

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Західноукраїнський національний університет  
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій  
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

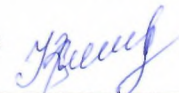
ВОЙТІВ Ксенія Ярославівна

**Механізм реімбурсації лікарських засобів на  
фармацевтичному ринку. / The mechanism of  
reimbursement of drugs in the pharmaceutical  
market**

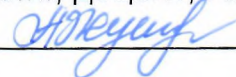
спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування  
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи  
ПУАзм-21  
К. Я. Войтів



Науковий керівник:  
к.е.н., доцент, А. Ю. Жуковська



Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

" 24 " листопада 2022 р.

Завідувач кафедри

  
М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ .....</b>	<b>6</b>
1.1. Сутність, поняття та основні принципи реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку .....	6
1.2. Зарубіжний досвід реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.....	13
Висновки до розділу 1 .....	19
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ДЕРЖАВНОМУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ РИНКАХ.....</b>	<b>21</b>
2.1. Оцінка результатів реімбурсації лікарських засобів на державному рівні .....	21
2.2. Аналіз результатів реімбурсації лікарських засобів на регіональному рівні .....	31
2.3. Оцінка процедури реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.....	37
Висновки до розділу 2 .....	43
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУРНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ.....</b>	<b>45</b>
3.1. Перспективні напрямки удосконалення механізмів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.....	45
3.2. Інноваційні підходи до забезпечення безпеки лікарських засобів .....	50
Висновки до розділу 3 .....	56
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>58</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>62</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сьогодні в українському суспільстві дуже гостро стоїть проблема забезпечення населення лікарськими засобами. Водночас вітчизняний фармацевтичний ринок динамічно розвивається, що свідчить про відсутність дефіциту лікарських засобів для населення. Світовий досвід показує, що економічна доступність лікарських засобів визначається ефективним механізмом реімбурсації – компенсацією їх вартості населенню. Державне відшкодування вартості лікарських засобів є ефективним механізмом направлення пацієнтів до лікарів і збільшення споживання медичних препаратів, виписаних за рецептами.

Сьогодні у вітчизняній фармацевтичній промисловості існує проблема перевиробництва лікарських засобів. Така ситуація багато в чому зумовлена тим, що фармацевтика, зокрема система забезпечення населення ліками, намагається працювати в ринкових умовах, а система охорони здоров'я, по суті, залишається планово-бюджетною. Зменшення бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, неефективне використання коштів, непрофесійне управління галуззю – усе це вкрай негативно впливає на забезпечення лікарськими засобами пацієнтів та медичних закладів. Низька платоспроможність більшості наших співгромадян, у свою чергу, призводить до того, що ліки, особливо дорогі, стали для них недоступними.

Важливою в цьому плані є державна програма «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть безкоштовно або за доплату за рецептом лікаря отримати медичні препарати для лікування зазначених захворювань. Проте практика впровадження програми не тільки показала її ефективність, а й виявила проблеми, які зумовили актуальність теми дослідження, її цільову спрямованість та зміст.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Безпосередньо питання реімбурсації лікарських засобів розглядалися в працях таких вчених, як: О. Галацан, В. Загородній, Д. Карамішев, В. Лехан, В. Москаленко, А. Немченко, Я. Радиш, Н. Солоненко та ін. Разом з цим комплексних досліджень,

присвячених розробці ефективного механізму системи реімбурсації запозичених у інших країнах, не проводилось.

**Метою кваліфікаційної роботи** є розвиток теоретичних положень і вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені і розв'язувались такі **завдання**:

- дослідження сутності, поняття та основних принципів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку;
- вивчення зарубіжного досвіду реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку;
- проведення оцінки результатів реімбурсації лікарських засобів на державному рівні;
- здійснення аналізу результатів реімбурсації лікарських засобів на регіональному рівні;
- проведення оцінки процедури реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку;
- розробка перспективних напрямків удосконалення механізмів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку;
- обґрунтування необхідності впровадження інноваційних підходів до забезпечення безпеки лікарських засобів.

**Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі** є процес реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.

**Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі** є механізм реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку.

**Методи дослідження:** методи аналізу та синтезу, методи індукції та дедукції, метод порівняння, метод узагальнення, метод систематизації, описовий метод.

**Наукова новизна кваліфікаційної роботи** полягає у розвитку теоретико-методологічних основ процесу реімбурсації лікарських засобів на

фармацевтичному ринку.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що розвинуті у кваліфікаційній роботі теоретичні положення та сформовані практичні рекомендації щодо вдосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку можуть бути використані в роботі Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації та інших органів державної влади.

**Апробація.** За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей на тему «Напрямки удосконалення процедури реімбурсації лікарських засобів» у збірнику Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» [6] (Тернопіль, травень 2022 року) та на тему «Інноваційні підходи до забезпечення безпеки лікарських засобів» у збірнику Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [5] (Тернопіль, листопад 2022).

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

#### 1.1. Сутність, поняття та основні принципи реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку

Фармацевтичний ринок – це сукупність зацікавлених у виробництві, продажі та споживанні лікарських засобів осіб: компаній-виробників, дистриб'юторів, працівників аптек, лікарів та керівників закладів охорони здоров'я різних організаційних форм та, безпосередньо, самі пацієнтів. Такий поділ учасників фармацевтичного ринку необхідний, перш за все, для диференціації їх потреб щодо запропонованих лікарських засобів.

Відомо, що в економіці розрізняють лише три основні типи ринків: 1) ринок споживчих товарів (ринок споживчих товарів, що швидко продаються): продукти, одяг, сигарети тощо; 2) ринок індустріальних товарів (верстати та обладнання); 3) ринок послуг: банківських, страхових тощо.

Фармацевтичний ринок, з одного боку, має всі ознаки ринку споживчих товарів: важливість упаковки товару, широке застосування реклами у його просуванні, можливість застосування мерчандайзингу та збутових акцій. З іншого боку, фармацевтичні компанії продають аж ніяк не таблетки – вони «торгують здоров'ям», а «здоров'я» – це послуга (згідно із визначенням поняття «послуга», вона невловима, не підлягає зберіганню тощо, що повністю описує і термін «здоров'я»).

При продажі послуги найбільше значення мають не властивості пропонованого товару, а особисті якості продавця. Отже, першою та головною особливістю фармацевтичного ринку можна назвати його двоїстість: з одного боку – це важливість властивостей пропонованого лікарського засобу, а з іншого – професіоналізм продавця, тобто медичного представника фармацевтичної компанії.

Наступною важливою відмінністю фармацевтичного ринку є те, що,

відповідно до чинного міжнародного та національного законодавства, жоден виробник не має права пропонувати свої лікарські засоби безпосередньо пацієнтові – фармацевтичні компанії змушені діяти через посередників, якими є лікарі різних спеціальностей та працівники аптек – провізори та фармацевти. При цьому слід враховувати, що названі посередники у продажах самі, як правило, не є ні споживачами, ні покупцями медикаментів, що просуваються компанією (хоча майже кожен лікар при цьому просить зразки лікарських засобів для «апробації»). Іншими словами, представнику необхідно переконати у перевагах препарату людей, які на особистому досвіді не збираються перевіряти справедливість його слів. Основним інструментом його роботи є вплив на вподобання при виписуванні (рекомендації) препаратів лікарем.

Крім цього, варто враховувати і значну ригідність та повільність змін фармацевтичного ринку – для нього характерний «синдром супертанкера»<sup>1</sup>. Подібна неповороткість цього ринку пояснюється наявністю величезної кількості споживачів медикаментів і, як наслідок цього, наявністю масового виробництва, для переналагодження якого потрібен час.

Крім суто технічних проблем, швидкій появі лікарських засобів на ринку перешкоджає тривала процедура створення та реєстрації оригінальних препаратів. Наступною особливістю ринку медикаментів є те, що основний наголос у просуванні лікарських засобів робиться саме на роботу медичних представників компаній: насамперед через етичні обмеження у просуванні рецептурних препаратів (їх не можна рекламувати публічно і в ЗМІ), а також через більшу переконливість презентації товару при особистому контакті із клієнтом. При цьому, ціна подібного способу просування товару є дуже високою: прораховано, що середня собівартість одного візиту медичного представника обходиться фармацевтичній компанії приблизно в 20\$ (у цю суму входить утримання співробітника, вартість промоційних матеріалів тощо). Набагато дешевше (але менш прибутково) давати цілорічні реклами по

---

<sup>1</sup> Танкеру водотоннажністю 500 000 тон для повної зупинки потрібно 44 хвилини і 7 морських миль.

телебаченню в прайм-тайм. Проте всі фармацевтичні компанії йдуть на такі високі витрати в силу того, що ніяка, навіть найкреативніша і яскравіша, реклама не в змозі замінити особистих стосунків лікаря з представником, що виникають, і, тим більше, не в змозі дати відповідь на виникаючі питання.

Нині на тлі посилення конкурентної боротьби між фармацевтичними компаніями практично неможливо продати той чи інший препарат лише через пропозицію його якоїсь окремої характеристики чи якості («таблетки від голови», «швидке зняття печії» та ін.). Тому, на відміну від інших ринків, фармацевтичний характеризується ще й наявністю прийняття комплексного рішення при покупці або згоді на застосування рекламованого медикаменту, причому у різних цільових груп це рішення складається з дуже різних потреб: якщо для практикуючого лікаря ці потреби одні (ефективність, безпека препарату), зручність у його застосуванні, економічна доступність і постійна наявність в аптеках), то у керівника закладу охорони здоров'я вони абсолютно інші (зниження витрат, зниження числа ускладнень та повторних госпіталізацій тощо).

Доступність ліків для населення визначається країною проживання з урахуванням національних особливостей державної політики у сфері фармації, відмінностями в організації систем медичного страхування, систем компенсації вартості ліків, цінової та податкової політики. Практично в усіх країнах існують системи компенсації вартості ліків для населення, основним завданням яких є мінімізація витрат громадян та державного бюджету на закупівлю ліків.

Організаційні структури систем реімбурсації мають низку важливих відмінностей, основними з яких є джерела фінансування, методи компенсації, методи державного регулювання цін, принципи відбору ліків, що компенсуються, тощо. Європейські системи компенсації мають суттєві відмінності в методах компенсації, головним чином у виборі критеріїв бенефіціарів та рівнів компенсації.

Основними детермінантами відшкодування є: категорія споживача



(соціально незахищені верстви населення, особи, які страждають на важкі або хронічні захворювання тощо); вид фармацевтичної допомоги (стаціонарна, амбулаторна); вартість ліків, придбаних за певний період; властивості лікарських засобів (реєстрація в «позитивному списку», ціна). Встановлення ціни та розміру компенсації передбачає такі елементи: отримання дозволу на продаж лікарського засобу, його відповідність критеріям ефективності, безпеки та якості, переговори з організаціями, які виплачують компенсацію, тощо. Система реімбурсації є «соціально-економічною системою, метою якої є забезпечення доступності лікарських засобів та фармацевтичної допомоги в цілому, суб'єктом якої є уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, об'єктом – певні категорії захворювань та хворих» [26].

Соціально-економічні стратегії функціонування системи реімбурсації класично можна поділити на дві системи: державна система медичної та фармацевтичної допомоги (суто соціального характеру); недержавна система (переважає приватний характер фармацевтичної допомоги).

В умовах функціонування першої стратегії лікарські засоби видаються, як правило, в рамках надання первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування та фінансуються за рахунок джерел державного бюджету, фондів соціального страхування та загальнообов'язкового медичного страхування. Основна мета цієї системи – отримати стабільні джерела фінансування та здешевити ліки. Це передбачає вибір ефективних препаратів, що підлягають реімбурсації, їх раціональне використання, встановлення бюджетних асигнувань та соціально обґрунтовану участь пацієнтів в оплаті вартості ліків.

Функціонування недержавної системи реімбурсації та забезпечення доступності ліків для населення, як правило, здійснюється в умовах посилення цінової конкуренції, включаючи заміну ліків на аналогічні, контроль оптово-відпускних цін і роздріб, і дозволяє використовувати джерела фінансування та компенсації вартості лікарських засобів як за рахунок державних внесків, так і внесків благодійних фондів тощо.

Відшкодування коштів за амбулаторно-поліклінічну допомогу може здійснюватися за двома механізмами: 1) для застрахованого – застрахований пацієнт оплачує надані йому медичні або фармацевтичні послуги, отримує рахунок на витрачену суму, який перераховує страховій компанії. У цьому випадку відсутній прямий зв'язок між страховим фондом і медичними та фармацевтичними закладами; 2) для закладів охорони здоров'я – компенсаційні кошти стягуються безпосередньо зі страхової компанії на підставі договору між страховою касою, медичними та фармацевтичними установами. Використання того чи іншого механізму залежить від специфіки системи охорони здоров'я кожної країни. В Україні діє система компенсації вартості ліків залежно від захворювання, його тяжкості та категорії хворого. Також відповідними постановами Кабінету Міністрів України (КМУ) затверджено перелік ліків, які можуть закуповуватися за бюджетні кошти.

Механізм реімбурсації відображає систему заходів, спрямованих на відшкодування вартості спожитих лікарських засобів, починаючи з процедури включення їх до складу позивних (страхових) списків і закінчуючи компенсацією коштів, витрачених на лікувальні засоби, споживачу або суб'єкту господарювання – аптеці.

Класифікаційні ознаки систем реімбурсації включають: 1) визначені групи населення та категорії пацієнтів; 2) вид фармацевтичної допомоги (стаціонарна, амбулаторна); 3) цінову характеристику ліків (можливість реєстрації в позитивному списку); 4) фармакоекономічна характеристика. Механізми компенсації включають механізм компенсації страхувальнику та механізм компенсації фармацевтичному закладу (рис. 1.1).

Основною метою впроваджених заходів є, перш за все, створення стабільних джерел фінансування та водночас зниження вартості лікарських препаратів, що можливо у разі підбору високоефективних ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню, а також соціально обґрунтована участь пацієнтів в оплаті вартості спожитих ліків [33].

На жаль, Україна залишається єдиною європейською країною, де немає

системи обов'язкового медичного страхування та не запроваджена система відшкодування вартості амбулаторного призначення ліків. І хоча національне законодавство передбачає гарантії окремим категоріям громадян отримання безоплатних та частково оплачуваних ліків за рецептами, ці зобов'язання не мають системного характеру і через постійну нестачу фінансових ресурсів практично не виконуються.

