

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

SOCIAL PHARMACY
IN HEALTH CARE

2026 — Том 12, № 3

Харків
НФаУ

Головний редактор

А. А. Котвіцька (м. Харків)

Відповідальний секретар

А. В. Волкова (м. Харків)

Редакційна колегія:

Л. О. Гала (м. Київ); Б. П. Громовик (м. Львів);
Г. Каспаравічене (м. Каунас, Литва); К. Л. Косяченко (м. Київ);
О. В. Кривов'яз (м. Вінниця); Ю. С. Маслій (м. Каунас, Литва);
О. Я. Міщенко (м. Харків); Г. Л. Панфілова (м. Харків);
О. В. Посилкіна (м. Харків); Р. В. Сагайдак-Нікітюк (м. Харків);
А. Х. Тодорова (м. Варна, Болгарія)

Засновник: Національний фармацевтичний університет.

Заснований та видається з 2015 року.

Періодичність публікацій: 4 рази на рік.

Мова видання: українська, англійська.

Реєстрація суб'єкта у сфері друкованих медіа: ідентифікатор медіа R30-05025 (Рішення Національної ради України з питань телебачення і радіомовлення № 1911 (протокол № 17 від 30.05.2024 р.) «Про заяви Національного фармацевтичного університету, м. Харків, щодо реєстрації суб'єкта у сфері друкованих медіа».

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України (категорія «Б»), у яких можуть публікуватися результати докторських дисертацій (Наказ МОН України від 11.06.2026 р. № 928), є професійним виданням. Кластер (науковий профіль) – Хімія, хімічні технології та фармація, Спеціальність – І8 Фармація (за спеціалізаціями).

Журнал внесено до реферативних і наукометричних баз і каталогів: BASE, CrossRef, ROAD, Google Академія, Index Copernicus Journals, Openalex, SUDOC, Ulrich's Periodicals Directory, WorldCat, Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського, УРЖ «Джерело».

Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях даних несуть автори.

Адреса для листування: 61002, м. Харків, вул. Григорія Сковороди, 53, Національний фармацевтичний університет, журнал «Соціальна фармація в охороні здоров'я». E-mail: socpharm-journal@nuph.edu.ua, publish@nuph.edu.ua.

Сайт: <https://sphhcj.nuph.edu.ua>

Здано до набору 21.09.2026 р. Підписано до друку 02.10.2026 р. Формат 60x84 1/8

Редактори: Н. І. Голубева, О. Ю. Гурко; комп'ютерне верстання О. М. Білінської

ISSN 2413–6085 (Print); ISSN 2518–1564 (Online); префікс DOI: 10.24959/sphhcj

«Соціальна фармація в охороні здоров'я». Том 12, № 3, 2026



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Соціальна медицина і фармація: історія, сучасність та перспективи розвитку

УДК 615.1:339.138:004.8:005.52

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.398>

І. В. ПЕСТУН¹, З. М. МНУШКО², Н. А. СЛІЩОВА², І. І. ПАРФЬОНОВА³

¹ Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків

² Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна

³ Харківський національний медичний університет, Україна

E-mail: irynapestun.nuph@gmail.com

АНАЛІТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ АЛЬЯНСІВ, ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ТА МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ

Актуальність досліджень полягає в обґрунтуванні значущості та напрямів розвитку стратегічних фармацевтичних альянсів в умовах поєднання біологічних наук, цифрових технологій і нових геополітичних умов, а також в обґрунтуванні євроінтеграційних процесів вітчизняних фармацевтичних підприємств та потреби в іноземних інвестиціях.

Мета – дослідження, аналіз та узагальнення особливостей стратегічних фармацевтичних альянсів і використання ними цифрових технологій та маркетингових взаємовідносин як інноваційних інструментів розвитку й підвищення конкурентоспроможності фармацевтичних компаній.

Матеріали та методи: дані наукової літератури, інформаційні сайти он-лайн видань та фармацевтичних компаній; методи контент-аналізу, системно-аналітичний, структурно-логічний, групування, узагальнення.

Результати та їхнє обговорення. Показано значення стратегічних взаємовідносин на міжнародному рівні, визначено особливості, переваги, можливі проблеми й ризики та методи їхнього зниження для фармацевтичних альянсів, а також перспективи розвитку. З-поміж головних цілей міжнародних стратегічних взаємовідносин у фармації є вирішення проблем дефіциту ліків і стабілізація ланцюгів постачань на засадах гармонізації нормативно-правового регулювання та залучення інвестицій. Показано роль у розробленні лікарських засобів і їхньому просуванні на ринках розвитку цифровізації й партнерських взаємовідносин фармацевтичних компаній та їхніх альянсів з цифровими платформами. Узагальнені переваги та форми маркетингових взаємовідносин з прикладами фармацевтичної сфери.

Висновки. Стратегічні фармацевтичні альянси є однією з ефективних і розповсюджених форм партнерських взаємовідносин, створення яких відповідає тенденціям міжнародної співпраці і є перспективним для національних фармацевтичних підприємств.

Ключові слова: лікарські засоби; маркетинг взаємовідносин; партнерство у фармації; фармацевтичні компанії; фармацевтичний ринок; фармацевтичні стратегічні альянси; цифрові технології.

I. V. PESTUN¹, Z. M. MNUSHKO², N. A. SLIPTSOVA², I. I. PARFIONOVA³

¹ National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

² Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

³ Kharkiv National Medical University, Ukraine

E-mail: irynapestun.nuph@gmail.com

THE ANALYTICAL STUDY OF STRATEGIC ALLIANCES, DIGITAL TRANSFORMATION, AND RELATIONSHIP MARKETING IN THE PHARMACEUTICAL SECTOR

The relevance of the study is to substantiate the significance and development directions of strategic pharmaceutical alliances in the context of a combination of biological sciences, digital technologies, and new geopolitical conditions, as well as the European integration processes of domestic pharmaceutical enterprises and the need for foreign investment.

Aim. To study, analyze, and generalize the features of strategic pharmaceutical alliances and their use of digital technologies and relationship marketing as innovative tools for developing and improving the competitiveness of pharmaceutical companies.

Materials and methods. Scientific literature data, information websites of online publications, and pharmaceutical companies were used. The methods applied included the content analysis, system-analytical, structural-logical, grouping, and generalization methods.

Results and discussion. The importance of strategic relationships at the international level has been shown; the features, advantages, possible problems and risks, as well as methods for mitigating them, and the future development prospects of pharmaceutical alliances have been identified. Attention is focused on the fact that the main goals of international strategic relationships in pharmacy are to solve problems of drug shortages and stabilize supply chains through harmonized regulatory frameworks and investment attraction. The role of digitalization and partnership relationships between pharmaceutical companies and digital platforms in the drug development and market promotion has been demonstrated. The advantages and forms of relationship marketing with examples from the pharmaceutical sector have been generalized.

Conclusions. Strategic pharmaceutical alliances are one of the most effective and widespread forms of partnership that aligns with current trends in international cooperation and offers a significant potential for national pharmaceutical enterprises.

Keywords: medicines; relationship marketing; partnership in pharmacy; pharmaceutical companies; pharmaceutical market; strategic pharmaceutical alliances; digital technologies.

Вступ. Під впливом бурхливого розвитку суспільних процесів у XXI столітті відбуваються значні зміни в управлінській, технологічній, соціальній, маркетингово-комунікативній діяльності фармацевтичних компаній як на міжнародному, так і національному рівнях. Успішність підприємств все більше залежить не тільки від розвитку внутрішнього середовища та адаптації до змін у державі і на фармацевтичному ринку, а й від формування вертикальних, горизонтальних, міжсекторальних взаємовідносин. Набувають ваги партнерські взаємовідносини, які сприяють об'єднанню ресурсів та наукових знань, інноваційності, залученню інвестицій, технологічності, цифровізації, розподілу ризиків тощо. У зв'язку з цим привертають увагу стратегічні взаємовідносини на міжнародному рівні, розвиток фармацевтичних альянсів, вплив на їхню роботу диджиталізації й штучного інтелекту (ШІ), зміни в маркетинговій діяльності тощо.

У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі є публікації, присвячені загальним характеристикам стратегічних альянсів [1-4],

особливостям фармацевтичних альянсів [5, 6], впливу машинного інтелекту на організаційні та міжкорпоративні комунікації [7, 8], маркетинговим взаємовідносинам [9].

Незважаючи на певне висвітлення питань стосовно стратегічних альянсів, існує потреба у визначенні сучасної значущості міжнародних стратегій фармацевтичних компаній, впливу на їхній розвиток інформаційних технологій та маркетингових взаємовідносин, що дозволить розкрити механізми трансформації галузі від транзакційних угод до глибокої інтеграції в межах цифрових екосистем, що підсилює конкурентоспроможність вітчизняного фармацевтичного сектору в європейському просторі.

Мета – дослідження, аналіз та узагальнення особливостей стратегічних фармацевтичних альянсів і використання ними цифрових технологій та маркетингових взаємовідносин як інноваційних інструментів розвитку і підвищення конкурентоспроможності фармацевтичних компаній.

Матеріали та методи дослідження. Інформаційну базу дослідження становили

джерела за період 2018–2026 pp., наведені у міжнародних електронних базах даних та наукометричних платформах (Google Scholar, PubMed, Scopus). Пошук здійснювали за ключовими словами: «стратегічні альянси у фармацевції», «штучний інтелект у розробці ліків», «маркетинг взаємовідносин», «партнерство у фармацевції» (та їхніми англомовними еквівалентами). Використано комбінований підхід до відбору матеріалів відповідно до завдань кожного етапу дослідження. Наукову літературу та нормативно-правові акти залучено до обґрунтування теоретико-методологічних засад, дефініції понять і систематизації регуляторних аспектів створення альянсів (зокрема в контексті євроінтеграції України та ініціативи Critical Medicines Alliance). Для аналізу актуальних тенденцій і опису прикладів практичної імплементації цифрових технологій, штучного інтелекту та моделей маркетингу взаємовідносин опрацьовано офіційні пресрелізи, аналітичні звіти та матеріали вебсайтів таких провідних фармацевтичних компаній, як «Pfizer», «BioNTech», «BIOFABRI», «Gedeon Richter», «Sanofi», «Eli Lilly», «Biocon Limited», ТОВ «Хімлаборреактив», а також галузеві інформаційні ресурси (Щотижневик АПТЕКА). Критеріями залучення джерел слугували їхні хронологічна актуальність, наукова та практична значущість висвітленого досвіду, релевантність визначеним напрямкам дослідження – створення та діяльності фармацевтичних альянсів, практичного використання ними цифровізації, штучного інтелекту та маркетингових взаємовідносин.

Застосовані методи контент-аналізу, системно-аналітичний, структурно-логічний, групування, узагальнення.

Логіка дослідження базується на дедуктивному підході (від загальносвітових тенденцій до галузевої та національної специфіки) і реалізується через таку послідовність етапів:

1. Контекстуально-регуляторний аналіз. Дослідження макроекономічних та політико-правових передумов трансформації фармацевтичного ринку, зокрема євроінтеграційних процесів України та участі у глобальних ініціативах, таких як Альянс критичних лікарських засобів (Critical Medicines Alliance – CMA).

2. Теоретичне обґрунтування та дефініція. Визначення сутності стратегічного альянсу як форми партнерства, що базується на ресурсно-му та транзакційному підходах. На цьому етапі проводиться класифікація видів партнерства за рівнем інтеграції – від контрактних угод з мінімальною інтеграцією (ліцензування) та

операційної кооперації (R&D-колаборації) до інституційної інтеграції зі створенням нової юридичної особи (спільні підприємства).

3. Емпіричний аналіз технологічних змін. Дослідження впливу цифрової трансформації та ШІ на швидкість розробки ліків (R&D) та стійкість ланцюгів постачань на прикладі кейсів таких провідних корпорацій, як «Eli Lilly», «Sanofi», «Pfizer».

4. Аналітична систематизація. Оцінка переваг, ризиків та вузьких місць стратегічних об'єднань. Розробка матриці ризиків та методів їхнього нівелювання через інструменти прозорого управління та захисту інтелектуальної власності.

5. Аналіз еволюції маркетингу взаємовідносин у межах альянсів – від транзакційних моделей до омніканальних екосистем, орієнтованих на пацієнтоцентричність та персоналізовану комунікацію.

6. Прогностичне узагальнення.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Євроінтеграційні процеси в Україні спрямовані на гармонізацію нормативно-правового регулювання в системі фармацевтичного забезпечення населення, інтеграцію вітчизняних фармацевтичних компаній у європейські ланцюги, що сприяє залученню інвестицій, посиленню конкурентоспроможності підприємств, глобальному розширенню присутності на ринках і водночас підвищенню доступності лікарських засобів.

Україна активно розбудовує стратегічне партнерство з Європейською комісією та окремими країнами. Зокрема у липні 2025 року було підписано меморандум між МОЗ України, асоціацією «Виробники ліків України» та європейським об'єднанням «Medicines for Europe» щодо партнерства у сфері критично важливих ліків. Метою підписання сторонами меморандуму про співпрацю було започаткування сталої взаємодії у формуванні стратегічних партнерств щодо виробництва критично важливих препаратів та участі у спільних проєктах із залученням фінансових інструментів Євросоюзу [10].

У ЄС створено Альянс критичних лікарських засобів. Серед членів CMA: громадські, пацієнтські організації та організації медичних працівників; компанії-виробники лікарських засобів; професійні асоціації та неурядові організації; університети, національні та регіональні державні органи. Україна в особі МОЗ та українських виробників препаратів також приєдналася до CMA. Зокрема нашу країну

представляють такі фармацевтичні виробники, як АТ «Фармак», ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», корпорація «Артеріум», ТДВ «ІнтерХім», ТОВ «Біофарма Плазма» та ТОВ «Фармхім» [11].

Положення укладеного меморандуму між МОЗ України, асоціацією «Виробники ліків України» та європейським об'єднанням «Medicines for Europe» щодо партнерства у сфері критично важливих ліків можна вважати однією із платформ для створення міжнародних партнерств у фармації та їхніх першочергових завдань.

Враховуючи зміст підписаного меморандуму, варто зазначити, що конвергенція фармацевтичних ринків України та ЄС є стратегічним підходом для вирішення дефіциту ліків і стабілізації ланцюгів постачань, цей процес полягає у гармонізації нормативно-правового регулювання, інвестиціях у виробництво та спільних закупівлях, що вигідно для виробників, дистриб'юторів, пацієнтів і регуляторів. Так, взаємне визнання сертифікатів GMP між Україною та ЄС є важливим кроком для поглиблення фармацевтичного партнерства з кількох ключових причин: прискорення доступу українських ліків до ринку ЄС; зміцнення довіри до української системи контролю якості; підвищення інвестиційної привабливості України тощо [12].

До форм стратегічних взаємовідносин відносять альянси, спільні підприємства, франчайзинг, ліцензування та постачальницько-дистриб'юторські угоди [1, 2].

Мотивами участі у стратегічних альянсах для іноземних компаній є привабливість українського ринку, насиченість національних ринків збуту, доступ до дешевих джерел сировини та кваліфікованої робочої сили, наявність перспективних наукових розробок. Разом з тим політична, правова та економічна нестабільність, невідповідність практик ведення бізнесу дещо перешкоджають розвитку цієї форми міжнародного бізнесу.

Водночас утворення стратегічних альянсів вітчизняними підприємствами дозволить оцінити й удосконалити власні виробничі та управлінські процеси й технології; використати досвід зарубіжного партнера; забезпечити можливості проникнення на нові ринки, доступ до яких ускладнений торговими бар'єрами або присутністю великих і впливових конкурентів; одержати певні переваги перед конкурентами; розвивати внутрішні ключові компетенції тощо [3, 8].

З багатьох визначень стратегічного альянсу можна навести таке: стратегічний альянс – форма партнерських відносин, яка передбачає довгострокове об'єднання підприємств як на конкурентній основі, так і без неї, що передбачає створення спільної ресурсної бази, яка використовується учасниками для досягнення загальної стратегічної мети та на умовах збереження повної автономності [1, 2].

У стратегічних альянсах можуть використовуватись різні бізнес-моделі: спільне виробництво і розробка; спільний збут і маркетинг; спільні інвестиції та фінансування; партнерство в наукових дослідженнях і розробках; спільне управління інфраструктурою; аутсорсинг бізнес-процесів, таких як виробництво, логістика або ІТ-послуги; кооперативні бізнес-моделі для досягнення спільної мети, наприклад, спільне надання послуг або розвиток спільних ринків [1, 2].

Основні характеристики фармацевтичних стратегічних альянсів наведено в табл.

У контексті досліджуваного питання вагомий тиск на наявні бізнес-моделі чинять очікувані у період 2025-2030 рр. зміни, зокрема «патентна прірва». За оцінками експертів, понад 200 препаратів-блокбастерів втратять ринкову ексклюзивність, що призведе до потенційних втрат доходів провідних гравців на суму близько 400 млрд доларів США. У таких умовах стратегічні альянси перестають бути тактичним вибором для заповнення прогалів у продуктовому портфелі та стають центральним організаційним принципом нової, більш стійкої бізнес-моделі [13].

Світова фармацевтична галузь у 2026 році демонструє відхід від традиційної лінійної розробки продуктів на користь мережесистемних інноваційних екосистем. Ці системи об'єднують людський інтелект, ІІІ та глобальну співпрацю, де відкриття нових ліків відбувається безперервно завдяки реальному перетину даних, біології та технологій [14].

Стратегічні альянси у фармацевтичній сфері можуть принести численні переваги, включно з підвищенням ефективності досліджень та розробок, економією коштів, конкурентною перевагою та здатністю задовольнити незадоволені медичні потреби. Альянси у фармації, як і в інших галузях, можуть стикатися з численними труднощами, що будуть загрожувати їхньому прогресу чи успіху. Існує низка ризиків, пов'язаних з альянсами: витік знань, втрата конкурентної переваги, складнощі розірвання партнерства тощо [5].

Таблиця

СТРАТЕГІЧНІ ФАРМАЦЕВТИЧНІ АЛЬЯНСИ: ПЕРЕВАГИ, ПЕРЕШКОДИ СТВОРЕННЯ, РИЗИКИ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО ЗНИЖЕННЯ

Переваги	Негативні аспекти та перешкоди створення	Ризики	Шляхи зниження ризиків
Підвищення ефективності досліджень і розробок – партнерства у фармацевтичній промисловості сприяють обміну досвідом та технологіями, технологіями та досвідом, що сприяє більш ефективним та продуктивним процесам досліджень і розробок. Збільшення швидкості впровадження нововведень. Отримання доступу до ринків партнерів. Економія коштів – зосередження ресурсів на ключових компетенціях; максимізація рентабельності інвестицій у дослідження, розробки та комерціалізацію. Конкурентна перевага – фірми можуть швидко виводити на ринок інноваційні продукти, отримуючи конкурентну перевагу у відповідних терапевтичних сферах та/або географічних ринках. Партнерства мають переваги на ринках, що розвиваються – дозволяють ефективніше організуватися у складних регуляторних умовах. Вирішення незадоволених медичних потреб – стратегічні альянси сприяють прогресу у вирішенні незадоволених медичних потреб з використанням спільних ресурсів та досвіду для розробки нових ЛЗ.	Конфлікт цілей – різні цілі або пріоритети партнерів можуть призвести до відсутності синергії та проблем із розподілом ресурсів. Обмеження контролю над певними аспектами бізнесу або проекту, оскільки рішення ухвалюються спільно з іншими учасниками альянсу, а певні ділянки діяльності можуть відходити другій стороні. Залежність від інших учасників з низки таких питань, як постачання сировини, матеріалів або технологій (своєчасності постачання, вибору постачальників, дотримання технологій). Управління альянсом, особливо якщо в ньому бере участь кілька компаній, може бути складним і вимагати значних ресурсів. Культурні відмінності можуть створювати непорозуміння, комунікаційні бар'єри та різні очікування з-поміж партнерів. Комунікаційні бар'єри – мовні бар'єри, різні стилі спілкування та різні пріоритети можуть призвести до непорозумінь та конфліктів. Відмінності в корпоративній культурі, стилях управління і методах роботи учасників альянсу можуть ускладнити ефективну співпрацю і досягнення спільної мети. Обмін інформацією між учасниками альянсу може становити ризик витоку конфіденційних даних або технологій. Спори щодо інтелектуальної власності – одна з найсуттєвіших проблем, можуть виникати через розбіжності щодо спільного використання патентів, запатентованих технологій або питань винахідництва	Регуляторні обмеження. Втрата конкурентної переваги – об'єднуючи свої ресурси та можливості, партнери можуть ненавмисно підрвати свою конкурентну перевагу внаслідок витоку знань (обмін конфіденційними або запатентованими знаннями, особливостями технологій тощо). Неможливість виконання угоди під впливом динамічних змін, що ускладнюють ситуацію. Втрата контролю над базовими стратегіями розвитку альянсу у зв'язку зі змінами стратегічної мети учасників. Складнощі розірвання партнерства – пов'язані із суперечками щодо активів, юридичних зобов'язань та розподілу будь-яких досягнень чи інновацій. Репутаційні ризики. Втрата довіри партнерів. Кіберризики в спільних цифрових сервісах. У разі використання ШІ – несанкціонований доступ до пацієнтських даних; порушення конфіденційності, цілісності чи доступності; викрадення облікових даних тощо. Ризик втрати контролю над власною бізнес-логікою у разі використання сторонніх моделей ШІ. Геополітичні ризики, пов'язані із санкціями та торговими війнами	Установлення чітких угод про конфіденційність та нерозголошення. Компаніям необхідно оцінити свої основні сильні сторони та цінність, яку вони привносять у альянс – зосередження на захисті та розвитку цих сильних сторін може допомогти зберегти конкурентну перевагу. Комплексне планування та узгодження умов розірвання партнерства може забезпечити більш плавну стратегію виходу. Культивування культури інновацій та співпраці. Інвестування в передові цифрові та біотехнологічні можливості. Побудова мережі різноманітних партнерів з взаємодоповнювальними сильними сторонами. Забезпечення надійних стратегій інтелектуальної власності, які захищають інновації, одночасно сприяючи плідній співпраці. Кібербезпека як механізм управління та зниження кіберризиків. Зокрема, у разі використання ШІ – створення спільного комітету з етики, захисту даних і кібербезпеки; розроблення плану реагування на витік, деградацію моделі, кібернапад і неправильне рішення; забезпечення пацієнтам зрозумілих пояснень тощо

Джерело: укладено авторами з використанням [1, 5, 8]

У фармації зростає роль стратегічних альянсів для розробки й випуску інноваційних лікарських препаратів. Наприклад, компанія «Pfizer» будує розгалужену екосистему для підтримки інновацій та стартапів на ранніх стадіях, використовуючи різні моделі співпраці, з-поміж яких ключове місце посідає компанія «Pfizer Ventures». Цей підрозділ здійснює інвестиції в капітал компаній, що є формою активного партнерства. Його мета – виявляти, підтримувати та розвивати перспективну науку (good science) саме на ранніх етапах. Компанія «Pfizer» зазначає, що однією з їхніх моделей партнерства є створення інкубаторів, які допомагають молодим компаніям розвиватися. Окрім великих інвестицій, компанія пропонує раннє посівне фінансування (early-stage seed funding) для підтримки проектів на початкових етапах їхнього життєвого циклу. Екосистема компанії «Pfizer» не обмежується лише фінансуванням, до неї також входять: академічні альянси та державні партнерства; наукові колаборації, спрямовані на просування «сміливих наукових ідей та технологій»; виділення окремих компаній для подальшого розвитку специфічних технологій; допомога біотехнологічним партнерам у виведенні їхніх препаратів або платформ на ринок [15]. Одним із поширених прикладів утворення стратегічного альянсу є взаємодія компаній «Pfizer» та «BioNTech» під час пандемії з метою розроблення вакцини проти COVID-19 [16].

