні бути забезпечені як мінімум триденним запасам.

- **Закон розташування** передбачає обов'язкову присутність мінімального набору асортиментних позицій, визначених для кожної торгової точки.

- **Закон презентації або правило повторення** - одне найменування товару повинне бути представлено в декількох одиницях. Інакше це не викличе незаплановану купівлю.

Також в аптеці виділяють «слабкі місця» та «сильні місця» викладки фармацевтичної продукції. Це насамперед пов'язано з розташуванням фармацевтичної продукції в аптеці. (Рис.1)

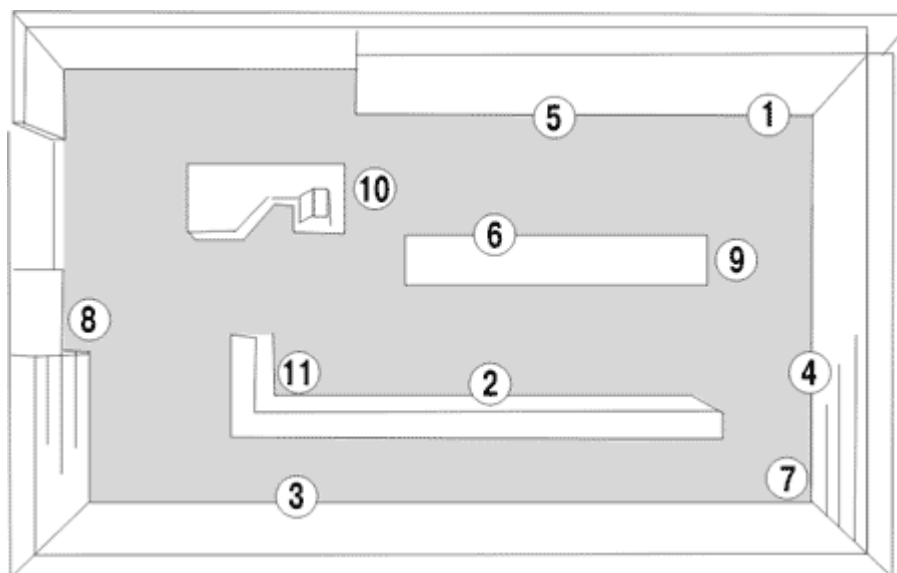


Рис. 1. Розташування фармацевтичної продукції в аптеці: «слабкі місця» та «сильні місця»

«Сильні місця»:

- 5, 3 – полки з правого боку у напрямі руху споживачів;
- 11 – місце перетину рядів полиць;
- 1, 4 – місця з хорошим фронтальним оглядом
- 10 – простір біля каси;
- 9 – кінцеві відділи гондол.

«Слабкі місця»:

- 2, 6 – полки з лівого боку по ходу руху споживачів;
- 7 – кути;
- 8 – місця біля входу в аптеку.

Маршрут, по якому споживачі обходять аптеку, може і повинен коректуватися для того, щоб всі ділянки аптеки відвідувалися з високою частотою. Це досягається за допомогою так званої «фармацевтичної продукції-приманки» або «фармацевтичної продукції-магнітів» (тих, які найчастіше

розшуковуються споживачами). Місце розташування фармацевтичної продукції в аптеці може значно вплинути на рівень її реалізації. Розташовуйте рекламні матеріали в центральній зоні, де споживач зверне на них увагу. Не розміщуйте продукцію і рекламні матеріали на дальніх, бокових або темних полицях.

Отже, для вдосконалення роботи аптеки постійно потрібно аналізувати всі аспекти інтер'єру і викладки товару. В результаті ця робота не буде марною, а забезпечить вам збільшення обороту товару.

Питання для самоконтролю:

1. Поняття і сутність мерчандайзингу.
2. Цілі і завдання мерчандайзингу.
3. У чому полягають основні принципи викладення лікарських засобів на полицях?
4. Основні правила та закони мерчандайзингу.
5. Методи мерчандайзингу.

Завдання для виконання:

Завдання 1.

Згідно з інформаційним матеріалом ,заповніть представлену таблицю – дайте визначення термінам. (табл.1).

Таблиця 1

Термін	Визначення
Мерчандайзинг	
Закон розташування	
Правило «корпоративного блоку»	
Правило «порядку»	
Правило «пріоритетного місця»	

Завдання 2.

Основною стратегією в торговому залі є вміння правильно розміщувати продукцію, стенди. Різноманітний та великий потік лікарських засобів виробниками призводять до перевантаження місць викладення фармацевтичної продукції або її неправильне оформлення. Використовуючи знання з мерчандайзингу, позначте «слабкі -» та «сильні +» місця викладки фармацевтичної продукції в аптеці.

№ з/п	Розміщення фармацевтичної продукції	«Слабкі місця»	«Сильні місця»
1	Полиці з правого боку у напрямі руху споживачів		
2	Простір біля каси		
3	Місце перетину рядів полиць		
4	Місця біля входу в аптеку		
5	Полиці з лівого боку по ходу руху споживачів		
6	Місця з хорошим фронтальним оглядом		

Ситуаційні тестові завдання:

1. Комплекс заходів, що проводяться в торговому залі аптеки і спрямованих на просування товару з метою збільшення обсягу продажів в конкретній аптеці називається:

- A. Реклама
- B. Особистий продаж
- C. Стимулювання збуту
- D. Паблік Рілейшнз
- E. Мерчандайзинг

2. Сукупність технік з розміщення товару, розробці і розміщенням матеріалів на місці покупки називають мерчандайзингом. Його метою є:

A. Збільшення і забезпечення максимального ефекту просування товару на рівні роздрібної торгівлі

- B. Розміщення матеріалів про спеціальні продуктах
- C. Підтримку на підприємстві товарних запасів
- D. Стимулювання постійних покупців

3. Створення атмосфери змагання

3. Очікуваний результат при використанні заходів мерчандайзингу в аптеці:

- A. Забезпечити покупцеві доступ до інформації про продукт
- B. Зберегти лояльних покупців і залучити нових в цю аптеку
- C. Збільшити обсяг покупки покупцем (імпульсна покупка) і стимулювати
- D. бажання покупця вибрати і купити продукт в даній аптеці
- E. Створити конкурентну перевагу даної конкретної аптеки в очах

споживача

F. Всі відповіді вірні

4. Яка складова системи маркетингових комунікацій направляє свою діяльність на формування позитивного іміджу фірми?

- A. Реклама

В. Персональний продаж

С. «Паблік рілейшинз»

Д. Збутова логістика

Е. Мерчандайзинг

5. Комплекс стимулювання (комплекс комунікацій), який забезпечує просування товару складається з таких складових:

А. Реклама та мерчандайзинг

В. Особистий продаж

С. Стимулювання збуту

Д. Паблік Рілейшинз

Е. Все вище перераховане

6. Представництво іноземної фірми-виробника лікарських засобів для працівників аптек організувала тренінг «Мерчандайзинг в аптеках як спосіб підвищення конкурентоспроможності». Оцініть дії представництва з позиції маркетингових комунікацій.

А. Паблік Рілейшинз, спонсорство

В. Персональний продаж

С. Стимулювання збуту, спрямоване на споживачів

Д. Стимулювання збуту, спрямоване на власний збутовий персонал

7. Мерчандайзинг – це комплекс комунікаційних заходів, спрямованих на збільшення обсягів продажу аптеками. Головне завдання мерчандайзингу полягає в:

А. Швидкій реалізації товарів в пункті продажу і організацію загального збільшення обсягів продажів

В. Зменшенні конкуренції між препаратами-аналогами

С. Зниженні цін на непопулярні препарати

Д. Збалансуванні лікарських засобів і парафармацевтичної продукції в одному аптечному закладі

Е. Збільшенні асортименту конкурентоспроможної фармацевтичної продукції

8. Для отримання прибутку кожна аптека прагне збільшити число покупців. Одним із засобів досягнення цієї мети є мерчандайзинг. До основних завдань мерчандайзингу в аптеці належить:

- А. Всі відповіді правильні
- В. Залучення (приваблення) уваги покупців
- С. Розміщення товару на полицях
- Д. Оформлення вітрин

9. Розміщення безрецептурних препаратів у залі обслуговування здійснюють за таким основним принципом мерчандайзингу:

- А. Все повинно бути на виду, доступно, привабливо і зручно для покупця
- В. Препарати безрецептурного відпуску повинні бути доступні
- С. Косметичні препарати повинні бути доступні
- Д. Біологічно активні добавки повинні бути доступні
- Е. Вироби медичного призначення повинні бути доступні

10. Аптечними працівниками рекламні матеріали препарату «Сироп Алтейка» було розміщено на полицях біля каси. Враховуючи правила мерчандайзингу, в якій зоні були розміщені матеріали?

- А. «Мертвій зоні»
- В. «Слабких місць»
- С. «Основних місць»
- Д. «Допоміжних місць»
- Е. «Сильних місць»

11. Аптека «Ромашка» з метою збільшення обсягів продажу препаратів запровадила систему знижок, а саме при покупці лікарських засобів на суму 100грн, отримують знижку 2%. Які маркетингові комунікації застосувала аптека?

- А. Персональний продаж

- В. Стимулювання збуту, спрямоване на фармацевтичних посередників
- С. Стимулювання збуту, спрямоване на споживачів
- Д. «Паблік Рілейшнз», спонсорство

12. Аптечними працівниками на прохання медичного представника фірми «Житомирська фармацевтична фабрика» рекламні матеріали препарату «Мазь Живокосту» було розміщено на полицях на рівні очей з гарним фронтальним оглядом. Враховуючи правила мерчандайзингу, в якій зоні були розміщені матеріали?

- А. «Сильних місць»
- В. «Слабких місць»
- С. «Основних місць»
- Д. «Допоміжних місць»
- Е. «Мертвій зоні»

13. Аптечними працівниками на прохання медичного представника фірми «Бітнер» рекламні матеріали препарату «Афлубін» було розміщено на полицях окремо розміщеного прилавку. Враховуючи правила мерчандайзингу, в якій зоні були розміщені матеріали?

- А. «Сильних місць»
- В. «Слабких місць»
- С. «Основних місць»
- Д. «Допоміжних місць»
- Е. «Мертвій зоні»

14. Аптечними працівниками на прохання медичного представника фірми «Фармак» рекламні матеріали препарату «Амізон» було розміщено було розміщено з лівої сторони за ходом руху покупців. Враховуючи правила мерчандайзингу, в якій зоні були розміщені матеріали?

- А. «Сильних місць»
- В. «Слабких місць»
- С. «Основних місць»

D. «Допоміжних місць»

E. «Мертвій зоні»

15. Аптечними працівниками на прохання медичного представника фірми «Дарниця» рекламні матеріали препарату «Бромгексин - Дарниця» було розміщено з лівої сторони за ходом руху покупців. Враховуючи правила мерчандайзингу, в якій зоні були розміщені матеріали?

A. «Сильних місць»

B. «Слабких місць»

C. «Основних місць»

D. «Допоміжних місць»

E. «Мертвій зоні»

16. Для якого елемента системи маркетингових комунікацій характерне безпосереднє живе спілкування, спонукання до зворотнього зв'язку і найбільша вартість?

A. Реклама

B. «Паблік Рілейшнз»

C. Персональний продаж

D. Стимулювання збуту

E. Електронний «Дірект мейл»

17. До «слабких місць» розташування ЛЗ при використанні правил мерчандайзингу не відноситься:

A. Місця біля входу в аптеку

B. Полиці з правої сторони з точки зору працівника першого столу

C. Кути залу обслуговування

D. Ліва сторона за ходом руху покупців

E. Крайні ділянки окремо розміщеного прилавку

18. До «сильних місць» розташування лікарських засобів при використанні правил «мерчандайзингу» не відноситься:

A. Місця біля входу в аптеку

В. Полиці з правої сторони з точки зору покупця

С. Місця з гарним фронтальним оглядом

Д. Простір біля каси

Е. Крайні ділянки окремо розміщеного прилавку

19. Що означає правило «порядку»:

А. На кожній точці продажу не обов'язково дотримуватись певного порядку брендів і під брендів

В. На кожній точці продажу повинен дотримуватися певний порядок розташування тільки брендів

С. Тільки на головній вітрині повинен дотримуватися певний порядок розташування брендів і під брендів

Д. На кожній точці продажу повинен дотримуватися певний порядок розташування брендів і під брендів

Е. На кожній точці продажу не дотримується певний порядок брендів і під брендів

20. Що означає правило «золотого трикутника»:

А. Розміщення товару в прикасовій зоні

В. Розміщення товару «арочним» способом

С. Розміщення товару «блочним» способом

Д. Збільшення відстані проходу від входу аптеки до касової зони

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Управління і економіка фармації : навчальний посібник до семінарів провізорів-інтернів спеціальності «Загальна фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації». Ч. 1 / І. В. Бушуєва, О. С. Яковлева, О. К. Єренко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 132 с.

Додаткова:

1. Пестун, І. В. Маркетингове управління в системі забезпечення населення ліками: монографія // І. В. Пестун, З. М. Мнушко. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – 312 с.

2. Практикум з менеджменту та маркетингу у фармації : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – 2-ге видан. перероб. та доп. / З. М. Мнушко, А. Б. Ольховська, І. В. Пестун та ін.; за ред. З. М. Мнушко. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – 424 с.

3. Фармацевтична енциклопедія // Голова ред. ради В. П. Черних. – 2ге вид. перероб. і допов. – К.: Моріон, 2010. – 1632 с.

Тема 3. Оцінка медичних технологій.