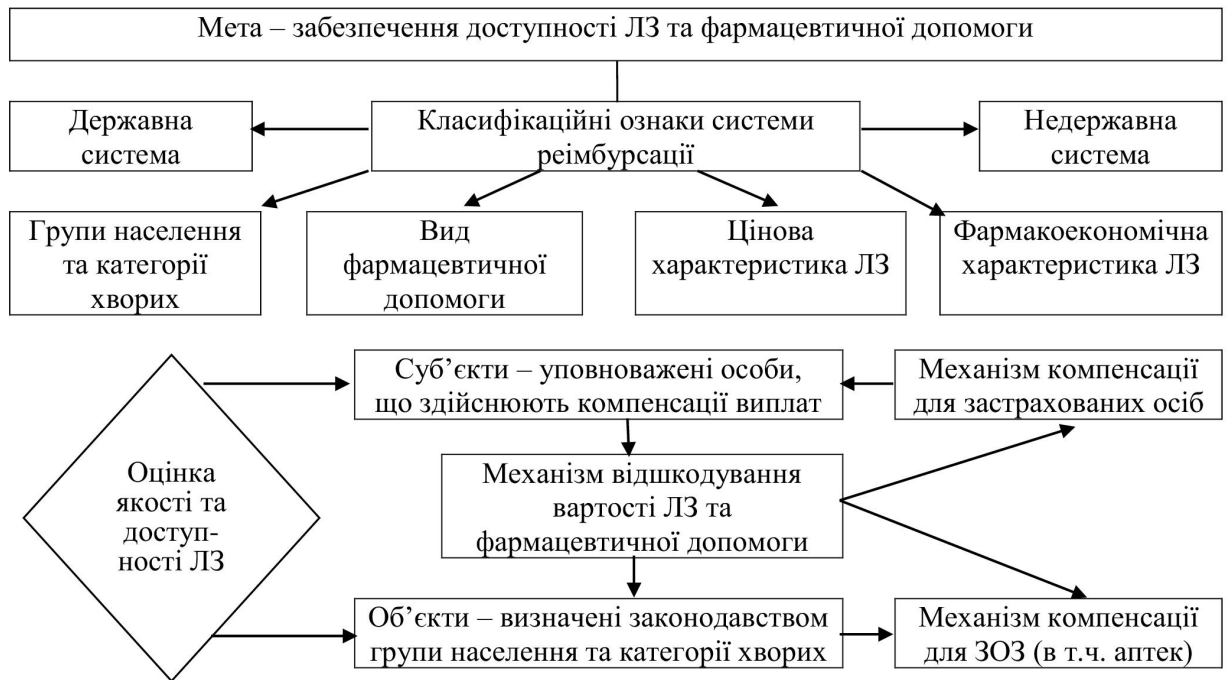


Рис. 1.1. Теоретичне узагальнення систем реімбурсації лікарських засобів та фармацевтичної допомоги населенню

Примітка. Наведено за [20]

Формуючи цілісну модель відшкодування вартості ліків в Україні, слід враховувати такі основні вимоги європейських стандартів:

1) по-перше, при складанні переліків лікарських засобів, вартість яких відшкодовується, необхідно враховувати як їх ефективність, так і економічну обґрунтованість їх використання, що є необхідною умовою раціоналізації витрачання державних коштів, оскільки в Україні, за відсутності системи медичного страхування, джерелами фінансування є державні ресурси;

2) по-друге, має бути ретельно відпрацьована модель взаємодії виконавчої влади зі спеціально створеною незалежною інституцією, яка б

займалася питаннями визначення фармакоекономічних властивостей лікарських засобів, які включені або вважаються придатними для включення до позитивних списків лікарських засобів. Європейський досвід доводить, що використання реімбурсації як засобу державного регулювання господарської діяльності суб'єктів фармацевтичного ринку є запорукою належного виконання соціальної функції держави та стимулювання конкуренції на фармацевтичному ринку.

Реалізація програми відшкодування вартості ліків у повному обсязі дозволить регулювати роботу фармацевтичного ринку, прогнозувати рівень цін в аптечній мережі та закладати основу для розвитку страхової медицини. Світовий досвід показує, що все це можливо за умови чітко організованої системи контролю за раціональним використанням коштів, що спрямовуються на виконання програми [4].

Слід зазначити, що перші важливі кроки щодо запровадження системи відшкодування вартості ліків в Україні почали здійснюватися через впровадження пілотного проекту, який регламентується постановами КМУ від 25.04.2012 № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою» [51] та № 907 від 05.09.2012 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» [43]. Проте, зважаючи на значний дефіцит бюджетних коштів, відшкодування вартості ліків категоріям зазначених хворих здійснювалось неналежним чином та не відповідало вимогам, встановленим цими нормативами. У зв'язку з цим пілотний проект було припинено [36]. Згодом проект постанови КМУ «Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну» було винесено на громадське обговорення, початок якого було заплановано на січень 2015 року, але цей документ так і не набув чинності.

Отже, фармацевтичний ринок є унікальним за своїми проявами: від одночасно поєднує в собі ознаки ринку споживчих товарів і ринку послуг.

Основними суб'єктами фармацевтичного ринку виступають: компанії-виробники, дистриб'ютори, працівники аптек, лікарі та керівництво закладів охорони здоров'я різних організаційних форм та, безпосередньо, самі пацієнти. Враховуючи визначну соціальну роль фармацевтичного ринку, діяльність всіх його суб'єктів регулюється державою. Одним із механізмів регулювання діяльності на фармацевтичному ринку виступає реімбурсація.

## **1.2. Зарубіжний досвід реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку**

У країнах Європейського Союзу «компенсація вартості ліків для населення, відповідно до страхової рецептури, становить 70-90 %, в Україні з держбюджету оплачується 20% вартості препаратів, а решта покривається особистими коштами громадян» [4]. Проте в деяких державах, зокрема в Угорщині, «щоб заощадити, мають намір внести зміни до системи реімбурсації. Угорський уряд здійснив стандартизацію процесу оцінювання ефективності лікування, уточнив перелік лікарських засобів, що підлягають реімбурсації. До переліку реімбурсованих лікарських засобів у Румунії входять препарати для лікування СНІДу, діабету й раку» [10].

Гранична ціна для входу лікарського засобу у програму «Доступні ліки» визначається через порівняння цін на препарати з однією діючою речовиною у п'ятих сусідніх країнах: Угорщині, Польщі, Словаччині, Латвії та Чехії. Як правило, «практично у всіх країнах ЄС передбачається участь пацієнта в оплаті необхідних йому лікарських засобів у формі мінімальної доплати або у формі доплати відсотка від вартості рецепту» [4]. Україна для себе обрала модель повного відшкодування препарату за найменшою ціною, за інші – пацієнт сплачує різницю у аптечному закладі. Це, в свою чергу, дозволяє покращити доступ до лікування усім верствам населення. Для української моделі реімбурсації притаманне ринкове регулювання цін на лікарські засоби. Міністерство охорони здоров'я встановлює граничну ціну на препарати з однією діючою речовиною спираючись на медіанну ціну в п'ятих сусідніх

країнах: Угорщині, Польщі, Словаччині, Латвії та Чехії. [4].

У Литві спеціальний компетентний орган чотири рази на рік оновлює реімбурсаційні списки з назвами лікарських засобів та їх заявленими цінами. Відсоток відшкодування вартості одного і того ж лікарського засобу може коливатися від 50 до 100% залежно від захворювання пацієнта.

У кожному адміністративному регіоні є пацієнтська каса, яка після отримання коштів з державного бюджету здійснює взаєморозрахунки з аптеками, задіяними в системі реімбурсації. Пацієнти мають персональні рецептурні книжки, внаслідок чого лікарі позбавлені можливості зловживати рецептурними бланками та безконтрольно виписувати ліки. Пацієнт повинен сплатити не тільки некомпенсовану різницю, але й усі аптечні та дистриб'юторські націнки. Аптеки здають виписані бланки рецептів до пацієнтської каси і отримують за них оплату протягом 30 днів.

У Словаччині створені сприятливі умови для встановлення системи референтних цін на фармацевтичному ринку. Перш за все, варто відзначити досить ефективну державну політику у сфері страхування, в результаті реалізації якої на даний час в країні діє система обов'язкового медичного страхування (з додатковими можливостями), що дозволило підвищити рівень забезпечення населення високоякісними послугами від страховиків та сприяло запровадженню референтної ціни на лікарські засоби.

На відміну від Європи, де «ціни на більшість лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, контролюються за допомогою договору (домовленості, узгодженості) між платниками – страховими компаніями і виробником, у приватному секторі в США немає механізму прямого контролю рівня цін на лікарські засоби на федеральному рівні» [4]. У приватному секторі «ціни узгоджуються між постачальником і дистриб'ютором на основі вільної ринкової конкуренції» [4]. Відсутність державного контролю за цінами в Сполучених Штатах Америки дозволяє фармацевтичним компаніям встановлювати ціни вищі, ніж в інших країнах. Значний вплив на рівень цін мають оптові торговці, які мають можливість виключати зі списку препарати,

ціни на які стабільно фіксуються. Ці списки є «позитивними списками» ліків, які беруть участь у програмі медичного страхування. Державне та приватне страхування беруть участь в оплаті ліків, призначених пацієнтам. Основу системи складають обов'язкові медичні страхові програми «Medicare» і «Medicaid». Система реімбурсації ефективно розвивається: «якщо на початку 90-х років минулого століття застраховані американські пацієнти за свій рахунок оплачували 60% вартості рецептурних ліків, то вже з 2001 р. ця величина скоротилася до 17% загальної вартості» [10].

Державне регулювання фармацевтичного ринку Франції ґрунтується на суворому контролі цін на лікарські засоби, що підлягають компенсації. Механізм ціноутворення та визначення переліку ліків, що підлягають компенсації, досить складний. Після отримання реєстраційного посвідчення умови доступу на фармацевтичний ринок визначаються спеціальною комісією, яка після детального вивчення всієї заявленої інформації про препарат, визначає рівень компенсації відповідно до показників фармакоекономічної ефективності в залежності від тяжкості захворювання пацієнта.

У Бельгії ціни на лікарські засоби наближені до середньоєвропейських. З 2001 року Міністерство економіки використовує систему максимальних цін на всі зареєстровані медичні препарати. Міністерство охорони здоров'я та добробуту оцінює терапевтичну та економічну цінність лікарських засобів шляхом порівняння їх з аналогами. У переговорах щодо ціни беруть участь представники страхових компаній, виробників, оптовиків, аптек і безпосередньо пацієнти. До складу комісії з відшкодування входять представники страхових компаній, медичних і фармацевтичних асоціацій, а також незалежні фахівці. Остаточне рішення про відшкодування приймає Міністерство охорони здоров'я та добробуту: якщо рішення неухвалено протягом 180 днів, приймається ціна, запропонована виробником. Ціни на всі відшкодовані лікарські засоби переглядаються кожні 1,5-3 роки.

Рівень цін і розмір компенсації вартості лікарських засобів в Італії

визначаються як на державному, так і на регіональному рівні. Держава суворо контролює ціни на медичні препарати, використовуючи широкий спектр інструментів зниження собівартості на основі фармакоекономічних оцінок. Специфіку доступу на фармацевтичний ринок, рівень цін на лікарські засоби та компенсаційних виплат визначає Італійське агентство з лікарських засобів. Для цього в зазначене агентство необхідно подати інформацію про лікарський засіб, дані щодо його клінічних та фармакоекономічних досліджень. Присвоєння лікарському засобу статусу, що підтверджує компенсацію, залежить від його терапевтичної дії та ефективності. В Італії існує два списки лікарських засобів: перелік препаратів, вартість яких відшкодовується державою, і перелік тих, вартість яких не відшкодовується.

В Іспанії для «отримання лікарським препаратом статусу, що він підлягає реімбурсації в медичній практиці, подається заява до уповноваженого Директорату з лікарського забезпечення населення» [4]. Якщо лікарський засіб не одержав статус реімбурсованого, ціноутворення вільневідбувається. Існує чотири рівні компенсації: «100 % – тільки для лікарських препаратів, що використовуються в стаціонарі, 70 % – для деяких хронічних захворювань, 60 % – для більшості лікарських препаратів, 0 % – для безрецептурних лікарських препаратів» [10].

Каталог лікарських засобів та медичних послуг, що надаються в рамках державного медичного страхування в Німеччині, вважається досить великим в порівнянні з іншими країнами світу. Так, застраховані особи мають право на отримання лікарських засобів з діагностичною, лікувальною та профілактичною метою. Це право надає їм Німецький соціальний кодекс.

Відповідно до цитованого кодексу, пацієнти мають право на лікування, якщо хворобу «необхідно виявити, вилікувати, запобігти ускладненням перебігу або пом'якшити перебіг» [4]. Зазначений стандарт, який містить досить широке формулювання, надає пацієнтам право отримувати лікарські засоби за рецептом лікарів з обов'язковим відшкодуванням їх вартості з лікарняних кас.



Виписуючи пацієнтам лікарські засоби, лікарі керуються: з одного боку – так званим принципом врахування загальноновизнаного рівня досягнень медицини та гуманізму, а з іншого – принципом економічної обґрунтованості надання медичних послуг та призначення лікарських засобів, який обмежує право пацієнтів на отримання лікарських засобів. Відповідно до Німецького соціального кодексу, «лікарняні каси та постачальники медичних послуг гарантують надання таких медичних послуг застрахованим особам, які базуються на їхні потреби, пропорційні їм і відповідають загальноновизнаному рівню досягнень у медицині» [10]. Принцип рахування загальноновизнаного рівня досягнень медицини та гуманізму передбачає, що надання медичних послуг та призначення лікарських засобів має бути достатнім і оперативним, не перевищувати межі необхідного та здійснюватися відповідно до вимог, визначених фахівцями на основі принципу економічної обґрунтованості. Лікарняні каси та постачальники лікарських засобів мають вживати заходів щодо гуманного надання медичних послуг застрахованим особам. Тобто якість забезпечення застрахованих осіб лікарськими засобами не повинна обмежуватися традиційними методами лікування, а має враховувати нові досягнення медичної та фармацевтичної науки. Принцип економічної обґрунтованості надання медичних послуг ґрунтується на тезі, що право на отримання пацієнтом лікарських засобів не є безмежним. Законодавство містить цілу низку обмежень щодо допустимості призначення пацієнтам ліків та відшкодування їх вартості з лікарняних фондів. Проголошений принцип полягає в тому, що «надання медичних послуг має бути достатнім, швидким та економічно обґрунтованим; воно не повинно виходити за межі необхідного» [7]. Застраховані особи не мають права на отримання лікарських засобів, які не є необхідними чи економічно виправданими, постачальникам не дозволяється продавати такі засоби, а лікарняні каси можуть не відшкодувати їх вартість пацієнтам.

Іншими словами, система державного регулювання забезпечення населення лікарськими засобами в Німеччині покликана забезпечити не

оптимальний, а достатній рівень лікування. Тобто лікар, який має дві альтернативи лікування того чи іншого захворювання, завжди зобов'язаний вибрати найдешевший метод і засіб лікування. При призначенні ліків застрахованим особам на практиці інколи досить складно поєднати два вищезазначені принципи. З одного боку, принцип економічної обґрунтованості надання медичних послуг зобов'язує лікаря призначати дешевший препарат. З іншого боку, якість медичної допомоги має відповідати загальному рівню досягнень в медицині. Оскільки лікування «відповідно до загальноновизнаного рівня досягнень у медицині, зокрема коли йдеться про необхідність застосування інноваційних лікарських засобів, порівняно з традиційними методами і засобами лікування рідко є дешевшим, лікарі при призначенні медикаментів повинні чітко зважувати два вказані принципи, щоб не бути притягнутими до відповідальності» [7].