Діє довгострокове партнерство між компаніями «Sanofi» та «Regeneron» з метою розроблення та комерціалізації біологічних препаратів для лікування риносинуситу [17]. Має місце технологічне партнерство між компаніями «Biofabri» та «Bharat Biotech» з метою розширення глобального доступу до нової вакцини проти туберкульозу (MTBVAC) [18].

На початку 2026 р. угорська фармацевтична компанія «Gedeon Richter» та японська фармацевтична компанія «Fuji Pharma» оголосили про розширення та подальше зміцнення своєї тривалої стратегічної співпраці, зокрема це розробка, запуск та маркетинг компанії «Fuji» в Японії лікарського засобу Alyssa® (естрол / дроспиренон) – препарату для лікування дисменореї. Ці ініціативи спрямовані на прискорення інновацій та впровадження передових терапевтичних рішень у сфері жіночого здоров'я на глобальному рівні. Представниками компаній зазначається, що спільна активізація зусиль у клінічних дослідженнях та залучення зовнішніх інноваційних розробок

спрямовані на задоволення потреб у сфері жіночого здоров'я, покращуючи якість життя мільйонів жінок у всьому світі [19].

Ще одним видом стратегічного альянсу на фармацевтичному ринку є державно-приватне партнерство, яскравим прикладом якого є Gavi (The Vaccine Alliance) – міжнародний альянс, що об'єднує уряди країн-донорів та країн-партнерів, приватний сектор (фармацевтичну індустрію), ВООЗ, ЮНІСЕФ та Світовий банк. Таке об'єднання стало потужним для розробки вакцин та лікування рідкісних захворювань завдяки здатності об'єднувати ресурси та експертизу різних секторів [20, 21].

Загалом показниками успіху стратегічних фармацевтичних альянсів є: отримання доходів та прибутковості; підвищення продуктивності та ефективності; інновації та розробка нових продуктів; розширення частки ринку; задоволеність пацієнтів.

Перспективи майбутнього фармацевтичних альянсів пов'язані з належним стратегічним позиціонуванням і вибудовою таких напрямів:

- запровадження культури інновацій та співпраці;
- інвестування в передові цифрові та біотехнологічні можливості;
- побудова мережі різноманітних партнерів із взаємодоповнювальними сильними сторонами;
- забезпечення надійних стратегій інтелектуальної власності, які захищають інновації, одночасно сприяючи плідній співпраці;
- підвищення уваги до персоналізованої медицини;
- дослідження ринків, що розвиваються, та неохоплених груп пацієнтів;
- розширення використання передових технологій, таких як ІІІ та машинне навчання у розробленні ліків;
- створення державно-приватних партнерств для вирішення глобальних проблем охорони здоров'я;
- розширення використання реальних доказів та даних пацієнтів для ухвалення рішень [1, 5, 6].

Низка зарубіжних компаній навіть поза межами комерційних альянсів в Україні активно співпрацюють в основному в координації з МОЗ України через гуманітарні внески, постачання вакцин та ліків, особливо під час пандемії та широкомасштабного вторгнення.

Показовим є приклад компанії «Novartis» (зокрема і «Sandoz»), яка із самого початку війни

передала понад 1,5 млн пакувань антибіотиків, знеболювальних, серцево-судинних та онкологічних препаратів вартістю понад 38 млн доларів США для збереження доступу до препаратів тим, хто потребує цих ліків в Україні та в прикордонних районах, де люди шукають притулку. Ця допомога надана на додаток до початкової пожертви у розмірі 3 млн доларів США на користь благодійних організацій, які підтримують біженців з України та переміщених осіб в Україні та сусідніх країнах. На початку повномасштабної війни компанія «Sandoz» оперативно організувала логістичний хаб у Польщі та в рекордно короткі терміни налагодила постачання лікарських засобів в Україну, яка опинилася в гуманітарній кризі. Компанія «Sandoz» постійно бере участь у програмі реімбурсації «Доступні ліки», в межах якої українським пацієнтам доступні 15 препаратів компанії. Фармацевтичні компанії «Acino», «Bayer», «Berlin-Chemie», «Bionorica» та деякі інші надають благодійну допомогу МОЗ України, пацієнтським організаціям, місцевим адміністраціям та лікарням як у натуральній, так і у грошовій формі [22].

Розвивається логістичне партнерство: має місце створення єдиних інформаційних систем (наприклад, DrugBase) для уніфікації даних про товар усього аптечного асортименту. Утворено багатосторонній альянс з питань політики та впровадження, безпеки фармацевтичної дистрибуції (PDSA), який передбачає захист ланцюга поставок. Ще однією його метою є боротьба з підробленими ліками та поліпшення безпеки [23]. Українське ТОВ «Хімлаборреактив» є провідним дистриб'ютором реактивів та мікробіологічних середовищ Merck в Україні. Компанії пов'язані багаторічним партнерством і налагодженою роками логістикою, продовжують співпрацю навіть у складні воєнні часи [24].

Варто зазначити, що стратегічні альянси можуть утворюватись не тільки зі спорідненими підприємствами, а й з представниками інших галузей. Зокрема посилюється вплив на стратегічні фармацевтичні альянси, як і на окремі компанії, процесів цифровізації, використання ШІ. У результаті партнерств з цифровими компаніями розвивається використання ШІ для розроблення лікарських засобів, знаходження пацієнтів для клінічних випробувань та оптимізації процесів тестування ліків, що пришвидшує розроблення ліків та економить мільйони доларів. Так, компанія «Sanofi» стверджує, що завдяки партнерству з компанією «OpenAI» вони матимуть доступ до власних даних для

розроблення моделей ШІ для своїх біофармацевтичних проєктів, а компанія «Formation Bio» надасть додаткові інженерні ресурси [25].

Існує досить багато прикладів співпраці фармацевтичних фірм з профільними компаніями в галузі ШІ. Так, Pfizer приєдналася до Concerto HealthAI для використання ШІ в онкології. Ще у вересні 2019 року Pfizer оголосив про плани запуску річної пілотної програми з робототехнічною компанією «Catalia Health», виробником домашнього робота Mabu, який допомагає пацієнтам стежити за здоров'ям та контролювати прийом рецептурних ліків. Тоді ж компанії «Novartis» і «Microsoft» оголосили про багаторічний альянс, під час якого компанії планували використовувати дані та ШІ для трансформації способів виявлення, розроблення та комерціалізації ліків. Спільна дослідницька діяльність об'єднала роботу в Novartis Campus (Швейцарія), Novartis Global Service Centre (Ірландія) та Microsoft Research Lab (Великобританія) за кількома напрямками, зокрема розроблення препаратів. Ще в квітні 2019 року Janssen почала співпрацювати з компанією «Iktos» з розробки ліків за допомогою ШІ. Merck (MSD) та Accenture у співпраці з Amazon Web Services (AWS) запустили платформу для досліджень у галузі інформатики для підвищення продуктивності, ефективності та інноваційності на ранніх стадіях розроблення ліків. Компанія «Sanofi Genzyme», підрозділ компанії «Sanofi», об'єдналася з компанією «Recursion Pharmaceuticals», щоб розгорнути свою платформу для перепрофілювання ліків шляхом виявлення нових застосувань молекул компанії «Sanofi» для десятків генетичних захворювань. Компанія «Sanofi» також об'єдналася з компанією «Exscientia» (піонером у галузі ШІ для фармацевтики) для виявлення та перевірки комбінацій лікарських препаратів у разі метаболічних порушень, таких як діабет. GlaxoSmithKline (GSK) також співпрацює з дослідниками в університетах Стратклайду та Ноттінгема, які спеціалізуються на застосуванні ШІ у синтетичній хімії [26].

Окрім перелічених прикладів, у спільній фармацевтичній екосистемі ШІ може використовуватися для:

- прогнозування прихильності до лікування;
- виявлення пацієнтів із високим ризиком ускладнень;
- фармаконагляду;
- сегментації лікарів і пацієнтів;
- прогнозування попиту та оптимізації ланцюгів постачання тощо.

У разі використання ІІІ не виключені певні ризики, відповідно, мають застосовуватись заходи з кібербезпеки, окремі з них наведені в табл.

Bioscon Limited, інноваційна глобальна біофармацевтична компанія, та Ajanta Pharma уклали ліцензійну угоду (2025–2026) на виведення препарату Семаглутид (для лікування діабету та ожиріння) на ринки 26 країн. Згідно з умовами цієї угоди компанія «Bioscon» буде відповідальним за постачання семаглутиду компанії «Ajanta» для ексклюзивного маркетингу в 23 країнах та напівексклюзивного маркетингу в 3 країнах Африки, Близького Сходу та Центральної Азії [27].

Концепція віртуальних альянсів у фармацевтичній галузі реалізується через створення спільних цифрових платформ та екосистем, які дозволяють компаніям співпрацювати без створення традиційних юридичних структур. Компанія «Eli Lilly» у 2026 році запускає суперкомп'ютер на базі технологій Nvidia для прискорення розроблення нових ліків та автоматизації дослідницьких процедур за допомогою роботів [28]. Завдяки використанню нової технології такі альянси дозволяють спільно тренувати моделі ІІІ без створення спільних юридичних осіб, зберігаючи при цьому повну приватність конфіденційних даних кожної сторони. Такий перехід до гіперінтелектуальних операційних моделей дозволяє фармацевтичним компаніям трансформуватися у «партнерів протягом усього життя», значно прискорюючи шлях від наукової гіпотези до створення проривних методів лікування [29, 30].

Опитування керівників вищої ланки зарубіжних компаній та аналіз галузевих даних за період 2023–2026 рр. свідчать про глибоку трансформацію стратегій інвестицій та партнерств у фармацевтичній галузі. Результати опитувань керівників щодо ІІІ демонструють, що попри значний ажіотаж навколо ІІІ, реальні результати впровадження залишаються неоднозначними:

- опитування Deloitte 2026 року показало, що лише 22 % лідерів у галузі наук про життя змогли успішно масштабувати ІІІ у своїх організаціях і лише 9 % повідомили про отримання значного прибутку від цих інвестицій;
- майже 80 % респондентів галузевих опитувань назвали дефіцит фахівців з досвідом у ІІІ головною перешкодою для впровадження технології;
- близько 50 % команд вказують на бюджетні обмеження як на суттєвий бар'єр, а понад

третини опитаних вважають критичними проблемами точність, безпеку та якість даних;

- керівники зазначають, що культура залишається «вузьким місцем», оскільки компаніям важко визначити чіткі метрики успіху для ІІІ-проектів.

Останні 5 років (2021–2026) характеризуються переходом від традиційних злиттів до стратегічних партнерств зарубіжних фірм на ранніх стадіях:

- 82 % компаній очікують подальшого збільшення активності у створенні альянсів, оскільки вони стають центральним принципом бізнес-моделі;
- частка угод зі злиття та поглинання (M&A) для активів на комерційній стадії різко впала з 56,2 % у 2023 році до лише 8 % у 2024 році. Натомість вартість угод щодо активів на доклінічній стадії розробки ліків та І фази зросла, склавши понад чверть загальної вартості угод;
- понад 70 % доходів від нових молекул (NME) зараз припадає на продукти, отримані через зовнішні джерела – ліцензування або партнерства;
- найпопулярнішими напрямками для інновацій та ліцензування є онкологія (67 % компаній), нейронауки (55 %) та імунологія (55 %);
- у 2024 році приблизно третина всіх молекул, ліцензованих великими фармкомпаніями, походила від китайських біотехнологічних фірм, що підкреслює глобальний характер пошуку інновацій;
- 2025 рік став рекордним за кількістю заявок на нові досліджувані препарати (IND) для молекул, створених за допомогою ІІІ. Прогнозувалося, що до кінця 2025 року ІІІ стане рушійною силою у 30 % усіх нових відкриттів ліків [31, 32].

Широкого розповсюдження на фармацевтичному ринку набув маркетинг взаємовідносин. За визначенням Ф. Котлера, маркетинг взаємовідносин – це процес створення, підтримання та розширення міцних, повноцінних взаємовідносин зі споживачами та іншими партнерами компанії.

Головною метою маркетингу взаємовідносин є формування особливого активу підприємства – маркетингової партнерської мережі, яка охоплює як підприємство, так і зацікавлених у його роботі груп: покупців, персонал, поставальників, роздрібні торгові підприємства, рекламних агентів тощо [9].

Маркетинг взаємовідносин сприяє зміцненню ринкової позиції підприємства через

налагодження довгострокових взаємовигідних відносин з новими перспективними суб'єктами маркетингового середовища та розвиток діючого ділового партнерства для максимізації взаємної економічної вигоди [9].

До видів маркетингового партнерства відносять:

- Ко-брендинг, коли дві компанії об'єднують свої бренди для створення нового продукту, послуги чи нової кампанії. Наприклад, Bristol Myers Squibb (BMS) очолила розробку, а Pfizer залучила свою потужну глобальну комерційну інфраструктуру, результатом стало перетворення Eliquis на один із найбільш продаваних препаратів у світі: у 2024 році він приніс понад 13 млрд доларів доходу для BMS та 7,4 млрд доларів для Pfizer [13].

- Ко-маркетинг – спільна маркетингова кампанія, де кожен бренд просуває свої продукти чи послуги разом.

- Партнерство з програмами лояльності полягає в об'єднанні зусиль для створення або розширення програм лояльності.

- Контентне партнерство, спільне створення контенту (статей, відео, вебінарів), який корисний для обох аудиторій. Наприклад, спільне створення освітніх платформ для лікарів за допомогою генеративного ШІ, що дозволяє персоналізувати матеріали під конкретну спеціалізацію та досвід спеціаліста [33, 34].

- Партнерство з інфлюенсерами, співпраця з блогерами, зірками або експертами, які мають велику аудиторію.

- Івенти та спонсорство, компанії об'єднуються для організації заходів чи спонсорства, що привертає увагу до обох брендів.

- Партнерство в e-commerce, спільне використання платформ для продажу продуктів чи крос-продажів [35].

- Цифрові рішення, наприклад, створення додатків-супутників для підтримки прихильності пацієнтів до лікування, що стає новою формою лояльності у маркетингу взаємовідносин [34, 36].

Маркетинг взаємовідносин у стратегічних альянсах фокусується на побудові довгострокових партнерств для спільного просування продуктів, обміну ресурсами та посилення ринкових позицій. Наприклад, можуть створюватись партнерства для просування ліків на нові ринки через обмін маркетинговими стратегіями та дистрибуцією, для проведення спільних маркетингових досліджень в альянсах з метою розширення асортименту та залучення більш широкої аудиторії.

Стратегічні альянси в маркетинговій сфері створюються між глобальними виробниками патентованих лікарських препаратів і генеричними компаніями. Зменшення прибутку глобальних фармацевтичних компаній через закінчення термінів дії патентів, гальмування процесів упровадження інноваційних продуктів, економічний спад змушує їх переходити до сегменту генеричного бізнесу й за допомогою маркетингу їхніх патентованих препаратів уникнути значного зменшення доходу [3]. Тому наразі спостерігається особливий інтерес до розвитку системи міжнародного маркетингу, його інструментів та формування ефективної маркетингової комунікаційної стратегії [8].

Варто зазначити, що фармацевтичний маркетинг переживає період глибокої трансформації. Зміни у поведінці пацієнтів, цифровізація медицини та зростання ролі доказовості змушують компанії переосмислювати способи взаємодії з аудиторіями. Сучасні стратегії вже не обмежуються традиційною промоцією – у центрі уваги опиняються довіра, експертність та персоналізований досвід.

Одним із ключових напрямів стає цифрова присутність лідерів думок та топменеджерів фармкомпаній. За цих умов маркетингові взаємовідносини надають змогу фармацевтичним компаніям здійснювати спільне просування лікарських засобів під єдиним брендом, підтримувати координовані комунікації з регуляторами та медичною спільнотою; проводити освітні кампанії для лікарів. Така співпраця сприяє прискореному виведенню товару на ринки ЄС, розподілу ризиків, залученню інвестицій.

Спільний маркетинг або ко-маркетинг має низку позитивних аспектів, з-поміж яких: збільшення аудиторії, доступ до сформованої, залученої аудиторії партнера; економічна ефективність, розподіл маркетингових витрат; можливість використання переваг довіри та авторитету бренду партнера; об'єднання ресурсів, поєднання творчих талантів, технологій та експертизи; нові перспективи та аналітика партнерів спонукають до інноваційних ідей для кампаній [37].

У сучасних умовах на розвиток маркетингу взаємовідносин суттєвий вплив чинить цифровий маркетинг, який сприяє відкритості обміну інформацією та активному залученню різних зацікавлених сторін до процесу інвестування. Створення ефективних каналів для отримання зворотного зв'язку, оброблення запитів та організації діалогу сприяє зміцненню довіри та партнерства з місцевими громадами,

державними органами та неурядовими структурами. Така стратегія підтримує принципи інклюзивності, прозорості й оперативного реагування на запити усіх учасників інвестиційного процесу. Цифрові технології маркетингу істотно впливають на реалізацію інвестиційних стратегій сталого розвитку. Алгоритми, засновані на ШІ, дають можливість аналізувати величезні масиви даних для виявлення нових резервів, прогнозування ринкових тенденцій та персоналізації маркетингових кампаній. Технологія блокчейн може забезпечити більшу прозорість і надійність у ланцюгах постачання, здійснювати моніторинг показників у реальному часі [38].

Підсумовуючи, варто підкреслити, що стратегічні фармацевтичні альянси є перспективними як для вітчизняних, так і іноземних підприємств. На розвиток стратегічних фармацевтичних альянсів впливають зацікавленість в обміні дослідницькими можливостями, технологіями та досвідом партнерів; збільшення швидкості впровадження нововведень; отримання доступу до ринків партнерів; максимізація рентабельності інвестицій у дослідження, розроблення та комерціалізацію; отримання конкурентних переваг; задоволення потреб у критично важливих ліках тощо. З-поміж сучасних інструментів досягнення ефективності стратегічних фармацевтичних альянсів та компаній виділяються використання цифрових технологій та різноманітні види маркетингових взаємовідносин.

Загалом формування та розвиток стратегічних альянсів вітчизняними фармацевтичними підприємствами відповідає положенням Створення спільної цінності та Цілям сталого розвитку, які покладені в основу Стратегічного плану Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) на 2025–2030 рр. [39].

Отже, створення стратегічних фармацевтичних альянсів має значення як для розвитку окремого фармацевтичного підприємства, так і в цілому для суспільства.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Описані загальні положення щодо значення створення стратегічних альянсів для іноземних та вітчизняних підприємств, надані їхні характеристики, наведені наявні бізнес-моделі.

2. Визначені основні риси фармацевтичних стратегічних альянсів, виділені їхні переваги, негативні аспекти та перешкоди створення, ризики і шляхи їхнього зниження, що доцільно враховувати вітчизняним фармацевтичним підприємствам під час створення таких об'єднань. Наведені приклади міжнародних фармацевтичних альянсів.

3. Досліджені перспективні напрями розвитку фармацевтичних альянсів, з-поміж яких: запровадження культури інновацій та співпраці; побудова мережі різноманітних партнерів із взаємодоповнювальними сильними аспектами; підвищення уваги до персоналізованої медицини; дослідження ринків, що розвиваються, та неохоплених груп пацієнтів; розширення використання передових технологій, таких як ШІ та машинне навчання у розробленні ліків тощо.

4. Показано значення цифровізації та ШІ в розвитку окремих компаній та стратегічних альянсів, створенні та дослідженні лікарських засобів. Наведені приклади та зміст домовленостей фармацевтичних компаній і їхніх альянсів із цифровими платформами. Відзначені можливі ризики та заходи з їхнього зниження чи запобігання за використання ШІ. Відмічено, що, за даними опитування зарубіжних компаній, вони стикаються з низкою труднощів та проблем і реальні результати впровадження ШІ залишаються неоднозначними.

5. Узагальнені основні положення маркетингу взаємовідносин у стратегічних альянсах, підкреслена його орієнтація на побудову довгострокових партнерств для спільного просування продуктів, обміну ресурсами та посилення ринкових позицій. Наведені види маркетингу взаємовідносин, відзначена сучасна трансформація фармацевтичного маркетингу та вплив на маркетингові взаємовідносини фармацевтичних компаній відповідно до вимог споживачів.