Форма заняття: семінарське

Час заняття: 4 години

Актуальність теми: Глобальні виклики такі як старіння населення, збільшення кількості хронічних захворювань та поява нових технологій охорони здоров'я (ТОЗ) призводять до щорічного зростання витрат на охорону здоров'я (ОЗ) в світі, що складає близько 10 % від валового внутрішнього прибутку (ВВП). Водночас зростають бюджетні обмеження, що потребує оптимізації використання державних ресурсів на ОЗ, тобто зосередження уваги на ефективних технологіях і збереження при цьому стимулів для інновацій. Сьогодні виникає актуальність розуміння в необхідності більш гнучких та динамічних підходів до прийняття рішень на основі доказових даних та оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ, англ. *health technology assessment, HTA*).

Ціль заняття:

У країнах Європейського Союзу (ЄС) застосування ОТОЗ забезпечує оцінку додаткової цінності досліджуваної (нової) технології поряд з діючою практикою, а також допомагає перерозподілити фінансування на ефективніші ТОЗ. ОТОЗ має на меті надати інформацію для прийняття рішень на основі обґрунтованих даних в контексті політики в ОЗ. Ці рішення є пацієнторієнтовані, які спрямовані на досягнення лікування із найкращою ефективністю та оптимального використання фінансових ресурсів. На підставі вищевикладеного, ціллю заняття є надання провізорам-інтернам базової інформації щодо застосування деяких підходів до оцінки медичних технологій в галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: технології охорони здоров'я, оцінка технологій охорони здоров'я, доказова медицина, оптимізація використання державних фінансових ресурсів, ефективність лікування

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ:

Характеристика системи стандартизованої оцінки ТОЗ

За визначенням провідної європейської мережі агентств з ОТОЗ EUnetHTA (англ. *European network for Health Technology Assessment*), ОТОЗ – це міждисциплінарний процес, який узагальнює інформацію про медичні, економічні, соціальні, етичні та правові аспекти щодо використання ТОЗ в систематичний, неупереджений та прозорий спосіб для системного та прозорого процесу прийняття управлінських рішень, враховуючи інтереси пацієнтів та для досягнення найвищої користі для здоров'я. В міжнародній практиці у контексті технологій розглядають лікарські засоби (ЛЗ), медичні імунобіологічні препарати, медичні вироби, методи хірургічного втручання та діагностики, програми громадського здоров'я, тобто всі заходи, що стосуються лікувального процесу.

Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року

Мета

• досягнення високих показників здоров'я населення, забезпечення населення України якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами та їх раціональне використання

Основні завдання

- забезпечення належного відбору основних життєво необхідних лікарських засобів до Національного переліку
- забезпечення доступності лікарських засобів
- належне фінансування системи забезпечення населення лікарськими засобами
- удосконалення системи постачання лікарських засобів
- удосконалення державного регулювання та забезпечення якості лікарських засобів
- підвищення рівня раціонального використання лікарських засобів
- підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичного ринку України у сфері розробки та дослідження лікарських засобів

Постанова КМУ від 5 грудня 2018 р. № 1022, <https://www.opstele.ua/article/482099>

**Рис. 3.1. Державна стратегія реалізації державної політики
забезпечення населення ЛЗ на період до 2025 р.**

Оцінка медичних технологій: інструмент для прийняття рішень

- Міждисциплінарний процес аналізу медичних технологій (лікарських засобів, медичних виробів, вакцин та ін.) про медичні, економічні, соціальні, етичні та правові аспекти їх використання з метою прозорого процесу прийняття рішень для забезпечення найвищої цінності для здоров'я пацієнта
- Мультидисциплінарний процес, який використовує явні та науково обґрунтовані методи оцінки цінності використання медичної технології на різних етапах її життєвого циклу
- Експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням



Закон України про Про державні фінансові гарантії медичного
обслуговування населення <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2169-19>

Рис. 3.2. Оцінка медичних технологій.

Оцінка медичних технологій: етап доступу до ринку



LSE Market Access Academy, 2018

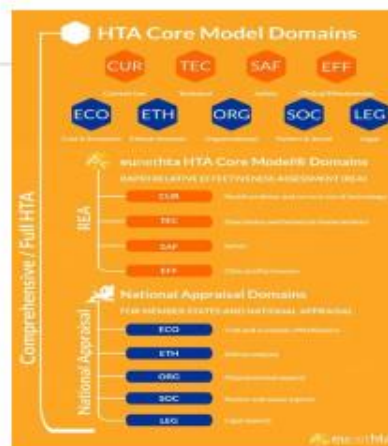
Рис. 3.3. Оцінка медичних технологій: етап доступу до ринку.

Європейська мережа агентств з ОТОЗ EUnetHTA розробила Базову модель з ОТОЗ (англ. HTA Core Model®), керуючись директивою Європарламенту 2011/24/EU щодо співпраці в сфері ОТОЗ та обміну науково-практичною інформацією між країнами ЄС (версія 3.0).

Базова модель – це система стандартизованої оцінки ТОЗ, яка є методологічною основою створення і підготовки звітів з ОТОЗ в розвинених країнах Європи. Базова модель включає структуровані дані, які представлені у 9 основних інформаційних блоках, які подано як приклад у табл. 1. Таким чином створюється єдина для будь-яких ТОЗ методологія оцінки, яка робить максимально можливим об’єктивне порівняння альтернативних (конкуруючих) технологій за обраними ключовими параметрами.

Структура Базової моделі оцінки технологій охорони здоров'я

№	Інформаційні блоки для Базової моделі HTA
1.	Визначення проблеми та використання технологій на час дослідження (групи пацієнтів, епідеміологія, доступність, протоколи лікування даного захворювання)
2.	Детальний опис і технологічна характеристика технологій, що порівнюються
3.	Клінічна ефективність
4.	Безпека (побічні реакції, токсичність, толерантність, дані фармаконагляду)
5.	Фармакоеконічний аналіз
6.	Етичні аспекти
7.	Організаційні аспекти
8.	Соціальні аспекти
9.	Правові аспекти



<https://eml-ukraine.org.ua/>

Рис. 3.4. Структура базової моделі оцінки технологій охорони здоров'я.

Характеристика схеми PICO

Наступним етапом проводиться опис досліджуваної та альтернативної ТОЗ його відповідності до міжнародних стандартів надання медичної допомоги, порівняння зі світовою практикою та діючими уніфікованими протоколами лікування в Україні.

Інформаційний пошук та огляд проводять із використанням схеми PICO. Рекомендації відносно побудови стратегії пошуку подані в керівництвах Cochrane (The Cochrane Handbook, Chapter 10, Version 5.1.0), де описана концепція схеми PICO, яка відображає ключові елементи пошуку, які слід застосовувати:

P – population – досліджувана популяція населення (пацієнти),

I – intervention – технологія, яка вивчається,

C – comparator – альтернативна технологія,

O – outcomes – результати лікування.

В практиці рекомендовано використовувати 2-3 найбільш важливі

елементи схеми з метою уникнення втрати даних під час пошуку із використанням операторів «Boolean» (AND, OR, NOT).

Оцінка якості даних

Оцінка якості даних дозволяє визначити їх внутрішню та зовнішню валідність.

Оцінка якості даних досліджень, включених до аналізу, вимагає врахування кількох факторів:

- методологія кожного дослідження;
- ризик похибки;
- послідовність результатів окремих досліджень, включених в огляд;
- чи результати цього дослідження безпосередньо застосовні до цільової групи пацієнтів.

Фармакоеконічний аналіз

Фармакоеконічний аналіз (ФЕА) – це економічна оцінка досліджуваної порівняно із відповідним компаратором (ідентифікованим під час аналізу рішень проблеми), коли вимірюють і порівнюють як витрати, так і ефективність (результати) лікування, щоб інтерпретувати їх для прийняття рішень.

Для ФЕА рекомендовано провести огляд літератури для ідентифікації уже проведених аналізів оцінюваної технології, що використовується за показанням, що є предметом цього аналізу. Як частина огляду рекомендується здійснити пошук у базах даних: PubMed, Кокрейнівська бібліотека, NICE Evidence search, EMBASE.

Передбачено використання окремих економічних пошукових фільтрів. Якщо публікація не знаходиться у вищезазначених базах даних медичної інформації, вони можуть бути знайдені зокрема на сайтах:

- база даних NHS EED Йоркського університету (Centre of review and disseminations University of York: <https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>).

- ISPOR (Міжнародне товариство фармакоеконічних досліджень, <https://www.ispor.org/>),

Слід вказувати посилання на ідентифіковані публікації результатів аналізів та досліджень.

Методологія фармакоеконічного аналізу

Показники ефективності (виживаність, якість життя тощо), включені у ФЕА для досліджуваної ТОЗ та компараторів повинні бути визначені на основі аналізу ефективності (АЕ). ФЕА повинен бути послідовним щодо вибору компараторів із аналізом рішення проблеми та АЕ.

Економічна модель має бути подана у програмі MS Excel та мати можливість редагування вхідних даних.

Рекомендовані підходи до проведення ФЕА:

- фармакоеконічний аналіз *de novo* на підставі висновків від попередньо проведеного пошуку та результатів АЕ;

- адаптація проведеного ФЕА, якщо такий аналіз представлено в контексті тієї ж проблематики. Слід провести адаптацію базової (глобальної) моделі ФЕА у формі, що релевантна до українських локальних умов (даних) відповідно до керівних рекомендацій ISPOR щодо перенесення даних у Рекомендації найбільш авторитетного агентства з ОТОЗ в ЄС – NICE показують, що неможливим є повний перенос звіту без узгодження із локальними даними. ТОЗ із позитивними рекомендаціями і схваленням NICE можуть бути не схвалені в країнах із низьким рівнем доходів відповідно до цінових розбіжностей та обмеженості місцевих бюджетів, а ТОЗ з негативними рекомендаціями можуть бути все таки економічно ефективними в Центральній і Східній Європі відповідно до гірших показників стану здоров'я і більше того вищого потенціалу користі для здоров'я цільової популяції.

Економічна частина звіту з ОТОЗ піддається найбільшій критиці стосовно переносу даних. Перенесення параметрів ефективності, особливо відносної ефективності є менш обмеженим. Узагальненість даних клінічних випробувань є прийнятним для реєстраційних процедур Європейським агентством з лікарських засобів (ЕМА).

Дані, що стосуються показників тягаря захворювання (популяція пацієнтів, показники прогресування захворювання, підгрупи пацієнтів), незадоволених медичних потреб, користі для здоров'я (базовий ризик, ефективність), витрат, цін та тарифи, споживання ТОЗ та впливу на бюджет, потребують врегулювання та пристосування до локальних умов проведення оцінки.

Оскільки перенесення даних щодо витрат у фінансових показниках є дуже обмеженим і виникає потреба насамперед у локальних даних – ціни, тарифи, вартісні показники, тому при адаптації аналізу до поточних умов, необхідно враховувати локальні українські дані щодо витрат та використання ресурсів.

Початкову ціну – вхідний параметр для аналізу економічної ефективності досліджуваної технології та компараторів рекомендовано обирати із офіційно опублікованих даних, наприклад, реєстру задекларованих оптово-відпускних цін на лікарські засоби МОЗ України, а у разі відсутності – представити обґрунтовану цінову пропозицію фармацевтичної компанії.

Структуру та параметри моделі щодо ймовірності захворюваності, прогресу діагностичних та терапевтичних процедур, навантаження на первинну та вторинну ланку також слід адаптувати до українських умов (наприклад, ймовірність проведення трансплантації органів залежно не тільки від стану пацієнта, а й від можливостей і умов системи ОЗ).

Вибір технології порівняння (компаратора)

Оцінка додаткових переваг (з точки зору ефективності та безпеки), пов'язаних з впровадженням нової ТОЗ в клінічну практику, проводиться методом порівняння результатів лікування та витрат на нову ТОЗ відповідно до наслідків продовження діючої практики, тобто тієї, що використовуються в даний час у цільовій популяції.

Компаратори – це технології, в яких ефективність, безпека та витрати є орієнтиром у оцінці нової технології. Порівняння полягає в тому, щоб перевірити, чи має оцінювана нова технологія додаткову клінічну чи економічну ефективність.

Вибірковою технологією може бути будь-яка ТОЗ – ЛЗ, медичні прилади, медичні процедури або психологічні втручання, променева терапія, фізіотерапія, хірургічні процедури, поради (наприклад, при припиненні куріння) та поєднання медичних втручань, що проводяться одночасно або послідовно, а також природний перебіг захворювання (без активного лікування). У випадку з медичною технологією, яка застосовується вперше при певному показанні з підтвердженою ефективністю застосування, компаратором є найкраща підтримуюча терапія (*best supportive care*) або технології з ефективністю плацебо.

На початковому етапі вибору компаратора слід розглянути всі можливості втручання, які можуть бути використані в оцінюваному показанні, особливо ті, що фінансуються за кошти державного та місцевих бюджетів в Україні. Слід перш за все брати до уваги технології з даної терапевтичної групи, а також інші технології, які використовуються в оціненому показанні до застосування для досягнення подібного терапевтичного ефекту.

У більшості випадків компаратор для досліджуваного втручання повинен бути діючою (поточною) медичною практикою, або процедурою, яка в медичній практиці ймовірно, буде замінена досліджуваною технологією.

Джерела інформації про існуючу медичну практику для обґрунтування вибору компаратора можуть включати:

- перелік гарантованих ЛЗ, послуг, що фінансуються за кошти державного бюджету;
- маркетинговий аналіз ринку ЛЗ;
- клінічні протоколи, керівні настанови для клінічної практики та консультації з клінічними експертами;
- реєстри.

Якщо є суттєві причини, тоді рекомендується провести порівняння з іншими компараторами, наприклад – найдешевше втручання або те, що вважається найефективнішим (наприклад, відповідно до поточних рекомендацій

з клінічної практики, систематичні огляди або експертні думки клініцистів). Якщо компаратор представлений генеричними ЛЗ, тоді слід обрати для порівняння торговельну назву ЛЗ, яка має найбільшу долю (частку) ринку, або найдешевший генерик.