Отже, вивчення зарубіжного досвіду реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку показало, що реімбурсація потребує значних додаткових витрат з бюджету, однак її використання стимулює вітчизняне виробництво лікарських засобів. Водночас потребують вирішення інші нагальні питання, як: розробка єдиних стандартів лікування, які затверджувались би Кабінетом Міністрів України; встановлення економічно обґрунтованих цін на лікарські засоби; вдосконалення нормативно-правової бази та адаптація її до вимог ЄС; розробка переліку життєво необхідних лікарських засобів, вартість яких підлягатиме першочерговому відшкодуванню; забезпечення обов'язкової державної реєстрації оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення (для підвищення їх доступності); визначення необхідного обсягу фінансування за даними захворюваності населення; побудова адекватної моделі фінансового відшкодування вартості лікарських засобів; розробка технічного механізму відшкодування цих витрат (за рахунок бюджетного фінансування, державних або приватних страхових фондів). Для забезпечення балансу інтересів всіх учасників процесу реімбурсації необхідно постійно відслідковувати ризики як

в політичній, так і соціальній сферах, а також у процесі виробництва та реалізації наркотичних речовин.

### **Висновки до розділу 1**

Фармацевтичний ринок – це сукупність зацікавлених у виробництві, продажі та споживанні лікарських засобів осіб: компаній-виробників, дистриб'юторів, працівників аптек, лікарів та керівників закладів охорони здоров'я різних організаційно-правових форм та, безпосередньо, самі пацієнтів. Фармацевтичний ринок є унікальним за своїми проявами: від одночасно поєднує в собі ознаки ринку споживчих товарів і ринку послуг. Враховуючи визначну соціальну роль фармацевтичного ринку, діяльність всіх його суб'єктів регулюється державою.

Одним із механізмів державного регулювання діяльності на фармацевтичному ринку виступає реімбурсація. Реімбурсація – це загальноприйнята в міжнародній практиці назва процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських засобів і медичних послуг для населення. Система реімбурсації – це соціально-економічна система, метою якої є забезпечення доступності лікарських засобів і фармацевтичної допомоги в цілому, об'єктом якої є затверджені органи, що виплачують компенсацію з певних джерел фінансування, а об'єктом – певні категорії захворювань і пацієнтів.

Реімбурсація потребує значних додаткових витрат з бюджету, однак її використання стимулює вітчизняне виробництво лікарських засобів. Водночас потребують вирішення інші нагальні питання, як: розробка єдиних стандартів лікування; встановлення економічно обґрунтованих цін на лікарські засоби; вдосконалення нормативно-правової бази; розробка переліку життєво необхідних лікарських засобів, вартість яких підлягатиме першочерговому відшкодуванню; забезпечення обов'язкової державної реєстрації оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення; визначення необхідного обсягу фінансування за даними захворюваності

населення; побудова адекватної моделі фінансового відшкодування вартості лікарських засобів; розробка технічного механізму відшкодування цих витрат тощо.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

#### **2.1. Оцінка механізмів реімбурсації лікарських засобів на державному рівні**

Уряд України запровадив першу систему реімбурсації основних лікарських засобів для хворих на артеріальну гіпертензію у червні 2012 року під назвою «Пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на ліки для лікування людей з гіпертонічною хворобою», який вперше містив положення про забезпечення відпуску з аптек основних лікарських засобів для амбулаторного лікування хворих з артеріальною гіпертензією. Урядом була затверджена Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. № 340, яка включала вимоги до механізму фінансування та реімбурсації основних лікарських засобів при артеріальній гіпертензії [51]. Дана Постанова також затверджувала перелік з 7 МНН монокомпонентних препаратів основних лікарських засобів з I ряду та їх комбінацій для лікування артеріальної гіпертензії відповідно до рекомендацій ВООЗ, Європейської та Української асоціації кардіологів.

З 01 квітня 2017 року було запроваджено урядову програму реімбурсації «Доступні ліки» для амбулаторних пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом 2 типу та бронхіальною астмою. Дані захворювання були обрані пріоритетними, оскільки вони найбільше впливають на показник смертності населення та суттєво знижують якість життя пацієнтів. «Порядок відшкодування лікарських засобів та порядок визначення розміру відшкодування вартості лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню» [38], був затверджений Постановою КМУ від 17.03.2017 р. № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» [38].

З 01 січня 2019 року адміністрування програмою «Доступні ліки» проводиться Національною службою здоров'я України (НСЗУ). НСЗУ

запровадила електронні рецепти (е-рецепти) у програмі «Доступні ліки» з 01 квітня 2019 року. НСЗУ є центральним органом виконавчої влади та координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я України. НСЗУ реалізує державну політику у галузі державних фінансових гарантій медичного і фармацевтичного забезпечення населення [23].

Згідно з даними МОЗ України, у 2017 році для реалізації програми «Доступні ліки» з бюджету було виділено 700 млн грн (\$25 млн дол. США) та виписано 14 млн паперових рецептів лікарями. У 2018 році фінансування програми зросло до 1 млрд грн (\$35,7 млн дол. США), а лікарі виписали 8,1 млн рецептів. У квітні 2019 року, після запровадження е-рецептів, з бюджету були виділені 750 млн грн. (\$26,8 млн дол. США) для фінансування програми. З квітня по грудень 2019 року лікарі виписали 10,8 млн е-рецептів. У 2020 році з бюджету було виділено 2,3 млрд грн (\$82,2 млн дол. США), що дало змогу лікарям виписати 13,7 млн е-рецептів.

Проаналізовано дані з Наказів МОЗ України, що регламентують затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню (Реєстр) із програми реімбурсації «Доступні ліки» за 2019-2020 роки, стосовно динаміки препаратів, які відшкодовуються за державні кошти. Відповідно до Наказу МОЗ України від 21.01.2019 р. № 148 до Реєстру внесено 257 позицій лікарських засобів, що на 4 позиції менше, ніж у попередній редакції Реєстру, з яких 35 були безоплатними для пацієнтів [46].

Наказ МОЗ України від 30.07.2019 р. № 1715 містив 254 позиції лікарських засобів, з яких 47 безоплатні для пацієнтів [45]. Реєстр, який було оновлено Наказом МОЗ України від 13.02.2020 р. № 316, містив 257 позицій лікарських засобів, з яких 73 препарати, вартість яких відшкодовується з державного бюджету [46]. Наказ МОЗ України від 01.06.2020 р. № 1284 затверджував Реєстр, що містив 246 позицій лікарських засобів, з яких 77 позицій відшкодовувались за державні кошти, що на 4 позиції більше, ніж у попередній редакції Реєстру [47].

Відповідно до Наказу МОЗ України від 11.08.2020 р. № 1851, Реєстр

містив 264 позиції, з яких 85 відшкодовувались повністю, що на 18 позицій більше, ніж раніше [48]. Загалом, у Реєстрі затвердженому Наказом № 1851 порівняно з Наказом № 148, зросла кількість безоплатних лікарських засобів на 59 %, що покращує доступ та прихильність пацієнтів до лікування (рис. 2.1).

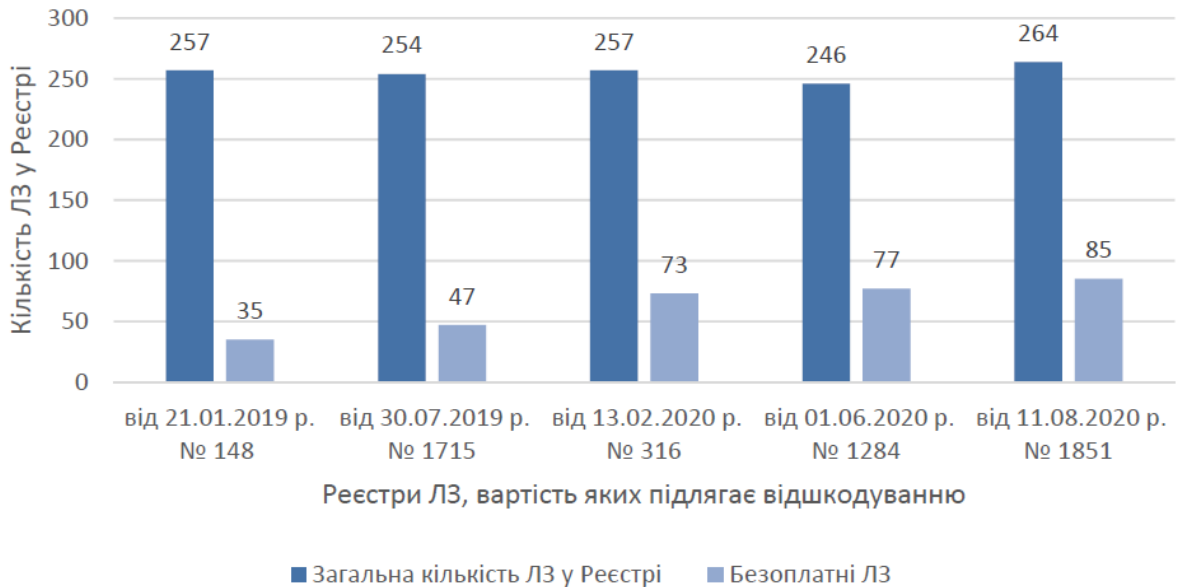


Рис. 2.1. Аналіз кількості препаратів у Реєстрі лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню у програмі «Доступні ліки» за 2019-2020 роки

Примітка. Наведено за [9, с. 55]

Згідно зі статистичними даними, за період роботи програми реімбурсації «Доступні ліки» з квітня 2017 року до 2020 року в Україні кількість зареєстрованих у програмі аптек-учасниць зросла в 1,84 раза (рис. 2.2). Впродовж першого року роботи програми у ній було зареєстровано 4900 аптек, а в 2018 році їх кількість зросла в 1,5 раза до 8000 аптек. Згідно з даними НСЗУ, після впровадження е-рецептів у квітні 2019 року кількість аптек, які уклали договір з НСЗУ, зменшилася до 7708 аптек, що було пов'язано з технічними питаннями, тобто кількість аптек зменшилася на 3,7 %. Проте у 2020 році кількість зареєстрованих у програмі аптек, порівняно з попереднім роком, зросла на 14 % до 9000, що свідчить про позитивну динаміку роботи програми з використанням е-рецептів.

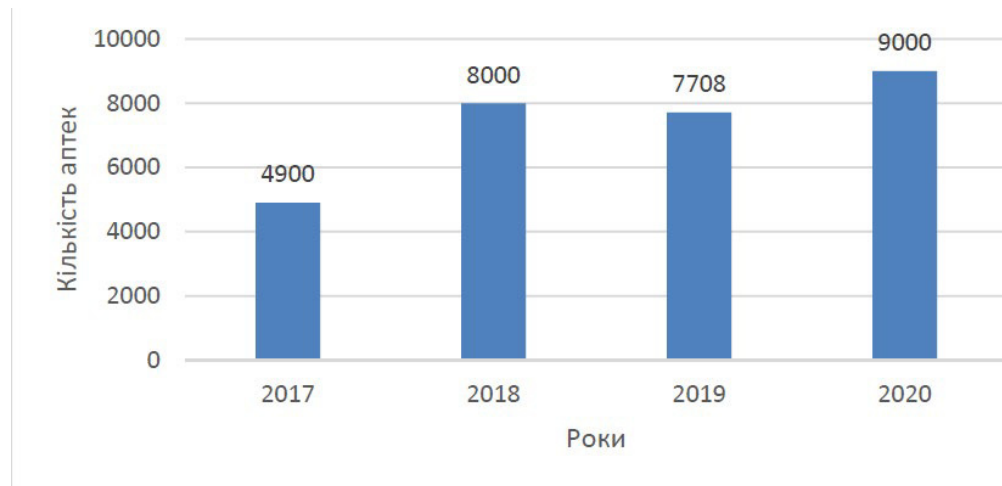


Рис. 2.2. Динаміка кількості аптек, які працюють у програмі «Доступні ліки» в Україні за 2017-2020 роки.

Примітка. Наведено за [9, с. 55]

Аналіз динаміки включення аптек у програму «Доступні ліки» за 2020 рік та їх розподіл за організаційно-правовою формою власності наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

**Розподіл аптек за організаційно-правовою формою власності, які працювали в програмі «Доступні ліки» у 2020 році**

Макрорегіони	Приватна, n (%)	ФОП, n (%)	Комунальна, n (%)
Північний – Житомирська, Сумська, Київська, Чернігівська	1755 (19,5)	72 (0,8)	125 (1,4)
Південний – Одеська, Миколаївська, Херсонська	805 (8,9)	89 (0,9)	49 (0,5)
Східний – Харківська, Донецька, Луганська	1136 (12,6)	132 (1,5)	51 (0,6)
Центральний – Дніпропетровська, Черкаська, Вінницька, Кіровоградська, Полтавська, Запорізька	1664 (18,5)	211 (2,4)	121 (1,4)
Західний – Закарпатська, Львівська, Волинська, Тернопільська, Івано-Франківська, Хмельницька, Чернівецька, Рівненська	2401 (26,7)	217 (2,4)	172 (1,9)
Загальна кількість	7761 (86,2)	721 (8)	518 (5,8)
	9000		

Примітка. Наведено за [9, с. 56]

Відповідно до даних НСЗУ, за формою власності законтрактовані у програмі аптеки розподілені на три категорії, а саме: приватні 86,2 % (n=7761),



ФОП – 8 % (n=721) та комунальні аптеки 5,8 % (n=518). Найбільше зареєстрованих у програмі приватних аптек знаходяться у Північному та Західному макрорегіонах (19,5 % та 26,7 %). У Центральному та Західному макрорегіонах розташовано найбільше ФОП (2,4 %), а у Західному – комунальних (1,9 %). У Південному макрорегіоні виявлено найменше приватних – 8,9 % та комунальних – 0,5 % аптек, а у Північному макро-регіоні найменше ФОП – 1 % [9].