6. Визначені важливість, ефективність та перспективність спільного й цифрового маркетингу для фармацевтичних компаній та альянсів.

Перспективами подальших досліджень є відстеження тенденцій створення стратегічних фармацевтичних альянсів за участі вітчизняних фармацевтичних підприємств та розвитку їхніх міжгалузевих зв'язків.

References

1. Shandova, N. V., & Shandov, R. A. (2024). Osoblyvosti formuvannia biznes-modelei stratehichnykh alian-siv. *Visnyk KhNTU*, 89(2), 345–351. <https://doi.org/10.35546/kntu2078-4481.2024.2.51>
2. Shevchenko, M. M., Nazarova, T. Yu., & Donska, Yu. A. (2020). Osoblyvosti upravlinnia pidpriemstvom u skladi mizhnarodnoho stratehichnoho alian-su. *Visnyk NTU «KhPI». Ekonomichni nauky*, 5(7), 72–75. <https://doi.org/10.20998/2519-4461.2020.5.72>

3. Maksymenko, I. Ya., & Yefimova, M. O. (2019). Osoblyvosti formuvannia stratehichnykh aliانسiv na mizhnarodnomu ta ukrainskomu rynkakh. *Efektivna ekonomika*, (12). <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2019.12.60>
4. Gholam, R. Amin, & Mustapha, Ibn Boamah. (2023). Modeling business partnerships: A data envelopment analysis approach. *European Journal of Operational Research*, 305(1), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2022.05.036>
5. *Strategic Alliances in the Pharmaceutical Industry*. Maple Valley pharmacy. <https://www.maplevalleyrx.com/strategic-alliances-in-the-pharmaceutical-industry.html>
6. Esmaelnezhad, D., Taghizadeh-Yazdi, M., Mahdiraji, H. A., & Vrontis, D. (2023). International strategic alliances for collaborative product Innovation: An agent-based scenario analysis in biopharmaceutical industry. *Journal of Business Research*, 158, 113663. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.113663>
7. Demianenko, T. I., & Malinnikov, P. A. (2025). Vplyv mashynnoho intelektu na kulturu mizhkorporatyvnoi komunikatsii. *Biznes Inform*, (3), 337–343. <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2025-3-337-343>
8. Korzh, M. V., Fomichenko, I. P., Burtseva, O. Ye., & Barkova, S. O. (2025). Marketynhove zabezpechenia informatsiinykh tekhnolohii v mizhnarodnykh stratehichnykh aliansakh. *Ekonomichnyi visnyk Donbasu*, 80(2), 85–91. [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2025-2\(80\)-85-91](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2025-2(80)-85-91)
9. Struk, N. S. (2018). Kontseptualni zasady rozvytku marketynhu partnerskykh vidnosyn pidpriemstv. *Prychornomorski ekonomichni studii. Ekonomika ta upravlinnia pidpriemstvamy*, (30–1), 121–126. https://bses.in.ua/journals/2018/30_1_2018/28.pdf
10. *Liky bez kordoniv: u ramkakh URC 2025 pidpysano memorandum pro spivpratsiu* (2025, Lypen 14). Shchotyzhnevyyk “Apteka”. <https://www.apteka.ua/article/725098>
11. *Do Aliansu krytychno vazhlyvykh likarskykh zasobiv pryednalysia 6 ukrainskykh farmatsevychnykh zavodiv* (2024, Kvitin 29). Shchotyzhnevyyk “Apteka”. <https://www.apteka.ua/article/693154>
12. Horbunova, K. (2025, Serpen 4). *Farmatsevychna intehtatsiia: chomu Yevropi potribna Ukraina*. Shchotyzhnevyyk “Apteka”. <https://www.apteka.ua/article/725722>
13. *Forging strategic partnerships to conquer the \$400 billion patent cliff*. (2026). DrugPatentWatch. <https://www.drugpatentwatch.com/blog/forging-strategic-partnerships-to-conquer-the-400-billion-patent-cliff/>
14. *Pharmaceutical industry trends: Q4 2025 outlook* (2025). PwC. <https://www.pwc.com/us/en/industries/pharma-life-sciences/pharmaceutical-industry-trends.html>
15. *Partners: Teaming up for Breakthroughs*. <https://www.pfizer.com/about/partners/research-and-business-development-partnerships>
16. *Pfizer, BioNTech say Covid vaccine is more than 90% effective – ‘great day for science and humanity’*. <https://www.cnbc.com/2020/11/09/covid-vaccine-pfizer-drug-is-more-than-90percent-effective-in-preventing-infection.html>
17. *Sanofi and Regeneron’s Dupixent approved in the US as the first and only medicine for allergic fungal rhinosinusitis. Press Release*. <https://www.sanofi.com/assets/dotcom/pressreleases/2026/2026-02-24-14-30-00-3243732-en.pdf>
18. *BIOFABRI and Bharat Biotech sign technology transfer agreement to advance global access to mtbvac and support tuberculosis control efforts*. <https://www.bharatbiotech.com/images/press/Biofabri%20And%20Bharat%20Biotech%20Ink%20Tech%20Transfer%20Pact%20For%20MTBVAC%20Tuberculosis%20Vaccine.pdf>
19. *Kompaniia Gedeon Richter ta Fuji Pharma zmitsniuiut stratehichne spivrobotnytstvo*. (2026, Liutyi 9). Shchotyzhnevyyk “Apteka”. <https://www.apteka.ua/article/739092>
20. Challenger, C. A. (2025). *Three decades of collaboration: Evolution from basic partnerships to complex open-innovation models*. Pharma’s Almanac. <https://www.pharmasalmanac.com/articles/three-decades-of-collaboration-evolution-from-basic-partnerships-to-complex-open-innovation-models>
21. *Danish Organisation Strategy 2023-2026 for Gavi, the Vaccine Alliance (GAVI)*. <https://um.dk/media/q4411eng/draft-organisation-strategy-for-gavi-the-vaccine-alliance-gavi-2023-2026.pdf>
22. *Dopomoha Ukraini*. <https://aipm.org.ua/dopomoga-ukrayini/>
23. *Baza danykh medychnykh produktiv: DrugBase*. <https://proximaresearch.com/ua/ua/novini/drugbase/>
24. *KhLR nalahodyv shchotyzhnevi postavky khimichnykh rehovyn Merck KGaA z Nimechchyny*. (2026). *Farmatsevychna haluz*, 107(2). <https://promoboz.com/journal/uncategorized/hlr-nalagodiv-shhotizhnevi-postavki-himichnih-rehovyn-merck-kgaa-z-nimechchini/>
25. *A New Era of Biopharma Production with AI*. (2025, May 28). <https://www.sanofi.com/en/magazine/ai-in-healthcare/a-new-era-of-biopharma-production-with-ai>
26. *TOP 10 Pharmaceutical industries using Artificial Intelligence (AI)*. https://www.pharmatutor.org/articles/top-ten-pharmaceutical-industries-using-artificial-intelligence#google_vignette
27. *Biocon Limited signs out-licensing agreement with Ajanta to market Semaglutide in 26 countries*. (2025, December 23). <https://www.biocon.com/biocon-limited-signs-out-licensing-agreement-with-ajanta-to-market-semaglutide-in-26-countries/>
28. *Nvidia ta Eli Lilly investuiut do \$1 mlrd u laboratoriiu ShI dlia rozrobky likiv*. (2026, Sichen 13). <https://www.fixygen.ua/news/20260113/nvidia-ta-eli-lilly-investuyut-do-1-mlrd-u-laboratoriyu-shi-dlya-rozrobki-likiv.html/>
29. *Eli Lilly’s LillyPod supercomputer goes live with 1,016 NVIDIA Blackwell GPUs*. (2026, February 27). <https://www.rdworldonline.com/eli-lillys-lillypod-supercomputer-goes-live-with-1016-nvidia-blackwell-gpus/>

30. *Breakthroughs at scale: the future of pharma. A vision for 2035.* (2026, January 09). <https://www.pwc.com/us/en/industries/pharma-life-sciences/pharmaceutical-industry-trends.html>
31. *Factors hindering AI adoption in life sciences: 2023-2026.* (2026). IntuitionLabs. <https://intuitionlabs.ai/articles/ai-adoption-life-sciences-barriers>
32. *Forging strategic partnerships to conquer the \$400 billion patent cliff.* (2025). DrugPatentWatch. <https://www.drugpatentwatch.com/blog/forging-strategic-partnerships-to-conquer-the-400-billion-patent-cliff>
33. *Pharmaceutical Marketing Strategies 2026: A New Era.* <https://www.pharmanow.live/pharma-marketing/pharma-marketing-strategies>
34. *Digital Marketing Trends 2025-2026: Strategic Approaches for Pharma and Beyond.* (2025, February 15). <https://saiashirwad.com/blog/digital-marketing-trends-2025-2026/>
35. Zhelezniak, H. (2024, Hruden 25). *Chomu partnerstvo vazhlyvishe za konkurentsiiu v biznesi?* <https://marketer.ua/ua/why-is-partnership-more-important-than-competition-in-business/>
36. *Pharmaceutical Trends 2026: The Future Growth of the Pharmaceutical Industry.* (2025, December 10) <https://infomineo.com/industries/healthcare-pharma/pharmaceutical-trends-2026-future-growth-insights/>
37. Matt. (2025, March 15). *Co-Marketing: The Secret Growth Strategy Big Brands Hide.* <https://socialrails.com/blog/co-marketing-strategy-guide>
38. Horbanevych, V. L. (2025). *Znachennia biznes-protsesiv pry vzaiemovidnosynakh pidpriemstva z inshymy subiektamy diialnosti. Biznes Inform*, (8), 545–553. <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2025-8-545-553>
39. Pestun, I. V., Mnushko, Z. M., Sliptsova, N. A., & Parfonova, I. I. (2026). *Kontseptualni zasady partnerskykh vzaiemovidnosyn u farmatsii v konteksti spilnykh tsinnosti ta staloho rozvytku. Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 12(1), 80–91. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.383>

Внесок авторів:

І. В. Пестун: збір та опрацювання даних, підготовка первинного тексту рукопису.

З. М. Мнушко: концептуалізація та методологія дослідження, рецензування та редагування рукопису.

Н. А. Сліпцова: добір даних літератури, укладання таблиці.

І. І. Парфьонova: добір даних літератури, критичний перегляд тексту.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту: під час підготовки рукопису технології штучного інтелекту (Gemini 2.5 Flash) використовувалися для попереднього пошуку джерел літератури. Аналіз даних, узагальнення інформації, формулювання висновків та остаточна підготовка рукопису виконані авторами самостійно.

Відомості про авторів:

І. В. Пестун, доктор фармацевтичних наук, професор кафедри менеджменту, маркетингу, забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<http://orcid.org/0000-0002-4114-3564>). E-mail: irynapestun.nuph@gmail.com

З. М. Мнушко, доктор фармацевтичних наук, професор кафедри медико-фармацевтичних дисциплін та безперервного професійного розвитку фармацевтів, Донецький національний медичний університет (<http://orcid.org/0000-0003-2210-716X>). E-mail: mnushkoz@gmail.com

Н. А. Сліпцова, доктор філософії (фармація, промислова фармація), асистентка кафедри медико-фармацевтичних дисциплін та безперервного професійного розвитку фармацевтів, Донецький національний медичний університет (<https://orcid.org/0000-0002-4041-5396>). E-mail: n.a.sliptsova@dnmu.edu.ua

І. І. Парфьонova, кандидат економічних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління в охороні здоров'я, Харківський національний медичний університет, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти (<https://orcid.org/0000-0002-7049-4312>). E-mail: ii.parfonova@knmu.edu.ua

Information about the authors:

I. V. Pestun, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Department of Management, Marketing, Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<http://orcid.org/0000-0002-4114-3564>). E-mail: irynapestun.nuph@gmail.com

Z. M. Mnushko, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Department of Medical and Pharmaceutical Disciplines and Continuous Professional Development of Pharmacists, Donetsk National Medical University (<http://orcid.org/0000-0003-2210-716X>). E-mail: mnushkoz@gmail.com

N. A. Sliptsova, Doctor of Philosophy (Pharmacy, Industrial Pharmacy), Teaching Assistant of the Department of Medical and Pharmaceutical Disciplines and Continuous Professional Development of Pharmacists, Donetsk National Medical University (<https://orcid.org/0000-0002-4041-5396>). E-mail: n.a.sliptsova@dnmu.edu.ua

I. I. Parfonova, Candidate of Economics (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Social Medicine, Organization and Management in Healthcare, Kharkiv National Medical University, Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education (<https://orcid.org/0000-0002-7049-4312>). E-mail: ii.parfonova@knmu.edu.ua

Надійшла до редакції 28.05.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 18.08.2026 р.

Взято до друку 20.08.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Соціальна медицина і фармація: історія, сучасність та перспективи розвитку

УДК 614.2:615.1:005.584.1

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.399>

І. А. Костюк

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ

E-mail: kostiuk.iryua@ntmu.ua

УЧАСТЬ ПАЦІЄНТСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ДЕЛІБЕРАТИВНОМУ ПРОЦЕСІ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

Сучасний стан розвитку оцінки медичних технологій (ОМТ) характеризується переходом до пацієнтоорієнтованих моделей ухвалення рішень, що передбачають системне залучення пацієнтських організацій до деліберативного процесу.

Мета: дослідження ролі пацієнтських організацій у деліберативному процесі ОМТ; узагальнення досвіду їхнього залучення у практику окремих провідних агентств; обґрунтування перспектив розвитку відповідних механізмів в Україні.

Матеріали та методи. Використано нормативно-правові акти України у сфері ОМТ, міжнародні рекомендації HTAi, EUnetHTA, EUPATI, документи провідних агентств з ОМТ (NICE, KCE, INESSS, HAS, SMC, HTW), наукові публікації та відкриті інформаційні ресурси. Застосовано контент-аналіз, порівняльний, структурно-логічний, графічний методи та метод узагальнення.

Результати та їхнє обговорення. Досліджено сучасні підходи до залучення пацієнтських організацій у деліберативному процесі ОМТ відповідно до концепції Evidence-Informed Deliberative Processes. Проаналізовано інструменти участі пацієнтів, що використовуються в EUnetHTA, а також моделі взаємодії, впроваджені у провідних міжнародних агентствах з ОМТ. Установлено, що у більшості країн пацієнтські організації інтегровані практично на всіх етапах ОМТ – від пріоритизації до формування рекомендацій щодо медичних технологій. Визначено особливості сучасного стану розвитку державної ОМТ в Україні, зокрема консультативний характер участі пацієнтських організацій, та потребу в подальшому розвитку механізмів їхньої інтеграції у процес ухвалення рішень. На основі узагальнення міжнародного досвіду розроблено концептуальну модель інтеграції пацієнтських організацій у деліберативний процес державної ОМТ в Україні та визначено перспективні напрями її подальшого розвитку.

Висновки. Установлено, що міжнародна практика демонструє високий рівень інституціоналізації участі пацієнтських організацій у процесі ОМТ, тоді як в Україні їхнє залучення поки що має переважно консультативний характер. Запропонована модель може бути використана як концептуальна основа для вдосконалення нормативного, організаційного та методичного забезпечення державної ОМТ.

Ключові слова: оцінка медичних технологій; деліберативний процес; пацієнтські організації; залучення пацієнтів; сканування горизонту.

I. A. KOSTIUK

Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

E-mail: kostiuk.irynd@nmu.ua

THE PATIENT ORGANIZATIONS' INVOLVEMENT IN THE DELIBERATIVE PROCESS OF THE HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: THE INTERNATIONAL EXPERIENCE, CURRENT STATE AND DEVELOPMENT PROSPECTS IN UKRAINE

The current development of health technology assessment (HTA) is characterized by a transition towards patient-centered decision-making models that provide for the systematic involvement of patient organizations in the deliberative process.

Aim. To study the role of patient organizations in the deliberative HTA process, summarize their involvement practices across selected leading HTA agencies, and substantiate the prospects for developing relevant mechanisms in Ukraine.

Materials and methods. Ukrainian regulatory acts in the field of HTA, international recommendations of HTAi, EUnetHTA and EUPATI, documents of leading HTA agencies (NICE, KCE, INESSS, HAS, SMC, HTW), scientific publications and open information resources were used. The content analysis, comparative, structural-logical and graphical methods, as well as generalization, were applied.

Results and discussion. Modern approaches to involving patient organizations in the deliberative HTA process have been studied in accordance with the concept of Evidence-Informed Deliberative Processes. The patient involvement tools used by EUnetHTA, as well as interaction models implemented by leading international HTA agencies, have been analyzed. It has been found that in most countries, patient organizations are integrated into almost all stages of HTA – from prioritization to the development of recommendations on health technologies. The current development of the national HTA in Ukraine has been characterized, including the mainly consultative nature of patient organizations' participation and the need to further develop mechanisms for their integration into the decision-making process. Based on the generalization of the international experience, a conceptual model for integrating patient organizations into the deliberative process of the state HTA in Ukraine has been developed, and promising areas for its further development have been identified.

Conclusions. It has been determined that the international practice demonstrates a high level of institutionalization of the patient organizations' participation in the HTA process, while in Ukraine their involvement remains mainly consultative. The model proposed can be used as a conceptual basis for improving the regulatory, organizational and methodological support of the state HTA.

Keywords: health technology assessment; deliberative process; patient organizations; patient involvement; horizon scanning.

Вступ. Оцінка медичних технологій (ОМТ) є одним із ключових інструментів забезпечення прозорого, доказового та економічного обґрунтування ухвалення рішень у системах охорони здоров'я [1, 2]. Протягом останніх десятиліть підходи до проведення ОМТ зазнали суттєвої еволюції – від оцінювання виключно клінічної ефективності, безпеки та економічної доцільності медичних технологій (МТ) до комплексного врахування соціальних, етичних, організаційних аспектів, а також потреб, цінностей і досвіду пацієнтів [3, 4]. Сучасна концепція ОМТ ґрунтується на принципах пацієнтоорієнтованості, прозорості та комплексного залучення зацікавлених сторін до процесу ухвалення рішень [5].

Одним із важливих елементів сучасної системи ОМТ є деліберативний процес. На відміну від традиційного експертного обговорення він передбачає не лише аналіз наукових доказів, а і їхнє колективне осмислення із залученням усіх основних стейкхолдерів. Його метою

є досягнення обґрунтованого рішення шляхом поєднання клінічних, економічних, організаційних, етичних і соціальних аспектів [6-8]. Особливе значення у цьому має залучення пацієнтських організацій, які забезпечують представлення досвіду пацієнтів, їхніх потреб та очікувань під час формування рішень щодо доступу до лікування [9-11].

У багатьох країнах Європейського Союзу, Великій Британії, Канаді, Австралії та інших державах участь пацієнтських організацій стала невід'ємною складовою процесів ОМТ та ухвалення рішень щодо закупівлі та фінансування МТ [10, 12-17]. Пацієнтські організації можуть долучатися до визначення пріоритетів оцінювання, підготовки пацієнтських доказів, роботи дорадчих органів та обговорення рекомендацій щодо використання МТ. Водночас в Україні, незважаючи на поступовий розвиток системи ОМТ та впровадження механізмів взаємодії із ключовими стейкхолдерами, участь пацієнтських організацій на різних етапах

державної ОМТ залишається недостатньо інституціоналізованою та потребує подальшого наукового обґрунтування [18, 19].

Питання залучення пацієнтської спільноти до процесів ОМТ є предметом досліджень багатьох міжнародних організацій та науковців. Так, значний внесок у розвиток концепції пацієнтського залучення зробили HTAi Patient and Citizen Involvement Group, European Network for HTA, а також науковці Gauvin F.-P. [20], Abelson J. [20-22], Facey K. [10-12, 16, 23], Haeruy D. [23] та інші. У їхніх дослідженнях розглядаються механізми залучення пацієнтів до процесів ОМТ, підходи до використання пацієнтських доказів та досвіду, а також вплив участі пацієнтської спільноти на якість, прозорість та доцільність ухвалених рішень. В Україні питання розвитку ОМТ висвітлені у наукових працях К. Л. Косяченка [24-26], А. С. Немченко [26, 27], М. М. Бабенка [24-30], О. М. Заліської [31], О. Б. Піняжко [31] та інших науковців. Однак роль пацієнтських організацій у деліберативному процесі ОМТ, особливості їхнього залучення до ухвалення рішень та перспективи розвитку відповідних механізмів в Україні залишаються недостатньо дослідженими, що обумовлює актуальність роботи.

Мета: дослідження ролі пацієнтських організацій у деліберативному процесі ОМТ; узагальнення досвіду їхнього залучення у практику окремих провідних агентств; обґрунтування перспектив розвитку відповідних механізмів в Україні

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у квітні-червні 2026 року із застосуванням комплексного підходу, що передбачав аналіз наукових публікацій, нормативно-правових і методичних документів, а також порівняння практик залучення пацієнтів та пацієнтських організацій до процесів ОМТ.

Інформаційну базу дослідження становили нормативно-правові акти України у сфері державної ОМТ; міжнародні рекомендації HTAi, EUnetHTA та EUPATI; офіційні матеріали окремих агентств з ОМТ (NICE, KCE, INESSS, HAS, SMC, HTW); наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів.

Для порівняльного аналізу агентства відбиралися цілеспрямовано за критеріями наявності документованих механізмів залучення пацієнтів та/або пацієнтських організацій, доступності відповідних матеріалів та практичного досвіду застосування різних форм пацієнтського залучення. Порівняння відібраних агентств

здійснювали за уніфікованими параметрами: формами залучення пацієнтів і пацієнтських організацій, нормативно-методичним забезпеченням їхньої участі та особливостями інтеграції пацієнтської перспективи у процес ОМТ.