Слід зберігати послідовність у виборі компараторів для клінічного та економічного аналізів.

Отже, на основі проведеного систематичного огляду та рекомендацій EUnetHTA, рекомендовано обирати такий компаратор, щоб відобразити найвідповідніше альтернативне втручання, що використовується у вітчизняній клінічній практиці. Вибір компаратора слід представити чітко та обґрунтовано.

Часовий горизонт

Часовий горизонт ФЕА повинен бути достатньо довгим, щоб провести оцінку відмінностей між результатами та витратами на оцінювану ТОЗ і компараторами. Часовий горизонт має бути однаковим для вимірювання як вартості так і результатів для здоров'я. Вибрана довжина часового горизонту має бути обґрунтованою.

У випадку застосування технологій охорони здоров'я, для яких виникають результати та різні витрати протягом усього життя пацієнта, слід використовувати часовий горизонт тривалістю до кінця життя (*lifetime horizon*). Ефект від припущення щодо тривалості часового горизонту слід перевірити в аналізі чутливості (розроблена модель повинна дозволити модифікувати довжину часового горизонту).

Якщо економічний аналіз спрямований на мінімізацію витрат, а витрати на використання порівнюваних ТОЗ є постійними у часі, в такому випадку одиницю довжини часу можна використати 1 рік.

Методи фармакоеконічного аналізу

У світовій практиці застосовуються такі основні методи ФЕА, які відрізняються за метою, способом проведення, ступенем використання для прийняття рішень у системі охорони здоров'я, а саме:

- аналіз мінімізація вартості (cost-minimization analysis).
- аналіз вартість-ефективність (cost-effectiveness analysis);
- аналіз вартість-користь (cost-utility analysis).

Таблиця 1

Методи фармакоеконічного аналізу

Метод	Англ. термін	Одиниці вимірювання витрат	Одиниці вимірювання ефективності
Мінімізація вартості	cost minimization analysis (CMA)	грошові одиниці	аналогічні показники ефективності
Вартість-ефективність	cost-effectiveness analysis (CEA)	грошові одиниці	натуральні одиниці: рівень тиску крові, глюкози, роки життя
Вартість-користь	cost-utility analysis (CUA)	грошові одиниці	роки життя, скориговані за якістю (QALY)

Аналіз мінімізація вартості

Аналіз мінімізації вартості може бути застосований, якщо це обгрунтовано наявністю доказових даних, де встановлено, що показники ефективності/безпеки порівнюваних ТОЗ є терапевтично еквівалентними, тобто ідентичними. У цьому випадку аналіз полягає тільки у порівнянні витрат.

Аналіз вартість-ефективність

Мета аналізу вартість-ефективність полягає у визначенні різниці у вартості та ефективності порівнюваних ТОЗ. Результати повинні бути виражені однаково у натуральних одиницях. Наприклад, одиниці ефективності для технологій порівняння: кількість уникнутих небажаних явищ, період захворювання без

симптомів, роки життя. Надається перевага такому показнику ефективності як додані роки життя LYG.

У аналізі економічної ефективності розраховується інкрементальний показник ефективності витрат ICER (англ. *incremental cost-effectiveness ratio*) – це співвідношення різниці вартості до різниці показників ефективності для порівнюваних ТОЗ, яке показує додаткові витрати на одиницю ефективності.

Аналіз вартість-користь

Метод ФЕА вартість-користь розглядається як окремий вид аналізу вартість-ефективність, в якому результати лікування представлені як роки життя, що скориговані за якістю (англ. *quality adjusted life years, QALY*).

Показником ефективності в аналізі вартість-користь є QALY, що є параметром, який враховує як кількість прожитих років, так і якість життя (ЯЖ) пацієнта. При цьому ЯЖ змінюється від 0 (стан смерті) до 1 (гіпотетичний стан максимального здоров'я). Вибір значень користі станів здоров'я має ключовий вплив на результати даного методу аналізу.

Різні методи вимірювання корисності можуть дати різні результати для тих самих станів здоров'я. Результати у ФЕА визначають не самі значення корисності, а відмінності між користю при різних станах здоров'я, що використовуються в моделі. З цієї причини доцільно використовувати послідовний метод вимірювання корисності для оцінки всіх станів здоров'я, включених в аналіз.

Переважно інструментом для вимірювання якості життя дорослих є опитувальник EQ-5D (версія EQ-5D-3L або EQ-5D-5L, <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>). Зміни в якості життя повинні повідомлятися безпосередньо пацієнтами (заповнення анкети EQ-

5D), в той час як користь, пов'язана з цією зміною, повинна виходити з набору значень користі, отриманого шляхом вимірювання переваг різних станів здоров'я в загальному населенні з використанням одного з методів вибору.

Норми користі, засновані на вимірюванні, використовуючи візуальну аналогову шкалу (VAS), не виконують цю вимогу.

Результатом ФЕА вартість-користь є інкрементальний коефіцієнт корисності витрат (англ. *incremental cost-utility ratio*, ICUR), який є співвідношенням різниці витрат та різниці в показниках ефективності - QALY для порівнюваних технологій охорони здоров'я.

Моделювання

Моделювання виконується тоді, коли доступних даних недостатньо для визначення економічної ефективності та для екстраполяції та прогнозування захворювання поза межами клінічного дослідження. Якщо необхідне моделювання, тоді слід представити детальну структуру моделі. Складність моделі та метод моделювання повинні відповідати поставленому досліджуваному запитанню.

Рекомендується, щоб модель була максимально простою та прозорою, однак, зберігаючи рівень деталізації, необхідний для правильного визначення економічної ефективності порівнюваних ТОЗ.

Припущення моделі повинні бути чіткими, добре обґрунтованими та перевіреними в аналізі чутливості. Моделі повинні розроблятися з використанням загальноприйнятих доступних інструментів з використанням програмного забезпечення MS Excel. Повинно бути технічно можливо перевірити розроблену модель.

Основні типи моделей

Моделі «дерево рішень» (*decision tree models*) визначають клінічні результати та/або витрати, пов'язані з кожним з різних варіантів лікування, з урахуванням ймовірностей виникнення захворювання та переходу у різні стани здоров'я (*health states*). Основним обмеженням такого типу моделі є те, що вони не підходять для визначення та моделювання численних подій, які повторюються з часом.

У моделях «переходи між станами» (*state-transition models*) або моделях Маркова виділяють і згодом перерозподіляють когорту пацієнтів моделі серед декількох станів (що представляють різні стани здоров'я, події або витрати, які трапляються з пацієнтом). Переходи відбуваються з одного стану в інший за визначеними клінічно значущими часовими інтервалами (визначається як довжина циклу). Це часто 1 рік, але може бути коротшим для швидко прогресуючих захворювань. Сукупність часових інтервалів вказує на часовий горизонт, протягом якого моделюється перебіг захворювання. Це зазвичай відображає період, достатній для того, щоб зафіксувати всі відповідні витрати та наслідки лікування. Окремий тип переходу між станами, в якому ймовірність переходу залежить лише від поточного стану, а не від повної попередньої історії пацієнта, називається моделлю Маркова. Модель, в якій ймовірності, пов'язані з переміщеннями між станами, з часом константні, називаються ланцюгом Маркова.

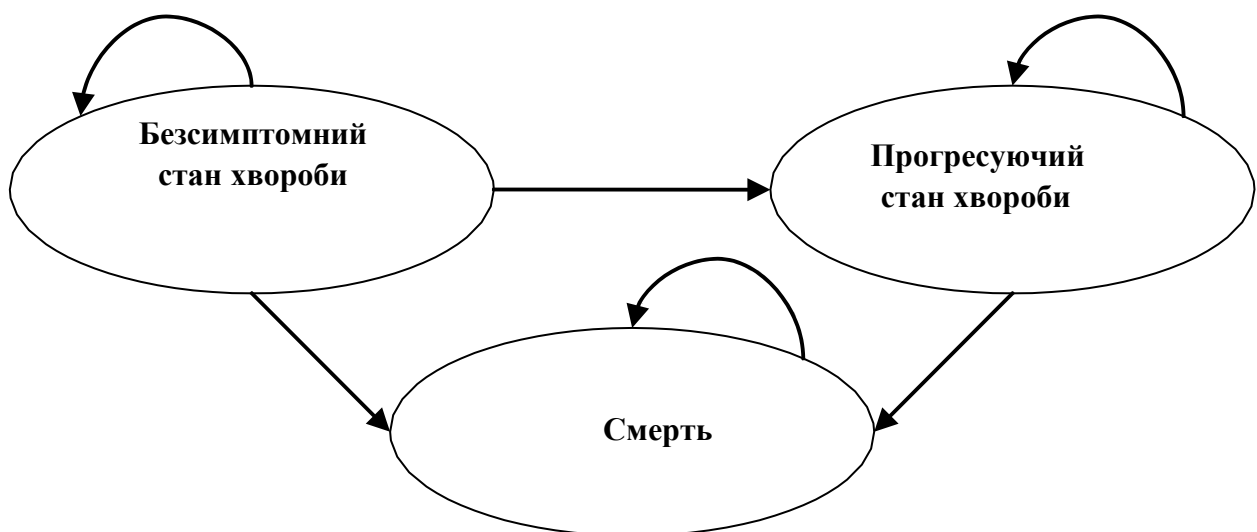


Рис.3.5. Простий Марківський процес із включенням трьох станів
Принципи передового досвіду моделювання представлені в табл. 2.

Алгоритм моделювання у аналізі економічної ефективності

Об'єкт оцінки	Опис
Стани здоров'я	Структура моделі має бути простою, в той же час відповідати поставленій проблемі, загально прийнятими знанням щодо моделювання захворювань, а також причинно-наслідковим зв'язкам між змінними величинами. Недостатність даних не завжди виправдовує видалення певних станів чи спрощення моделі.
Компаратори	Модель повинна враховувати компаратори, вибрані відповідно до критеріїв, визначених в аналізі рішення проблеми.
Часовий горизонт	Часовий горизонт моделі має бути достатнім, щоб продемонструвати тривалі відмінності у витратах та результатах лікування порівнюваних ТОЗ.
Довжина циклів в моделі	Цикл повинен бути найкоротшим періодом, в якому зміни розглянутих параметрів, що відповідають типовому процесу захворювання.
Ідентифікація вхідних параметрів	<p>У модель слід включити кращі доступні дані (епідеміологічні, клінічні, пов'язані з витратами), відповідно до українських умов. Огляд літератури слід провести для отримання ключових вхідних даних моделі.</p> <p>Ключові дані:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дані щодо ефективності та безпеки; • дані щодо користі при обраних станах; • змінні, для яких навіть невелика зміна значення призводить до значної зміни результатів аналізу. <p>У СО слід включити пошук щонайменше у одній базі</p>

	даних. Докази відсутності мають бути представлені. Якщо експертна думка є джерелом даних, тоді методи отримання даних слід надати і зазначити.
Моделювання даних	Моделювання даних слід проводити на основі загальноприйнятих статистичних методів
Включення даних в модель	Одиниці вимірювання, інтервали часу та характеристики населення повинні бути взаємно сумісні в цілому в моделі. З метою стандартизації та усунення ефекту залежності часу оцінки, напівциклова корекція слід використовувати для довших циклів.
Аналіз чутливості	Кожна модель повинна включати в себе аналіз чутливості ключових параметрів та обґрунтування їх вибору, проаналізований діапазон варіабельності (variability) для цих параметрів. Аналіз чутливості повинен включати однофакторний аналіз чутливості ключових параметрів (one- way sensitivity analysis) і ймовірнісний аналіз (Monte-Carlo simulation), якщо буде потрібно на запит ЕК.
Внутрішня валідація моделі	Для виявлення помилок, пов'язаних з введенням даних та структури моделі, модель повинна бути систематично перевірена. Наприклад, слід перевірити, чи очікувані результати отримуються, коли нуль або екстремальні вхідні значення використовуються. Код програмного забезпечення повинен бути проаналізований для виявлення синтаксичних помилок. Відтворюваність результатів повинна бути протестована за допомогою еквівалентного вводу значень. Якщо є зовнішні джерела вхідних та вихідних даних (незалежно від тих, що використовуються в моделі),

	<p>модель слід відкалібрувати, таким чином щоб змодельований прогноз збігався із реальними даними (real world data).</p>
Зовнішня валідація	<p>Зовнішня перевірка фокусується на сумісності результатів моделювання з прямими емпіричними доказами. Вона полягає, наприклад, у порівнянні непрямих вихідних даних моделі з опублікованими результатами довгострокового дослідження (якщо наявні).</p> <p>Модель повинна бути перевірена таким чином, щоб давати змогу порівнювати результати, отримані в результаті моделювання (використання ресурсів, подій, що генерують витрати, або інших природних одиниць), з даними із баз даних платника чи інших джерел даних (фактична клінічна практика, медичні реєстри, реєстри витрат тощо).</p>

Оцінка показників ефективності

Дані, що включені у ФЕА щодо показників ефективності, повинні бути отримані із кращих доступних ресурсів. Дані про відносну ефективність порівнюваних ТОЗ мають бути отримані з проведених РКД. В разі доступності даних про ефективність (*effectiveness* та *efficacy*) валідність цих даних має бути подана окремо, і ефект впливу джерела даних на результат має бути проаналізовано.

Щоб оцінити результати лікування асоційовані з природнім перебігом захворювання, дані щодо ефективності мають бути враховані. Беручи дані з РКД для опису природнього перебігу захворювання слід навести аргументи їх валідності.

Оцінка витрат (локальні дані в Україні)

ФЕА має включати витрати щодо використання ресурсів в Україні, коли застосовують дану ТОЗ в щоденній клінічній практиці. Ідентифікація категорій

витрат та визначення методу ФЕА мають бути пов'язані із перспективою та часовим горизонтом даного аналізу.