Проведено аналіз згідно з розподілом місць відпуску в програмі реімбурсації за типом населеного пункту (місто або село) за 2020 рік. З отриманих даних випливає такий розподіл: у містах 82,5 % (n=7429), а у селах 17,5 % (n=1571) аптек-учасниць, що свідчить про недостатнє залучення аптек у сільській місцевості та низький рівень доступу пацієнтів до основних ЛЗ. Більшість аптек із програми розташовані у містах та селах Західного макрорегіону – 25,5 % (n=2293) та 6,9 % (n=617) відповідно. Найменше законтракованих аптек знаходиться у Південному макрорегіоні – 8,4 % (n=757) в містах та 2,1 % (n=186) у селах (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2*

**Розподіл місць відпуску у програмі «Доступні ліки» за типом населеного пункту за 2020 рік**

Макрорегіони	Місто, n (%)	Село, n (%)
Північний	1585 (17,6)	302 (3,4)
Південний	757 (8,4)	186 (2,1)
Східний	1109 (12,3)	211 (2,3)
Центральний	1685 (18,7)	255 (2,8)
Західний	2293 (25,5)	617 (6,9)
Загальна кількість	7429 (82,5)	1571 (17,5)
	9000	

Примітка. Наведено за [9, с. 56]

Аналіз загального розподілу виписаних лікарями та відпущених з аптек е-рецептів за 2019-2020 роки показав, що у 2019 році лікарі виписали 10 899 887 е-рецептів. У 2020 році цей показник зріс на 20,5 % та становив 13 702 217 е-рецептів, що свідчить про приріст виписаних е-рецептів для пацієнтів.

Найбільше е-рецептів було виписано для амбулаторних хворих із Центрального макрорегіону: у 2019 році 3 407 126 та 4 093 770 у 2020 році. Найвищий показник приросту виписаних е-рецептів за 2020 рік був зареєстрований у Південному макрорегіоні (+25,6 %), а найнижчий у Центральному макрорегіоні (+16,8 %) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Розподіл виписаних е-рецептів у програмі «Доступні ліки» за 2019-2020 роки**

Макрорегіони	Квітень 2019 – грудень 2019	2020	2020/2019, %
Північний	2 076 514	2 523 637	+17,7
Південний	1 092 667	1 468 250	+25,6
Східний	1 614 973	2 073 047	+22,1
Центральний	3 407 126	4 093 770	+16,8
Західний	2 708 607	3 543 513	+23,6
Загальна кількість	10 899 887	1 370 2217	+20,5

Примітка. Наведено за [9, с. 57]

За даними НСЗУ, у 2020 році аптеки-учасниці програми відпустили 11 687 118 е-рецептів для пацієнтів, що на 20,5 % більше, ніж у 2019 році (9 289 617 е-рецептів). Відповідно до отриманих даних, у 2019 та 2020 році найбільше е-рецептів було відпущено в Центральному макрорегіоні: 2 896 864 та 3 492 346 е-рецептів відповідно. Найвищий показник приросту відпущених е-рецептів у 2020 році зареєстровано у Південному макрорегіоні (+26,3 %), а найнижчий – у Центральному макрорегіоні (+17,1 %) (табл. 2.4).

Проаналізувавши співвідношення виписаних до відпущених е-рецептів за роками, ми встановили, що за квітень-грудень 2019 року кількість відпущених е-рецептів зменшилася на 14,8 % відносно виписаних, а в 2020 році цей показник становив 14,7 %.

Аналіз сукупності е-рецептів за гендерним розподілом у 2019-2020 роках показав, що із загальної кількості виписаних е-рецептів 2:3 з них були для жінок (67,4 % – 66,8 %).

Таблиця 2.4

**Розподіл відпущених е-рецептів у програмі «Доступні ліки» залежно від регіону в 2019-2020 роках**

Макрорегіони	Квітень 2019 – грудень 2019	2020	2020/2019, %
Північний	1 765 101	2 163 789	+18,4
Південний	921 353	1 249 540	+26,3
Східний	1 386 020	1 775 641	+21,9
Центральний	2 896 864	3 492 346	+17,1
Західний	2 320 279	3 005 802	+22,8
Загальна кількість	9289617	11687118	+20,5

Примітка. Наведено за [9, с. 57]

Із генеральної сукупності е-рецептів найбільший приріст виписаних е-рецептів зафіксований для чоловіків +21,8 %. За регіональним розподілом найвищий показник приросту встановлений у Південному макрорегіоні (для жінок +24,9 % та для чоловіків +27,1 %), а найменший показник – у Центральному макрорегіоні (для жінок +16,1 % та для чоловіків +18,1 %) (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Розподіл виписаних е-рецептів у програмі «Доступні ліки» за гендерним розподілом у 2019-2020 роках**

Макрорегіони	Квітень 2019 – грудень 2019		2020		2020/2019, %	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Північний	1 401 589	674 925	1 691 553	832 084	+17,1	+18,9
Південний	744 754	347 913	991 109	477 141	+24,9	+27,1
Східний	1 129 923	485 050	1 434 627	638 420	+21,2	+24
Центральний	2 319 652	1 087 474	2 766 131	1 327 639	+16,1	+18,1
Західний	1 748 302	960 305	2 274 340	1 269 173	+23,1	+24,3
Загальна кількість	7 344 220	3 555 667	9 157 760	4 544 457	+19,8	+21,8
	(67,4 %)	(32,6 %)	(66,8 %)	(33,2 %)		
	10 899 887		13 702 217		+20,5	

Примітка. Наведено за [9, с. 58]

Ми проранжували виписані е-рецепти залежно від віку пацієнта на такі групи: 0-5, 6-17, 18-39, 40-64 та 65+ років. За віковим розподілом із загальної кількості е-рецептів у програмі найвищий приріст виявлено у групі пацієнтів

6-17 років (+24 %), а найнижчий у групі 0-5 років (+4,6 %). Згідно з регіональним розподілом, у пацієнтів групи 65+ найвищий приріст е-рецептів зареєстровано у Західному макрорегіоні (+23,4 %); для вікових груп 40-64 (+26,5 %), 18-39 (+30,1 %) та 6-17 (+30 %) найвищий показник визначено у Південному макрорегіоні; для групи 0-5 років (+16,2 %) – у Центральному макрорегіоні. Найменший із зареєстрованих показників визначено в Північному макрорегіоні для вікової групи 0-5 років (-10,6 %) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Розподіл виписаних е-рецептів за віком у програмі «Доступні ліки» за  
2019-2020 роки**

Макрорегіони	2019/2020					2020/2019, %				
	65+	40–64	18–39	6–17	0–5	65+	40–64	18–39	6–17	0–5
Північний	1 317 261/ 1 588 699	73 1730/ 901 979	24065/ 29478	2537/ 3331	885/800	+17,1	+18,9	+18,4	+23,8	-10,6
Південний	702 441/ 936 641	378 203/ 514 815	10726/ 15355	1065/ 1521	232/250	+25	+26,5	+30,1	+30	+7,2
Східний	1 045 552/ 1 326 762	552 490/ 724 192	14184/ 19561	2187/ 2574	560/508	+21,2	+23,7	+27,5	+15	-10,2
Центральний	2 216 683/ 2 641 569	1 156 459/ 1 409 923	29927/ 37869	3317/ 4312	776/926	+16,1	+18	+21	+23,1	+16,2
Західний	1 632 053/ 2 131 771	1 030 459/ 1 350 891	39228/ 52767	5501/ 7489	1366/ 1521	+23,4	+23,7	+25,7	+26,5	+10,2
Загальна кількість	6 913 990 (63,43 %)/ 8 625 441 (62,94 %)	3 849 341 (35,32 %)/4 901 800 (35,77 %)	118 130 (1,08 %)/ 155 030 (1,13 %)	14 607 (0,13 %)/ 19 227 (0,14 %)	3819 (0,04 %)/ 4005 (0,02 %)	+19,8	+21,5	+23,8	+24	+4,6
	10 899 887 / 13 702 217					+20,5 %				

Примітка. Наведено за [9, с. 59]

Відповідно до статистичних даних, у 2019 році розмір відшкодування е-рецептів для лікування артеріальної гіпертензії у програмі «Доступні ліки» становив 488 981 688 грн. У 2020 році цей показник склав 667 140 051 грн, що на 26,7 % більше. Встановлено, що для амбулаторних пацієнтів з АГ у 2020 році було виписано 9 143 279 е-рецептів, що на +20,0 % більше, ніж у 2019 році – 7 313 001 е-рецептів. Встановлено, що кількість виписаних е-рецептів для лікування артеріальної гіпертензії зросла на 20 %. За період 2019-2020 років для чотирьох МНН було виписано більше 50 % е-рецептів від їх загальної сукупності, а саме: бісопрололу, клопідогрелю, еналаприлу та амлодипіну. Найвищий приріст е-рецептів у програмі «Доступні ліки» встановлено для: лозартану (+ 28,7 %), аміодарону (+ 25,3 %), клопідогрелю (+ 25,3 %) та карведилолу (+ 21,5 %). Найменший приріст е-рецептів встановлено для верапамілу (+10,9%), атенололу (+11,1%) та нітрогліцерину (+14,1%) (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Розподіл виписаних е-рецептів за міжнародними непатентованими назвами для лікування артеріальної гіпертензії у програмі «Доступні ліки» за 2019-2020 роки**

Міжнародна непатентована назва	2019	2020	2020–2019, %
Лозартан	647 749	908 740	+28,7
Аміодарон	168 087	224 967	+25,3
Клопідогрель	1 150 201	1 539 385	+25,3
Карведилол	374 624	477 081	+21,5
Гідрохлортіазид	214 192	268 894	+20,3
Симвастатин	707 641	876 609	+19,3
Бісопролол	1 178 162	1 441 221	+18,3
Метопролол	62 923	76 431	+17,7
Дигоксин	91 713	110 977	+17,4
Еналаприл	1 054 241	1 234 502	+16,6
Спіронолактон	486 004	582 946	+16,6
Амлодипін	948 718	1 133 902	+16,3
Ізосорбїду динїтрат	73 731	87 638	+15,9
Фуросемід	84 958	99 719	+14,8
Нїтрогліцерин	37 900	44 142	+14,1
Атенолол	12 258	13 789	+11,1
Верапамїл	19 899	22 336	+10,9
Разом	7 313 001	9 143 279	+20,0

Примітка. Наведено за [9, с. 59]

Додатково проведено порівняння отриманих результатів із результатами ретроспективного аналізу паперових рецептів для лікування артеріальної гіпертензії на локальному рівні. Ми порівняли структуру виписаних рецептів у 2018 та е-рецептів у 2020 роках та виявили, що питому вагу в сукупності виписаних е-рецептів займають чотири препарати: бісопролол, клопідогрель, еналаприл та амлодипін, які й надалі мають бути у переліку для постійного забезпечення аптеками.

Згідно з даними звіту ВООЗ, українські пацієнти позитивно ставляться до впровадження програми реімбурсації на основні лікарські засоби для лікування найпоширеніших захворювань. Оскільки першою програмою реімбурсації в Україні був «Пілотний проект для лікування людей з гіпертонічною хворобою», який був запроваджений у період з 2012 до 2014 року, то у 2017 році пацієнти з артеріальною гіпертензією були частково ознайомлені з системою реімбурсації ліків. Саме тому з 2017 року програма реімбурсації «Доступні ліки» забезпечила значне зростання доступу та доступності до основних лікарських засобів як хворих на серцево-судинні захворювання (особливо на артеріальну гіпертензію), так і пацієнтів з цукровим діабетом та астмою в Україні. У роботі вітчизняних авторів досліджено динаміку переліку лікарських засобів, кількості торгових найменувань основних лікарських засобів, які затверджені наказами МОЗ України у програмі реімбурсації для лікування бронхіальної астми.

Згідно з даними дослідження щодо доступності серцево-судинних препаратів за ціною, також виявлено позитивну динаміку щодо збільшення кількості ліків, що відшкодовуються для лікування серцево-судинних захворювань [57].

Ми проаналізували тенденції виписування е-рецептів на основні лікарські засоби у програмі на 2019-2021 роки згідно з даними НСЗУ та виявили макрорегіональні особливості при їх призначенні. Наше дослідження показало, що обсяг бюджетного фінансування програми «Доступні ліки» у 2020 році зріс у 3 рази порівняно з 2017 роком. Кількість аптек у 2020 році

зросла в 1,84 раза порівняно зі стартом програми. Більшість аптек, що залучені до програми, розташована в містах Західного та Центрального макрорегіону. Із загальної сукупності аптек програми, у селах їх питома вага лише 17,5 % у всіх макрорегіонах разом, що свідчить про їх недостатнє поширення для більшості пацієнтів, що користуються програмою в даних місцях проживання. Встановлено, що у 2020 році найвищі темпи приросту, за досліджуваними параметрами, зафіксовані у Південному та Західному макрорегіонах країни, що свідчить про хороші показники роботи програми в цих макрорегіонах.

## **2.2. Оцінка системи реімбусації лікарських засобів на регіональному рівні**

Дослідження регіонального фармацевтичного ринку проводилось в таких територіальних межах: 1) Тернопільська область; 2) м. Тернопіль (обласний центр); 3) м. Чортків (місто обласного значення); 4) райони Тернопільської області (Бережанський, Бучацький, Зборівський, Лановецький та Шумський).

Аналіз структури фармацевтичного ринку Тернопільської області засвідчив, що «в області діє 10 аптечних мереж, які мають у своїй структурі від 6 та більше аптечних закладів. З них власні аптечні склади в Тернопільській області мають дві аптечні мережі: аптечна мережа «Рута-фарм» ТОВ Фірма «Рута-фарм» (м. Тернопіль); Тернопільське обласне виробничо-торгове аптечне об'єднання (м. Тернопіль)» [16].

Стан конкуренції на регіональному фармацевтичному ринку «в межах адміністративно-територіальних одиниць Тернопільської області засвідчив наявність структурних ознак монопольного (домінуючого) становища аптечних мереж, які мають у своїй структурі від 6 та більше аптечних закладів (у територіальних межах м. Чортків, Бережанського, Бучацького, Зборівського, Лановецького, Шумського районів Тернопільської області)» [16] (рис. 2.3).