Пошук наукових публікацій здійснювався у PubMed та Google Scholar за ключовими словами та їхніми комбінаціями: *health technology assessment, HTA, patient involvement, patient engagement, patient participation, patient organization, patient evidence, patient experience, patient perspective, deliberative process, decision making*. До аналізу долучалися публікації, присвячені формам і механізмам залучення пацієнтів та пацієнтських організацій до ОМТ, використанню пацієнтського досвіду та деліберативним підходам до ухвалення рішень. Перевага надавалася публікаціям за останні п'ять років, а більш ранні джерела долучалися за умови їхнього концептуального або методичного значення. Ті публікації, які не стосувалися ОМТ або не розглядали участь пацієнтів поза контекстом ОМТ, до аналізу не долучалися.

Під час проведення дослідження було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, а саме контент-аналіз, порівняльний, структурно-логічний аналіз, а також графічний метод та узагальнення.

Результати дослідження та їхнє обговорення. У межах дослідження розмежовано поняття, що характеризують різних суб'єктів пацієнтського залучення до ОМТ. Поняття «пацієнти» використовується щодо осіб із безпосереднім досвідом захворювання та лікування, «представники пацієнтів» – щодо осіб, які представляють потреби та інтереси певної групи пацієнтів, а «пацієнтські організації» – щодо організованих об'єднань, які представляють колективну пацієнтську перспективу. Саме пацієнтські організації розглядаються у цьому дослідженні як основний суб'єкт інституціоналізованого пацієнтського залучення до деліберативного процесу ОМТ. Водночас поняття «зацікавлені сторони» використовується у ширшому значенні та охоплює всі групи, інтереси яких пов'язані з оцінюванням та використанням МТ.

В основі сучасних підходів до деліберативного ухвалення рішень лежить концепція Evidence-Informed Deliberative Processes (EDPs), яка була запропонована для підвищення прозорості та підзвітності рішень у сфері охорони здоров'я. Передумовою її розроблення стало усвідомлення того, що традиційні підходи ОМТ часто не забезпечують належного врахування

широкого кола інтересів зацікавлених сторін, а також недостатньо охоплюють соціальні та етичні аспекти застосування МТ. Відповідно, хоча ухвалені рішення щодо технологій ґрунтуються на клінічному й економічному аналізі, вони не завжди сприймаються суспільством як справедливі та обґрунтовані [6, 32].

Концепцією EDPs передбачено системне залучення зацікавлених сторін на всіх етапах ОМТ: від визначення пріоритетних технологій до інтерпретації отриманих доказів і формування рекомендацій щодо впровадження МТ. Цей підхід поєднує принципи доказового ухвалення рішень із концепцією справедливого процесу (Accountability for Reasonableness), згідно з якою рішення мають бути прозорими, аргументованими, доступними й ухвалюватися з урахуванням позицій усіх зацікавлених сторін процесу оцінювання [33].

Окремим процесом, функціонально пов'язаним з ОМТ, є сканування горизонту, спрямоване на систематичне виявлення нових і перспективних МТ та раннє визначення технологій, які потенційно можуть потребувати подальшого оцінювання. Залучення пацієнтів та пацієнтських організацій до сканування горизонту забезпечує долучення пацієнтської перспективи на ранніх етапах розгляду інновацій, зокрема шляхом ідентифікації незадоволених

медичних потреб, визначення значущих для пацієнтів пріоритетів та оцінювання потенційного впливу нових МТ на якість життя та прийнятність лікування [34-36].

Передумовами реалізації EDPs є залучення зацікавлених сторін до визначення критеріїв оцінювання, використання найкращих із доступних доказів та забезпечення прозорості процедур ухвалення рішень. Відповідно до цієї концепції процес ОМТ розглядається як послідовність п'яти взаємопов'язаних етапів, реалізація яких відбувається під впливом контекстних факторів системи охорони здоров'я та особливостей національного контексту організації ОМТ (рис. 1) [7, 32, 37].

Особливе місце в деліберативному процесі посідають пацієнти та пацієнтські організації. Вони є унікальними зацікавленими сторонами, адже, на відміну від інших, володіють досвідом життя із захворюванням та можуть надати інформацію про реальний вплив хвороби на якість життя, працездатність та соціальне функціонування. Такі дані часто не входять до результатів клінічних досліджень, однак вони мають суттєве значення під час ухвалення рішень щодо фінансування та впровадження МТ [17, 38-40].

У контексті ОМТ пацієнтські докази (patient evidence) охоплюють інформацію про досвід



Рис. 1. Основні етапи EDPs у системі ОМТ

життя із захворюванням і лікуванням, потреби, пріоритети, очікування та переваги пацієнтів. Це поняття є ширшим за результати, повідомлені пацієнтами (patient-reported outcomes), які відображають стан здоров'я або результати лікування безпосередньо з позиції пацієнта та можуть бути одним із джерел для формування пацієнтських доказів [17, 40, 41].

У міжнародній практиці роль пацієнтів у процесах ОМТ поступово трансформувалася від пасивного інформування до активної участі в ухваленні рішень. На ранніх етапах розвитку ОМТ пацієнти були джерелом інформації про перебіг захворювання, однак станом на зараз передбачено їхнє системне залучення на всіх етапах деліберативного процесу [40]. Представники пацієнтських організацій уже активно долучаються до визначення пріоритетних МТ для оцінювання, формування дослідницьких питань, підготовки пацієнтських доказів, експертного обговорення результатів ОМТ, роботи консультативних та дорадчих комітетів, а також до громадського обговорення проєктів рекомендацій. У межах діяльності EUnetHTA були розроблені стандартизовані підходи до залучення пацієнтів, які передбачають використання шаблону збору інформації від пацієнтів, проведення індивідуальних та групових співбесід, участь пацієнтів або їхніх представників у зустрічах із визначення

обсягу оцінювання, а також застосування інших форм збору досвіду та потреб пацієнтів (табл. 1) [42].

Аналіз наведених у табл. 1 підходів свідчить, що сучасна практика EUnetHTA ґрунтується на принципі системного залучення пацієнтів протягом усього процесу ОМТ. Виявлено, що участь пацієнтської спільноти не обмежується лише наданням інформації про досвід лікування, а інтегрується у формування ключових елементів оцінювання. Водночас аналіз практичного досвіду EUnetHTA демонструє, що універсального підходу до залучення пацієнтів не існує. Вибір конкретного інструменту залежить від типу МТ, особливостей захворювання, наявності проактивних пацієнтських спільнот, а також доступних ресурсів. Найбільш ефективним є комбіноване використання декількох інструментів, що дає змогу поєднувати структуровані письмові дані з безпосереднім обговоренням досвіду пацієнтів та забезпечувати більш повне врахування їхніх потреб під час ухвалення рішень [43].

Подальший розвиток механізмів пацієнтського залучення знайшов своє відображення у діяльності національних агентств з ОМТ. Незважаючи на спільні принципи прозорості, відкритості та пацієнтоорієнтованості, кожна країна сформувала власні підходи до взаємодії із пацієнтськими організаціями (табл. 2) [44-48].

Таблиця 1

ОСНОВНІ ПІДХОДИ EUNETHTA ДО ЗАЛУЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ У ПРОЦЕСІ ОМТ

Підхід до залучення	Характеристика	Етапи процесу ОМТ, на яких використовується
Шаблон збору інформації від пацієнтів	Стандартизований інструмент для отримання структурованої інформації від пацієнтів або пацієнтських організацій щодо впливу захворювання, досвіду лікування, очікувань та пріоритетів	Формування дослідницького питання; визначення клінічно значущих кінцевих точок; інтерпретація результатів; підготовка звіту з ОМТ
Індивідуальна співбесіда	Напівструктуроване інтерв'ю з пацієнтом або представником пацієнтської організації для отримання поглибленої інформації про індивідуальний досвід захворювання та лікування	Формування дослідницького питання; уточнення клінічно важливих результатів; інтерпретація отриманих доказів
Групова співбесіда (фокус-група)	Обговорення за участю декількох пацієнтів або представників пацієнтських організацій з метою визначення спільних потреб, проблем та пріоритетів цільової популяції	Формування дослідницького питання; визначення клінічно значущих кінцевих точок; інтерпретація результатів ОМТ
Зустріч із визначення обсягу оцінювання	Залучення пацієнтів або їхніх представників на початковому етапі оцінювання для визначення меж дослідження, найбільш актуальних клінічних питань та очікуваних результатів	Визначення сфери оцінювання; формування дослідницького питання; вибір кінцевих точок оцінювання
Інші форми залучення	Рецензування проєкту PICO, проєкту звіту, участь у складі робочої групи, використання національних опитувань, письмові коментарі та інші форми взаємодії залежно від особливостей оцінювання	Використання на різних етапах процесу ОМТ залежно від типу МТ та потреб конкретного оцінювання

Джерело: складено авторкою за матеріалами Elvsaas I. K. та ін. [42].

Таблиця 2

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ЗАЛУЧЕННЯ ПАЦІЄНТСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ
ДО ПРОЦЕСУ ОМТ У ПРОВІДНИХ МІЖНАРОДНИХ АГЕНТСТВАХ**

Агентство	Форми залучення пацієнтських організацій	Нормативне забезпечення участі пацієнтів	Особливості моделі
Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги (NICE, Велика Британія)	Письмові свідчення пацієнтських організацій; участь у комітетах; усні вступи; громадські консультації; участь у формуванні обсягу оцінювання	Настанова з проведення ОМТ; Політика щодо залучення пацієнтів і громадськості	Пацієнти інтегровані практично на всіх етапах ОМТ; пацієнтські докази є складовою експертного обговорення та враховуються під час формування рекомендацій
Бельгійський центр знань з охорони здоров'я (KCE, Бельгія)	Консультації із зацікавленими сторонами; письмові коментарі; тематичні консультації	Внутрішні процедури взаємодії із зацікавленими сторонами	Пацієнтські організації залучаються вибірково залежно від предмета оцінювання; переважає консультативна модель взаємодії
Національний інститут досконалості у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг (INESSS, Квебек)	Інтерв'ю з пацієнтами; участь у робочих групах; експертних комітетах та консультаціях	Методичні рекомендації щодо залучення пацієнтів і громадян до процесу ОМТ	Пацієнтський досвід систематично використовується під час визначення клінічно значущих результатів, інтерпретації доказів та підготовки рекомендацій
Вищий орган охорони здоров'я (HAS, Франція)	Онлайн-подання матеріалів; участь у слуханнях, робочих групах та громадських консультаціях	Регламент громадських консультацій та взаємодії із зацікавленими сторонами	Значна увага приділяється прозорості процесу й урахуванню позиції пацієнтських організацій
Шотландський консорціум лікарських засобів (SMC, Шотландія)	Структуроване подання інформації пацієнтськими організаціями; усні консультації; участь пацієнтських організацій у процесі оцінювання	Настанова щодо участі пацієнтських організацій; Настанова щодо подання інформації пацієнтськими організаціями	Одна із найбільш формалізованих моделей участі пацієнтів, у якій пацієнтські докази є обов'язковою складовою оцінювання більшості МТ
Агентство з ОМТ Уельсу (HTW, Уельс)	Подання пацієнтських доказів; консультації; індивідуальні співбесіди; письмові свідчення	Настанова щодо залучення пацієнтів; Порядок надання пацієнтських доказів	Використовується гнучка модель, що передбачає вибір механізмів залучення залежно від МТ та особливостей її оцінювання

Джерело: складено авторкою за матеріалами NICE, KCE, INESSS, HAS, SMC та HTW [44-48].

Проведений порівняльний аналіз міжнародного досвіду свідчить, що, незважаючи на організаційні особливості діяльності національних агентств з ОМТ, їхні моделі залучення пацієнтських організацій мають низку спільних ознак. Насамперед участь пацієнтів розглядається не як окремий елемент громадського обговорення, а як невід'ємна складова деліберативного процесу, що забезпечує врахування досвіду життя із захворюванням, потреб пацієнтів та їхніх очікувань щодо результатів лікування. У всіх проаналізованих національних агентствах використовуються формалізовані або частково формалізовані механізми взаємодії з пацієнтською спільнотою, які передбачають подання пацієнтських доказів, участь у консультативних заходах або експертних обговореннях, а також можливість надання коментарів до проектів рекомендацій.

Упровадження системи ОМТ в Україні супроводжувалося формуванням нормативно-правової бази, що визначає порядок проведення державної ОМТ лікарських засобів та медичних виробів і взаємодії із зацікавленими сторонами [49, 50]. Чинне нормативне забезпечення передбачає окремі механізми взаємодії із зацікавленими сторонами, зокрема можливість подання зауважень і пропозицій та участі у консультаційних заходах. Водночас участь саме пацієнтських організацій не сформована як наскрізний окремо регламентований компонент державної ОМТ: недостатньо визначеними залишаються механізми їхнього залучення на ранніх етапах оцінювання, порядок представництва, стандартизовані підходи до подання пацієнтських доказів та способи їхнього врахування під час деліберативного обговорення і формування рекомендацій.

У чинній практиці можливості залучення пацієнтських організацій більшою мірою реалізуються через консультаційні та комунікаційні механізми, тоді як їхня системна участь у визначенні значущих для пацієнтів аспектів оцінювання, інтерпретації доказів та деліберативного обговорення результатів потребує подальшої інституціоналізації. Окремою формою взаємодії є участь представників пацієнтських організацій у форумах, круглих столах, професійних дискусіях та інших заходах у сфері ОМТ. Такі формати сприяють розвитку діалогу між пацієнтськими організаціями, експертним середовищем та державними органами, однак не є тотожними формалізованій участі безпосередньо у процедурі державної ОМТ [51-56].

Розвиток механізмів пацієнтського залучення має враховувати загальний рівень інституційної та ресурсної спроможності системи ОМТ в Україні. Пріоритетними напрямками подальшого розвитку національної системи визначено формування професійного середовища, належне матеріально-технічне та інформаційне забезпечення, удосконалення законодавства, оптимізацію інституційної структури та гармонізацію методології ОМТ. Відповідно, розширення участі пацієнтських організацій має здійснюватися з урахуванням наявних кадрових, організаційних та інформаційних ресурсів системи.

До додаткових бар'єрів інституціоналізації пацієнтського залучення можна віднести різний рівень організаційної спроможності пацієнтських організацій, неоднаковий рівень підготовки їхніх представників до участі в ОМТ, а також обмежені часові й кадрові ресурси для системного залучення. В умовах воєнного стану зазначені виклики посилюються підвищенням навантаження на систему охорони здоров'я, необхідністю пріоритизації обмежених ресурсів та швидкого реагування на нові потреби населення. Відповідно, практичну інтеграцію пацієнтських організацій у деліберативний процес ОМТ доцільно здійснювати поетапно шляхом нормативного закріплення форм участі, запровадження стандартизованих інструментів залучення, визначення прозорих критеріїв представництва, навчання учасників та формування механізмів надання зворотного зв'язку.

Виявлені особливості міжнародних моделей залучення пацієнтських організацій та результати аналізу сучасного стану державної ОМТ в Україні стали підґрунтям для розроблення моделі інтеграції пацієнтських організацій у деліберативний процес державної ОМТ (рис. 2). Запропонована модель відображає напрями інституціоналізації участі пацієнтської спільноти на всіх ключових етапах державної ОМТ і враховує як кращі міжнародні практики, так і особливості функціонування національної системи охорони здоров'я.

Наукова новизна запропонованої моделі полягає у системному поєднанні етапів ОМТ із визначеними для кожного з них формами участі пацієнтських організацій, відповідними інструментами залучення та очікуваними результатами такої участі. На відміну від відтворення окремих міжнародних практик, модель інтегрує проаналізовані підходи в єдину структуровану систему, адаптовану до особливостей функціонування державної ОМТ в Україні.

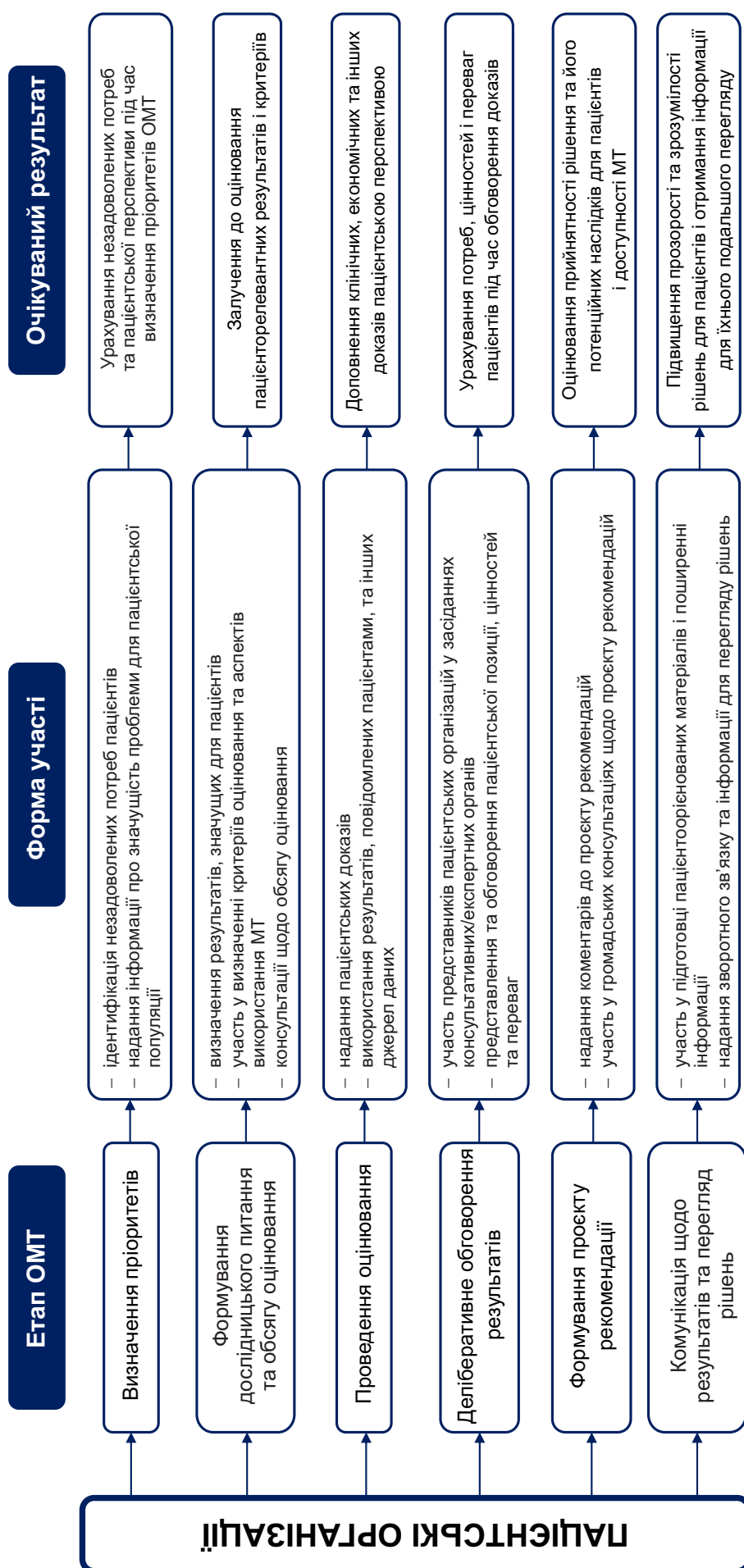


Рис. 2. Концептуальна модель інтеграції пацієнтських організацій у деліберативний процес державної ОМТ в Україні (авторська розробка)

З огляду на результати проведеного дослідження одним із пріоритетних напрямів подальшого розвитку державної ОМТ в Україні має стати інституціоналізація участі пацієнтських організацій з урахуванням кращих міжнародних практик. Доцільним є нормативне закріплення механізмів їхнього залучення на всіх етапах деліберативного процесу – від визначення пріоритетних МТ для оцінювання до експертного обговорення результатів і підготовки рекомендацій. Необхідним кроком також має стати розроблення стандартизованих підходів до збору та використання пацієнтських доказів, визначення критеріїв відбору представників пацієнтських організацій у дорадчих органах, а також розвиток освітніх програм, форумів і професійних платформ, спрямованих на підвищення спроможності пацієнтської спільноти брати участь у процесах ОМТ. Подальший розвиток системи державної ОМТ в Україні доцільно здійснювати шляхом поєднання міжнародних практик пацієнтоорієнтованого деліберативного процесу з особливостями національної системи охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню прозорості та обґрунтованості управлінських рішень щодо застосування МТ.

Висновки

1. Проведений аналіз міжнародних підходів виявив, що сучасні системи ОМТ ґрунтуються на принципах деліберативного ухвалення рішень, відповідно до яких пацієнтські організації є повноправними учасниками процесу ОМТ. У провідних агентствах участь пацієнтів інтегрована практично на всіх етапах оцінювання – від пріоритезації МТ до експертного обговорення результатів і підготовки рекомендацій.

2. Установлено, що найбільш поширеними формами залучення пацієнтських організацій є подання пацієнтських доказів, участь у консультативних та експертних органах, проведення індивідуальних та групових консультацій, громадське обговорення проектів рекомендацій,

а також використання стандартизованих методичних підходів до врахування пацієнтського досвіду під час проведення ОМТ.

3. Аналіз сучасного стану розвитку державної ОМТ в Україні показав, що, незважаючи на сформовану нормативно-правову базу та поступове впровадження принципів відкритості та взаємодії з ключовими стейкхолдерами, участь пацієнтських організацій має переважно консультативний характер і реалізується після основних етапів експертного оцінювання.

4. На основі узагальнення міжнародного досвіду та аналізу сучасного стану державної ОМТ в Україні розроблено концептуальну модель інтеграції пацієнтських організацій у деліберативний процес державної ОМТ, яка визначає основні напрями їхньої участі на всіх ключових етапах ухвалення рішень та може бути використана для вдосконалення нормативного, організаційного й методичного забезпечення державної ОМТ в Україні.

5. Перспективами подальшого розвитку державної ОМТ в Україні є інституціоналізація участі пацієнтських організацій на всіх етапах деліберативного процесу, розроблення стандартизованих механізмів підготовки та використання пацієнтських доказів. Окремим перспективним напрямом є залучення пацієнтських організацій до сканування горизонту як самостійного, функціонально пов'язаного з ОМТ процесу, що може забезпечити врахування пацієнтської перспективи під час виявлення незадоволених медичних потреб та визначення пріоритетності МТ для подальшого розгляду.