Категорії витрат

Залежно від перспективи аналізу слід включати такі види витрат:

- **прямі медичні** витрати, що припадають на використання ресурсів, необхідних для забезпечення медичною допомогою та підтримки процесу її проведення, що прямо стосується медичної допомоги, тобто витрати на закупівлю ЛЗ, діагностику, госпіталізацію, оплату праці медичних працівників.

- **прямі немедичні** витрати, що припадають на використання ресурсів, необхідних для забезпечення медичною допомогою та підтримки процесу її забезпечення, що на пряму не стосується медичної допомоги, тобто витрати на адміністрацію ЗОЗ (*hospital administration*), оплата немедичного персоналу, транспорт. З перспективи державних витрат, прямі немедичні витрати включають соціальні переваги – пенсії, реабілітаційні послуги, оплати при захворюванні, також і зменшення доходів держави від податків.

- **непрямі витрати**, визначені як витрати в масштабах держави на ресурси щодо захворювання та його наслідків. У звітах ОТОЗ це витрати на втрату продуктивності праці пацієнтів та їх неформальних опікунів;

Визначення собівартості одиниці

Визначення витрат починається із формування чітко визначеного питання, включаючи мету визначення вартості, перспективу і часовий горизонт, а також опис конкретного об'єкта аналізу витрат. Методології оцінки витрат складається із 3-х етапів:

- ідентифікація ресурсів, що використовуються для забезпечення послуги (*resource utilisation*);

- вимірювання ресурсу використання в натуральних одиницях;

- вимірювання грошової вартості одиниці ресурсу (*unit cost*);

- поєднання грошової вартості із використанням ресурсів.

Витрати на одиницю використаних ресурсів повинні визначатися відповідно до перспективи аналізу. Наступні методи оцінки вартості в грошовому вираженні використаних ресурсів можуть бути такими як:

- 1) перелік стандартних витрат;
- 2) раніше опубліковані дослідження;
- 3) місцеві тарифи на послуги для конкретних процедур;
- 4) прямий розрахунок;
- 5) дані тендерів (госпітальні закупівлі);
- 6) реєстр оптово-відпускних цін.

Вибір методу оцінки вартості одиниць використовуваних ресурсів в грошовому вираженні має базуватися на виборі методу вимірювання цих ресурсів.

Використання місцевих тарифів рекомендується, коли оцінювана ТОЗ доступна лише в установах охорони здоров'я певного типу, масштаб витрат включає широкий спектр процедур та медичних послуг, а дані доступні для дослідника без додаткової роботи та витрат на їх пошук.

Часто це найкращий і єдиний доступний спосіб, але таким чином розраховані витрати не завжди відповідають реальним витратам.

В інших випадках може бути виправданим визначення співвідношення між тарифами та фактичними витратами. Використовуючи перелік стандартних тарифів або вартості для одиниць використаних ресурсів із значною питомою вагою у загальній або доданій вартості, варто використовувати більш точні методи оцінки, наприклад прямий розрахунок собівартості одиниці ресурсу.

Таблиця 3

Приклади ідентифікації одиниць медичних послуг

Тип послуги	Рекомендовані для використання одиниці вимірювання
Медична послуга (консультація лікаря)	1 година /1 візит

Візит до лікаря (наприклад, загальної практики – сімейної медицини)	кількість візитів
Діагностична процедура	кількість діагностичних процедур
Лікарняні послуги	кількість прийомів, ліжко-днів, тривалість перебування в лікарня
Амбулаторні послуги	1 візит
Робота медичної сестри	кількість годин або маніпуляцій
Домашній догляд	1 година

Аналіз впливу на бюджет системи охорони здоров'я

Аналіз впливу на бюджет системи ОЗ в Україні дозволяє всебічно оцінити наслідки прийняття рішення про фінансування ТОЗ за державні кошти. Даний аналіз включає аналіз впливу на бюджет, який може бути доповнений аналізом етичних, соціальних, правових та організаційних наслідків прийняття рішення про фінансування оцінюваної ТОЗ за державні кошти.

Аналіз впливу на бюджет (англ. *budget impact analysis*) визначає фінансові наслідки виведення (впровадження), вилучення з програм закупівель/фінансування/реімбурсації оцінюваної ТОЗ в системі ОЗ в Україні. Це кількісний аналіз, результати якого представлені у грошових одиницях та розрахунки у програмі MS Excel.

Складові елементи аналізу впливу на бюджет

Аналіз впливу на бюджет має включати такі елементи:

- розмір та характеристики досліджуваної популяції населення;
- сценарій, що відповідає поточній практиці лікування («діючий сценарій»);

● сценарій, що очікується після впровадження нової ТОЗ/
вилучення поточної відшкодованої ТОЗ («новий сценарій»);

- витрати на зазначені вище сценарії;
- додаткові результати;
- аналіз чутливості (рекомендовано).

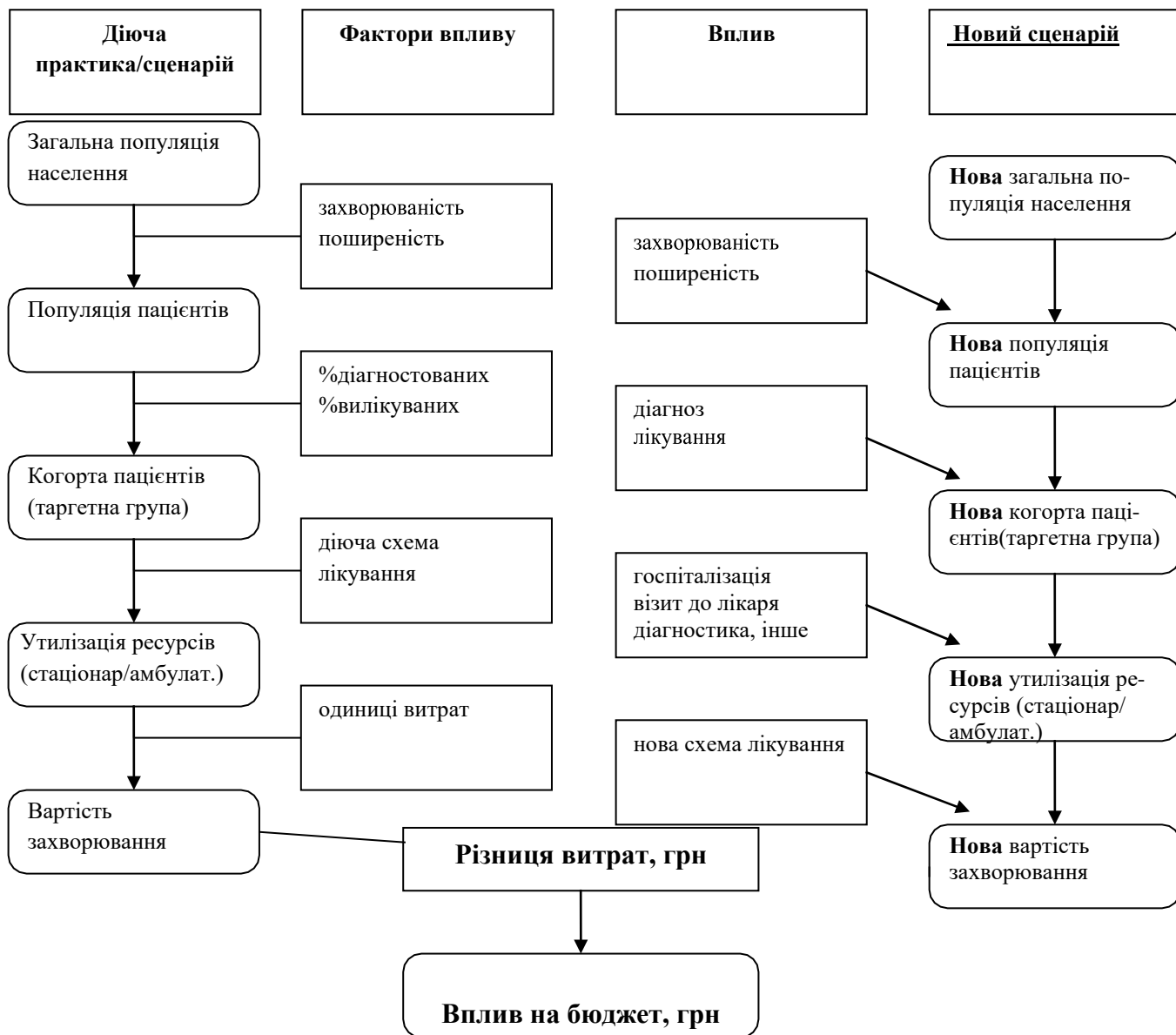


Рис. 3.6. Діаграма аналізу впливу на бюджет

Аналіз витрат

Аналіз витрат при аналізі впливу на бюджет має відповідати перспективі даного аналізу. Необхідно чітко описати та обґрунтувати методи оцінки витрат, з усіма їх припущеннями, а також ті, які прийняті в аналізі чутливості.

Витрати бюджету повинні оцінюватися таким чином, щоб забезпечити відповідність фактичним платежам та фактичним заощадженням, досягнутим платником (державою/пацієнтом).

Аналіз впливу на бюджет має зосереджуватися, перш за все, на визначенні розрахованих заощаджень та на тому чи вони будуть значимі в реальній практиці.

Бажано в кількісному вираженні показати вплив технології на медичні послуги, тому що впровадження нової технології може мати практичні наслідки для організації та функціонування системи охорони здоров'я.

Залежно від типу оцінюваного втручання може бути важливим описати витрати на його впровадження, включаючи необхідність навчання персоналу або пацієнтів, або зміни діагностичних принципів.

Окремі оцінки повинні бути підготовлені для окремих видів витрат.

Оцінка загальної додаткової зміни витрат повинна включати:

- витрати, пов'язані з оцінюваною технологією;
- вартість додаткових витрат у системі охорони здоров'я, пов'язаних із впровадженням досліджуваної технології;
- скорочення видатків, пов'язаних із зменшенням використання поточних технологій, у випадку, якщо оцінена технологія визнана прийнятною;
- скорочення витрат, пов'язаних із заощадженнями в сфері інших послуг (наприклад, зменшення випадків госпіталізації).

Дорожня карта з ОМТ в Україні: стратегічні цілі та заходи



Рис. 3.7. Дорожня карта з ОМТ в Україні.

Хто зацікавлені сторони?

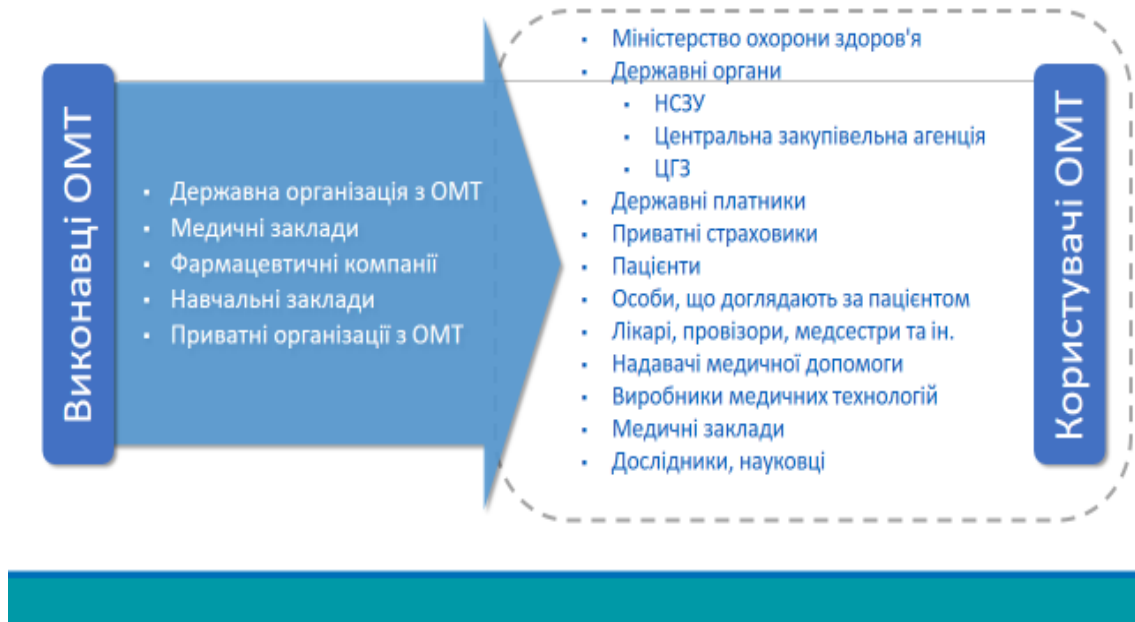


Рис. 3.8. Зацікавлені сторони ОМТ.

Питання для самоконтролю:

1. Надати характеристику системи стандартизованої оцінки ТОЗ.
2. В чому полягає суть методології фармакоекономічного аналізу?

3. Методи фармакоекономічного аналізу.
4. Надати характеристику аналізу витрат бюджетних коштів.

Завдання для виконання:

Завдання 1.

Оцініть повну вартість одного року захворювання виразковою хворобою шлунка для одного хворого протягом року. При проведенні розрахунків використовуйте такі дані:

- вартість діагностичних процедур при проведенні одного курсу стаціонарного лікування складає 150 грн;
- вартість одного курсу амбулаторного лікування – 1342 грн на рік;
- вартість одного курсу стаціонарного лікування – 1725 грн на рік;
- вартість одного курсу реабілітації хворого після стаціонарного лікування – складає 70 % від вартості одного курсу стаціонарного лікування, грн.

Враховати: хворому показано пройти два курси стаціонарного лікування протягом одного року.

Розрахунки:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Висновок:

Завдання 2.