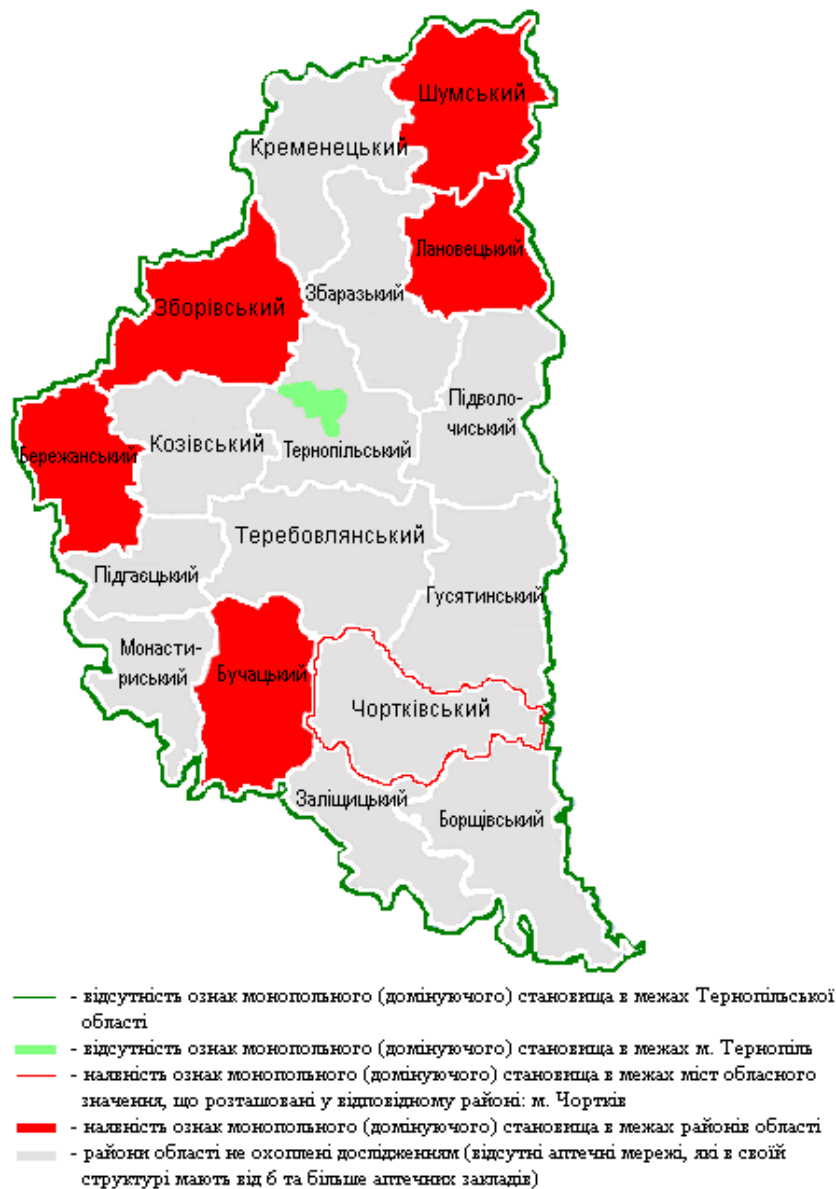


Рис. 2.3. Стан конкуренції на фармацевтичному ринку Тернопільської області

Примітка. Наведено за [16]

Стан конкуренції на регіональному фармацевтичному ринку «в межах адміністративно-територіальних одиниць Тернопільської області засвідчив наявність структурних ознак монопольного (домінуючого) становища таких аптечних мереж» [16]:

1) аптечна мережа Лановецької обласної комунальної центральної районної аптеки № 25, смт Ланівці, яка має 6 торгових точок у Тернопільській області (усі розміщені в Лановецькому районі). За рейтингом вона посідає



дев'яте місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Дана мережа має структурні ознаки монопольного становища на регіональному фармацевтичному ринку із часткою більше 35% у територіальних межах Лановецького району Тернопільської області;

2) аптечна мережа «Рута-фарм» ТОВ Фірма «Рута-фарм» (м. Тернопіль), яка має 22 торгові точки в Тернопільській області. За рейтингом вона посідає третє місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Дана мережа має структурні ознаки колективної монополії на регіональному ринку послуг з організації роздрібної торгівлі лікарськими засобами в територіальних межах Шумського району Тернопільської області;

3) аптечна мережа Тернопільського обласного виробничо-торгового аптечного об'єднання (м. Тернопіль), яка має 28 торгових точок у Тернопільській області. За рейтингом вона посідає п'яте місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Дана аптечна мережа має структурні ознаки колективної монополії на регіональному фармацевтичному ринку в територіальних межах Шумського району Тернопільської області;

4) аптечна мережа ТОВ «Мішель» (Чортківський район, Тернопільська область), яка має 12 торгових точок у Тернопільській області. За рейтингом вона посідає сьоме місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Дана аптечна мережа має структурні ознаки колективної монополії на регіональному фармацевтичному ринку в територіальних межах м. Чортків;

5) аптечна мережа Чортківського державного медичного коледжу (м. Чортків), яка має структурні ознаки колективної монополії на регіональному фармацевтичному ринку в територіальних межах м. Чортків;

6) аптечна мережа «Фармако» Малого колективного підприємства «Фармако» (Львівська область), яка має 8 торгових точок у Тернопільській

області. За рейтингом дана аптечна мережа займає четверте місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Також вона має структурні ознаки монопольного становища на регіональному фармацевтичному ринку із часткою більше 35% у територіальних межах Бучацького району Тернопільської області;

7) аптечна мережа ТОВ «Фалбі-Львів» (м. Львів), яка має 3 торгові точки в Тернопільській області. Вона має структурні ознаки монопольного становища на регіональному фармацевтичному ринку із часткою більше 35% у територіальних межах Зборівського району Тернопільської області;

8) аптечна мережа «Зі» ТЗОВ «Зі» (м. Львів) і ТЗОВ «Аптека Зі» (с. Сокольники, Львівська область)Ю яка має 12 торгових точок у Тернопільській області. За рейтингом вона посідає перше місце в Тернопільській області за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Дана аптечна мережа також має структурні ознаки монопольного становища на регіональному фармацевтичному ринку із часткою більше 35% у територіальних межах Бережанського району Тернопільської області.

Відповідно до постанов Кабінету Міністрів України від 9 листопада 2016 року № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» [37] з 1 квітня 2017 року в Тернопільській області, як і в Україні в цілому, запроваджено Урядову програму «Доступні ліки» [58]. Метою програми є «забезпечення кожного громадянина доступними та життєво необхідними ліками з доведеною ефективністю, які покращать якість їхнього життя, попередять ускладнення та передчасну смертність. Механізм відшкодування вартості ліків (реімбурсації) поширюється на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму. Лікуванню цих захворювань надано пріоритет, оскільки вони найбільше впливають на смертність населення або суттєво знижують якість життя пацієнтів та ефективно лікуються амбулаторно» [58].

Протягом 2017-2018 років на реалізацію зазначеної програми в Тернопільській області «було спрямовано 47637,2 тис. грн, з яких використано

42350,7 тис. грн, що становить 90% від усіх виділених коштів» [58]. Загальний бюджет Програми «у Тернопільській області на I квартал 2019 року становив 6808,2 тисяч гривень. До реалізації ліків по Програмі в області добровільно долучились 213 аптек. Протягом 3 місяців 2019 року аптечними закладами, відповідно до їх звітів, відпущено лікарських засобів на загальну суму 6692,8 тис. грн, аптечним закладам перераховано 6508,3 тис. грн, 85 918 осіб отримали лікарські засоби по вищезазначеній програмі».

З 1 квітня 2019 року Урядова програма «Доступні ліки» «перейшла в адміністрування Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ). З переходом програми реімбурсації в адміністрування НСЗУ відшкодування вартості лікарських засобів відбувається за принципом «гроші йдуть за пацієнтом в аптеку». Це можливе, завдяки реалізації програми за новими принципами: 1) єдині прозорі правила укладення договорів – усі аптеки, які відповідають мінімальному набору вимог, мають можливість укласти договір про реімбурсацію з НСЗУ; 2) використання електронних інструментів – усі процеси пов'язані з укладенням договору про реімбурсацію та відпуск ліків за електронними рецептами відбуваються в електронній системі охорони здоров'я; 3) електронний рецепт – забезпечує мобільність пацієнтів та нівелює географічні обмеження, оскільки отримати ліки можна в будь-якій аптеці чи аптечному пункті, які беруть участь у програмі, незалежно від місця, де проживає пацієнт або де було виписано рецепт» [58].

Для отримання лікарських засобів на безоплатній основі необхідно: 1) звернутися до лікаря та отримати рецепт; 2) завітати до аптеки з позначкою «Доступні ліки»; 3) отримати ліки безоплатно або з частковою доплатою за рецептом. Вартість цих ліків повністю або частково оплачує держава. У програмі беруть участь лише монопрепарати (які містять лише одну діючу речовину).

З 1 квітня 2019 року лікарські засоби за урядовою програмою реімбурсації «Доступні ліки» можна отримати тільки за електронним рецептом, виписаним сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами через

електронну систему охорони здоров'я. Алгоритм дій для отримання лікарських засобів на безоплатній основі представлений на рис. 2.4.



Рис. 2.4. Алгоритм дій для отримання лікарських засобів на безоплатній основі за Урядовою програмою «Доступні ліки»

Сформовано автором на основі [58]

Для того, що мати право видавати пацієнтам лікарські засоби за Урядовою програмою «Доступні ліки», аптечний заклад має обов'язково укласти договір про реімбурсацію з НСЗУ та «забезпечити наявність: 1) ліцензії на право провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами; 2) комп'ютерів та підключення до інтернету; 3) аптечної інформаційної системи (AIC), яка дозволяє обмінюватися інформацією з центральною базою даних електронної системи охорони здоров'я; 4) кваліфікованих електронних підписів у всіх працівників, які відпускатимуть лікарські засоби за електронними рецептами» [58].

Електронна карта аптек-учасниць програми реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки») представлена на сайті НСЗУ за адресою: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pharmacy-map>.

Перелік лікарських засобів, що включені до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації станом на 2 червня 2020 року (затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2020 року №1284) можна завантажити за посиланням: [https://moz.gov.ua/uploads/4/24318-reestr\\_01062020\\_1284.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/4/24318-reestr_01062020_1284.pdf).

На сьогодні по Тернопільській області «уклали договори з НСЗУ 66 аптечних заклади, що проводять відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів в 234 місцях. Лікарями закладів первинної медичної допомоги з 1 квітня 2019 року виписано 637 048 електронних рецептів, із них відпущено в аптечній мережі – 543 687 рецептів, 66,93 тис. пацієнтів отримали ліки за програмою реімбурсації. Виписка електронних рецептів проводиться в усіх закладах первинної ланки надання медичної допомоги» [8].

### **2.3. Аналіз порядку реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку**

В Україні функціонує затверджений Постановою КМУ «Порядок реімбурсації лікарських засобів», який визначає «механізм повного або часткового відшкодування вартості (реімбурсації) лікарських засобів

суб'єктам господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами (далі – суб'єкт господарювання), за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій), затвердженою в установленому порядку на відповідний рік» [27].

За програмою медичних гарантій «реімбурсації підлягають зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, включені до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій (далі – Реєстр лікарських засобів, які підлягають реімбурсації), що затверджується наказом МОЗ станом на відповідну дату» [33].

Державне регулювання цін на лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 9 листопада 2016 р. № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» [37] та Порядку розрахунку граничних оптово-відпускних цін [35].

Відпуск суб'єктами господарювання лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, здійснюється «на підставі рецептів, виписаних відповідно до Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, затверджених МОЗ, через електронну систему охорони здоров'я (електронні рецепти)» [32].

Електронні рецепти на лікарські засоби, які підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій за напрямками «Первинна, вторинна профілактика та лікування серцево-судинних захворювань», «Цукровий діабет II типу», «Бронхіальна астма», виписуються лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Електронні рецепти на препарати інсуліну та лікарські засоби для лікування нецукрового діабету «виписуються лікарями за спеціальностями «Ендокринологія», «Дитяча ендокринологія» (лікарі-ендокринологи), а також лікарями, які надають первинну медичну допомогу, тільки на основі

призначення, внесеного до електронної системи охорони здоров'я лікарем-ендокринологом» [29].

Електронні рецепти на лікарські засоби виписуються:

- для лікування розладів психіки та поведінки – лікарями за спеціальностями «Психіатрія», «Дитяча психіатрія»;
- для лікування епілепсії – лікарями за спеціальностями «Психіатрія», «Дитяча психіатрія», «Неврологія», «Дитяча неврологія».

Електронні рецепти «виписуються в межах помісячних обсягів бюджетних асигнувань, передбачених для реімбурсації лікарських засобів у плані асигнувань (крім надання кредитів з державного бюджету) загального фонду державного бюджету за програмою, за рахунок якої фінансується програма медичних гарантій, складеному в установленому порядку. У разі коли загальна вартість лікарських засобів за всіма виписаними електронними рецептами у відповідному місяці дорівнює обсягу бюджетних асигнувань на реімбурсацію лікарських засобів за договорами про реімбурсацію, встановлених у плані асигнувань (крім надання кредитів з державного бюджету) загального фонду державного бюджету на відповідний місяць, виписування електронних рецептів через електронну систему охорони здоров'я (далі – система) припиняється до початку наступного місяця» [32].

Відпуск лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «здійснюється за електронними рецептами в аптеках чи аптечних пунктах, які здійснюють відпуск лікарських засобів згідно з договорами про реімбурсацію, укладеними суб'єктом господарювання з НСЗУ (договір про реімбурсацію), незалежно від місця проживання пацієнта чи місця надання медичних послуг» [34].

Відпуск лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «реєструється через систему особою, уповноваженою суб'єктом господарювання на реєстрацію відпуску лікарських засобів за електронними рецептами (уповноважена особа), із зазначенням номера електронного рецепта, коду підтвердження та інформації про відпущений лікарський засіб. Для завершення реєстрації відпуску через систему уповноважена особа накладає

електронний підпис, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису» [32].

Сума, яка відшкодовується за споживчу упаковку лікарського засобу відповідної лікарської форми (для інсуліну – за первинну упаковку препарату інсуліну), визначається в Реєстрі лікарських засобів, які підлягають реімбурсації.

НСЗУ публікує щомісяця протягом десяти робочих днів на своєму офіційному веб-сайті інформацію про здійснення реімбурсації лікарських засобів.

Реалізація лікарських засобів, які «підлягають реімбурсації та закуплені до дати затвердження МОЗ оновленого Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, здійснюється за цінами та у порядку, що застосовувалися до дати затвердження МОЗ зазначеного Реєстру, протягом 30 календарних днів з дати його затвердження МОЗ» [56].

До Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «включаються торговельні назви лікарських засобів, оптово-відпускна ціна за споживчу упаковку (для інсуліну – за первинну упаковку препарату інсуліну) яких не перевищує затверджену МОЗ граничну оптово-відпускну ціну в перерахунку на добову дозу лікарського засобу (для інсуліну – за первинну упаковку препарату інсуліну)» [56].

Для формування Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, НСЗУ розміщує протягом трьох робочих днів з дня оприлюднення Реєстру граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби відповідне оголошення на своєму офіційному веб-сайті.

НСЗУ розглядає «отримані від заявників документи протягом п'яти робочих днів після закінчення прийому заявок у строки, визначені в пункті 15 Порядку, та публікує на своєму офіційному веб-сайті попередні результати щодо включення лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації (у формі Реєстру). Під час здійснення розрахунків роздрібних цін, розмірів реімбурсації та сум доплат за споживчу упаковку (для



інсуліну – за первинну упаковку препарату інсуліну) НСЗУ округлює відповідні суми до другого знака після коми» [32].

Протягом п'яти робочих днів після опублікування попередніх результатів щодо включення лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «заявник може звернутися до НСЗУ щодо зниження оптово-відпускної ціни лікарського засобу, крім препаратів інсуліну, яка у перерахунку на добову дозу дорівнює оптово-відпускній ціні за добову дозу лікарського засобу, що підлягає реімбурсації без доплати, з аналогічною міжнародною непатентованою назвою та формою випуску. Для цього вартість добової дози такого лікарського засобу згідно з опублікованими попередніми результатами не повинна перевищувати вартості добової дози лікарського засобу, що підлягає реімбурсації без доплати, більше ніж на 10 відсотків» [56].