Перспективи подальших розробок полягають у розробленні науково обґрунтованих методичних підходів до інтеграції пацієнтських доказів у процес ОМТ, адаптації міжнародних інструментів залучення пацієнтських організацій до національного контексту, а також оцінювання впливу їхньої участі на якість, прозорість та обґрунтованість рекомендацій щодо застосування МТ.

References

1. *Health technology assessment of medical devices*. WHO Medical Device Technical Series. (2011). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501361>
2. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*. Health technology assessment (HTA). <https://www.inahta.org>
3. Lampe, K., Mäkelä, M., Garrido, M. V., Anttila, H., Autti-Rämö, I., Hicks, N. J., Koivisto, J., Kunz, R., Kärki, P., Malmivaara, A., Meiesaar, K., Reiman-Möttönen, P., Norderhaug, I., Pasternack, I., Ruano-Ravina, A., Räsänen, P., Saarni, S. I., & Kristensen, F. B. (2009). The HTA Core Model: A novel method for producing and reporting health technology assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S. 2), 9–20. <https://doi.org/10.1017/S0266462309990638>
4. Kristensen, F. B., Lampe, K., Chase, D. L., Lee-Robin, S. H., Wild, C., Moharra, M., Garrido, M. V., Nielsen, C. P., Røttingen, J. A., & Neikter, S. A. (2009). Practical tools and methods for health technology assessment in Europe: Structures, methodologies, and tools developed by the European Network for

- Health Technology Assessment, EUnetHTA. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(Suppl. 2), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0266462309990626>
5. Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU. (2021). European Parliament, & Council of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj>
 6. Baltussen, R., Jansen, M. P. M., Bijlmakers, L., Tromp, N., Yamin, A. E., & Norheim, O. F. (2017). Value assessment frameworks for HTA agencies: The organization of evidence-informed deliberative processes. *Value in Health*, 20(2), 256–260. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.019>
 7. Oortwijn, W., Jansen, M., & Baltussen, R. (2021). *Evidence-informed deliberative processes: A practical guide for HTA bodies for legitimate benefit package design*. Radboud University Medical Center.
 8. Oortwijn, W., Jansen, M., & Baltussen, R. (2022). Evidence-informed deliberative processes for health benefit package design: A practical guide. (Part II). *International Journal of Health Policy and Management*, 11(10), 2327–2336. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.159>
 9. Patient and Citizen Involvement. Interest Group. HTAi. Values and standards for patient involvement in HTA. <https://htai.org/interest-group/patient-citizen-involvement/>
 10. Facey, K. M., Hansen, H. P., & Single, A. N. V. (2017). *Patient involvement in health technology assessment*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-4068-9>
 11. Holtorf, A. P., Bertelsen, N., Facey, K. M., Pearce, F., Silva, A. S., & Single, A. N. V. (2026). Patient involvement in HTA: The journey continues. In K. M. Facey, A. P. Holtorf, & A. N. V. Single, *Patient involvement in health technology assessment* (Health Informatics). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-032-11284-2_33
 12. Haefner, S., & Danner, M. (2017). Patient involvement in German HTA and policy-making institutions: Incorporating patients' individual and collective experiences. In K. M. Facey, H. P. Hansen, & A. N. V. Single, *Patient involvement in health technology assessment*. Springer.
 13. Whitty, J. A., & Littlejohns, P. (2015). Social values and health priority setting in Australia: An analysis applied to the context of health technology assessment. *Health Policy*, 119(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.003>
 14. Lopes, E., Street, J., Carter, D., & Merlin, T. (2016). Involving patients in health technology funding decisions: Stakeholder perspectives on processes used in Australia. *Health Expectations*, 19(2), 331–344. <https://doi.org/10.1111/hex.12356>
 15. Jakab, I., Dimitrova, M., Houžev, F., Bereczky, T., Fövényes, M., Maravic, Z., Belina, I., Andricu, C., Tóth, K., Piniazko, O., Hren, R., Gutierrez-Ibarluzea, I., Czech, M., Tesar, T., Niewada, M., Lorenzovici, L., Kamusheva, M., Manova, M., Savova, A., ... Kaló, Z. (2023). Recommendations for patient involvement in health technology assessment in Central and Eastern European countries. *Frontiers in public health*, 11, 1176200. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1176200>
 16. Werkö, S., & Andersson, C. (2017). Patient involvement in Swedish HTA organisations. In K. M. Facey, H. P. Hansen, & A. N. V. Single, *Patient involvement in health technology assessment*. Springer.
 17. Pinho-Gomes, A. C., Stone, J., Shaw, T., Heath, A., Cowl, J., Norburn, L., Thomas, V., & Scott, S. (2022). Values, principles, strategies, and frameworks underlying patient and public involvement in health technology assessment and guideline development: a scoping review. *International journal of technology assessment in health care*, 38(1), e46. <https://doi.org/10.1017/S0266462322000289>
 18. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy “Pro zatverdzhennia Poriadku provedennia derzhavnoi otsinky medychnykh tekhnolohii” No. 1300 (2020, December 23). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1300-2020-%D0%BF#Text>
 19. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2022). *Stratehiia rozvytku systemy okhorony zdorovia do 2030 roku*. <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf>
 20. Gauvin, F. P., Abelson, J., Giacomini, M., Eyles, J., & Lavis, J. N. (2011). Moving cautiously: Public involvement and the health technology assessment community. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27(1), 43–49. <https://doi.org/10.1017/S0266462310001200>
 21. Abelson, J., Boothe, K., Abebe, A., & Dhamanaskar, R. (2024). Public engagement in Canadian health policy: Looking back, taking stock and charting the future. *Healthcare Policy*, 20(Special Issue), 10–16. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2024.27417>
 22. Abelson, J. (2018). Patient engagement in health technology assessment: What constitutes “meaningful” and how we might get there. *Journal of Health Services Research & Policy*, 23(2), 69–71. <https://doi.org/10.1177/1355819618756936>
 23. Hunter, A., Facey, K., Thomas, V., Haerry, D., Warner, K., Klingmann, I., May, M., & See, W. (2018). EUPATI guidance for patient involvement in medicines research and development: Health technology assessment. *Frontiers in Medicine*, 5, 231. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00231>
 24. Babenko, M. M., Kosiachenko, K. L., & Kostiuk, I. A. (2024). *Porivnialnyi analiz suchasnoho stanu ta osnovnykh problem vprovadzhennia otsinky medychnykh tekhnolohii: Rezultaty opytuvannia korystuvachiv ta informovanykh: Metodichni rekomendatsii*. Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O. O. Bohomoltsia.
 25. Babenko, M. M., Kosiachenko, K. L., & Kostiuk, I. A. (2024). *Doslidzhennia suchasnoho stanu, problem ta perspektyv vprovadzhennia otsinky medychnykh tekhnolohii z vykorystanniam anketnoho opytuvannia rozrobnykiv: Metodichni rekomendatsii*. Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O. O. Bohomoltsia.

26. Babenko, M. M., Nazarkina, V. M., Nemchenko, A. S., & Kosiachenko, K. L. (2023). Naukove uzahalnenia pidkhodiv do rozvytku systemy otsinky medychnykh tekhnolohii u mizhnarodnii praktytsi. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (4), 46–61. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.23.05>
27. Nazarkina, V. M., Nemchenko, A. S., Podolskyi, I. M., Babenko, M. M., & Koba, T. M. (2024). Problemy stvorennia efektyvnoi systemy otsinky medychnykh tekhnolohii na rannikh etapakh zhyttievoho tsykladu likarskykh zasobiv. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 10(1), 11–20. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.24.317>
28. Babenko, M. M. (2024). Priorityetni napriamy rozvytku systemy otsinky medychnykh tekhnolohii v Ukraini: rezul'taty opytuvannia. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 10(2), 12–22. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.24.321>
29. Babenko, M. (2023). Otsinka medychnykh tekhnolohii yak instrument dlia formuvannia polityky u sferi okhorony zdorovia. *Medychna nauka Ukrainy*, 19(2), 105–110. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.14>
30. Babenko, M. M. (2024). Ekspertna otsinka stanu ta problem vprovadzhennia otsinky medychnykh tekhnolohii v Ukraini. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (4), 18–28. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.24.02>
31. Piniazhko, O. B., Kovtun, L. I., Zaliska, O. M., Oleshchuk, O. M., Leleka, M. V., & Topachevskyi, O. A. (2020). Vprovadzhennia otsinky medychnykh tekhnolohii na etapi dostupu do rynku likarskykh zasobiv v Ukraini. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (3), 45–58. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.20.05>
32. Monleón, C., Späth, H. M., Crespo, C., Dussart, C., & Toumi, M. (2022). Systematic literature review on the implicit factors influencing the HTA deliberative process in Europe. *Journal of market access & health policy*, 10(1), 2094047. <https://doi.org/10.1080/20016689.2022.2094047>
33. Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321(7272), 1300–1301. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1300>
34. Khan, S. K., Crabb, N., Drummond, M., Hutchings, A., Longson, C., & Nicod, E. (2023). Closing the loop between horizon scanning and health technology assessment: An overview of topics submitted for appraisal in England. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 39(1), e64. <https://doi.org/10.1017/S0266462323000491>
35. Bristol Myers Squibb Australia. (2022). *Horizon scanning: Shaping healthcare together roundtable report*. https://www.bms.com/assets/bms/australia/documents/Horizon%20Scanning%20report%202022_Final.pdf
36. Martynchuk, M. P., & Kosiachenko, K. L. (2026). Naukovi osnovy vykorystannia metodolohii skanuvannia horyzontu dlia vyiavlennia rannikh syhnaliv u sferi okhorony zdorovia. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (3), 27–39. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.26.03>
37. Oortwijn, W., Jansen, M., & Baltussen, R. (2020). Use of evidence-informed deliberative processes by health technology assessment agencies around the globe. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(1), 27–33. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.72>
38. Pinilla-Dominguez, P., & Pinilla-Dominguez, J. (2023). Deliberative processes in health technology assessment of medicines: The case of Spain. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 39(1), e50. <https://doi.org/10.1017/S0266462323000387>
39. Gagnon, M. P., Lepage-Savary, D., Gagnon, J., St-Pierre, M., Simard, C., Rhainds, M., Lemieux, R., Gauvin, F. P., Desmartis, M., & Légaré, F. (2009). Introducing patient perspective in health technology assessment at the local level. *BMC Health Services Research*, 9, 54. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-54>
40. Facey, K., Boivin, A., Gracia, J., Hansen, H. P., Lo Scalzo, A., Mossman, J., & Single, A. (2010). Patients' perspectives in health technology assessment: A route to robust evidence and fair deliberation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 26(3), 334–340. <https://doi.org/10.1017/S0266462310000395>
41. Nabarette, H., Chastenay, M. H., Dupont, J. K., Ganache, I., & Single, A. N. V. (2023). Patient and citizen participation at the organizational level in health technology assessment: an exploratory study in five jurisdictions. *International journal of technology assessment in health care*, 39(1), e51. <https://doi.org/10.1017/S0266462323000417>
42. Elvsaas, I. K., Ettinger, S., & Willemsen, A. (2021). Patient involvement in relative effectiveness assessments in the European Network for Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 37, e24. <https://doi.org/10.1017/S0266462320002226>
43. Norburn, L., Rasburn, M., Livingstone, H., & O'Brien, S. (2026). England: Continuously Improving Processes for Patient Involvement Throughout HTA. In K. M. Facey, A.-P. Holtorf, & A. N. V. Single (Eds.), *Patient Involvement in Health Technology Assessment* (pp. 263–278). Springer, Cham. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-032-11284-2_17?
44. Kohn, L., Dauvin, M., & Cleemput, I. (2021). *Patient involvement in policy research at KCE: process note*. Methods. Brussels: Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 340. <https://processbook.kce.be/index.php?article1/methods-of-patient-involvement>
45. *Pourquoi et comment contribuer aux travaux*. (2026). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/medicaments-evaluation-aux-fins-description-1/rendez-vous-des-patients-des-proches-aidants-et-des-associations-de-patients/pourquoi-et-comment-contribuer-aux-travaux.html>
46. *Contribuer à l'évaluation des médicaments et des dispositifs*. (2025). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2666630/fr/contribuer-a-l-evaluation-des-medicaments-et-des-dispositifs
47. Scottish Medicines Consortium. (2022). *A Guide for Patient Group Partners*. Healthcare Improvement Scotland. <https://scottishmedicines.org.uk/media/6784/smc-guide-revised-march-2022-0-4.pdf>

48. Health Technology Wales. (2019). *Guide to Patient / Carer Group Submissions*. Health Technology Wales. <https://healthtechnology.wales/wp-content/uploads/2022/04/Guide-to-Patient-or-Carer-Group-Submissions-v0.6-pilot-English.pdf>
49. Nakaz MOZ Ukrainy "Pro zatverdzhennia Nastanovy z derzhavnoi otsinky medychnykh tekhnolohii dlia likarskykh zasobiv" No. 1741 (2023, October 6). https://moz.gov.ua/uploads/10/50328-dn_1741_06102023_dod.pdf
50. Nakaz MOZ Ukrainy "Pro zatverdzhennia Nastanovy z derzhavnoi otsinky medychnykh tekhnolohii shchodo medychnykh vyrobiv" No. 1771 (2025, November 21). https://moz.gov.ua/storage/uploads/d87bb7b0-f0dd-425c-9875-91d2b98a4a4f/1_Nastanova.pdf
51. *Proiekt vyssnovkiv z derzhavnoi otsinky medychnykh tekhnolohii*. (2025). Derzhavnyi ekspertnyi tsentr Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy. <https://www.dec.gov.ua/materials/proiekt-vysnovkiv/?role=ua>
52. *Posylennia spivpratsi u sferi OMT mizh Tsentrom ta Norvezkym instytutom hromadskoho zdorovia*. (2024). Derzhavnyi ekspertnyi tsentr Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy. <https://www.dec.gov.ua/news/posylennya-spivpratsi-u-sferi-omt-mizh-czentrom-ta-norvezkym-instytutom-gromadskogo-zdorovya>
53. OMT v Ukraini ta Velykii Brytanii: Obmin dosvidom, vyklyky ta poshuky potentsiinykh rishen. (2023). *Shchotyzhnevyy Apteka*, 12(1383). <https://www.apteka.ua/article/661623>
54. *Kruhlyi stil z otsinky medychnykh tekhnolohii*. (2024). Natsionalnyi farmatsevtichnyi universytet. Kafedra orh-anizatsii ta ekonomiky farmatsii. <https://economica.nuph.edu.ua/kruglyj-stil-z-otsinky-medychnyh-tehnologij-2/>
55. *Zaproshuiemo vas vziaty uchast v anomnomu opytuvanni ta otsinyty vash dosvid uchasti u publichnykh zakhodakh z OMT*. (2024). Derzhavnyi ekspertnyi tsentr Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy. <https://www.dec.gov.ua/news/zaproshuyemo-vas-vzyaty-uchast-v-anonimnomu-opytuvanni-ta-ocinyty-vash-dosvid-uchasti-u-publichnyh-zahodah/>
56. 5-yi yuvileinyi forum z otsinky medychnykh tekhnolohii: Prohres ta perspektyvy rozvytku OMT v Ukraini. (2024). *Shchotyzhnevyy Apteka*, 40(1461). <https://www.apteka.ua/article/704491>

Внесок авторів:

І. А. Костюк: концептуалізація, методологія, проведення дослідження, збір, систематизація та опрацювання даних, формальний аналіз, візуалізація, написання – підготовка початкового проекту рукопису; написання – рецензування та редагування.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту: під час підготовки рукопису були використані технології штучного інтелекту ChatGPT (OpenAI, модель GPT-5.6 Sol) для лінгвістичного редагування без зміни змісту та візуалізації окремих концепцій відповідно до детальних інструкцій авторки. Інструменти штучного інтелекту не застосовувалися для аналізу джерел, інтерпретації результатів дослідження та формування наукових висновків. Відповідальність за зміст статті повністю несе авторка.

Відомості про авторів:

І. А. Костюк, кандидат фармацевтичних наук, доцент ЗВО кафедри організації та економіки фармації, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-3689-3379>). E-mail: kostiuk.iryana@nmu.ua

Information about the authors:

I. A. Kostiuk, Candidate of Pharmacy (PhD), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Organization and Economics of Pharmacy, Bogomolets National Medical University, Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-3689-3379>). E-mail: kostiuk.iryana@nmu.ua

Надійшла до редакції 02.07.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 14.08.2026 р.

Взято до друку 20.08.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Організація охорони здоров'я

УДК 616.379-008.64:615.03

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.396>

С. А. СКРИПКА¹, М. І. МАРУЩАК², А. С. ВОЛЬСЬКА², О. П. МЯЛЮК³

¹ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне, Україна

² Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

³ КЗВО «Рівненська медична академія» РОР, Україна

E-mail: marushchak@tdmu.edu.ua

ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Дослідження свідчать про багатофакторну природу проблеми прихильності, яка потребує комплексної оцінки в кожній конкретній популяції хворих, оскільки структура детермінант може суттєво відрізнятися залежно від соціально-економічного контексту, доступності медичної допомоги та особливостей організації системи охорони здоров'я в різних країнах.

Мета – оцінка рівня прихильності до фармакотерапії хворих на цукровий діабет 2 типу й визначення основних клініко-демографічних і соціально-психологічних факторів, що на неї впливають, для обґрунтування напрямів підвищення ефективності фармакотерапії цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено одноцентрове когортне спостереження, до якого було залучено 120 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цукрового діабету 2 типу, що перебували на диспансерному спостереженні та отримували цукрознижувальну фармакотерапію. Для оцінки структури фармакотерапії враховувалися основні групи цукрознижувальних препаратів. Рівень прихильності до фармакотерапії визначався за допомогою валідованого опитувальника Medication Adherence Report Scale.

Результати та їхнє обговорення. У досліджуваній когорті переважали пацієнти старшого віку, як чоловіки, так і жінки, з тривалим перебігом ЦД 2 типу та високою частотою коморбідної патології. Майже половина пацієнтів застосовувала п'ять і більше лікарських засобів на добу, що створює передумови для поліпрагмазії та зниження прихильності до лікування. Найчастіше пацієнти застосовували метформін, статини та антигіпертензивні лікарські засоби. У значній частині обстежених фармакотерапія мала комбінований характер, що було зумовлено наявністю ожиріння, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та інших супутніх захворювань.

Висновки. У пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу виявлено недостатній рівень прихильності до фармакотерапії (32,0 % – високий, 38,8 % – середній та 29,2 % – низький рівні). Низька прихильність до фармакотерапії вірогідно асоціювалася зі старшим віком ($64,3 \pm 4,8$ роки), більшою тривалістю захворювання ($11,3 \pm 6,0$ років), поліпрагмазією (≥ 5 лікарських засобів на добу) та складними режимами прийому лікарських засобів.

Ключові слова: опитувальник MARS-5; прихильність до лікування; фармакотерапія; цукровий діабет.

S. A. SKRYPKA, M. I. MARUSHCHAK, A. S. VOLSKA, O. P. MIALIUK

¹ State Institution "Luhansk State Medical University", Rivne, Ukraine

² I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

³ Municipal Institution of Higher Education "Rivne Medical Academy"

E-mail: marushchak@tdmu.edu.ua

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH DIFFERENT LEVELS OF ADHERENCE TO PHARMACOTHERAPY

Research indicates that the issue of adherence is multifactorial in nature and requires a comprehensive assessment within each specific patient population since the structure of the determinants may vary significantly depending on the socio-economic context, access to healthcare and the specific organization of the healthcare system in different countries.

Aim. To assess the level of adherence to pharmacotherapy among patients with type 2 diabetes mellitus and identify the main clinical, demographic and socio-psychological factors that affect it in order to inform strategies for improving the effectiveness of the drug treatment for this patient group.

Materials and methods. A single-center cohort study was conducted; it involved 120 patients with a confirmed diagnosis of type 2 diabetes who were under outpatient care and received hypoglycemic pharmacotherapy. To assess the structure of pharmacotherapy, the main groups of hypoglycemic agents were taken into account. The level of adherence to pharmacotherapy was determined using the validated Medication Adherence Report Scale questionnaire.

Results and discussion. The study cohort was predominantly comprised of older patients, both men and women, with a long-standing history of type 2 diabetes and a high prevalence of comorbid conditions. Almost half of the patients were taking five or more medicines per day, creating conditions for polypharmacy and reduced adherence to treatment. The most commonly used medicines were metformin, statins and antihypertensive drugs. A significant proportion of the patients examined received the combination therapy, which was due to the presence of obesity, hypertension, dyslipidaemia and other comorbidities.

Conclusions. In patients with type 2 diabetes mellitus, an insufficient level of adherence to pharmacotherapy was observed (32.0 % – high, 38.8 % – moderate and 29.2 % – low levels). Low adherence to pharmacotherapy was significantly associated with older age (64.3 ± 4.8 years), longer duration of the disease (11.3 ± 6.0 years), polypharmacy (≥ 5 medicines per day) and complex medication regimens.

Keywords: MARS-5 questionnaire; treatment adherence; pharmacotherapy; diabetes mellitus.

Вступ. Цукровий діабет 2 типу (ЦД2) залишається одним із найбільш соціально значущих неінфекційних захворювань сучасності. За узагальненими даними Global Burden of Disease Study 2023, наведеними у нещодавньому систематичному огляді Basu зі співавт., кількість людей із цукровим діабетом у світі станом на 2023 рік сягнула 529 млн (6,1 % дорослого населення) з прогнозованим зростанням до 1,31 млрд осіб до 2050 року, водночас на ЦД2 припадає не менше 90 % усіх випадків захворювання [1]. Фармакотерапія залишається основою довгострокового контролю глікемії та профілактики судинних ускладнень ЦД2, однак її клінічна ефективність критично залежить від рівня прихильності пацієнта до призначеного лікування.