Проведіть аналіз лікування хворих на туберкульоз вітчизняними протитуберкульозними препаратами, використовуючи фармакоекономічний метод «мінімізація витрат». Враховуючи, що за даними експертних оцінок наведені нижче препарати мають однакову терапевтичну ефективність, виберіть найбільш дешевий лікарський препарат для гарантованого забезпечення хворих за рахунок коштів державного бюджету.

Лікування активного туберкульозу триває 6-8 місяців з метою профілактики приймати 2-3 місяці.

При розрахунках брати міні терміни лікування та профілактики; вважати число днів у місяці – 30 днів.

Врахувати середню ціну (між найбільшою та найменшою ціною за даними пошуково-інформаційного сайту <https://tabletki.ua>).

№ з/п	Торгова назва препарату	Форма випуску	Добова доза, г	К-ть табл. на добу	Ціна (середня) упаковки, (грн.)	Ціна добової дози, (грн.)	Ціна курсу лікування, (грн.)
1.	Ізоніазид, «Дарниця»	табл. 300 мг № 50	0,6				
2.	Ізоніазид, БХФЗ	табл. 200 мг № 50	0,6				

Висновок:

Ситуаційні тестові завдання:

1. Оцінка ефективності витрачання грошових ресурсів при застосуванні лікарського засобу або схеми лікування – це:

- A. Клінічна (терапевтична) ефективність
- B. Користь
- C. Економічна ефективність (вигода)
- D. Безпека
- E. Витрати

2. Яка фармакоеконімічна категорія характеризує матеріальні та нематеріальні витрати, пов'язані з лікуванням або профілактикою

захворювання?

- A. Дієвість
- B. Клінічна (терапевтична) ефективність
- C. Економічна ефективність
- D. Витрати
- E. Користь

3. Метод узагальнення кількісних даних однорідних досліджень однієї і тієї ж медичної технології, проведених у різний час різними авторами для отримання сумарних статистичних показників результатів цих досліджень, називається:

- A. Мета-аналізом
- B. Систематичним оглядом
- C. Аналізом чутливості
- D. Фармакоеконімічним аналізом
- E. Несистематичним оглядом

4. В результаті проведеного дослідження встановлено, що препарати лізиноприлу «Ліпріл» і «Ацербон» біоеквівалентні. Для вирішення питання, який із двох зазначених препаратів слід рекомендувати до широкого використання в лікувально-профілактичних закладах для зниження витрат на медикаментозну терапію, слід провести фармакоеконімічний аналіз за методом:

- A. «Витрати-ефективність»
- B. «Загальна вартість захворювання»
- C. «Витрати-утилітарність»
- D. «Витрати-вигода»
- E. «Мінімізація витрат»

5. Головному лікарю стаціонару пульмонологічного профілю необхідно

визначити, на лікування яких пацієнтів необхідно витратити найбільше коштів (з тих пацієнтів, що проходять лікування в цьому стаціонарі). Для вирішення цього завдання слід провести фармакоеконічний аналіз за методом:

- A. «Загальна вартість захворювання»
- B. «Витрати-вигода»
- C. «ABC-аналіз»
- D. «Мінімізація витрат»
- E. «Витрати-ефективність»

6. Визначте метод фармакоеконічного аналізу, згідно з яким здійснюється вибір найдешевшої медичної технології при їх однаковій клінічній ефективності з метою економії грошових коштів:

- A. Аналіз «витрати-ефективність»
- B. Аналіз «витрати-утилітарність»
- C. Аналіз «мінімізація витрат»
- D. Аналіз «витрати-вигода»
- E. Аналіз рішень

7. До якого фармакоеконічного методу відноситься дослідження, яке дозволяє оцінити вплив змін вихідних параметрів (наприклад, вартість упаковок лікарських препаратів) на кінцевий результат цих розрахунків:

- A. Аналіз чутливості
- B. Показник якості життя
- C. Корисність медичних технологій
- D. Аналіз «витрати-корисність»
- E. Аналіз «витрати-вигода»

8. Порівняння тільки тих медичних технологій, які мають однакову ефективність – це недолік методу фармакоеконічного аналізу:

- A. «Витрати-вигода»

- В. «Загальна вартість захворювання»
- С. «Витрати-ефективність»
- Д. «Мінімізація витрат»
- Е. «Витрати-корисність»

9. Метод математичного моделювання клінічних ситуацій для прийняття рішення про вибір оптимальної медичної технології, який передбачає зіставлення наслідків для хворого і економічних витрат на медичні технології, називається:

- А. Модель Маркова
- В. Мета-аналіз
- С. Тріада Донабедіана
- Д. Аналіз рішень
- Е. «Рівноцінний обмін»

10. Метод фармакоеконічного аналізу, при використанні якого серед медичних технологій з однаковою клінічною ефективністю обирається медична технологія з мінімальними витратами на курс лікування захворювання, називається:

- А. «Мінімізація витрат»
- В. «Витрати-утилітарність»
- С. «Витрати-ефективність»
- Д. «Витрати-вигода»
- Е. «Загальна вартість захворювання»

11. Метод фармакоеконічного аналізу, при якому порівнюється і вартість, і ефективність (в однакових натуральних або фізичних одиницях виміру) медичних технологій, називається:

- А. «Витрати-утилітарність»
- В. «Витрати-ефективність»

- C. «Мінімізація витрат»
- D. «Загальна вартість захворювання»
- E. «Витрати-вигода»

12. Мірою (кількісним показником/критерієм) корисності медичної технології служить показник:

- A. CER
- B. ICER
- C. ICUR
- D. QALY
- E. Кб / с

13. Фармакоеконічний метод, при застосуванні якого ефективність медичних технологій оцінюється в грошових одиницях, називається:

- A. «Витрати-вигода»
- B. «Витрати-утилітарність»
- C. «Мінімізація витрат»
- D. «Загальна вартість захворювання»
- E. «Витрати-ефективність»

14. Який з методів фармакоеконічного аналізу дозволяє порівнювати вартісну складову результатів абсолютно різних медичних технологій і медичних програм, навіть при різних захворюваннях?

- A. Аналіз "витрати-ефективність"
- B. Математична модель Маркова
- C. Аналіз рішень
- D. Аналіз "витрати-корисність"
- E. Аналіз "витрати-вигода"

15. Різниця у витратах на лікування одного захворювання двома різними

медичними технологіями - це такі витрати:

- A. Варіабельні
- B. Непрямі
- C. Середні
- D. Фіксовані
- E. Маргінальні

16. Медична технологія, яка за результатами фармакоеконімічного аналізу має

більшу ефективність при більш низькій або однаковій вартості по відношенню до інших порівнюваних медичних технологій, називається:

- A. Домінуюча
- B. Референтна
- C. Альтернативна
- D. Біоеквівалентна
- E. Релевантна

17. При виборі медичної технології експерти оцінили рівень доказів ефективності як переконливі і вагомі, результати яких узагальнені в систематичному огляді і в мета-аналізі. Визначте рівень доказовості:

- A. B
- B. C
- C. D
- D. A
- E. E

18. Прямі витрати на медичну технологію склали 300 грн., непрямі - 100 грн. Ефективність лікування склала 50%. Розрахуйте вартість одиниці ефективності для даної медичної технології:

- A. 100 грн.

- В. 600 грн.
- С. 800 грн.
- Д. 200 грн.
- Е. 400 грн.

19. В якості об'єктів моделювання в фармакоеконічному аналізі використовуються:

- А. Рішення, прийняті про вибір медичних технологій
- В. Результати доклінічних випробувань медичних технологій
- С. Медичні технології
- Д. Витрати на застосування медичних технологій
- Е. Результати застосування медичних технологій

20. Результатом проведення фармакоеконічного аналізу за методом «мінімізація витрат» є вибір медичної технології, яка характеризується:

- А. Найбільшими витратами на курс лікування захворювання
- В. Найбільшим значенням питомого показника ефективності витрат
- С. Середньою величиною витрат на курс лікування захворювання
- Д. Найменшими витратами на курс лікування захворювання
- Е. Найменшим значенням питомого показника ефективності витрат

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Заліська О.М. Фармакоеконіка і раціональне використання ліків: Навч. посібник/МОЗ України/ За ред. Б.Л. Парновського.—Львів, Афіша, 2014. – 252 с.
2. Піняжко О.Б. Аналіз реальних даних призначень лікарських засобів при поширених гінекологічних захворюваннях в Україні / О.Б. Піняжко // Фармацевтичний журнал. – 2016. – №3-4. – С. 29-41.
3. Піняжко О.Б. Методичні підходи до проведення оцінки технологій

охорони здоров'я в Україні на основі європейської моделі / О.Б. Піняжко, О.М. Заліська // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – №2. – С. 44-54.

4. Піняжко О.Б., Заліська О.М. Методологія мультикритеріального аналізу рішень для проведення оцінки технологій охорони здоров'я (схем фармакотерапії) в Україні // Інформаційний лист №382-2015. – Укрмедпатентінформ МОЗ України. – К., 2015. – 3 с.

Додаткова:

1. Angelis A. Value-Based Assessment of New Medical Technologies: Towards a Robust Methodological Framework for the Application of Multiple Criteria Decision Analysis in the Context of Health Technology Assessment / A. Angelis, P. Kanavos// Pharmacoeconomics. – 2016 – P. 1-12.

2. Belloni A. Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges/ A. Belloni, D. Morgan, V. Paris //OECD Health Working Papers. – 2016. – № 87, OECD Publishing, Paris.

3. EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model ® version 3.0 (Pdf); 2016. Available from www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx.

4. Facey K. HTAi Policy Forum 2015 Background Paper: Improving the effectiveness and efficiency of evidence production for HTA, in the light of current trends in drug and device development, health system funding, regulation and HTA / K. Facey// Edmonton: Health Technology Assessment International; 2015.

5. Guidelines for conducting Health Technology Assessment (HTA). AOTMiT. Version 3.0. [Електронний ресурс]. Warsaw 2016., 59 p.

6. Lopert R. Pharmacoeconomics as a Response to Market Failure: An International Perspective/ R. Lopert // Chapter in: Handbook of Pharmaceutical Public Policy, 2nd Ed. Edited by Fulda TR, Wertheimer AI. Haworth Press, 2015.

7. Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. Guidelines for preparing submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC). Version 5.0, September 2016. Canberra: Department of Health; 2016.

8. Pharmaceuticals Pricing (P. P.) Board. (2013). Preparing a health economic evaluation to be attached to the application for reimbursement status and wholesale

price for a medical product. Health MoSAa, ed. Piniashko O. Development of Pharmacoeconomic Guidelines in Ukraine: Methodological Issues and Policy Implications / O. Piniashko, O. Zaliska, B. Nemeth // Value in Health. – 2017. – ISPOR 20th Annual European Congress Research Abstracts, November 4-8, 2017, Glasgow, Scotland – V. 20, №9. – P. 699.

Тема 4 . Соціальний маркетинг у фармації.

Форма заняття: семінарське

Час заняття: 4 години

Актуальність теми: Соціальний маркетинг – це дослідження ринку не тільки з позиції окремого бізнесу, а всіх зацікавлених в успішному розвитку цього бізнесу груп, як ринковий інструмент соціальний маркетинг здатен виявити ті «вузькі місця» в розвитку національної економіки, що не контролюються ринком. Це відбувається в силу того, що в деяких галузях виробляються «суспільні товари», які навіть не завжди мають товарну форму, так як виробляються і реалізуються як суспільне благо.

Актуальною ідеєю соціально відповідального маркетингу є виробництво товарів і надання послуг, які у найбільш повній мірі задовольняють потреби членів суспільства і враховують супутні вимоги, обмеження і побажання суспільства; головною метою – задоволення потреб покупців з метою отримання довгострокових конкурентних переваг шляхом підвищення якості продукції, поліпшення умов праці, охорони навколишнього середовища, покращення умов життя населення.

Ціль заняття: формування у провізорів-інтернів знань з соціального маркетингу, отримання знань та навичок щодо сучасних методів, механізмів, інструментів соціального маркетингу.

Ключові слова: соціальний маркетинг, соціальна відповідальність, соціальна ідея, дослідження ринку, контроль ринку, фокус на потребу покупця

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ:

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ - це напрям, що використовує інструменти маркетингу для поліпшення життя як окремих людей, так і всього суспільства в цілому. Спочатку соціальний маркетинг був спрямований на переконання людей займатися спортом, правильно харчуватися, кинути палити і т. п. В даний час під терміном соціальний маркетинг, також розуміється робота комерційних компаній, спрямована на одночасне просування бренду і соціальних цінностей. Ключовими елементами такого маркетингу нарівні з вивченням, формуванням і задоволенням потреб покупців є розробка, реалізація і контроль соціальних програм, спрямованих на просування соціальних ідей, рухів або реалізацію практичних дій. Це є один з напрямів новітнього маркетингу.

На даний час не існує єдиного підходу до визначення соціального маркетингу. Дослідники виділяють такі категорії як «соціальна відповідальність маркетингу», «соціально-етичний маркетинг», «соціальний маркетинг», «соціальна концепція маркетингу» та ін., які мають ряд спільних і відмінних рис.

Соціальний маркетинг відрізняється від комерційного, головним чином, своїми цілями. Якщо мета комерційної організації - отримання прибутку, і цю мету допомагає досягти маркетингова стратегія, то соціальний маркетинг - це нова концепція соціальної відповідальності всіх членів суспільства, і він ставить за мету змінити поведінку великих груп людей на кращу для досягнення соціальної гармонії в суспільстві. Навіть для комерційних підприємств настала нова фаза маркетингу - соціально орієнтованого, мета якого не тільки задоволення потреб платоспроможного споживача, але і благо суспільства в цілому. Він дозволяє показати привабливість своїх пропозицій на ринку і «продати» товар, навіть якщо це абстрактна ідея, модель поведінки або партія. Проте якщо організація або фірма зосереджена тільки на отриманні прибутку, можуть виникнути і негативні для суспільства наслідки. Тому менеджери з маркетингу повинні піклуватися про соціальну відповідальність,

тобто про обов'язок підприємства підсилювати позитивні для суспільства результати його діяльності і послабляти негативні. Соціальна відповідальність іноді ставить їх перед важким вибором.