У разі виявлення технічної помилки в попередніх результатах щодо включення лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «заявник має право протягом п'яти робочих днів після опублікування попередніх результатів щодо включення лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, звернутися до НСЗУ щодо її виправлення (крім помилки щодо розміру оптово-відпускної ціни лікарського засобу)» [32].

Протягом п'яти робочих днів після закінчення строку прийому звернень, передбачених абзацами другим та третім цього пункту, НСЗУ «розглядає подані заявниками документи та подає до МОЗ пропозиції щодо включення торговельних назв лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації» [42].

На підставі отриманих від НСЗУ пропозицій МОЗ «приймає рішення про включення торговельних назв лікарських засобів до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації. Зазначений Реєстр затверджується наказом МОЗ протягом п'яти робочих днів з дати отримання пропозицій від

НСЗУ та оприлюднюється на офіційному веб-сайті МОЗ і Єдиному державному веб-порталі відкритих даних» [56].

Розрахунок розміру реімбурсації, суми доплати та роздрібної ціни за споживчу упаковку для кожної торговельної назви лікарського засобу, який підлягає реімбурсації, що зазначаються в Реєстрі лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, здійснюється НСЗУ.

Розмір реімбурсації за споживчу упаковку лікарського засобу (крім препаратів інсуліну) розраховується за такою формулою:

$$Pr = M \times K (1 + Ho/100) \times (1 + Hp/100) \times (1 + ПДВ/100), \text{ де}$$

« $Pr$  – розмір реімбурсації за споживчу упаковку лікарського засобу;

$M$  – мінімальна оптово-відпускна ціна;

$K$  – кількість добової дози лікарського засобу в упаковці;

$Ho$  – гранична постачальницько-збутова надбавка;

$Hp$  – гранична торговельна (роздрібна) надбавка;

$ПДВ$  – податок на додану вартість» [42].

Розмір реімбурсації (роздрібна ціна) за первинну упаковку торговельної назви препарату інсуліну в разі повного відшкодування його вартості розраховується за такою формулою:

$$Pr (Pц) = ОВЦ (1 + Ho / 100) \times (1 + Hp / 100) \times (1 + ПДВ/100), \text{ де}$$

$Pr$  – розмір реімбурсації за первинну упаковку торговельної назви препарату інсуліну;

$Pц$  – роздрібна ціна за первинну упаковку торговельної назви препарату інсуліну;

$ОВЦ$  – оптово-відпускна ціна за первинну упаковку торговельної назви препарату інсуліну;

$Ho$  – гранична постачальницько-збутова надбавка;

$Hp$  – гранична торговельна (роздрібна) надбавка;

$ПДВ$  – податок на додану вартість» [42].

У разі зменшення роздрібної ціни за споживчу упаковку лікарського засобу (для інсуліну – за первинну упаковку препарату інсуліну), включеного

до Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, «аптечний заклад проводить розрахунок із заокругленням до двох знаків після коми: розміру реімбурсації та суми доплати за первинну упаковку препарату інсуліну відповідно до Порядку; розміру реімбурсації за споживчу упаковку лікарського засобу (крім препаратів інсуліну) шляхом його зменшення на розмір зменшення роздрібної ціни» [50].

Значення розмірів реімбурсації та суми доплати, розрахованих відповідно до цього пункту, не можуть перевищувати значень, наведених у Реєстрі лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, затвердженому станом на відповідну дату.

## **Висновки до розділу 2**

Досліджено динаміку залучення нових аптек до програми «Доступні ліки» за 2017-2020 роки та виявлено збільшення їх загальної кількості у 2020 році в 1,84 раза порівняно зі стартом програми у 2017 році. Встановлено, що за організаційно-правовою формою власності у 2020 році найбільше залучених до програми аптек розташовано в Північному та Західному макрорегіоні з приватною формою власності (19,5 % та 26,7%, відповідно), а за типом населеного пункту – у містах Центрального та Західного макрорегіону (18,7 % та 25,5 %, відповідно).

За 2020 рік виявлено загальний приріст як виписаних, так і відпущених е-рецептів на рівні 20,5 % порівняно з 2019 роком та встановлено, що за регіональним розподілом найвищий показник приросту виписаних та відпущених е-рецептів був у Південному макрорегіоні (25,6 % та 26,3 %).

За віковим розподілом найбільше е-рецептів було виписано для вікової групи 65+ (63,43 % та 62,94 %). Згідно з регіональним розподілом, найвищий приріст встановлено у Південному макрорегіоні для груп 40-64, 18–39 та 6-17 років (26,5 %, 30,1 % та 30 %, відповідно).

У 2019-2020 роки більше 50 % з усіх е-рецептів для лікування артеріальної гіпертензії було виписано для таких лікарських засобів, як:

бісопролол, клопідогрель, еналаприл та амлодипін, а найвищий показник приросту виписаних е-рецептів був встановлений для лозартану, аміодарону, клопідогрелю та карведилолу.

На сьогодні в Тернопільській області 66 аптек уклали договори з НСЗУ, які здійснюють відпуск ліків за рецептами лікарів у 234 пунктах. З 1 квітня 2019 року лікарями закладів первинної медичної допомоги видано 637 048 електронних рецептів, з них 543 687 рецептів – в аптечній мережі, 66,93 тис. пацієнтів отримали ліки за програмою реімбурсації. Електронні рецепти виписуються в усіх закладах первинної медичної допомоги.

Порядок реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку регламентується Постановою КМУ «Порядок реімбурсації лікарських засобів», яка «визначає механізм повного або часткового відшкодування вартості (реімбурсації) лікарських засобів суб'єктам господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами (далі – суб'єкт господарювання), за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), затвердженою в установленому порядку на відповідний рік» [33].

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУРНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

#### **3.1. Перспективні напрямки удосконалення механізмів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку**

Перспективними напрямками удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів є: 1) запровадження реєстраційного досьє на лікарські засоби в електронному форматі відповідно до стандарту електронного загального технічного документу (eCTD); 2) запровадження та ведення Державного реєстру медичних виробів; 3) запровадження та популяризація серед лікарів та пацієнтів електронних інструкцій на ліки; 4) організація та впровадження система управління запасами ліків eStock; 5) запровадження механізму верифікація ліків.

В Європейському Союзі з 2016 року запроваджена обов'язкова вимога щодо подачі реєстраційного досьє на лікарські засоби в електронному форматі відповідно до стандарту електронного загального технічного документу (eCTD). Це означає, що усі процедури (реєстрація, перереєстрація, внесення змін до реєстраційного досьє лікарського засобу) проводяться виключно електронним шляхом. Заборонено наразі подавати документи не в електронному форматі також у США, Австралії, Канаді, Таїланді та низці інших країн.

Перехід до електронної подачі та eCTD формату і в Україні дозволив би підвищити контрольованість та прозорість процедур (всі документи та зміни до них зберігаються та відстежуються); заощадити кошти на зберіганні величезного архіву реєстраційних матеріалів на ліки, як це відбувається нині (до слова – одне досьє на лікарський засіб може займати цілий вантажний візок паперів і, відповідно, декілька квадратних метрів площі); прискорити та спростити роботу державних експертів та працівників компаній; наповнювати

та оновлювати в реальному часі відповідні бази даних уніфікованою інформацією про лікарські засоби.

Інформація про введення в обіг медичних виробів та факт проведення оцінки відповідності публікується на офіційних сайтах органів з оцінки відповідності та Держлікслужби. Формат викладення інформації, на жаль, не дає змоги інтегрувати такі дані до інших систем. Тож йдеться про необхідність створення Державного реєстру медичних виробів, до якого будуть інтегровані відповідні сучасні номенклатури та класифікатори, із забезпеченням доступу до нього за допомогою API для належного використання та інтеграції до інших систем.

В Україні інформація про лікарський засіб міститься в інструкції з медичного застосування, а в ЄС та інших країнах – у «короткій характеристиці», призначеній для фахівців, та у «листочку-вкладишу», призначеному для пацієнтів. На часі також впровадження цієї європейської практики і в Україні. Водночас у ЄС наразі триває розробка системи електронної інформації про препарати (ePI), в рамках якої на упаковці лікарського засобу або в інструкції розміщується QR-код з посиланням на спеціальну сторінку в мережі Інтернет, де знаходиться найактуальніша інформація про препарат.

Таке рішення корисно було б імплементувати і в Україні. Електронна інформація про ліки дозволить надалі й «персоналізувати» надання інформації через електронні сервіси та створювати повідомлення з системи щодо певних оновлень, інтегрувати з іншими сервісами, надавати інформацію більшою кількістю мов. У випадках кризових явищ, як-то пандемія COVID-19, це б спростило і пришвидшило надходження в обіг необхідних ліків з інших країн.

З метою налагодження процесу моніторингу залишків медичних товарів у медичних закладах МОЗ України за підтримки низки організацій розробляє проєкт Електронної системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «eStock». У рамках проєкту eStock має бути побудована єдина прозора система моніторингу залишків у лікарнях, що має стати

доступною для пацієнтів, закладів охорони здоров'я, управлінців системи охорони здоров'я та дозволити приймати обґрунтовані рішення щодо належного планування, розподілу та перерозподілу лікарських засобів у медичних закладах, здійснювати належний державний та громадський контроль за витратою бюджетних коштів.

Система верифікації, яка запроваджена в ЄС у 2019 році, є одним з сучасних електронних інструментів запобігання фальсифікації ліків. На упаковки рецептурних ліків наноситься унікальний QR-код та засіб контролю відкриття упаковки; ця інформація вноситься до єдиної бази даних ЄС, а потім перевіряється під час відпуску препаратів пацієнтам (у аптеках, лікарнях). При цьому відповідальними за створення та підтримку системи, у тому числі фінансово, є самі фармацевтичні виробники. Наразі в Україні ведеться активна комунікація щодо побудови такої системи, але, на жаль, були вже й невдалі спроби, що передбачали побудову системи, що не базувалась на принципах системи в ЄС. Звичайно, такий підхід не давав би можливості інтеграції з ЄС та ускладнював би як імпорт, так і експорт ліків. Наразі вбачаємо, що фармацевтичні виробники готові почати побудову в Україні системи ідентичної до моделі верифікації в ЄС, але водночас, в якості первісного та засадничого кроку, очікують від держави повноцінне створення й аналогічної регуляторної бази, що імплементуватиме європейський підхід та враховуватиме достатній перехідний період.

Система 2D-кодування має стати обов'язковою для всіх лікарських засобів в Україні. Цей інструмент дозволить не лише очистити фармацевтичний ринок від фальсифікату та контрафакту, а й гарантувати кожному громадянину України лікування препаратами належної якості.

2D-кодування – це дуже потужний інструмент, впровадження якого сприятиме зміні нашого розуміння та реальності існуючого ринку лікарських засобів в Україні. Адже він не лише гарантує, що препарат не є фальсифікованим, простроченим чи завезеним до країни з порушенням норм, а й захищає відповідальний фармацевтичний бізнес.

Обов'язкове кодування повинно впроваджуватися паралельно з автоматизованою системою відстеження обороту лікарських засобів – інформаційною базою даних, в якій буде міститися вся інформація про кожну упаковку препарату – від фактичного виробництва до конкретного пацієнта, який його придбав у аптечному закладі.

За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, наразі кожна десята упаковка препарату в країнах з низьким та середнім доходом фальсифікована. Аналогічна статистика характерна і контрафактних лікарських засобів, які потрапляють на український ринок незаконно або без проведення належної перевірки.

Безконтрольний обіг рецептурних лікарських засобів в Україні зумовлює збільшення випадків самолікування серед населення. Це одна з основних причин ускладнень та передчасної смертності населення в Україні. У нашій країні самолікуванням займається близько 69% пацієнтів.

Політика 2D-кодування лікарських засобів не нова. Вона успішно реалізується у багатьох країнах світу, а з лютого 2019 р. стала обов'язковою нормою для країн Європейського Союзу.

Обов'язкове 2D-кодування лікарських засобів повинно вводитися поступово, протягом трьох років: 1) у перший рік – для всіх препаратів, що беруть участь у програмі «Доступні ліки»; 2) на другий рік – для всіх препаратів, які використовуються для лікування пріоритетних захворювань, а отже, вони представлені у державних програмах; 3) протягом третього року – для всіх без винятку лікарських засобів, що реалізуються в Україні.

Можливий ще один варіант поетапного введення обов'язкового 2D-кодування лікарських засобів: 1) у перший рік – для всіх препаратів іноземного виробництва; 2) у другий – для всіх, які використовуються у госпітальному лікуванні; 3) протягом третього – для всіх без винятку лікарських засобів.

Контролювати оборот лікарських засобів та його механізм, а також працювати з наповнення загальної інформаційної системи доцільно на основі наступного алгоритму:



1. Аптечна установа, склад закладу охорони здоров'я та відповідальні особи закладів охорони здоров'я повинні щодня передавати інформацію про отримані лікарські засоби із зазначенням унікальних кодів упаковок до автоматизованої системи відстеження обороту лікарських засобів.

2. Учасники ланцюжка обігу лікарських засобів (дистриб'ютори, аптеки, заклади охорони здоров'я тощо) щодня повинні передавати в автоматизовану систему відстеження обороту лікарських засобів інформацію про термін придатності, випадки повернення, псування, втрати або утилізації препаратів.

3. Орган контролю повинен акумулювати та аналізувати інформацію про рух лікарських засобів – від виробника чи імпортера до кінцевого пункту реалізації.

Використання системи 2D-кодування відповідає окремим директивам Угоди про асоціацію між Україною та ЄС і тому є реальним втіленням євроінтеграційного вектора нашої держави. Однак для реального втілення цієї політики необхідно внести деякі зміни до чинного законодавства та нормативно-правових актів, а саме: 1) гармонізувати українське законодавство з вимогами положень директив ЄС; 2) ухвалити закон, який вносить зміни до ст. 12 Закону України «Про лікарські засоби»; 3) розробити покроковий план запровадження обов'язкового маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; 4) внести зміни до чинних підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють оборот лікарських засобів; 5) розробити окремий підзаконний нормативно-правовий акт щодо порядку маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; 6) закріпити на законодавчому рівні повноваження державного регулятора у цій сфері, який володітиме програмним забезпеченням та адмініструватиме систему; 7) створити програмний продукт та здійснити його поетапне використання.

### **3.2. Інноваційні підходи до забезпечення безпеки лікарських засобів**

Для удосконалення механізму реїмбусації лікарських засобів на ринку фармацевтичних послуг та адаптації його до умов цифровізації необхідно розробити та запровадити процедуру аудиту діяльності аптекних закладів за допомогою електронних чек-листів.