Прихильність до фармакотерапії визначається як ступінь відповідності поведінки пацієнта узгодженим з лікарем рекомендаціям щодо режиму прийому лікарських засобів і охоплює своєчасність прийому, дотримання дози та безперервність лікування. За даними огляду Alharbi зі співавт., присвяченого вивченню уявлень пацієнтів про власне захворювання та

їхнього зв'язку з прихильністю до лікування, саме хибні або неповні уявлення хворих на ЦД2 про природу захворювання й необхідність тривалої фармакотерапії є одним із провідних психологічних бар'єрів формування стійкої прихильності [2]. Подібний висновок підтверджує і нещодавнє китайське дослідження Li зі співавт., яке встановило статистично значущий зв'язок між переконаннями пацієнтів щодо необхідності та безпечності цукрознижувальних препаратів (за опитувальником Beliefs about Medicines Questionnaire) і фактичним рівнем прихильності до лікування та досягненням цільового рівня глікованого гемоглобіну [3]. У крос-секційному дослідженні Li зі співавт. низьку прихильність до цукрознижувальної терапії виявлено у 61,9 % пацієнтів з ЦД2, що асоціювалося з достовірно гіршим глікемічним контролем [4]. Систематичний огляд соціально-економічних детермінант прихильності Studer зі співавт. підтвердив стійкий зв'язок між низьким рівнем доходу, освіти та обмеженим доступом до медичної допомоги і зниженою прихильністю до антидіабетичної терапії в популяціях різних країн світу [5].

Систематичний огляд і метааналіз детермінант прихильності до фармакотерапії з-поміж хворих на ЦД2 установив узагальнену поширеність недостатньої прихильності на рівні 48 % (95 % ДІ 18-79 %) за шкалою Morisky (MMAS-8) і виявив як провідні предиктори гіршої прихильності старший вік, соціально-економічну незахищеність, поліпрагмазію, складність режиму лікування та психологічний дистрес [1]. Подібні предиктори, зокрема складність терапевтичної схеми та тривалість захворювання, підтверджені й у кроссекційному дослідженні Sharma зі співавт. [6]. Разом ці дані вказують на багатофакторну природу проблеми прихильності, яка потребує комплексної оцінки в кожній конкретній популяції хворих, оскільки структура детермінант може суттєво відрізнятися залежно від соціально-економічного контексту, доступності медичної допомоги та особливостей організації системи охорони здоров'я в різних країнах.

Незважаючи на значну кількість міжнародних досліджень із цієї проблематики, дані щодо рівня прихильності до фармакотерапії та факторів, що на неї впливають, з-поміж хворих на ЦД2 в Україні залишаються обмеженими, що не дозволяє повною мірою екстраполювати результати закордонних досліджень на вітчизняну клінічну практику з огляду на відмінності в організації диспансерного спостереження, доступності цукрознижувальних препаратів і соціально-економічних умов пацієнтів.

Мета дослідження – оцінка рівня прихильності до фармакотерапії хворих на цукровий діабет 2 типу й визначення основних клініко-демографічних і соціально-психологічних факторів, що на неї впливають, для обґрунтування напрямів підвищення ефективності фармакотерапії цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено одноцентрове когортне спостереження, до якого було залучено 120 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цукрового діабету 2 типу, що перебували на диспансерному спостереженні та отримували цукрознижувальну фармакотерапію у медичних закладах м. Рівне (Україна). Критеріями залучення були вік понад 18 років, наявність діагнозу ЦД2 не менше одного року, постійний прийом антидіабетичних препаратів. Критеріями виключення були тяжкі психічні розлади, гострі інфекційні захворювання, відмова від участі у дослідженні.

Соціально-демографічні та клінічні характеристики пацієнтів (вік, стать, тривалість захворювання, наявність коморбідної патології,

кількість лікарських засобів на добу) були зібрані шляхом аналізу медичної документації та стандартизованого опитування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2013) та вимог Належної клінічної практики (Good Clinical Practice). Усі учасники дослідження надали добровільну письмову інформовану згоду на участь у дослідженні, що забезпечує анонімність та конфіденційність використаних персональних даних.

Для оцінки структури фармакотерапії враховувалися основні групи цукрознижувальних препаратів (метформін, інгібітори SGLT2, агоністи GLP-1, інгібітори DPP-4, препарати сульфонілсечовини, інсулін), а також супутні лікарські засоби (статири, антигіпертензивні та антитромбоцитарні препарати).

Рівень прихильності до фармакотерапії визначався за допомогою валідованого опитувальника Medication Adherence Report Scale (MARS-5), який оцінює частоту пропусків прийому, зміну дозування та переривання лікування. На основі отриманих балів пацієнти були розподілені на групи з високою, середньою та низькою прихильністю.

Статистичний аналіз проводився із застосуванням програмного забезпечення Statistica 13.0. Для описової статистики використовували середні значення та стандартні відхилення ($M \pm SD$). Для порівняння міжгрупових відмінностей застосовували критерій Краскела–Уолліса (H) та χ^2 -тест. Рівень статистичної значущості встановлювався на рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їхнє обговорення. У досліджуваній когорті переважали пацієнти старшого віку, як чоловіки, так і жінки, з тривалим перебігом ЦД 2 типу ($9,1 \pm 5,4$ років) та високою частотою коморбідної патології (табл. 1). Майже половина пацієнтів застосовувала п'ять і більше лікарських засобів на добу, що створює передумови для поліпрагмазії та зниження прихильності до лікування.

Найчастіше пацієнти застосовували метформін, статири та антигіпертензивні лікарські засоби (табл. 2). У значної частини обстежених фармакотерапія мала комбінований характер, що було зумовлено наявністю ожиріння, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та інших супутніх захворювань.

Для оцінки прихильності до фармакотерапії було використано валідований опитувальник MARS-5, обраний відповідно до протоколу дослідження (рис.). Отже, лише близько третини пацієнтів демонстрували високу прихильність

Таблиця 1

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Показник	Усі пацієнти, n = 120
Вік, років, M ± SD	61,4 ± 8,2
Жінки, n (%)	68 (56,7)
Чоловіки, n (%)	52 (43,3)
Тривалість ЦД, років, M ± SD	9,1 ± 5,4
Ожиріння, n (%)	71 (59,2)
Артеріальна гіпертензія, n (%)	78 (65,0)
Дисліпідемія, n (%)	83 (69,2)
≥ 2 коморбідні захворювання, n (%)	76 (63,3)
≥ 5 лікарських засобів/добу, n (%)	54 (45,0)
≥ 3 прийоми лікарських засобів /добу, n (%)	48 (40,0)
Середня кількість лікарських засобів на добу	4,8 ± 2,1

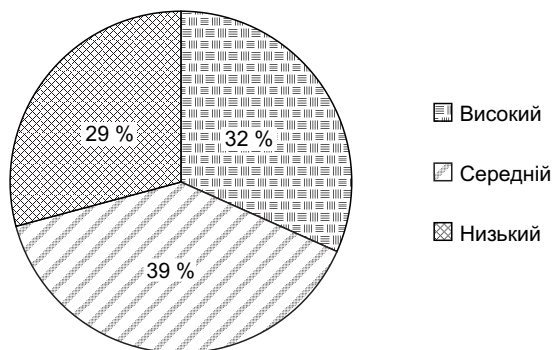


Рис. Розподіл пацієнтів за рівнем прихильності до фармакотерапії

Таблиця 2

СТРУКТУРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Група лікарських засобів	n	%
Метформін	82	68,3
Інгібітори SGLT2	37	30,8
Агоністи рецепторів GLP-1	19	15,8
Інгібітори DPP-4	28	23,3
Препарати сульфонілсечовини	21	17,5
Інсулін	31	25,8
Статини	83	69,2
Антигіпертензивні препарати	78	65,0
Антитромбоцитарні препарати	32	26,7
Інші лікарські засоби	64	53,3

до призначеної фармакотерапії, тоді як у 29,2 % обстежених встановлено низький рівень прихильності.

У пацієнтів з низькою прихильністю спостерігалися вірогідно старший вік, більша тривалість ЦД2, більша кількість лікарських засобів та вища частота складних режимів прийому стосовно хворих з високою прихильністю (табл. 3). Найбільш виражені міжгрупові відмінності встановлено щодо кількості лікарських засобів на добу ($H = 26,31$; $p < 0,001$) та поширеності поліпрагмазії ($\chi^2 = 18,64$; $p < 0,001$). Аналізуючи коморбідність хворих на ЦД2, залучених у дослідження, встановлена вірогідно вища частота супутнього ожиріння у пацієнтів із низькою прихильністю проти даних з високою частотою.

Таблиця 3

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Показник	Високий (n = 38), (1)	Середній (n = 47), (2)	Низький (n = 35), (3)	H / χ^2	p
Вік, років	58,7 ± 3,1	61,5 ± 7,9	64,3 ± 4,8	8,72	0,013
	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} < 0,05^*$; $p_{2-3} > 0,05$				
Тривалість ЦД, років	7,1 ± 4,1	9,2 ± 4,9	11,3 ± 6,0	10,84	0,004
	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} < 0,05^*$; $p_{2-3} > 0,05$				
Кількість ЛЗ/добу	3,5 ± 1,4	4,7 ± 1,8	6,2 ± 2,3	26,31	< 0,001
	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} < 0,01^*$; $p_{2-3} > 0,05$				
≥ 5 ЛЗ/добу, n (%)	9 (23,7)	20 (42,6)	25 (71,4)	18,64	< 0,001
	$p_{1-2} = 0,068$; $p_{1-3} < 0,01^*$; $p_{2-3} = 0,019^*$				
≥ 3 прийоми/добу, n (%)	8 (21,1)	18 (38,3)	22 (62,9)	14,83	< 0,001
	$p_{1-2} = 0,086$; $p_{1-3} < 0,01^*$; $p_{2-3} = 0,056$				
Ожиріння, n (%)	17 (44,7)	28 (59,6)	26 (74,3)	7,28	0,026
	$p_{1-2} = 0,329$; $p_{1-3} = 0,031^*$; $p_{2-3} = 0,329$				
АГ, n (%)	20 (52,6)	31 (66,0)	27 (77,1)	5,34	0,069
	$p_{1-2} = 0,425$; $p_{1-3} = 0,087$; $p_{2-3} = 0,425$				
Побічні реакції, n (%)	5 (13,2)	10 (21,3)	14 (40,0)	7,82	0,020
	$p_{1-2} = 0,329$; $p_{1-3} = 0,027^*$; $p_{2-3} = 0,131$				

Отримані результати щодо рівня прихильності до фармакотерапії з-поміж українських пацієнтів із ЦД2 узгоджуються з даними міжнародних досліджень останніх років. У нашій когорті лише третина пацієнтів продемонструвала високий рівень прихильності, тоді як майже 30 % мали низьку прихильність. Подібні показники наведені у систематичному огляді Basu та співавт., де узагальнена поширеність низької прихильності становила близько 48 % [1]. Виявлений зв'язок між низькою прихильністю та старшим віком, більшою тривалістю захворювання та поліпрагмазією підтверджується результатами Sharma та співавт., які показали, що складність терапевтичної схеми і тривалість ЦД2 є ключовими предикторами зниження прихильності [6]. Отримані результати також узгоджуються з результатами Li та співавт., які встановили, що переконання пацієнтів щодо необхідності та безпечності цукрознижувальних препаратів мають прямий вплив на рівень прихильності та досягнення цільового HbA1c [3, 4]. У нашій когорті пацієнти з низькою прихильністю частіше повідомляли про побічні реакції і мали негативні уявлення про лікування, що збігається з висновками цих досліджень.

Соціально-економічні чинники також відіграють важливу роль. У нашому дослідженні пацієнти з низькою прихильністю частіше мали ознаки соціальної незахищеності.

References

1. Basu, S., Sengupta, T., & Kundu, S. (2026). Medication Adherence and its Predictors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in India: A Systematic Review and Meta-Analysis of Current Evidence. *Health science reports*, 9(2), e71845. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71845>
2. Alharbi, S., Alhofaian, A., & Alaamri, M. M. (2023). Illness Perception and Medication Adherence among Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Scoping Review. *Clinics and practice*, 13(1), 71–83. <https://doi.org/10.3390/clinpract13010007>
3. Li, H., Wang, N., McIver, D. J., Zhang, L., Shi, J., Liu, D., & Min, H. (2026). The association of beliefs about medicines with medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey. *Frontiers in endocrinology*, 17, 1691701. <https://doi.org/10.3389/fendo.2026.1691701>
4. Li, H., Min, H., Zhang, L., Li, Y., Wang, J., & Jia, X. (2025). The relationships between social support, medication adherence, and glycemic control among inpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in Xi'an, China. *Frontiers in pharmacology*, 16, 1634768. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1634768>
5. Studer, C. M., Linder, M., & Pazzagli, L. (2023). A global systematic overview of socioeconomic factors associated with antidiabetic medication adherence in individuals with type 2 diabetes. *Journal of health, population, and nutrition*, 42(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00459-2>
6. Sharma, D., Goel, N. K., Cheema, Y. S., & Garg, K. (2023). Medication Adherence and its Predictors among Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Cross-Sectional Study. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 48(5), 781–785. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_744_22

Це узгоджується з оглядом Studer та співавт., які показали, що низький рівень доходу та освіти асоціюється зі зниженою прихильністю до антидіабетичної терапії [5].

Отже, результати нашого дослідження підтверджують багатофакторну природу проблеми прихильності до фармакотерапії ЦД2 та узгоджуються із сучасними міжнародними даними. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінки та підвищення прихильності, який має враховувати клінічні, психологічні та соціально-економічні чинники.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За результатами дослідження встановлено, що у 68,0 % пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу виявляється недостатній рівень прихильності до фармакотерапії, зокрема середній рівень у 38,8 % і низький рівень у 29,2 % осіб.

2. Низька прихильність до фармакотерапії з-поміж хворих на цукровий діабет 2 типу вірогідно асоціюється зі старшим віком ($64,3 \pm 4,8$ роки), більшою тривалістю захворювання ($11,3 \pm 6,0$ років), поліпрагмазією (≥ 5 лікарських засобів на добу) та складними режимами прийому лікарських засобів.

3. У перспективі планується визначити найбільш поширені проблеми, пов'язані із застосуванням лікарських засобів в українських пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, що зумовлюють низьку прихильність до фармакотерапії.

Внесок авторів:

С. А. Скрипка: концепція та дизайн дослідження, збір даних, написання статті.

М. І. Марущак: редагування і остаточне затвердження статті.

А. С. Вольська: аналіз та інтерпретація даних.

О. П. Мялюк: написання статті, графічне відображення даних.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту (ШІ). Під час підготовки цього рукопису автори використовували інструмент з підтримкою ШІ ChatGPT (версія GPT-4o, розробник OpenAI) суто для перевірки орфографії, пунктуації та граматики. ШІ не використовувався для створення наукового змісту, аналізу даних, формулювання результатів, висновків або бібліографічних посилань. Усі зміни були перевірені та затверджені авторами, які несуть повну відповідальність за зміст публікації.

Відомості про авторів:

С. А. Скрипка, магістрантка, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне (<https://orcid.org/0009-0006-9960-290X>). E-mail: oksankampoooo@gmail.com

М. І. Марущак, доктор медичних наук, професор, декан факультету іноземних здобувачів вищої освіти, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0001-6754-0026>). E-mail: marushchak@tdmu.edu.ua

А. С. Вольська, кандидат фармацевтичних наук, доцент, заступниця декана факультету іноземних здобувачів вищої освіти, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-4985-9559>). E-mail: volska@tdmu.edu.ua

О. П. Мялюк, кандидат біологічних наук, доцент, завідувачка кафедри фундаментальних дисциплін, КЗВО «Рівненська медична академія» РОР (<https://orcid.org/0000-0002-5090-6607>). E-mail: oksankamp@ukr.net.

Information about the authors:

S. A. Skrypka, Master's student, State Institution "Luhansk State Medical University" (<https://orcid.org/0009-0006-9960-290X>). E-mail: oksankampoooo@gmail.com

M. I. Marushchak, Doctor of Medicine (Dr. habil.), Professor, Dean of International Students Faculty, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0001-6754-0026>). E-mail: marushchak@tdmu.edu.ua

A. S. Volska, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Vice-dean of International Students Faculty, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-4985-9559>). E-mail: volska@tdmu.edu.ua

O. P. Mialiuk, Candidate of Biology (Ph.D.), Head of the Department of Fundamental Disciplines, Municipal Institution of Higher Education "Rivne Medical Academy" (<https://orcid.org/0000-0002-5090-6607>). E-mail: oksankamp@ukr.net

Надійшла до редакції 20.08.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 10.09.2026 р.

Взято до друку 14.09.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Організація охорони здоров'я

UDC 615.12:614.2:338.5

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.393>

I. V. BONDARIEVA, V. V. MALYI, O. YU. ROHULIA, N. G. MALININA

National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

E-mail: iryna.bondarieva@gmail.com

THE MANAGEMENT PARADIGM TRANSFORMATION IN PHARMACY: FROM TRADITIONAL MODELS TO THE USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES

The relevance of the study is due to the impact of digitalization and crisis factors on the pharmaceutical sector, which determines the need for a theoretical rethinking of the modern management paradigm in pharmacy.

Aim. To theoretically substantiate the evolution of the management paradigm in pharmacy, identify the main stages of its transformation, and systematize the characteristics of the contemporary digital management model of pharmaceutical organizations.

Materials and methods. The information base for this study was compiled from regulatory and strategic documents (WHO, Ministry of Health of Ukraine) and scientific publications for 2015–2026, retrieved from Scopus, Web of Science, PubMed, and Google Scholar using keywords related to digitalization and management in pharmacy. The study used systemic, structural and functional, comparative, and historical-logical methods, as well as generalization and scientific abstraction.

Results and discussion. Six stages in the evolution of the management paradigm in pharmacy, such as administrative-functional, economic-market, strategic, process-oriented, patient-centered, and digital stage, have been systematized. It has been substantiated that each subsequent paradigm does not eliminate the previous one, but transforms and integrates its managerial tools in accordance with changing conditions in the pharmaceutical sector. The transition from managing resources, functions, and operations to managing end-to-end processes, relationships, data, digital platforms, as well as ecosystems, has been identified. The transformation of managerial functions from periodic planning, control, and experience-based decision-making towards dynamic forecasting, real-time monitoring, predictive analytics, automation, and data-driven decision-making has been demonstrated. The social-pharmaceutical dimension of the digital paradigm has been substantiated, within which the digital transformation contributes to improving the accessibility and quality of pharmaceutical care, strengthening patient-centredness, and increasing the social efficiency of pharmaceutical organizations. The need to combine technological efficiency with risk management, cybersecurity, human capital development, and digital resilience has been determined.

Conclusions. Digitalization is defined as a systemic transformation of the management paradigm that provides the transition from a predominantly hierarchical and reactive model to an adaptive, process-oriented, network-based, platform, and data-driven management model. Further research should focus on developing methodological approaches to assessing the digital maturity and digital resilience of pharmaceutical organizations, identifying appropriate KPIs, and studying their relationship with the quality of pharmaceutical care and social effectiveness.

Keywords: management; pharmaceutical organization; management paradigm; pharmaceutical management; digitalization; digital transformation; digital economy; data-driven management; patient-centredness; pharmaceutical care; social effectiveness; digital resilience.

І. В. БОНДАРЄВА, В. В. МАЛИЙ, О. Ю. РОГУЛЯ, Н. Г. МАЛІНІНА

Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків

E-mail: iryna.bondariewa@gmail.com

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПАРАДИГМИ УПРАВЛІННЯ У ФАРМАЦІЇ: ВІД ТРАДИЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ ДО ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Актуальність дослідження зумовлена впливом цифровізації та кризових чинників на фармацевтичний сектор, що зумовлює потребу в теоретичному переосмисленні сучасної управлінської парадигми у фармації.

Мета – теоретичне обґрунтування еволюції парадигми управління у фармації, визначення основних етапів її трансформації та систематизація характеристик сучасної цифрової моделі управління фармацевтичними організаціями.

Матеріали та методи. Інформаційну базу сформовано на основі нормативно-стратегічних актів (ВООЗ, МОЗ України) та наукових публікацій за 2015–2026 рр., відібраних у базах Scopus, Web of Science, PubMed і Google Scholar за ключовими запитами щодо цифровізації та менеджменту у фармації. У роботі застосовано системний, структурно-функціональний, порівняльний та історико-логічний методи, а також узагальнення і наукової абстракції.

Результати та їхнє обговорення. Систематизовано шість етапів еволюції управлінської парадигми у фармації: адміністративно-функціональний, економіко-ринковий, стратегічний, процесно орієнтований, пацієнтоцентричний та цифровий. Обґрунтовано, що кожна наступна парадигма не скасовує попередньої, а трансформує та інтегрує її інструментарій відповідно до нових умов функціонування фармацевтичних організацій. Визначено перехід від управління ресурсами, функціями та операціями до управління наскрізними процесами, відносинами, даними, цифровими платформами та екосистемами. Показано трансформацію управлінських функцій від періодичного планування, контролю та ухвалення рішень на основі досвіду до динамічного прогнозування, моніторингу в режимі реального часу, предиктивної аналітики, автоматизації та ухвалення рішень на основі даних. Обґрунтовано соціально-фармацевтичний вимір цифрової парадигми, у межах якого цифрова трансформація сприяє підвищенню доступності та якості фармацевтичної допомоги, посиленню пацієнтоорієнтованості та соціальної ефективності фармацевтичної організації. Визначено необхідність поєднання технологічної ефективності з управлінням ризиками, кібербезпекою, розвитком людського капіталу та забезпеченням digital resilience.

Висновки. Цифровізацію визначено як системну зміну управлінської парадигми, що забезпечує перехід від переважно ієрархічної та реактивної моделі до адаптивної, процесної, мережевої, платформної та data-driven моделі управління. Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробленням методичних підходів до оцінювання цифрової зрілості та цифрової стійкості фармацевтичних організацій, визначенням відповідних КРІ та дослідженням їхнього взаємозв'язку з якістю фармацевтичної допомоги й соціальною ефективністю.