Існують різні тлумачення терміну «соціальний маркетинг». Термін «соціальний маркетинг» був вперше використаний в 1971 р. Він позначав спробу застосування принципів маркетингу і його техніки для сприяння вирішенню соціальних завдань, реалізації соціальних ідей, а також в процесі соціальних дій. Саме тоді в сферу діяльності організацій все частіше почало вплітатися вирішення різних суспільних проблем.

П. Котлер визначає: «Соціальний маркетинг- це розуміння людей і таке з ними спілкування, яке веде до засвоєння ними нових поглядів. Зміна їх позиції примушує змінювати власну поведінку, що робить вплив на рішення тієї соціальної проблеми, в яку Ви залучені». Або коротше: «Це розробка, запровадження в життя і контроль за виконанням програм, що мають на меті добитися сприйняття цільовою групою соціальної ідеї, руху, практики».

Отже, це - розробка програм на користь всього суспільства, в яких поєднуються необхідні дослідження, реклама, просування, придбання репутації - для задоволення інтересів великих груп людей, сукупності яких і складають суспільство. Соціальний маркетинг займається вирішенням трьох питань: переконання (наприклад, що куріння небезпечне), соціальна практика (спонукати кинути палити), і соціальний продукт (поліпшення здоров'я нації). Його застосовують, щоб добитися змін в поведінці ризикових груп населення, підсилити НКО (некомерційні організації), їх можливості через конкретні плани і підвищити ефективність соціальних програм

Соціальний маркетинг, якій вживається на практиці, - це своєрідний синтез: і специфічна функція соціального управління, і особливий вигляд плановій діяльності різних суб'єктів управління, і своєрідний плановий інструмент регулювання ринкової економіки, і один з інструментів соціальної політики

Роль соціального маркетингу в системі менеджменту можна визначити наступним чином:

❖ По-перше, соціальний маркетинг виступає в даний час як фундаментальна сучасна концепція управління соціальними процесами і змінами в умовах сучасного ринкового і демократичного суспільства.

❖ По-друге, соціальний маркетинг одночасно виступає як соціально-маркетингова, ефективна управлінська технологія, що формулює основні принципи і підходи до побудови сучасного соціального управління на основі теорії соціального, некомерційного обміну послугами, ідеями, цінностями і тому подібне.

❖ По-третє, соціальний маркетинг формулює цілі, технології, маркетингові механізми стосовно різних сфер суспільного життя (освіта, охорона здоров'я, культура, спорт, екологія, наука, мистецтво і ін.), формуючи конкретні і реальні механізми їх функціонування, регулювання, управління ними.

Ефективна реалізація концепції соціального маркетингу в системі менеджменту повинна здійснюватися системно і комплексно, що досягається при виконанні наступних умов:

❖ По-перше, соціальний маркетинг повинен впроваджуватися на всіх рівнях управління економікою, починаючи макрорівнем і завершуючи рівнем суб'єктів бізнесу. Недотримання вертикальної інтеграції всіх учасників ринку на принципах соціально-етичного маркетингу приводить до втрати ефекту синергізму, а значить, до зниження економічної ефективності бізнесу.

❖ По-друге, нарощування споживної вартості, зокрема соціальної, повинне здійснюватися послідовно по всьому ланцюжку створення цінностей в процесі становлення і функціонування бізнесу, оскільки темпи приросту соціальних ефектів залежать від того, наскільки односпрямовано і взаємообумовлено діють всі учасники бізнес-процесів.

❖ По-третє, принципи соціально-етичного маркетингу необхідно дотримувати на всіх етапах життєвого циклу бізнесу (становлення, функціонування, розвиток).

❖ По-четверте, перехід до управління повинен здійснюватися за процесною, а не за функціональною схемою. Дану умову припускає пристрій системи управління з урахуванням принципів горизонтальної і вертикальної інтеграції. При цьому соціально-етичні вимоги виконуються ефективніше, оскільки враховуються системно і комплексно.

Концепція соціально відповідального маркетингу базується на наступних гіпотезах:

❖ бажання споживачів не завжди співпадають з їхніми інтересами, а також інтересами суспільства в цілому;

❖ споживачі віддають перевагу підприємствам (організаціям), які демонструють щире турботу про задоволення їхніх бажань і потреб, покращення індивідуального й суспільного добробуту;

❖ головне завдання організації полягає в адаптації до цільових ринків таким чином, щоб забезпечити не тільки задоволення бажань і потреб, а також індивідуальний і колективний добробут для того, щоб залучити й зберегти покупців.

Управління соціальним маркетингом — складний процес, що вимагає від компаній істотної концептуально-стратегічної і організаційної перебудови: розробки корпоративних планів «стійкого розвитку» і корпоративних звітів про соціальну відповідальність, спеціальні PR-заходи: проведення переговорів і обмін досвідом на загальносвітовому, європейському і національному рівнях, презентації компаній за кордоном. Зростання капіталізації і міжнародного іміджу підприємства безумовно окуплять ці вкладення у разі успіху.

Управління соціальним маркетингом підприємства повинно здійснюватися на трьох рівнях: на корпоративному, функціональному рівні та інструментальному рівні.

Управління соціально-відповідальним маркетингом на підприємстві здійснюється на трьох рівнях, а саме:

❖ внутрішній — реалізація фірмою своєї соціальної відповідальності перед співробітниками своєї організації шляхом вкладення ресурсів в створення максимально сприятливих умов праці і психологічного клімату в колективі, сприяння його соціальному розвитку, підвищенню кваліфікації персоналу, розширенню участі працівників в управлінні організацією;

❖ зовнішній — реалізація соціальної відповідальності перед споживачами шляхом формування і задоволення потреб людей в зручних, безпечних і недорогих товарах і послугах;

❖ соціальний — реалізація соціальної відповідальності перед територіальною общиною шляхом сприяння її стійкому розвитку через участь в рішенні пріоритетних соціальних проблем, підтримка слабких і недієздатних, підвищення рівня культури населення, стимулювання його ділової активності, збереження навколишнього середовища.

Основні напрями, технології соціально-відповідального маркетингу на рівні підприємства за думкою П. Котлера і Н. Лі зводяться до наступних:

1. Просування корпоративної добродійної ідеї (поділу). В цьому випадку підприємство надає фінанси, негрошові і інші корпоративні ресурси щоб привернути увагу суспільства до певної соціальної проблеми або допомогти зібрати засоби, привернути волонтерів.

2. Добродійний маркетинг. Підприємство зобов'язується робити внески або відраховувати певні відсотки від об'ємів продажів на добродійні справи.

3. Корпоративний соціальний маркетинг. Підприємство підтримує розробку і/або проведення піарівських і рекламних кампаній, спрямованих на зміну певних типів поведінки (звичок) для того, щоб поліпшити соціальне здоров'я або безпеку, сприяти захисту навколишнього середовища або розвитку територіальної общини.

4. Корпоративна філантропія. Підприємство робить пожертвування безпосередньо добродійної організації або на акцію, проект, найчастіше у формі грошових грантів, подарунків і/або товарів і послуг.

5. Волонтерська робота на користь общини. Підприємство підтримує і привертає своїх працівників, а також дрібних торговців, ін. категорії добровольців для допомоги місцевим громадським організаціям і ініціативам.

6. Соціально-відповідальні підходи до ведення бізнесу. Підприємство по власному розумінню, вибору, упроваджує практику ведення бізнесу і робить інвестиції, які сприяють підвищенню добробуту в територіальній общині і збереженню навколишнього середовища.

Стратегічна орієнтація на соціальну відповідальність і ефективне управління соціальним маркетингом принесуть підприємству ряд конкурентних переваг: підвищення репутації в очах цільових груп; поліпшення фінансових показників; побудова ефективної моделі взаємовідношення з державою і суспільними організаціями; задоволення духовних потреб керівництва.

Сьогодні ми живемо в час великих змін, причиною яких стала пандемія. Розглянемо питання, які ж зміни відбулися у форматі соціального маркетингу, притаманному фармацевтичному сектору.



Експерти виділяють 4 ключові групи змін в управлінні маркетингом, що викликані COVID-19:



1. СКОРОЧЕННЯ БЮДЖЕТІВ

Скорочення бюджетів у цілому та маркетингових, рекламних бюджетів зокрема. Бюджети урізаються, оптимізуються і перерозподіляються, інвестиції зменшуються. Лише окремі експерти говорять про збільшення бюджетів та інвестицій на управління маркетингом.



«Оптимізація витрат на маркетинг; пошук більш бюджетних каналів комунікацій»

«Зменшення бюджетів при збільшенні KPIs, що має привести до покращення ефективності у роботі»



2. ТОТАЛЬНА ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ

Збільшення інвестицій в діджитал та трансформація у всіх напрямках, а саме переорієнтація на інтернет-рекламу, електронну комерцію, онлайн-сервіси, перехід на онлайн-дослідження, електронний документообіг, онлайн-зустрічі тощо.



«Абсолютна перевага над усіх офлайн інструментів просування. Збільшення частки онлайн»

«Буст Е-ком, діджитал та дистанційних інструментів комунікацій: дитячому фармацевта та лікарів, он-лайн конференції»

«Перехід на електронний документообіг, проведення он-лайн фід та інших видів досліджень, проведення зустрічей з агенціями в он-лайн режимі»

Питання: 1) Які ключові зміни відбулися в управлінні маркетингом в Україні у зв'язку з поширенням коронавірусу? (відкрите питання)

2) Наскільки ситуація з поширенням коронавірусу вплинула на Вашу компанію? Оцініть по 10-бальній шкалі, де 0 – відсутність впливу, 10 – сильний вплив

Рис. 4.1. COVID-19: зміни в соціальному маркетингу.



3. ОРІЄНТАЦІЯ НА СПОЖИВАЧА

В умовах посилення конкуренції за споживача експерти відзначають, що прислухатися до його потреб зараз як ніколи стає актуальним. Це стосується і розробки продуктів/послуг, і їх просування (персоніфікована комунікація)



«Розуміння споживача – головне. Знати, що важливо для споживачів той чи інший момент. Бути в контексті»

«Більше 1-2-1 маркетингу та персоналізованого обслуговування»

«Перехід споживача з офлайну в онлайн – зміна комунікаційної стратегії. Змінені споживачі спроможності цільової аудиторії – зміна стратегій ... Швидка адаптація маркетингу до змін каналів споживання, пов'язаних споживача та його очікувань»



4. НОВІ ПІДХОДИ В РОБОТІ

Home-office, скорочення штату співробітників та інші об'єктивні зміни в зовнішньому середовищі та внутрішніх процесах вимагають нових підходів у роботі команд, підвищення креативності та швидкості прийняття рішень в умовах ситуативного маркетингу



«Кожного дня з 9 до 17 в певній час ми проводимо онлайн статус-митинги з командою і нашим керівництвом, де обговорюємо нагальні робочі питання, а також обговорюємо новини і власними очікуваннями / переживаннями щодо ситуації»

«Все навколо і все компетенції, які є і які ми використовуємо в різних окремих ситуаціях, в момент кризи і злиднів, необхідно применити адекватно і на максимальній швидкості»

Питання: 1) Які ключові зміни відбулися в управлінні маркетингом в Україні у зв'язку з поширенням коронавірусу? (відкрите питання)

2) Наскільки ситуація з поширенням коронавірусу вплинула на Вашу компанію? Оцініть по 10-бальній шкалі, де 0 – відсутність впливу, 10 – сильний вплив

Рис. 4.2. COVID-19: зміни в соціальному маркетингу.

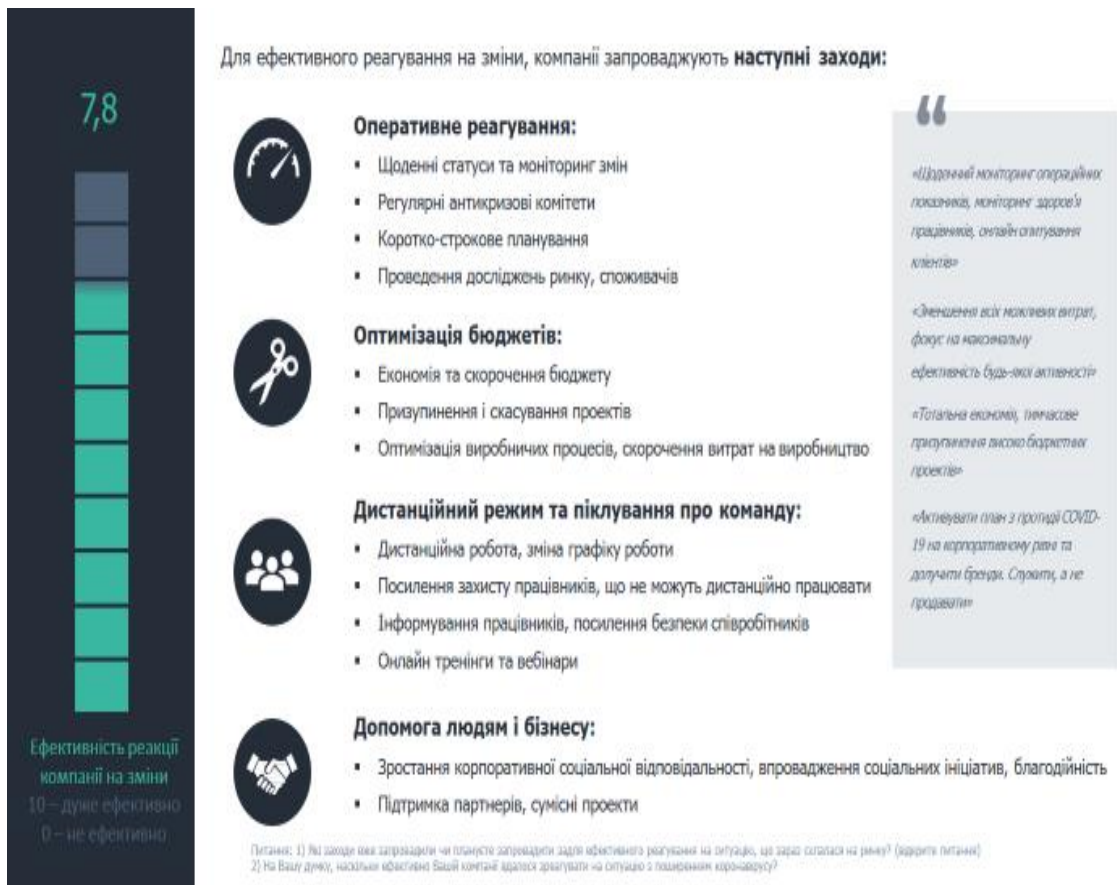


Рис. 4.3. COVID-19: зміни в соціальному маркетингу.