Електронний чек-лист аптеки – це зручний мобільний додаток, в якому ведеться робота за організованим у визначеному порядку документом, який містить перелік питань (пунктів, критеріїв), об'єднаних у категорії (групи) за єдиною смисловою ознакою. За допомогою цього інструменту аудитор, супервайзер, провізор, співробітник відділу внутрішнього контролю або керуючий мережі може організувати комплексний контроль якості роботи як окремо взятих аптек, так і аптечної мережі в цілому.

За електронним чек-листом можна максимально ефективно та швидко проводити будь-які внутрішні перевірки, виявляти допущені порушення та відхилення від прийнятих стандартів, починаючи з перевірки документації, викладення лікарських засобів на вітрині, закінчуючи оцінкою роботи персоналу. Крім фармацевтичних аудитів і різних видів внутрішньоаптечного контролю, систематичні перевірки за чек-листами служать надійним захистом від цілої плеяди контролюючих органів. Залежність тут пряма – чим частіше проводяться самоперевірки в рамках аптечного аудиту і чим сучасніше і технологічніше інструменти, що застосовуються для цього, тим менша ймовірність окремо взятої аптеки або аптечної мережі отримати штраф. А штрафи в аптеках, враховуючи законодавство, що постійно і хаотично змінюється, можуть бути вельми негуманними, що ляже в результаті вкрай неприємним фінансовим тягарем на плечі власників окремих аптек і аптечних мереж.

Параметрів і критеріїв, які потрібно контролювати в роботі аптеки, безліч і втримати все це в голові не під силу навіть досвідченому професіоналу, який має величезний досвід роботи у фармацевтичній сфері. В аптечному ритейлі, так само широко, як і в торгівлі, громадському харчуванні

та інших бізнес-напрямах, активно використовується такий універсальний інструмент як чек-лист. Широке поширення мобільних пристроїв та їх повсюдне використання у повсякденному житті та роботі призводить до появи на ринку спеціальних хмарних сервісів, що автоматизують та суттєво спрощують роботу з чек-листами.

На зміну паперовим чек-листам приходять набагато ефективніший і зручний інструмент – електронний чек-лист, за використання якого активно «схопилися» продуктові ритейлери, власники мереж громадського харчування та представники інших сфер бізнесу, яким небадьуже, що відбувається у них а закладах та що думають про них покупці. Аптечний ритейл також намагається не відставати від загальних тенденцій і трендів у плані автоматизації та впровадження у свої бізнес-процеси різних інноваційних сервісів, що безпосередньо впливають на ефективність організації контролю роботи аптек, лояльність покупців та безболісне проходження різного виду перевірок.

Варіацій використовуваних чек-листів може бути безліч, відповідно кожен з них може бути націлений на виявлення найпоширеніших порушень. Це може бути як контроль відповідності стандартам аптечної мережі, так і контроль окремих напрямків: документації, полиць і вітрин, або будь-яких специфічних критеріїв. Контролюватися в окремо взятій аптеці може все що завгодно – відсутність вандальних написів на фасаді будівлі, наявність медкнижок персоналу, мінімальний асортимент, викладення товару, куточок споживача, оголошення в прикасовій зоні, холодильники та підсобні приміщення, господарський інвентар, зовнішній вигляд першостольників тощо.

Окремим чек-листом може проводитись перевірка знань та дій провізорів та фармацевтів, проінструктованих завідувачем аптеки щодо прибуття «непроханих гостей» під виглядом позапланової перевірки. Надзвичайно важливо, щоб під впливом стресової ситуації лінійний персонал аптеки не губився і діяв строго за інструкцією, не пускаючи нікого за прилавок

і вимагаючи надати потрібні документи. За аналогією з продуктовим ритейлом, за чек-листами в аптеці дуже зручно виконувати т.зв. «мерчендайзинговий аудит», здійснювати контроль викладення препаратів та лікарських засобів на полицях та вітринах з метою збільшення продажів та суми середнього чека.

Чек-лист внутрішньої перевірки аптеки складається з пунктів, кожен із яких спрямовано оцінку тієї чи іншої критерію чи параметра. Пункти об'єднуються у загальні категорії. Наприклад категорія «Зовнішній вигляд аптеки» може включати пункти: «Вивіска і режим роботи» і «Чистий фасад», а категорія «Документація» - пункти «Штатний розклад» та «Договір на утилізацію медикаментів». На розсуд перевіряльника, чек-лист може бути загальним, охоплюючи відразу безліч критеріїв перевірки, так і більш «вузькоспрямованим», для оцінки тієї чи іншої групи параметрів та критеріїв. Універсальний чек-лист, що має спільні категорії, що перетинаються, може застосовуватися для перевірки практично будь-якої аптеки, проте при перевірках на відповідність стандартам аптечної мережі у кожної організації можлива своя власна, відмітна специфіка.

Електронний чек-лист у складі спеціального хмарного сервісу не вимагає жодних інвестицій в інфраструктуру, дуже швидко «розгортається» та впроваджується, простий та інтуїтивний у використанні. Цей інструмент дозволяє аудиторам використовувати свій особистий мобільний пристрій, фіксуючи порушення та доповнюючи їх супутніми фотографіями разом із коментарями. Вся зібрана інформація нікуди не пропадає і не втрачається, зберігається в «хмарі», у будь-який момент доступна в різних звітах, і після завершення перевірки автоматично розсилається керівництву у вигляді наочних фотозвітів, де чітко зафіксовано дату, час, початок, закінчення, тривалість перевірки, графік порівняння з попередніми показниками, реальне підтвердження візиту на об'єкт з геолокації мобільного пристрою, а також весь супутній «розклад» щодо виявлених порушень із фотографіями та коментарями перевіряючих.

Оперативне отримання фотозвітів керівництвом особливо актуальне під

час перевірок, що проводяться в рамках контролю стандартів великої та розгалуженої аптечної мережі, коли аудитор або супервайзер за один день може перевірити кілька аптек, а самі перевірки можуть проводитись одночасно у віддалених від центрального офісу містах та регіонах. Можливість роботи в автономному режимі дозволяє проводити перевірки навіть у віддалених точках при поганому або відсутньому інтернет-з'єднанні, синхронізуючи дані із сервером пізніше, з появою доступного зв'язку.

В електронному чек-листі аптеки оцінка, що виставляється, по кожному пункту може бути як стандартною відповіддю «Так» або «Ні», так і числовим значенням, балом за шкалою, фіксованим значенням, що вибирається зі списку або ж простим коментарем. Виїжджаючи на перевірку в аптеку, перевіряючий (інспектор, аудитор або супервайзер) виконує «прохідку» електронним чек-листом на своєму мобільному пристрої, фіксуючи виявлені порушення та відхилення, виставляючи оцінки та при необхідності доповнюючи їх фотографіями та коментарями. По кожному пункту чек-листа перевіряючий може бачити «еталонну» фотографію того, як має бути правильно, без порушень. Вбудована функція геолокації мобільного пристрою дозволяє реально підтвердити факт відвідування перевіряючим аптеки з фіксацією дати та часу створення перевірки, «взяття в роботу», переведення на наступний етап та фінального закриття, що дозволяє в результаті уникнути підтасування реального часу, що було витрачено на роботу та навмисного введення в оману перевіряючим свого безпосереднього начальства щодо проведеної перевірки.

У найпростішому варіанті перевірка може бути виконана за процесом «тільки перевірка», коли аудитор «пройшовся» за чек-листом на своєму мобільному пристрої, зафіксував порушення та закриття перевірки. У більш складних сценаріях, перевірка може залучати практично весь персонал аптеки – завідувача-провізора і фармацевта, передаючись їм на підписання і в подальшу роботу над помилками. У цьому випадку перевіряючий після виконання перевірки та фіксації порушень передає перевірку на підписання працівникам аптеки. Передана перевірка після ознайомлення «підписується»

відповідальним співробітником на його особистому мобільному пристрої або персональному комп'ютері і далі починається етап роботи над виявленими порушеннями. Відповідальний співробітник аптеки, залежно від виставлених йому прав доступу та ролей, може висловити незгоду з виявленими порушеннями, написавши по спірному пункту чек-листа свій власний коментар, або підтвердити виправлення порушення доданою фотографією або супутнім коментарем.

Ще більш складним може бути процес із залученням координатора до перевірки. У великих торгових компаніях та аптечних мережах, координатор перевірок – це спеціаліст відділу внутрішнього моніторингу або аудиту, який займається плануванням та розподілом перевірок за аудиторами, що перевіряють, або супервайзерами. У разі залучення координатора до перевірки, після підписання відповідальним співробітником, перевірка перевіряючим передається координатору та переходить на етап роботи над помилками. З цього моменту роботу над помилками відповідального співробітника приймає саме координатор, робота перевіряючого, аудитора чи супервайзера на цьому етапі буде завершено. Тим самим у кожній перевірці формується досить цікаве та інформативне для керівника «листування» - своєрідний «чат», який наочно ілюструє взаємодію всіх залучених осіб та підрозділів.

Крім обов'язкового ведення стандартних довідників аптек, регіонів, користувачів та їх ролей, на веб-сайті сервісу за допомогою спеціального конструктора надається можливість створення необмеженої кількості чек-листів будь-якого розміру з комбінованими типами оцінок за різними пунктами. Пункт (критерій) чек-листа аптеки може мати масу додаткових параметрів, таких як «вага» або «вартість» порушення у балах або штраф у грошовому еквіваленті, зразок фотографії як має виглядати «в ідеалі», без порушень. Будь-який пункт чек-листа може опціонально підкріплюватися обов'язковим коментарем та/або фотографією, як на постійній основі, так і лише за наявності порушення цього пункту. Для внесення в чек-лист певної

гнучкості, передбачаються опції, що дозволяють не ставити оцінку за поточним пунктом, позначаючи пункт значенням "немає даних" або взагалі пропускати його.

Існуючий механізм формування претензій дозволяє залучати до перевірки контролю роботи аптек сервісні служби – «АХЧ» та інших, які стежать за порядком у «своїй зоні відповідальності». Наприклад, при виявлених порушеннях у роботі кас та комп'ютерного обладнання, повідомлення про порушення автоматично отримує ІТ-служба, при виявлених на стінах будівлі «графіті» та брудних сходах – клінінгова служба тощо. Усім користувачам сервісу, від рядових співробітників до керівництва вищої ланки налаштовується отримання різних інформаційних повідомлень за активними, простроченими та переведеними на наступний етап виконання перевірок. Керівникам, супервайзерам та вищому топ-менеджменту у свою чергу налаштовується автоматичне отримання підсумкових фотозвітів за фактом завершення роботи перевіряючого та інших залучених до перевірки відповідальних осіб. На веб-сайті сервісу також передбачається можливість масового планування перевірок аптек на майбутні періоди та розподілу їх за перевіряючими.

Одним лише аудитом, збором інформації та фіксації порушень за допомогою мобільних пристроїв сервіс електронних чек-листів не обмежується, адже як результат, зібрану інформацію потрібно зберігати, аналізувати та зіставляти з минулими періодами, відстежуючи динаміку змін, покращень чи навпаки – виявляючи причини провалів та погіршень за будь-якими критеріями чи напрямками. Доступна на сайті сервісу оперативна та аналітична звітність дозволяє будувати звіти щодо виявлених порушень та відхилень від стандартів у різних розрізах за будь-який період часу, виявляючи «слабкі ланки» та «провальні моменти», де порушення допускається найчастіше, а також основні аптеки-аутсайтери, найчастіше які у своїй роботі порушення.

Наявна звітність надає можливість контролювати роботу аптек,

аналізуючи зібрану інформацію щодо порушень у різних розрізах з можливістю деталізації починаючи з найвищого рівня угруповання аж до конкретної перевірки та аудиту з можливістю легко туди «провалитися» по одному кліку миші. За допомогою доступної звітності керівник також може «покарати рублем», сформувавши і відправивши прямо до бухгалтерії спеціальний звіт з депремування окремо взятих співробітників на підставі проведених перевірок.

Звітність у вигляді сучасних і наочних «дашбордів» допомагає топ-менеджменту з будь-якої точки земної кулі оперативно бачити повноцінну картину того, що відбувається зараз «на місцях» щодо дотримання прийнятих аптечних стандартів. Все це дозволяє легко відстежувати якість роботи та здійснювати контроль як окремо взятої аптеки, так і всієї мережі загалом. Надання подібних можливостей сервісом електронних чек-листів є особливо актуальним для великих, регіонально розподілених аптечних мереж. Після проведення інспекції в аптеці, навіть якщо вона розташована за багато кілометрів від центрального офісу, на електронну пошту керівника миттєво прийде підсумковий фотозвіт, який наочно продемонструє повну картину виявлених порушень із коментарями всіх залучених до перевірки співробітників та сервісних служб. Можливість аналізу всієї зібраної інформації щодо порушень у різних розрізах з можливістю деталізації від найвищого рівня угруповання аж до конкретної перевірки – дуже важлива складова сервісу.

### **Висновки до розділі 3**

Перспективними напрямками удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів є: запровадження реєстраційного досьє на лікарські засоби в електронному форматі відповідно до стандарту електронного загального технічного документу (eCTD); запровадження та ведення Державного реєстру медичних виробів; запровадження та популяризація серед лікарів та пацієнтів



електронних інструкцій на ліки; організація та впровадження система управління запасами ліків eStock; запровадження механізму верифікація ліків.

Для удосконалення механізмів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку необхідно внести деякі зміни до чинного законодавства та нормативно-правових актів, а саме: гармонізувати українське законодавство з вимогами положень директив ЄС; ухвалити закон, який вносить зміни до ст. 12 Закону України «Про лікарські засоби»; розробити покроковий план запровадження обов'язкового маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; внести зміни до чинних підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють оборот лікарських засобів; розробити окремий підзаконний нормативно-правовий акт щодо порядку маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; закріпити на законодавчому рівні повноваження державного регулятора у цій сфері, який володітиме програмним забезпеченням та адмініструватиме систему; створити програмний продукт та здійснити його поетапне використання.

Для удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів на ринку фармацевтичних послуг та адаптації його до умов цифровізації необхідно розробити та запровадити процедуру аудиту діяльності аптечних закладів за допомогою електронних чек-листів. Електронний чек-лист аптеки – це зручний мобільний додаток, в якому ведеться робота за організованим у визначеному порядку документом, який містить перелік питань (пунктів, критеріїв), об'єднаних у категорії (групи) за єдиною смисловою ознакою.

## ВИСНОВКИ

Дослідження механізму реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку, проведене на матеріалах Міністерства охорони здоров'я України та Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації, дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

Фармацевтичний ринок – це сукупність зацікавлених у виробництві, продажі та споживанні лікарських засобів осіб: компаній-виробників, дистриб'юторів, працівників аптек, лікарів та керівників закладів охорони здоров'я різних організаційно-правових форм та, безпосередньо, самі пацієнтів. Фармацевтичний ринок є унікальним за своїми проявами: від одночасно поєднує в собі ознаки ринку споживчих товарів і ринку послуг. Враховуючи визначну соціальну роль фармацевтичного ринку, діяльність всіх його суб'єктів регулюється державою.