Ключові слова: управління; фармацевтична організація; парадигма управління; менеджмент; цифровізація; цифрова трансформація; цифрова економіка; управління на основі даних; пацієнтоорієнтованість; фармацевтична допомога; соціальна ефективність; цифрова стійкість.

Introduction. The pharmaceutical sector is a complex socio-economic system; its functioning is simultaneously associated with providing the population with medicines, materializing the economic interests of market entities, complying with regulatory requirements, and ensuring the quality of pharmaceutical care.

During the classical stage of the management development (20th century), the management of pharmaceutical organizations was based mainly on the principles of the administrative hierarchy, functional division of powers, standardization of operations, control of resources and fulfillment of established standards. This model functioned in conditions of the low level of dynamism of the environment, in which management decisions were made on the basis of the accumulated experience, planned indicators and retrospective analysis.

However, the development of market relations has significantly changed the nature of management activities in pharmacy. Increased competition, the formation of pharmacy chains, the development of marketing technologies, changes in consumer behavior and the need to optimize costs have led to the transition to economic and strategic management models. Important management objects have become not only resources, but also, in particular, customer relations, brand, competitive advantages, personnel, logistics processes and quality of service.

In the study, the following terms are used: “management evolution” – to denote a consistent qualitative change in the dominant principles and mechanisms of the management activity; “management paradigm” – as a set of basic ideas about the object, goals, principles and logic of

management; “management model” – as a specific representation of the organization of management processes, functions and tools within the framework of the corresponding paradigm; “stage” – as an analytically isolated state of development of the management paradigm; “approach” – as a way of organizing the management activity, which determines the priority principles and methods of its implementation.

The current stage of development is characterized by the transition to the implementation of digital technologies, which are increasingly integrated into all functional areas of pharmaceutical management – from procurement and logistics to marketing, human resources management, finance and interaction with patients.

The World Health Organization considers digital health as an important tool for improving the efficiency, sustainability and accessibility of health systems, emphasizing the need for interoperability, data security, human-centeredness and evidence-based digital solutions. At the same time, digitalization should not be seen only as the automation of individual operations. Its essence lies in changing the way information is created and used, organizing the interaction between pharmaceutical market participants, making management decisions and creating value for the patient. It is necessary not only to define digital tools, but also to scientifically substantiate how the management paradigm itself is changing.

The issues of the digital transformation of pharmacy include the development of digital technologies in pharmaceutical care [1, 2], online platforms and telepharmaceutical services [3–6], digital therapeutics [7], the use of artificial intelligence [8, 9], digitalization of supply chains [10, 11], digital risk management [12] and overcoming digital inequality [13, 14]. Strategic guidelines for the digitalization of healthcare have been defined by the WHO [15]. Along with this, the architecture of digital technologies [16], the principles of procurement and supply management design [17], research on the stress resistance of human resources [18, 19] and modeling of investment and strategic development [20] are also important. At the same time, the complex transition of pharmaceutical organizations from traditional management models to the digital paradigm remains insufficiently covered, and necessitates its theoretical substantiation.

The aim of the study was to theoretically substantiate the evolution of the management paradigm in pharmacy, identify the main stages of its transformation, and systematize the characteristics

of the modern digital model of management of pharmaceutical organizations.

Materials and methods. The information base of the work was formed by analyzing scientific publications and regulatory and strategic acts for 2015–2026 (“WHO Global Strategy on Digital Health for 2020–2025” and draft and current regulatory and strategic guidelines of the Ministry of Health of Ukraine for the development of the healthcare system until 2030). A systematic search for relevant sources was carried out in the Scopus, Web of Science, PubMed and Google Scholar databases using such descriptors as “pharmaceutical management”, “digital transformation in pharmacy”, “telepharmacy”, “data-driven pharmacy”. The inclusion criteria were the peer-reviewed review and original articles on the managerial, economic and social aspects of the digitalization of pharmacy, as well as the specified strategic acts of the WHO and the Ministry of Health of Ukraine. The exclusion criteria included publications devoted exclusively to the chemico-pharmaceutical synthesis, development, or clinical trials without a managerial-economic context.

The methodological basis was the systemic and historical-logical approaches, which made it possible to consider the evolution of management as a consistent transformation of interrelated principles, functions and management tools. To compare traditional and digital management models, the structural-functional and comparative methods, methods of generalization and scientific abstraction were used.

The scientific novelty of the study was in the systematization and conceptualization of the stages of evolution of the management paradigm in pharmacy – from administrative-functional to digital – with the definition of the transformation of management objects, management tools, the nature of decision-making, and efficiency criteria.

Results and discussion. The evolution of the pharmaceutical organization management should be considered as a consistent transition from the resource and operations management to process, relationship, data, and digital ecosystem management. Based on the generalization of theoretical approaches, we propose to identify six main stages of the management paradigm transformation.

The first stage of the evolution of the pharmaceutical management (1990–2000s) was characterized by the dominance of the administrative-functional management model, which was based on strict regulations and compliance with regulatory requirements. The pharmaceutical

organization was considered as a structured system with clearly defined functions, powers and responsibilities of each employee. The main management functions were planning, organization, motivation and control, with a significant part of decisions being made centrally, and information flows moving through vertical channels. For a pharmacy, such a model provided for the control of inventory, compliance with regulatory requirements, organization of the personnel work, ensuring proper storage conditions, control of financial and commodity discipline and the implementation of planned indicators.

Subsequently, the formation of a competitive pharmaceutical market led to a transition to an economic-market model where the focus was not only on the processes of providing medicines, but also on the economic results of activities along the chain of income – expenses – profit – profitability – market share. During this period, marketing, assortment management, pricing, category management, sales promotion and competitive analysis gained active development, and the pharmaceutical organization began to be perceived as a market entity capable of ensuring its own economic sustainability.

However, a purely economic orientation proved insufficient due to the direct impact of pharmaceutical activities on public health, which led to the development of the strategic and patient-centered management [20]. The strategic approach-oriented management is aimed at forming long-term competitive advantages, taking into account

market, regulatory, technological, human resources and financial factors.

The further evolution of management was logically connected with the transition from the management of individual functions to the management of end-to-end business processes and a customer-centric paradigm [17]. The process of providing a patient with a medicine includes demand forecasting, purchasing, logistics, receiving, storage, display, drug search, consulting, dispensing and after-sales interaction. The effectiveness of these stages is assessed not only by sales volume, but also by the speed of service, the availability of the necessary drug, price, the quality of the consultation, the patient satisfaction and continuity of pharmacotherapy.

Unlike previous stages, the modern digital paradigm is significantly different in the change in the nature of the management information. Information from a tool for controlling past events is transformed into a means of monitoring, forecasting, modeling, automation, personalization and decision-making, making management proactive and predictive. If in the traditional model the logic was based on the chain of “resources – operations – control – result”, then the digital model forms a closed cyclical process of “data – analytics – forecast – decision – automated action – result – new data”, which is a key characteristic of the data-driven management. Digitalization changes not only the technical support of a pharmaceutical organization, but also the content of the main management functions (Table).

Table

TRANSFORMATION OF MANAGERIAL FUNCTIONS AND FUNCTIONAL AREAS OF MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF DIGITALIZATION

Category	Traditional approach	Digital approach (Data-driven)
I. General management functions		
Planning	Periodic (annual/quarterly) plans based on retrospective data	Dynamic predictive forecasting in real time
Organization	Rigid hierarchical structure, functional division	Flexible networked and cross-functional digital processes
Motivation	Standard financial KPIs, fixed salaries	Personalized flexible KPIs, engagement and performance analytics
Control	Periodic inspections, retrospective analysis of deviations	Continuous real-time monitoring (dashboards)
Decision making	Intuitive and experiential approach, manager's decision	Data-driven decision making
II. Functional areas (Areas of activity)		
Inventory management and logistics	Fixed order points, minimum/maximum balances	AI demand forecasting, ubiquitous digital route optimization
Marketing and patient engagement	Mass advertising campaigns, focusing on one-time sales	Personalized marketing, CRM management and Omnichannel experience
Human Resources Management (HR)	Administrative and personnel accounting, paper document management	People analytics, digital educational platforms

Thanks to the introduction of modern technologies, digital systems integrate data on sales, inventory and consumer behavior to forecast demand, support the formation of logistics orders, optimize inventory and plan marketing activities. An important tool of the digital management paradigm is artificial intelligence, which expands the possibilities of forecasting, analytics and support for management decisions [10, 11, 21].

As a result, the role of the pharmaceutical manager is qualitatively transformed: if the manager in the traditional management model focuses mainly on manual information collection, its linear analysis and making intuitive and experienced decisions, then the modern digital leader determines the architectural parameters of the system, controls the validity and quality of input data, interprets algorithmic recommendations and forms final strategic decisions. At the same time, comprehensive automation does not involve the exclusion of the human factor from the management circuit, but on the contrary, actualizes such key competencies as critical thinking, deep interpretation of analytics, organizational change management, cross-functional communications and adherence to ethical standards of high technology use [18, 19, 22]. If in the previous stages of the basic asset management, material and technical resources, financial capital, staff and physical inventories were used, then in the digital system data becomes a strategic resource [16].

The integration of these arrays forms a single information management environment that is fully consistent with the global concepts of digital health, focused on ensuring high interoperability, secure data exchange and making informed decisions. Accordingly, the competitiveness of a pharmaceutical organization in the digital economy is determined not simply by the volume of accumulated information, but by the organization's ability to consistently go through all stages of its life cycle: acquisition, integration, deep analysis, correct interpretation and practical use [23]. This necessitates the need for digital literacy, analytical thinking, competencies in the field of AI, change management, cybersecurity and digital ethics.

It is worth emphasizing that the digital transformation of management in pharmaceutical organizations has not only a technological and economic, but also a pronounced socio-pharmaceutical dimension. Its effectiveness should be assessed not only by indicators of the operational efficiency, speed of management decision-making or cost

optimization, but also by the ability to ensure accessibility, proper quality and continuity of pharmaceutical care [24, 25]. In this context, the digital paradigm changes the logic of management: information systems, digital platforms, CRM, ERP, analytical tools, electronic document management and artificial intelligence technologies become means not only of optimizing internal processes, but also of increasing the social value of the activities of a pharmaceutical organization.

One of the key social effects of digitalization is the increase in the availability of pharmaceutical care. The use of digital communication channels, electronic services, online ordering and reservation of medicines, digital inventory management systems and integrated information platforms helps to reduce time and organizational barriers to obtaining pharmaceutical services [3–6]. At the same time, the social effectiveness of digitalization depends on the extent to which these tools actually expand the possibilities of obtaining pharmaceutical care for different groups of the population. Therefore, along with digitalization, it is necessary to take into account the risks of digital inequality associated with differences in access to the Internet, digital devices, digital skills and the ability to use online services [13, 14].

Increasing accessibility creates the prerequisites for improving the quality of pharmaceutical services and moving to a more pronounced patient-centered management model. At the same time, patient-centeredness should not be identified exclusively with the customer service or marketing personalization. In the socio-pharmaceutical context, it involves focusing management decisions on human needs, the safety and proper quality of pharmaceutical care, the availability of necessary medicines, informing and supporting

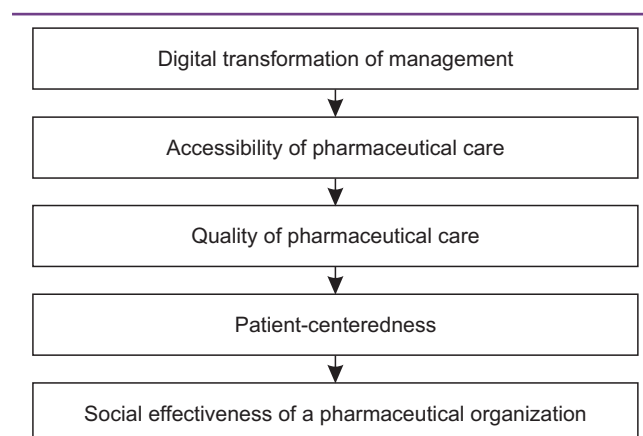


Fig. 1. The socio-pharmaceutical model of the impact of the digital management transformation on the social effectiveness of a pharmaceutical organization

Criteria	Administrative-functional (1st stage)	Economic-market (2nd stage)	Strategic (3rd stage)	Process-oriented (4th stage)	Customer-centric (5th stage)	Digital (6th stage)
Management model / approach	Administrative-functional model	Market-oriented approach	Strategic management	Process management	Customer-oriented model	Digital management (data-driven, AI-driven)
Key characteristics	* Hierarchical structure * Focus on internal control * Standards and regulations * Execution of plans * Normativity	* Orientation to the external environment * Strategy and goals * Market analysis * Management by performance	* Long-term planning * Innovation * Risk management * Competitive development	* Optimization of business processes * Continuous improvement * Process management * Integration	* Focus on customer trust * Individual approach * Quality service * Patient loyalty (client)	* Digital platforms and data analytics * Automation * Predictive analytics * Integration with health systems
Focus	Control of processes and resources	Economic efficiency and market positions	Creating value and competitive advantages	Efficiency of processes, quality of standardization	Patient needs and service quality	Data integration, digital services and innovations
Tools / instruments	* Orders, instructions * Control and verification * Reporting * Budgeting	* Marketing * Pricing policy * Contractual relations * Financial instruments	* Strategic planning * SWOT, PEST, KPI * Balanced scorecards * Budgeting and control	* ERP, CRM, SCM, BI * Quality management systems * Electronic document management * Standards (GxP)	* CRM systems * Loyalty programs * Personalized services * Healthcare monitoring	* Cloud technologies * E-health, eRx * Mobile applications * AI, RPA, IoT * Digital platforms
Data and information	Retrospective, fragmented, paper-based	Aggregated internal and market data	Analytical data, indicators of performance	Integrated structured data, online monitoring, visualization	Patient data, customer feedback	Big data, real-time data, AI-driven intelligence
Decision-making	Based on experience, individual and small amounts of data	Based on data analysis, strategic goals and forecasts	Based on data analysis, strategic goals and forecasts	Based on data, process indicators and risks	Based on patient data, feedback and behavioral trends	Based on predictive analytics, machine learning and AI
Results	Stability, execution of plans, low flexibility	Growth in efficiency, competitiveness, focus on profit	Strategic stability, innovation, development	Process optimization, reduced costs, improved quality	Increased patient satisfaction, loyalty, long-term relationships	Greater accessibility, safety, personalization, social value
Key resources	People and resources	Finance and market	Strategy and competencies	Data and digital technologies	Patient and human capital	Data, AI, innovation, digital ecosystem

Social and Pharmaceutical Dimension of the Digital Management Paradigm				
Digital transformation of management	→	Availability of pharmaceutical care	→	Quality of pharmaceutical services
		→	→	→
			Patient-centeredness	Social effectiveness of the pharmaceutical organization

Fig. 2. The author's conceptual model of the evolution of the management paradigm in pharmacy taking into account the social and pharmaceutical dimension

the rational use of medicines [1, 2]. Therefore, digital technologies acquire social value only if they are aimed at improving the real experience and results of the recipient of pharmaceutical care.

In the digital paradigm, it is advisable to include not only financial and operational indicators, but also the accessibility of pharmaceutical care, patient satisfaction, quality of service, timeliness of provision of medicines and the effectiveness of digital channels of interaction in the performance criteria. The socio-pharmaceutical dimension of the digital paradigm can be represented as an interconnected chain shown in Fig. 1.

In parallel with the development of services, the digital transformation requires proper risk management, data protection and consideration of digital inequality [12, 13]. The digital management model acquires particular importance in crisis conditions, which is extremely relevant for the pharmaceutical sector of Ukraine. Digital tools increase the adaptability of organizations through operational monitoring of stocks, demand forecasting, logistics optimization and remote interaction with patients. At the same time, cyber risks, threats of data leakage, dependence on the digital infrastructure and risks of digital inequality arise.

The conceptual model of the evolution of the management paradigm in pharmacy, taking into account the socio-pharmaceutical dimension, is presented in Fig. 2.

The identification of six stages of the evolution of the management paradigm (administrative-functional, economic-market, strategic, process-oriented, patient-centric and digital) is based on the chronological and content analysis of fundamental works on management and social pharmacy. The main criteria for distinguishing the stages were selected: the key object of management (from resources to data); the nature of decision-making (from empirical/reactive to predictive/data-driven); the leading criterion of effectiveness (from compliance with standards to socio-economic sustainability).

The theoretical basis for the formation of the first three stages was the classical concepts of management and pharmaceutical marketing [20]; the process-oriented and patient-centric stages – research on social pharmacy and pharmaceutical care [1, 2, 17]; the digital stage – modern works in the field of the digital transformation, artificial intelligence and telepharmacy [3–12, 16, 21–25].

At the sixth, digital stage, value is created through the integration of data, digital platforms, AI, automation and adaptive management, which combines economic, operational and social efficiency. The conceptual model proposed demonstrates

that the digital paradigm combines external influencing factors – economic, social, technological, regulatory and crisis – into a single loop through the functioning of an integrated digital management system. It processes data using analytical tools and AI, transforming them into management decisions, automated business processes, KPI monitoring and constant adjustment of the strategy. A comparative analysis of the stages of the management evolution proves the systemic nature of these changes: from ensuring basic manageability at the initial stage and economic efficiency at the second one, to the formation of long-term competitive advantages at the third stage, process optimization at the fourth one and creating a unique value proposition for the patient at the fifth stage.

Conclusions and prospects for further research

1. The theoretical study has made it possible to systematize the evolution of the management paradigm in pharmacy and identify six interrelated stages of its development; they are administrative-functional, economic-market, strategic, process-oriented, patient-centric and digital stages. It has been found that the modern digital paradigm does not replace previous models, but integrates their tools based on data, digital technologies, end-to-end processes and adaptive management.

2. It has been shown that digitalization changes the nature of management decisions, ensuring a transition from predominantly reactive management to forecasting, data-based decision-making, automation and continuous monitoring. At the same time, it is advisable to evaluate the digital transformation effectiveness not only by economic and operational indicators, but also by the availability and quality of pharmaceutical care, patient-centeredness and social efficiency.

3. The scientific value is the systematization proposed for transformations of the management paradigm and the substantiation of its socio-pharmaceutical dimension, which is represented by the relationship between the digital transformation of management, the availability of pharmaceutical care, the quality of service, patient-centeredness, and social efficiency of a pharmaceutical organization.

Further research should be directed towards developing methodological approaches to assessing the digital maturity and digital resilience of pharmaceutical organizations, identifying appropriate KPIs, and studying their relationship with the quality of pharmaceutical care and social effectiveness.

References

1. Fares, R., Bardiau, M., Chaballe, C., & Crunenbergh, R. (2025). The outcomes of pharmacist-led pharmaceutical care within community pharmacies: An overview of systematic reviews. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 21(5), 332–339. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2025.01.015>
2. Ievtushenko, O. M., & Grynenko, A. M. (2023). Global experience in the application of digital technologies in the process of providing pharmaceutical care. *Social Pharmacy in Health Care*, 8(4). <https://doi.org/10.24959/sphhcj.22.273>
3. Almeman, A. (2024). The digital transformation in pharmacy: Embracing online platforms and the cosmeceutical paradigm shift. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43, 60. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00550-2>
4. Dat, T. V., Tu, V. L., Quan, N. K., Minh, N. H., Trung, T. D., Le, T. N., Phuc-Vinh, D., Thi Trinh, D.-T., Pham Dinh, L., Nguyen-Thi, H.-Y., & Huy, N. T. (2023). Telepharmacy: A systematic review of field application, benefits, limitations, and applicability during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 29(2), 209–221. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0575>
5. Pathak, S., Blanchard, C. M., Moreton, E., & Urick, B. Y. (2021). A systematic review of the effect of telepharmacy services in the community pharmacy setting on care quality and patient safety. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(2), 737–750. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0102>
6. De Guzman, K. R., Gavanescu, D., Smith, A. C., & Snoswell, C. (2024). Economic evaluations of telepharmacy services in non-cancer settings: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 20(3), 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.01.002>
7. Yang, L., Zhang, M., Jia, L., Yan, Z., & Yin, Q. (2025). Understanding digital therapeutics in disease self-management: A systematic literature review. *Technology in Society*, 81, 102831. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2025.102831>
8. Hatzimanolis, J., Riley, B., El-Den, S., Aslani, P., Zhou, J., & Chaar, B. B. (2025). Applications of artificial intelligence in current pharmacy practice: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 21(3), 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.12.007>
9. Chalasani, S. H., Syed, J., Ramesh, M., Patil, V., & Kumar, T. M. P. (2023). Artificial intelligence in the field of pharmacy practice: A literature review. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 12, 100346. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100346>
10. Yadav, P. (2024). Digital Transformation in the Health Product Supply Chain: A Framework for Analysis. *Health Systems Reform*, 10(2), 2386041. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2386041>
11. Nguyena, A., Lamouri, S., Pellerin, R., Tamayo, S., & Lekens, B. (2022). Data analytics in pharmaceutical supply chains: State of the art, opportunities, and challenges. *International Journal of Production Research*, 60(22), 6888–6907. <https://doi.org/10.1080/00207543.2021.1950937>
12. Ilkic, J., Milovanovic, M., & Marinkovic, V. (2024). Prospective systematic risk analysis of the digital technology use within pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 64(4), 102081. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2024.102081>
13. Badr, J., Motulsky, A., & Denis, J.-L. (2024). Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. *Health Policy*, 146, 105122. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122>
14. Miozza, M., Lombardo, S. M., Galvagno, M., & Magni, L. (2026). Bridging the digital divide in the pharmaceutical industry: A future research agenda. *Social Science Medicine*, 389, 118832. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118832>
15. *Global Strategy on Digital Health 2020-2027*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/81640>
16. Attaran, M. (2021). Digital technology enablers and their implications for supply chain management. *Supply Chain Management: An International Journal*, 26(2), 158–172. <https://doi.org/10.1108/SCM-08-2020-0424>
17. Arden, N. S., Fisher, A. C., Tyner, K., Yu, L. X., Lee, S. L., & Kopcha, M. (2021). Industry 4.0 for pharmaceutical manufacturing: Preparing for the smart factories of the future. *International Journal of Pharmaceutics*, 602, 120554. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2021.120554>
18. Srai, J. S., & Lorentz, H. (2019). Developing design principles for the digitalization of purchasing and supply management in pharmaceutical networks. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 25(1), 78–98. <https://doi.org/10.1016/j.pursup.2018.07.001>
19. Montross, M. L., Douthit, S., Learn, L., Dombrowski, S. K., Hanna, C., & Gruver, B. (2023). Impact of interdisciplinary case management and pharmacist transitions of care interventions on 30-day readmissions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(8), 1214–1217. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.05.004>
20. Le, T., & Bradley, C. A. (2018). Telepharmacy: A new paradigm for our profession. *Journal of Pharmacy Technology*, 34(5), 183–184. <https://doi.org/10.1177/0897190018791060>
21. Ispas, L., Mironeasa, C., Severin, T.-L., Cerlincă, D.-A., & Mironeasa, S. (2025). Artificial Intelligence Applications in Risk Management Within Integrated Management Systems: A Review. *Systems*, 13(11), 967. <https://doi.org/10.3390/systems13110967>
22. Ullagaddi, P. (2024). Leveraging Digital Transformation for Enhanced Risk Mitigation and Compliance in Pharma Manufacturing. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 26(6), 75–86. <https://doi.org/10.9734/jamps/2024/v26i6697>

23. Wong, W. P., Saw, P. S., Jomthanachai, S., Wang, L. S., Ong, H. F., & Lim, C. P. (2023). Digitalization enhancement in the pharmaceutical supply network using a supply chain risk management approach. *Scientific Reports*, 13(1), 22287. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49606-z>
24. Timanyuk, I., Bondarieva, I., & Malyi, V. (2022) Digitalization of Pharmaceutical Business in Ukraine. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 15(4), 1555–1559. <https://doi.org/10.52711/0974-360X.2022.00259>
25. *Global strategy on digital health 2020–2025*. (2021, August 18). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

Authors' contribution:

I. V. Bondarieva: research concept; literature analysis; research methodology; systematization and interpretation of scientific sources; writing the article – original project (draft), reviewing and editing the article.