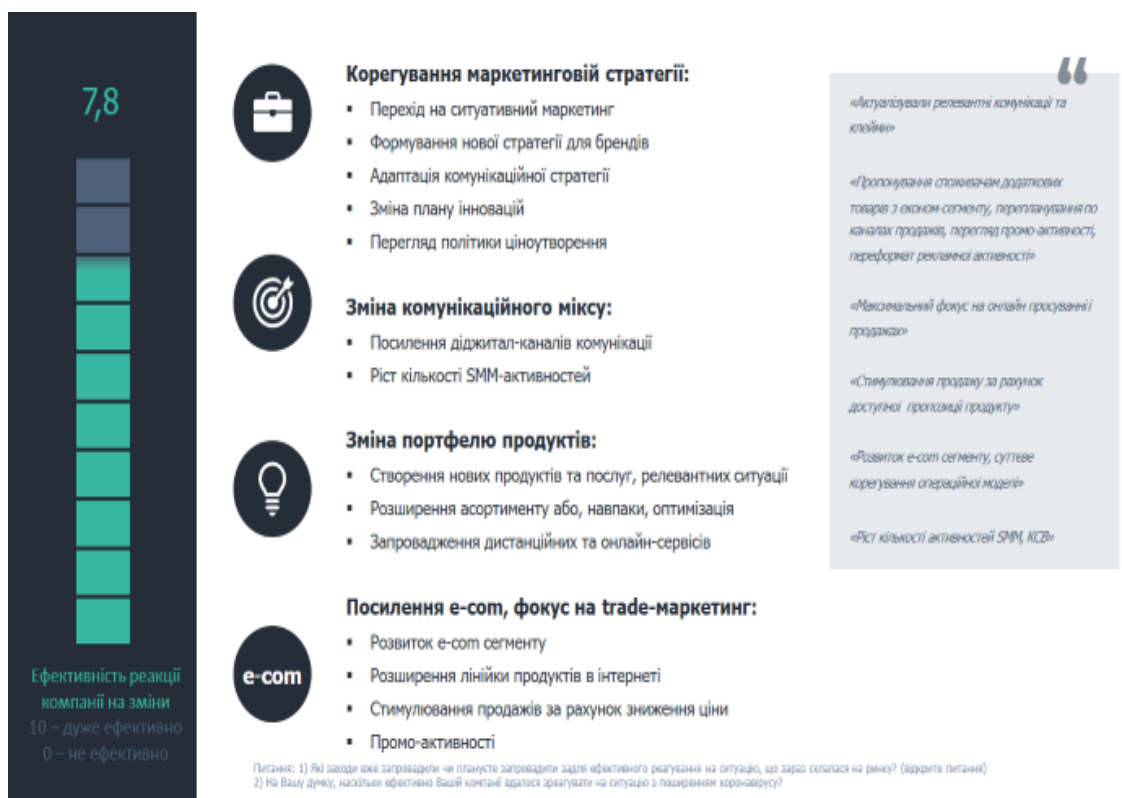


Рис. 4.4. COVID-19: зміни в соціальному маркетингу.

За даними опитування 53 респондентів (директорів, маркетологів, керівників з персоналу організації, менеджерів тощо), отримано наступні результати:

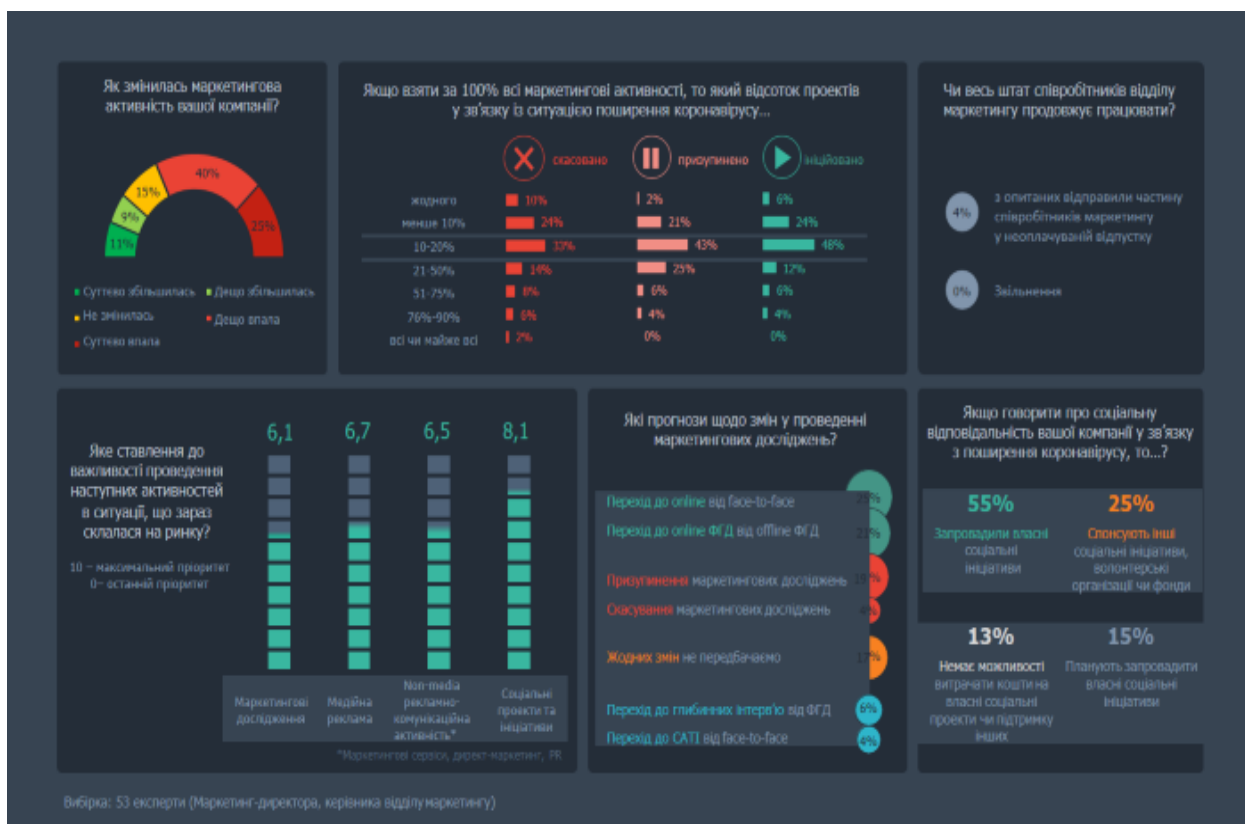


Рис. 4.5. COVID-19: зміни в соціальному маркетингу.

Звертаючи увагу на зменшення активності майже за кожним показником, більшість експертів намагається віднайти й позитивні моменти, а саме:

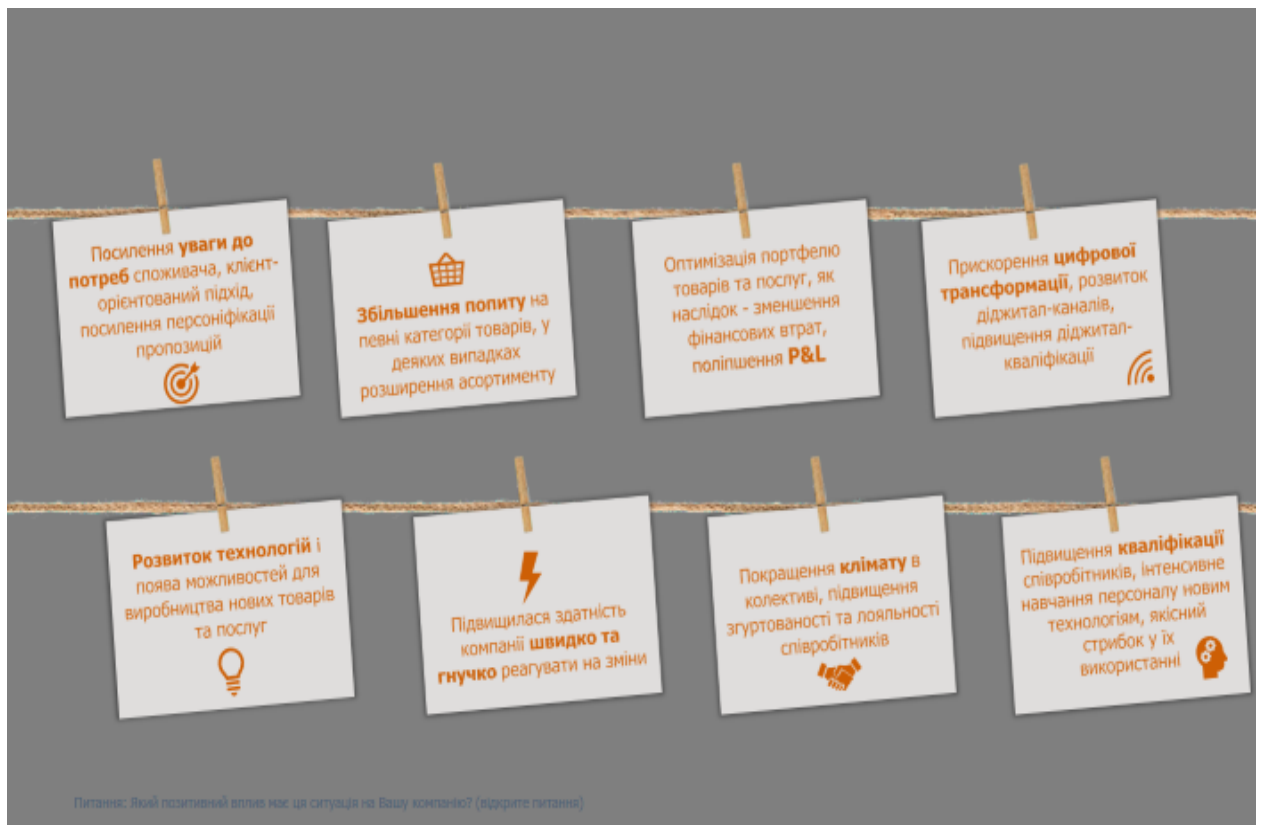


Рис. 4.6. Позитивний вплив на соціальний маркетинг під час COVID-19.

Отже, слід підкреслити, що соціальні ініціативи – це лише один із напрямів соціально відповідального маркетингу, але їх реалізація без виконання інших вимог не означає, що таке підприємство можна вважати відповідальним.

На даний момент, становлення соціального маркетингу може бути результатом:

- 1) зростання свідомості власників і менеджерів бізнесу,
- 2) ефективного державного регулювання соціально-економічних процесів,
- 3) посилення уваги до потреб споживача, клієнторієнтований підхід,
- 4) прискорення цифрової трансформації процесів,
- 5) швидкість реагування фірми на зміни зовнішнього середовища,
- 6) можливість розвитку та укріплення «сильних сторін» фірми,
- 7) навчання персоналу та використання нових технологій тощо.

Питання для самоконтролю:

1. Поняття соціального маркетингу.
2. Надати коротку характеристику соціально-відповідальному маркетингу.
3. У чому полягає концепція соціального маркетингу?
4. Надати коротку характеристику управління соціально-відповідальним маркетингом.
5. Які основні напрями, технології соціально-відповідального маркетингу на рівні підприємства?

Завдання для виконання:

Завдання 1.

Написати есе за темами :

- 1) Соціально-економічні аспекти фармацевтичного ринку.
- 2) Концепція соціально-етичного маркетингу.
- 3) Сутність соціально-етичного маркетингу у фармації
- 4) Соціальна відповідальність та етика маркетингу в сфері фармацевтичного підприємництва.

Індивідуальні завдання виконувати, згідно з даними, вказаними в таблиці 1.

Таблиця 1

Прізвище провізора-інтерна починається з:	Номер завдання	Прізвище провізора-інтерна починається з:	Номер завдання	Прізвище провізора-інтерна починається з:	Номер завдання
А	1	К	3	У	1
Б	2	Л	4	Ф	2
В	3	М	1	Х	3
Г	4	Н	2	Ц	4
Д	1	О	3	Ч	1
Є	2	П	4	Ш	2
Ж	3	Р	1	Щ	3

З	4	С	2	Е	4
І	1	Т	3	Ю	1
Ї	2	И	4	Я	2

Завдання 2.

Знайдіть (по два кожного) газетний, журнальний матеріал та тези науково-практичної конференції (INTERNET-ресурс), які присвячені соціальним проблемам соціально відповідального маркетингу у фармації. Проаналізуйте його, використовуючи структуру конструювання проблеми в соціальному аспекті та заповніть таблицю на кожен з двох матеріалів окремо.