Одним із механізмів державного регулювання діяльності на фармацевтичному ринку виступає реімбурсація. Реімбурсація – це загальноприйнята в міжнародній практиці назва процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських засобів і медичних послуг для населення. Система реімбурсації – це соціально-економічна система, метою якої є забезпечення доступності лікарських засобів і фармацевтичної допомоги в цілому, об'єктом якої є затверджені органи, що виплачують компенсацію з певних джерел фінансування, а об'єктом – певні категорії захворювань і пацієнтів.

Реімбурсація потребує значних додаткових витрат з бюджету, однак її використання стимулює вітчизняне виробництво лікарських засобів. Водночас потребують вирішення інші нагальні питання, як: розробка єдиних стандартів лікування; встановлення економічно обґрунтованих цін на лікарські засоби; вдосконалення нормативно-правової бази; розробка переліку життєво необхідних лікарських засобів, вартість яких підлягатиме першочерговому відшкодуванню; забезпечення обов'язкової державної реєстрації оптово-

відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення; визначення необхідного обсягу фінансування за даними захворюваності населення; побудова адекватної моделі фінансового відшкодування вартості лікарських засобів; розробка технічного механізму відшкодування цих витрат тощо.

Досліджено динаміку залучення нових аптек до програми «Доступні ліки» за 2017-2020 роки та виявлено збільшення їх загальної кількості у 2020 році в 1,84 раза порівняно зі стартом програми у 2017 році. Встановлено, що за організаційно-правовою формою власності у 2020 році найбільше залучених до програми аптек розташовано в Північному та Західному макрорегіоні з приватною формою власності (19,5 % та 26,7%, відповідно), а за типом населеного пункту – у містах Центрального та Західного макрорегіону (18,7 % та 25,5 %, відповідно).

За 2020 рік виявлено загальний приріст як виписаних, так і відпущених е-рецептів на рівні 20,5 % порівняно з 2019 роком та встановлено, що за регіональним розподілом найвищий показник приросту виписаних та відпущених е-рецептів був у Південному макрорегіоні (25,6 % та 26,3 %).

За віковим розподілом найбільше е-рецептів було виписано для вікової групи 65+ (63,43 % та 62,94 %). Згідно з регіональним розподілом, найвищий приріст встановлено у Південному макрорегіоні для груп 40-64, 18–39 та 6-17 років (26,5 %, 30,1 % та 30 %, відповідно).

У 2019-2020 роки більше 50 % з усіх е-рецептів для лікування артеріальної гіпертензії було виписано для таких лікарських засобів, як: бісопролол, клопідогрель, еналаприл та амлодипін, а найвищий показник приросту виписаних е-рецептів був встановлений для лозартану, аміодарону, клопідогрелю та карведилолу.

На сьогодні в Тернопільській області 66 аптек уклали договори з НСЗУ, які здійснюють відпуск ліків за рецептами лікарів у 234 пунктах. З 1 квітня 2019 року лікарями закладів первинної медичної допомоги видано 637 048 електронних рецептів, з них 543 687 рецептів – в аптечній мережі, 66,93 тис.

пацієнтів отримали ліки за програмою реімбурсації. Електронні рецепти виписуються в усіх закладах первинної медичної допомоги.

Порядок реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку регламентується Постановою КМУ «Порядок реімбурсації лікарських засобів», яка «визначає механізм повного або часткового відшкодування вартості (реімбурсації) лікарських засобів суб'єктам господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами (далі – суб'єкт господарювання), за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), затвердженою в установленому порядку на відповідний рік» [33].

Перспективними напрямками удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів є: запровадження реєстраційного дос'є на лікарські засоби в електронному форматі відповідно до стандарту електронного загального технічного документу (eCTD); запровадження та ведення Державного реєстру медичних виробів; запровадження та популяризація серед лікарів та пацієнтів електронних інструкцій на ліки; організація та впровадження система управління запасами ліків eStock; запровадження механізму верифікація ліків.

Для удосконалення механізмів реімбурсації лікарських засобів на фармацевтичному ринку необхідно внести деякі зміни до чинного законодавства та нормативно-правових актів, а саме: гармонізувати українське законодавство з вимогами положень директив ЄС; ухвалити закон, який вносить зміни до ст. 12 Закону України «Про лікарські засоби»; розробити покроковий план запровадження обов'язкового маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; внести зміни до чинних підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють оборот лікарських засобів; розробити окремий підзаконний нормативно-правовий акт щодо порядку маркування лікарських засобів унікальним ідентифікатором; закріпити на законодавчому рівні повноваження державного регулятора у цій сфері, який

володітиме програмним забезпеченням та адмініструватиме систему; створити програмний продукт та здійснити його поетапне використання.

Для удосконалення механізму реїмбусації лікарських засобів на ринку фармацевтичних послуг та адаптації його до умов цифровізації необхідно розробити та запровадити процедуру аудиту діяльності аптечних закладів за допомогою електронних чек-листів. Електронний чек-лист аптеки – це зручний мобільний додаток, в якому ведеться робота за організованим у визначеному порядку документом, який містить перелік питань (пунктів, критеріїв), об'єднаних у категорії (групи) за єдиною смисловою ознакою.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
2. Беліченко А.В. Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами: атореф. дис. ... канд. наук з держ. Управління: 25.00.02. Харків. 2016. 19 с.
3. Беліченко А.В. Сучасні принципи державного управління процесом забезпечення населення лікарськими засобами. *Державне будівництво*. 2007. № 1. Ч. 1. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-2/doc/2/10.pdf>.
4. Бушуєва І.В. Питання реімбурсації: від Європи до України. Збірник праць науково-практичної конф. з міжнародною участю «Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою». Львів, 28-29 вересня 2018 р. С. 35-37.
5. Войтів К. Зарубіжний досвід державного регулювання забезпечення населення лікарськими засобами. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали доповідей Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 10 листопада 2022 року, Тернопіль, 2022.
6. Войтів К. Напрямки удосконалення процедури реімбурсації лікарських засобів. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови : матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, 31 травня 2022 року, Тернопіль, 2022. С. 248-251.
7. Гетало О.В., Кратенко А.О. Аналіз соціально-економічного стану системи реімбурсації вартості лікарських засобів за кордоном. *Логоз. Мистецтво наукової думки*. 2019. № 2. С. 62-63. URL: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2617-7064/article/view/120>
8. Голубка В.М. Механізми регулювання фармацевтичного ринку в Україні: дис. канд. юрид. наук: 08.00.03. Львів, 2015. 223 с.

9. Гуз В.С., Заліська О.М., Максимович Н.М. Аналіз тенденцій у програмі реімбурсації «Доступні ліки» в Україні. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 4. <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/pharm-chas/article/download/12658/11910/43809>

10. Дешко Л.М. Державне регулювання цін на лікарські засоби в Україні: історико-правовий аналіз. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матер. І Всеукр. наук.-практ. конф. 19-20 квітня 2007 р. Львів, 2007. С. 120-126.

11. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 р. № 854. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2021-%D0%BF#Text>

12. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2021. Вип. 26. С. 17-27.

13. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13-22.

14. Жуковська А., Чигур О. Особливості формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Соціальні, економіко-правові та фінансові виклики в умовах глобальних трансформацій: матеріали доповідей ІІ Міжнародній науково-практичній конференції, 30 травня 2022 р., Тернопіль-Братислава, 2022. С. 188-191.

15. Жуковська А.Ю., Чигур О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*, 2022, № №1 (90). С. 60-66.

16. Звіт Антимонопольного комітету України за результатами дослідження фармацевтичних ринків (за період 2020 – перше півріччя 2022 р.).

17. Кіт Л.З. Організаційно-економічні засади розвитку аптечних мережових бізнес-структур : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04. Мукачево, 2018. 345 с.

18. Костюк І.А. Аналіз динаміки асортименту лікарських засобів для фармакотерапії бронхіальної астми у програмі «Доступні ліки». *Фармацевтичний журнал*. 2019. № 74 (5). С. 12-20.

19. Котвіцька А.А., Немченко А.С., Красуля О.І. Моделювання процесу формування системи реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2009. № 2(4). С. 44-48.

20. Котвіцька, А.А. Методологія соціально ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення : автореф. дис. ... докт. фарм. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи». Х., 2008. 43 с.

21. Метельська М.А. Доступні ліки, досвід ЄС та як це діє в Україні. Волинь онлайн. 2018. URL: <https://volynonline.com/dostupni-liky-dosvid-yes-ta-yak-tse-diye-v-ukrayini/>

22. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок, 2020. 560 с.

23. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). URL: <https://nszu.gov.ua/>

24. Немченко А.С., Косяченко К.Л., Немченко О.А. Ціноутворення на лікарські засоби. Харків : Апостроф, 2012. 304 с.

25. Немченко А.С., Котвіцька А.А. Наукове обґрунтування принципів функціонування системи лікарського забезпечення населення та визначення її соціальної ефективності. *Фармаком*. 2007. № 2. С. 94-99.

26. Немченко А.С., Котвіцька А.А. Реімбурсація. Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1062/Reimbursaciya>

27. Немченко А.С., Куриленко Ю. Є. Аналіз нормативно-правових актів щодо державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування серцево-



судинних захворювань. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2017. 3 (3). С. 12-20.

28. Немченко А.С., Назаркіна В. М., Куриленко Ю.Є. Законодавство в системі охорони здоров'я: навч. посіб. Харків : НФаУ, 2019. 84 с.

29. Немченко А.С., Назаркіна В.М. Обґрунтування моделі ціноутворення на лікарські засоби за умов впровадження оцінки технологій охорони здоров'я. Київ : МОЗ, 2015. 23 с.

30. Немченко, А.С., Царева К.О., Хоменко В.М. Аналіз нормативно-правових актів щодо державного регулювання цін на лікарські засоби в Україні. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матер. наук. симпозиуму у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, 15-16 верес. 2016 р. Харків, 2016. С. 127-129.

31. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок, 2021. 438 с.

32. Пашков В.М., Хмельницька О.А. Державне регулювання обігу лікарських засобів. *Аптека uaonline*. 2003. № 22 (393). URL: <https://www.apteka.ua/article/14135>.

33. Полтавцева А.С. Реімбурсація в системі регулювального впливу держави на фармацевтичному ринку: постановка питання. *Право і суспільство*. 2014. № 3. С. 218-224.

34. Полтавцева А.С. Функціонування системи реімбурсації: європейський досвід для України. *Актуальні проблеми держави і права*. 2014. Вип. 71. С. 226-232.

35. Порядок розрахунку граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби, які визначені у переліку лікарських засобів, що включені до Національного переліку основних лікарських засобів та на які встановлюються граничні оптово-відпускні ціни: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 липня 2019 року № 1600 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 січня 2020 року № 139). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0794-19#Text>

36. Пришко І.М., Байгуш Ю.В. Аналіз результатів пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: зб. наук. ст. IV Міжнар. наук.-практ. Internet-конф., м. Харків, 24-25 берез. 2016 р. Харків : НФаУ, 2016. С. 26-34.

37. Про державне регулювання цін на лікарські засоби: Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 р. № 862. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-2016-%D0%BF#Text>

38. Про забезпечення доступності лікарських засобів: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 р. № 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF#Text>

39. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 р. № 1022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-%D0%BF#Text>

40. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647. *Офіційний вісник України*. 2015. № 72.

41. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. *Офіційний вісник України*. 2015. № 38. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

42. Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 11.07.2017 № 782. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0851-17#Text>

43. Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою: Постанова

Кабінету Міністрів України від 05.09.2012 р. № 907. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/907-2012-%D0%BF#Text>

44. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 21 січня 2019 року : наказ МОЗ України від 21.01.2019 р. № 148. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-21012019--148-pro-zatverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-vartist-jakihpidljagae-vidshkoduvannju-stanom-na-21-sichnja-201-9-roku>

45. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 29 липня 2019 року : наказ МОЗ України від 30.07.2019 р. № 1715. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-30072019--1715-pro-atverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajutreimbursacii-stanom-na-29-lipnja-2019-roku>

46. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 07 лютого 2020 року : наказ МОЗ України від 13.02.2020 р. № 316. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13022020--316-pro-zatverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajutreimbursacii-stanom-na-07-ljutogo-2020-roku>

47. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 28 травня 2020 року : наказ МОЗ України від 01.06.2020 р. № 1284. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-01062020--1284-pro-zatverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajutreimbursacii-stanom-na-28-travnja-2020-roku>

48. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 07 серпня 2020 року : наказ МОЗ України від 11.08.2020 р. № 1851. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11082020--1851-pro-zatverdzhennja-reestru-likarskih-zasobiv-jaki-pidljagajutreimbursacii-stanom-na-07-serpnja-2020-roku>

49. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 р. № 794-VII. *Офіційний вісник України*. 2014. № 20.

50. Про лікарські засоби: Закон України від 4 квітня 1996 р. № 124/96. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 22. Ст. 86.

51. Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. № 340. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/340-2012-%D0%BF#Text>

52. Про регламент Верховної Ради України: Закон України від 9 березня 2010 р. № 1952-VI. *Офіційний вісник України*. 2010. № 12.

53. Про утворення Державного комітету України з питань контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 23 червня 2010 р. № 516. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/516-2010-%D0%BF>.

54. Про утворення державного підприємства «Укрспецекспертиза»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 11 лютого 2004 р. № 83. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0083282-04>.

55. Реєстр місць провадження діяльності з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами. URL: <http://portal.diklz.gov.ua/PublicSite/TradeLicense/TradeLicenseList.aspx>.

56. Руснак Л.М. Державне регулювання фармацевтичної діяльності в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Сер.: Юриспруденція. 2018. № 36. Том 1. С. 105-108.

57. Симоненко Н.А., Подгайна М.В., Немченко А.С. та ін. Аналіз економічної доступності окремих груп кардіологічних препаратів в Україні за 2016-2020 роки. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 2. (2021). С. 79-86.

58. Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки». URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liky>

59. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збаразький замок, 9 вересня 2021 р.). *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233.

60. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.

61. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1. С. 64-69.

62. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125.

63. Шушпанов Д.Г. Оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення на засадах мікроімітаційного моделювання. Економічний аналіз. 2017. Том 27.№ 2. С. 79-90.

64. Шушпанов, Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні. Український журнал прикладної економіки. 2017. Том 2. Випуск 1. С. 153-165.

65. Dluhopolskyi O., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Zhukovska A., Kryvokulska N. The implementation of the Ehealth system and anticorruption reforms (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (5-7 June, 2019). Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, pp. 346-349.

66. Shushpanov D., Zheliuk T., Zhukovska A., Diakovich L., Matsyk V., Kotsur A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (15-17 September, 2021). Deggendorf, Germany, 2021, pp. 259-664.

67. Zhukovska A., Brechko O., Zheliuk T., Chygur O., Shushpanov D., Nytko O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254.