Параметри (назва матеріалу, джерело)	
Як проявляється в статті (цитати) соціальний аспект	
новизна й переслідувані цілі	
основні конфліктні або дискусійні точки проблеми	
мотивація учасників проблеми, що піднімається	
учасники впливу зовнішніх і внутрішніх факторів	
позначення перспективи, можливі зміни і наслідки	
освітленість в ЗМІ проблеми, що піднімається	

Ситуаційні тестові завдання:

1. Фармацевтична фірма в своїй роботі прагне до максимального задоволення потреб споживачів з одночасним підвищенням життєвого рівня всього суспільства і власного прибутку. Яку концепцію управління маркетинговою діяльністю використовує фірма?

- A. Удосконалення виробництва
- B. Удосконалення товару
- C. Інтенсифікації комерційних зусиль
- D. Інтегрованого маркетингу
- E. Соціально-етичного маркетингу

2. Некомерційний маркетинг використовується організаціями, основною метою яких є :

- A. Отримання прибутку
- B. Виконання соціально важливих функцій
- C. Пристосування до змінених умов ринку
- D. Надання соціальної реклами для просування товару
- E. Усі відповіді вірні

3. Концепція соціально-етичного маркетингу передбачає, що підприємству НЕ слід орієнтуватись тільки на:

- A. Задоволення потреб цільових споживачів і свої власні
- B. Врахування інтересів суспільства в цілому
- C. Підвищення уваги підприємств до екологічних проблем виробництва
- D. Випуск екологічно безпечних товарів,
- E. Розв'язання соціальних, культурних та гуманістичних проблем території

4. Орієнтація підприємства на виробництво екологічно чистих товарів є характерною для:

- A. Концепції вдосконалення товару.
- B. Концепції маркетингу.
- C. Концепції соціально-етичного маркетингу.
- D. Концепції маркетингу взаємодії
- E. Усі відповіді вірні

5. Управління соціально відповідальним маркетингом на підприємстві здійснюється на декількох рівнях, а саме:

- A. Внутрішній, соціальний
- B. Зовнішній, соціальний
- C. Внутрішній, зовнішній, соціальний
- D. Внутрішній, управлінський, соціальний
- E. Внутрішній, інституціональний, соціальний

6. Фармацевтична компанія завоювала довіру споживачів та вже досягла значного зростання обсягів продажу, завдяки орієнтації на концепцію соціально-етичного маркетингу. Збалансування яких чинників передбачає ця концепція?

- A. Прибуток, споживчі потреби цільової групи, інтереси суспільства
- B. Визначення потреби в лікарських засобах, вдосконалення виробництва, підвищення ефективності розподілу товару
- C. Визначення потреби в лікарських засобах, вдосконалення товару, задоволення потреб споживача
- D. Нав'язування покупки споживачеві, здійснення продажу, задоволення потреб споживача другорядна справа
- E. Споживчі потреби цільової групи, прибуток підприємства, аналіз і контроль маркетингової діяльності

7. Фармацевтична фірма-виробник за даними екологічного рейтингу займає лідируюче місце серед найбільш «зелених» підприємств регіону. На якій концепції маркетингу будує фірма свої взаємовідносини із споживачами:

- A. Соціально-етичного маркетингу
- B. Удосконалення лікарського засобу
- C. Інтенсифікації комерційних зусиль

- D. Удосконалення виробництва
- E. Інтегрованого маркетингу

8. Відділом маркетингу фармацевтичної фірми встановлено, що вітамінному препарату «Ундевіт» в основному надають перевагу люди пенсійного віку. За яким принципом здійснено сегментацію ринку? За яким принципом здійснено сегментацію ринку?

- A. За споживчими мотивами
- B. Географічним
- C. Поведінковим
- D. Психографічним
- E. Соціально-демографічним

9. Фармацевтична компанія при формуванні рекламного звернення робить акцент на сталий розвиток, збереження природних ресурсів, екологічну складову. На які мотиви споживача орієнтується фірма?

- A. Соціальні
- B. Емоційні
- C. Моральні
- D. Раціональні
- E. Особисті

10. Підприємство парфумерно-косметичного профілю під час здійснення виробничо-комерційної діяльності прагне отримати прибуток і задовольнити потреби споживачів, одночасно враховуючи інтереси суспільства, що відповідає концепції маркетингу, яка має назву:

- A. Товарна концепція
- B. Збутова концепція
- C. Концепція соціально-етичного маркетингу
- D. Маркетингова концепція

Е. Соціальна концепція

11. В основі концепції соціально-етичного маркетингу лежить збалансування трьох факторів. Який з перерахованих факторів не відноситься до вказаних? {

- A. Матеріально-технічна база
- B. Покупці (задоволення потреб)
- C. Підприємство (прибуток)
- D. Суспільство (добробут людей)
- E. Всі відповіді вірні

12. Ефективна реалізація концепції соціального маркетингу в системі менеджменту повинна здійснюватися системно і комплексно, що досягається при виконанні наступних умов, крім:

- A. впроваджуватися на всіх рівнях управління економікою
- B. здійснюватися послідовно по всьому ланцюжку створення цінностей в процесі становлення і функціонування бізнесу
- C. зниження обсягів виробництва продукції
- D. дотримання соціально етичного маркетингу на всіх етапах життєвого циклу бізнесу
- E. здійснюватися за процесною, а не за функціональною схемою

13. В основі концепції соціально-етичного маркетингу є збалансування трьох факторів. Який із перерахованих факторів не належить до вказаних?

- A. Трудові ресурси (надання робочих місць)
- B. Споживачі (задоволення потреб)
- C. Підприємство (прибуток)
- D. Суспільство (благополуччя людей)

14. Соціальний маркетинг відрізняється від комерційного, головним чином:

- A. Завданнями
- B. Місією
- C. Системою
- D. Концепцією
- E. Цілями

15. Соціальний маркетинг займається вирішенням трьох питань.

Визначте зайве:

- A. Переконання (наприклад, що куріння небезпечне)
- B. Соціальна практика (спонукати кинути палити)
- C. Соціальний продукт (поліпшення здоров'я нації)
- D. Економічна складова (не витратити гроші на пальне)

16. Елемент соціального маркетингу, який НЕ вживається на практиці, - це:

- A. Специфічна функція соціального управління
- B. Особливий вигляд плановій діяльності різних суб'єктів управління
- C. Законодавча база розвитку соціального маркетингу
- D. Своєрідний плановий інструмент регулювання ринкової економіки
- E. Один з інструментів соціальної політики

17. Управління соціальним маркетингом підприємства повинно здійснюватися на трьох рівнях:

- A. Корпоративному, функціональному, інструментальному
- B. Корпоративному, технічному, управлінському
- C. Технічному, управлінському, інституціональному
- D. Функціональному, організаційному, інструментальному

18. Що не відноситься до технології соціально-відповідального маркетингу на рівні підприємства?

- A. Просування корпоративної добродійної ідеї
- B. Добродійний маркетинг
- C. Отримання податкових пільг
- D. Корпоративний соціальний маркетинг
- E. Корпоративна філантропія

19. Що не відноситься до технології соціально-відповідального маркетингу на рівні підприємства?

- A. Волонтерська робота на користь общини
- B. Соціально-відповідальні підходи до ведення бізнесу
- C. Допомога місцевим громадським організаціям і ініціативам
- D. Підвищення креативності в прийнятті рішень
- E. Інвестиції, які сприяють підвищенню добробуту в територіальній общині

20. Що НЕ відноситься до корпоративної філантропії:

- A. Пожертвування
- B. Акція
- C. Грошові гранти
- D. Подарунки
- E. Ярмарка

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Ткаченко Н. О. Соціальна відповідальність у професійній діяльності фахівців фармації: монографія / за наук. ред. Б. П. Громовика. Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2018. 217 с.

Додаткова:

1. Фармацевтична енциклопедія. URL:
<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/?s=соціальна&search-btn=>

2. Лукашевич М.П. Менеджмент соціальної роботи: теорія і практика: навч. посібник / М.П. Лукашевич, М.В.Туленков. - К.: Каравела, 2017. – 296 с.

3. Сурмін Ю.П. Соціологія управління: підруч. / Ю.П. Сурмін, І.П. Бедзюра. – К.: Освіта України, 2017. – 686 с.

Відповіді на ситуаційні тестові завдання

Тема 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	D	B	A	B	C	A	C	C	A
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	C	C	B	B	C	C	D	A

Тема 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E	A	F	C	E	A	A	A	A	E
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	A	B	B	C	E	A	D	D

Тема 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	D	A	E	A	C	A	D	D	A
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	E	E	A	A	C	D	D

Тема 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E	B	A	C	C	A	A	E	A	C
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	A	E	D	C	A	C	D	E

СПИСОК РЕКОМЕДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Управління і економіка фармації : навчальний посібник до семінарів провізорів-інтернів спеціальності «Загальна фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації». Ч. 1 / І. В. Бушуєва, О. С. Яковлева, О. К. Єренко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 132 с.

2. Управління і економіка фармації : навчальний посібник до семінарських занять провізорів-інтернів спеціальності «Загальна фармація» з дисципліни «Управління і економіка фармації». Ч. 2 / І. В. Бушуєва, О. К. Єренко, Я. М. Стешенко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 128 с.

Законодавчі, нормативні документи

1. Про лікарські засоби: Закон України від 4квітня 1996року № 123/96 ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

2. Державний формуляр лікарських засобів.-1-й вип. /За ред. В.Т.Чумака, В.І.Мальцева, А.М.Морозова, В.Д.Парія, А.В.Степаненко [Електронний ресурс] .- 80 Min /442 MB. — К., МОЗ України, 2009. - 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) ; 12 см. — Систем. вимоги: Pentium166; 64 Mb RAM; Windows 95, 2000, XP ; MS Word 97-2000.— Державний фармакологічний центр МЗ України.

3. Про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі: Наказ МОЗ України 29 вересня 2014 року № 677 [Електронний ресурс].– Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.

4. Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р .№333 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.

5. Про рекламу: Закон України від 3.07.96 № 279/96-ВР // Юридичні аспекти фармації: збірник нормативно-правових актів станом на 10 лютого 2001 року - Х.: Мегаполіс, 2001. – С. 267 -270.

6. Про ліцензування господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. № 222 – VIII/ - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

7. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

8. Перелік закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

9. Довідник Кваліфікаційних характеристик професій працівників (Витяг): Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики України // Випуск № 78. – Охорона здоров'я.

10. Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні: Закон України від 16 липня 1999 року № 996-XIV - ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

11. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15 лютого 1995 року № 60/95–ВР в редакції Закону № 530 від 22 грудня 2006 р. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

12. Про затвердження опису сигнального покажчика аптечного закладу та його структурного підрозділу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2017 № 777 - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

13. Про патентування деяких видів підприємницької діяльності :Закон України від 23 березня 1996 року № 98/96-ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

14. Про застосування реєстраторів розрахункових операції у сфері торгівлі, громадського харчування та послуг: Закон України від 6 липня 1995 року № 265/95-ВР [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

15. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань: Постанова КМУ від 17 серпня 1998 року №1303 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

16. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів): Постанова КМ України від 30 листопада 2016 р. № 929. - [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>

17. Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських засобів в умовах аптеки: Наказ МОЗ України № 812 від 17.10.2012 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>

18. Про затвердження Інструкції про санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів : Наказ МОЗ України № 275 від 15. 05. 2006 року [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

19. Про затвердження положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

20. Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби, виробів медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень: Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 із змінами 2018 року [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

21. Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів: Наказ МОЗ України від 18.04.2019 № 876 [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

22. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними: Закон України від 15 лютого 1995 року № 62/95 із змінами [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

23. Про затвердження Переліків отруйних та сильнодіючих лікарських засобів: Наказ МОЗ України № 490 від 17.08.2007 [Електронний ресурс]- Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

24. Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (Витяг): Постанова Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

25. Про організацію зберігання а аптечних установах різних груп лікарських засобів і виробів медичного призначення: Наказ МОЗ України № 44 від 16.03.1993 // Юридичні аспекти фармації: Збірник нормативно-правових актів станом на 10 лютого 2001 р. – Харків: Мегаполіс, 2001. – С. 408 – 417.

26. Про критерії віднесення наркотичних (психотропних) лікарських засобів, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, до категорії лікарських засобів, які відпускаються без рецептів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4.05.2003 № 210 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

27. Про критерії визначення категорії відпуску лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2001 № 185 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

28. Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і

речовин: Наказ МВС України 29.01.2018 № 52. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

29. Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19 Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

30. Про порядок проведення сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.08.2005 № 421 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

31. Про затвердження правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16.12.2003 № 584 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

32. Про затвердження порядку встановлення заборони (тимчасової заборони), та поновлення обігу лікарських засобів на території України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 22.11.2011 № 809. - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

33. Про затвердження правил утилізації та знищення лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 242 від 24.04.2015 - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

34. Про затвердження Інструкції з оформлення матеріалів про адміністративні правопорушення законодавства України щодо забезпечення якості лікарських засобів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 26.10.2001 № 428 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.

35. Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 1996 р. №291 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

36. Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 1994 р. № 73 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

37. Положення про порядок проведення атестації фармацевтів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 12. 12. 2006 р № 818 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>

38. Про затвердження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України 05.10.2005 №308/519 із змінами - [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>

Інформаційні ресурси

1. Державний формуляр лікарських засобів. – Державний Експертний Центр Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] – Режим доступу:

2. <https://dec.gov.ua/materials/chinnij-vipusk-derzhavnogo-formulyara-likarskih-zasobiv/>

3. Журнал «Провізор» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.provisor.com.ua/>

4. Законодавство України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/>

5. Компендіум OnLine [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://compendium.com.ua/>

6. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/>

7. Національний перелік основних лікарських засобів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nasperelic_dodatok_web.pdf

8. Фармацевтична енциклопедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua>

9. Щотижнева газета «Аптека» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/>