V. V. Malyi: research methodology.

O. Yu. Rogulya: research methodology.

N. G. Malinina: research methodology.

Conflict of interests: authors have no conflict of interests to declare.

Using artificial intelligence technologies. When creating this work, the authors did not use artificial intelligence technologies.

Information about the authors:

I. V. Bondarieva, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0003-2415-9780>). E-mail: iryna.bondarieva@gmail.com

V. V. Malyi, Doctor of Pharmacy (Dr. Ph.), Professor, Head of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-6028-1890>). E-mail: malyivladimir@gmail.com

O. Yu. Rohulia, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0001-5065-4545>). E-mail: rogulyaolga@gmail.com

N. G. Malinina, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Management, Marketing and Quality Assurance in Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0001-7796-1924>). E-mail: malininanatala78@gmail.com

Відомості про авторів:

І. В. Бондарева, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0003-2415-9780>). E-mail: iryna.bondarieva@gmail.com

В. В. Малий, доктор фармацевтичних наук, завідувач кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-6028-1890>). E-mail: malyivladimir@gmail.com

О. Ю. Рогуля, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0001-5065-4545>). E-mail: rogulyaolga@gmail.com

Н. Г. Малініна, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0001-7796-1924>). E-mail: malininanatala78@gmail.com

Received by the editorial office on 10.07.2026

Received after revision on 07.09.2026

Accepted for printing on 18.09.2026

Published on 13.10.2026



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Організаційні та соціально-економічні засади фармацевтичної діяльності

УДК 615.012+614.35+658.8+615.12

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.394>

Г. Л. ПАНФІЛОВА¹, О. С. САМБОРСЬКИЙ², Л. В. ТЕРЕЩЕНКО¹,
Ю. В. БАЙГУШ², І. П. БІЛИК², Г. М. ЦІХОНЬ², І. В. ГАДЯК²

¹ Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків

² Івано-Франківський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України
E-mail: panf-al@ukr.net

АНАЛІЗ СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ МЕДИЧНИМИ ВИРОБАМИ В УКРАЇНІ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Розвиток програми «Доступні ліки» є важливою складовою розбудови держави. Важливим етапом її масштабування стало запровадження у 2023 р. реімбурсації медичних виробів (МВ).

Мета – аналіз стану фармацевтичного забезпечення хворих МВ в Україні за програмою «Доступні ліки».

Матеріали та методи: Використовувалися дані нормативно-правових актів, дашбордів Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Методами аналізу були історичний, аналітико-порівняльний, системний, графічний, математико-статистичний (темпи росту/приросту, коефіцієнти) тощо.

Результати та їхнє обговорення. Встановлено, що кількість МВ, які представлені у переліках з їхньої реімбурсації з серпня 2023 р. до серпня 2026 р. зросла з 23 до 36, а кількість безкоштовних для хворих позицій з 2 до 4 найменувань. Їх пропонували 16 іноземних компаній. Доведено планомірне зростання кількості відпущених паковань, одиниць МВ, кількості хворих, які обслуговувались, а також сум реімбурсації МВ. Найвищі темпи приросту цих показників спостерігались за Переліком № 3, який містив 45 торгових позицій МВ. У 2026 р. відбулось зниження кількості рецептів на 5,02 % порівняно з даними редакції Переліку № 5. Показники сум реімбурсації МВ зросли у 12,9 разів з 4993,35 тис. грн (серпень 2023 р.) до 64330,57 тис. грн (серпень 2026 р.). Відмічалось зростання майже у 10 разів даних сум реімбурсації, що припадають на один рецепт (з 652,64 грн до 1419,88 грн відповідно). Зі свого боку, суми реімбурсації та кількість відпущених паковань, що припадає на одного хворого у 2026 р. (Перелік № 6), знизились, порівняно з даними Переліку № 5, на 3,85 та 10,09 % відповідно. Найбільші обсяги реімбурсації припадали на випадки, коли пацієнти отримували МВ без співоплати (83,68 млн грн або 43,39 %), а найбільша кількість хворих, у разі співоплати вартості МВ у розмірі 200 грн і вище.

Висновки. Незважаючи на війну та фінансово-економічні негаразди програма «Доступні ліки» у напрямі забезпечення хворих МВ розвивається, але оцінка її ефективності потребує використання більшого переліку показників, ніж ті, що представлені на сайті НСЗУ.

Ключові слова: медичні вироби; програма «Доступні ліки»; реімбурсація ліків; споживання ліків; фармацевтична допомога; фармацевтичне забезпечення населення.

H. L. PANFILOVA¹, O. S. SAMBORSKYI², L. V. TERESHCHENKO¹,
YU. V. BAIHUSH², I. P. BILYK², H. M. TSIKHON², I. V. HADIYAK²

¹ National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

² Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

E-mail: panf-al@ukr.net

THE ANALYSIS OF PROVIDING PATIENTS WITH MEDICAL PRODUCTS IN UKRAINE UNDER THE “AFFORDABLE MEDICINES” PROGRAM

The development of the “Affordable Medicines” program is a key component of state-building. The introduction of reimbursement for medical products (MPs) in 2023 marked a significant milestone in scaling up the program.

Aim. To analyze the state of pharmaceutical provision of patients with MPs in Ukraine under the “Affordable Medicines” program.

Materials and methods: Data from regulatory acts and National Health Service of Ukraine (NHSU) dashboards were used. The analysis methods employed were historical, analytical and comparative, system, graphical, mathematical and statistical methods (growth/increase rates, coefficients), etc.

Results and discussion. It was found that the number of MPs included in reimbursement lists from August 2023 to September 2026 increased from 23 to 36, while the number of items provided free of charge to patients increased from 2 to 4. These products were supplied by 16 foreign companies. There was a steady increase in the number of packages dispensed and MPs units, the number of patients served, as well as the total reimbursement amounts for MPs. The highest growth rates for these indicators were observed in List No. 3, which comprised 45 trade items. In 2026, the number of prescriptions decreased by 5.02 % compared to the data for List No. 5. The total MPs reimbursement amounts increased 12.9 times from 4,993.35 thousand UAH (August 2023) to 64,330.57 thousand UAH (September 2026). A nearly tenfold increase was noted in the reimbursement amount per prescription (from 652.64 UAH to 1,419.88 UAH, respectively). In turn, the reimbursement amounts and the number of packages dispensed per patient in 2026 (List No. 6) decreased by 3.85 % and 10.09 %, respectively, compared to the data for List No. 5. The largest reimbursement volumes corresponded to cases where patients received MPs without co-payment (83.68 million UAH or 43.39 %), whereas the largest number of patients fell into the category involving co-payment of 200 UAH or more.

Conclusions. Despite the war and financial and economic problems, the “Affordable Medicines” program is expanding its support for providing patients with MPs, however, assessing its effectiveness requires a broader set of indicators than those currently presented on the NHSU website.

Keywords: medical products; “Affordable Medicines” program; drug reimbursement; medicine consumption; pharmaceutical care; pharmaceutical provision for the population.

Вступ. Питання реімбурсації вартості ліків на фармацевтичному ринку (ФР) є базовим, враховуючи перманентне прагнення суспільства до розширення меж соціальних гарантій у системі охорони здоров'я (СОЗ). Запровадження цього важливого механізму на ФР стало наслідком тих кардинальних змін, які відбулись наприкінці минулого століття у відносинах між державою, суспільством та представниками фармацевтичного бізнесу в СОЗ.

Процес відшкодування вартості лікарських засобів (ЛЗ) та інших товарів аптечного асортименту, зокрема медичних виробів (МВ), є складним за змістом та залежить від дії цілого комплексу факторів [1-3]. На сьогодні він розвивається у напрямі все більшої інтеграції з питаннями ціноутворення на ФР, формування раціональної витратної політики [4], оцінки соціальної значущості окремих груп ЛЗ у СОЗ [5, 6], впливу держави на різні аспекти фармацевтичної діяльності тощо. Одночасно реімбурсація на ФР є невід'ємною складовою формування соціально орієнтованих моделей

обслуговування населення та реформування національних СОЗ [1, 7, 8]. Не винятком є і Україна, яка з 01.04.2017 р. запровадила у практичну охорону здоров'я (ОЗ) програму «Доступні ліки» [9, 10]. Вже у 2019 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) досить високо оцінила вплив зазначеної програми на соціально-економічну доступність ЛЗ для хронічних хворих та стан розвитку окремих сегментів національного ФР [9]. Протягом майже десяти років, незважаючи на запровадження воєнного стану в країні, програма «Доступні ліки» розвивається у напрямі масштабування кількості ЛЗ, обсягів їхньої реімбурсації й категорій хворих, яким держава гарантує фінансову допомогу у разі амбулаторного лікування. Важливим, з медико-соціального погляду, стало розповсюдження механізму реімбурсації вартості МВ для хворих на цукровий діабет, яке відбулось у серпні 2023 р. З того часу цей напрям реалізації програми «Доступні ліки» постійно розвивається. Водночас, як будь-який процес, що відбувається у соціально чутливих

галузях діяльності, до яких належить і фармацевтичне забезпечення населення, він потребує моніторингу та оцінки ефективності досягнення задекларованої мети.

Слід зазначити, що питання оцінки ефективності реалізації зазначеної програми досить активно розглядалися науковцями за різними напрямками [11-13]. Це й організація забезпечення ЛЗ за механізмами реімбурсації хворих на серцево-судинні захворювання [14-17], на бронхіальну астму [18], з розладами психіки [19, 20], на цукровий діабет [21]. Водночас питання оцінки ефективності фармацевтичного забезпечення МВ хворих на цукровий діабет за програмою «Доступні ліки» відсутні у відкритому інформаційному просторі. Це й сформуло базові умови щодо розгляду зазначеної проблеми у науковій статті.

Мета дослідження – аналіз стану фармацевтичного забезпечення МВ хворих на цукровий діабет за програмою «Доступні ліки» в Україні.

Об'єктом досліджень стали дані, що представлені на сайті Міністерства ОЗ (МОЗ) України, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [22], а також у нормативно-правових актах, які регулюють питання відпуску МВ за програмою «Доступні ліки» за період з 2023 до 2026 року. У дослідженнях використовувалися дані, що представлені на сайті НСЗУ та були актуальними на 10 серпня 2026 р.

Матеріали та методи дослідження. За результатами аналізу нормативно-правової бази, який було проведено на підготовчій стадії досліджень, встановлено, що упродовж вищезазначеного періоду в Україні діяли шість редакцій «Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення», які затверджувалися наказами МОЗ України. Задля зручності проведення досліджень та опису отриманих результатів кожній редакції вказаного переліку був наданий порядковий номер у хронологічному порядку їхнього затвердження наказами МОЗ:

- від 21.08.2023 р. № 1495 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 10 серпня 2023 року» (Перелік № 1) [23];
- від 20.02.2024 р. № 279 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації

за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року» (Перелік № 2) [24];

- від 04.08.2024 р. № 1537 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 23 серпня 2024 року» (Перелік № 3) [25];

- від 13.03.2025 р. № 440 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 26 лютого 2025 року» (Перелік № 4) [26];

- від 10.09.2025 р. № 1409 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 28 серпня 2025 року» (Перелік № 5) [27];

- від 16.03.2026 р. № 324 «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 5 березня 2026 року» (Перелік № 6) [28].

Враховуючи той факт, що затвердження нових редакцій переліків відбувалось регулярно, тобто два рази на рік – у серпні та лютому/березні – нами було ухвалено рішення про можливість порівняння даних рецептурного відпуску МВ у динаміці років. У подальшому за зазначеними переліками проводився інформаційний пошук даних на сайті НСЗУ, а також у зазначених наказах МОЗ за такими показниками:

- кількість торгових назв (ТН) МВ;
- співвідношення (%) між ТН МВ вітчизняного та імпортного походження;
- кількість МВ, які відпускаються хворим безкоштовно (100 % реімбурсація їхньої вартості за програмою з боку держави);
- кількість виробників МВ, які представлені у переліках МВ;
- кількість відпущених пакувань та одиниць МВ за програмою;
- кількість хворих, яким було відпущено МВ за програмою;
- кількість погашених електронних рецептів;
- обсяг реімбурсації вартості відпущених МВ;
- обсяг відшкодування вартості МВ за розміром доплати пацієнта за пакування (безкоштовно, до 100, до 200, від 200 грн і вище);

- кількість пацієнтів, які отримали МВ за електронними рецептами за розміром їхньої доплати за пакування (безкоштовно, до 100, до 200, від 200 грн і вище).

Аналіз вказаних показників здійснювався як за різними редакціями переліків, так і в цілому за весь період реалізації програми, що спрямована на забезпечення хворих МВ в Україні. Вищевказані показники відображають кількісні характеристики розвитку процесу забезпечення хворих на цукровий діабет МВ за програмою «Доступні ліки». Водночас з метою оцінки ефективності фармацевтичного забезпечення цих хворими МВ за рахунок держави нами запропоновані для аналізу такі показники:

- обсяг реімбурсації (грн), що припадає на одного пацієнта, який отримав електронний рецепт на МВ;
- обсяг реімбурсації (грн), що припадає на один електронний рецепт на МВ;
- кількість відпущених пакувань, що припадають на одного хворого, який обслуговувався за програмою «Доступні ліки».

Використовувалися історичний, логічний, аналітико-порівняльний, системний, графічний, гіпотетико-дедуктивний, а також математико-статистичний методи аналізу. Динаміка змін даних здійснювалась за допомогою розрахунків темпів (%) росту/приросту, коефіцієнтів росту/приросту [29]. Здійснювався також аналіз структурних зрушень за допомогою порівняння питомої ваги (%) даних у їхній загальній сукупності за даними кожного з переліків МВ, а також в цілому за всією програмою.

Оброблення статистичних даних проводилось за допомогою стандартного пакета аналізу (StatSoft's statistical package. Inc. (2017). STATISTICA version 12.0 and Excel spreadsheet), а значення показника p було у межах допустимих статистичних значень ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їхнє обговорення. За даними аналізу складу переліків МВ, які відпускаються за програмою «Доступні ліки», установлено, що упродовж серпня 2023 р. (Перелік № 1) та 2024 р. кількість ТН планомірно збільшувалась з 23 до 45 асортиментних позицій. З лютого 2025 р. (Перелік № 4) їхня кількість знижувалась та у 2026 р. (Перелік № 6) дорівнювала значенню 36 асортиментних позицій. Сталою характеристикою для всіх переліків МВ, які підлягають реімбурсації є 100 % наявність ТН імпортного виробництва. Позитивним є поступове зростання кількості ТН МВ, які держава повністю компенсує, від 2 до 4-х найменувань (табл. 1).

Звертає на себе увагу сталий склад компаній та дублювання ТН МВ за різними редакціями переліків. Так, це МВ виробництва компаній зі США, постачальник Китайська народна Республіка (КНР), з Республіки Корея (КР) і КНР. Дублювання ТН МВ починається з Переліку № 2 та за їхніми наступними редакціям практично повністю повторюється (табл. 2). Цей факт вказує на досить стабільний характер їхнього позиціонування на ФР.

Наступний етап досліджень полягав у проведенні аналізу показників, які представлені на сайті НСЗУ (табл. 3).

Лише за період з 2023 до 2026 р. було відпущено хворим 855,1 тис. пакувань або 42,7 млн одиниць МВ. У програмі брали участь 46,0 тис. пацієнтів, які отримали 169,02 тис. електронних рецептів на МВ. Загальний обсяг реімбурсації вартості відпущених МВ за вказаний період дорівнював 192857,67 тис. грн. Як бачимо за даними табл. 3, упродовж періоду дослідження кількість виробників МВ, які представлені у переліку, була відносно стабільною (від 11 до 13 фармацевтичних компаній), а разом у програмі брало участь 16 іноземних компаній. За показниками кількості відпущених пакувань, одиниць МВ, пацієнтів, які погасили електронні рецепти, а також обсягів реімбурсації упродовж вказаного періоду спостерігається зростання даних. При цьому темпи (%) зростання даних мали різні значення. Збільшення кількості ТН МВ у Переліку № 3 до 45 асортиментних позицій призвело до збільшення кількості відпущених пакувань у 3,9 рази,

Таблиця 1

**РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ПЕРЕЛІКІВ МВ, ЯКІ ВНЕСЕНІ
ДО ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»
В УКРАЇНІ УПРОДОВЖ 2023-2026 РОКІВ**

Кількість ТН МВ	Співвідношення «вітчизняні МВ : іноземні МВ» (%)	Кількість МВ, які відпускаються безкоштовно
<i>Перелік № 1 (наказ МОЗ України від 21.08.2023 р. № 1495)</i>		
23	0 : 100	2
<i>Перелік № 2 (наказ МОЗ України від 20.02.2024 р. № 279)</i>		
43	0 : 100	2
<i>Перелік № 3 (наказ МОЗ України від 04.09.2024 р. № 1537)</i>		
45	0 : 100	3
<i>Перелік № 4 (наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440)</i>		
42	0 : 100	3
<i>Перелік № 5 (наказ МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409)</i>		
42	0 : 100	4
<i>Перелік № 6 (наказ МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324)</i>		
36	0 : 100	4

Таблиця 2

**АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ МВ, ЯКІ ВІДПУСКАЛИСЯ ХВОРИМ БЕЗКОШТОВНО
ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

ТН та форма випуску (відповідно до змісту переліків різних редакцій)	Компанія-виробник	Країна	Дублювання ТН МВ
Перелік № 1 (наказ МОЗ України від 21.08.2023 р. № 1495)			
Тест-смужки для визначення рівня глюкози для індивідуального глюкометра, GlucoDr.S™ AGM-513S № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	
Тест-смужки для визначення рівня глюкози для індивідуального глюкометра, № 50	Hangzhou Sejoy Electronics & Instrument Co. Ltd	КНР	
Перелік № 2 (наказ МОЗ України від 20.02.2024 р. № 279)			
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент 50. Тестові смужки для вимірювання глюкози в крові, № 50	Hangzhou Sejoy Electronics & Instruments Co. Ltd	КНР	+*
Тест-смужки для визначення рівня глюкози для індивідуального глюкометра, GlucoDr.S™ AGM-513S № 50, № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	+
Перелік № 3 (наказ МОЗ України від 04.09.2024 р. № 1537)			
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент Тест-смужки GlucoDr.S™ AGM-513S, № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	+
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент Тест-смужки, № 25	Acon Laboratories, Inc., США/постачальник - Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd Ко, Лтд.), On Call®	США (постачальник КНР)	_**
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент, тест-смужки для індивідуального глюкометра Longevita Family, № 50	Hangzhou Sejoy Electronics & Instruments Co. Ltd	КНР	+
Перелік № 4 (наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440)			
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент, тест-смужки УЛЬТРА, 2В, № 50	Jiangxi AICARE Medical Technology Co., Ltd	КНР	–
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент тест-смужки GlucoDr.S™ AGM-513S, № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	+
Глюкоза IVD (діагностика in vitro), реагент Тест-смужки, № 25	Acon Laboratories, Inc., США / постачальник Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd., On Call®	США (КНР)	+
Перелік № 5 (наказ МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409)			
Медичні вироби для діагностики in vitro, тест-смужки для індивідуального глюкометра Longevita Family, № 50	Hangzhou Sejoy Electronics & Instruments Co. Ltd.	КНР	+
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки, № 25	Acon Laboratories, Inc., США / постачальник Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd., On Call®	США (КНР)	+
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки, № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	+
Медичні вироби для діагностики in vitro, тест-смужки УЛЬТРА, 2В, № 50	Jiangxi AICARE Medical Technology Co., Ltd	КНР	+
Перелік № 6 (наказ МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324)			
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки, № 50	Hangzhou Sejoy Electronics & Instruments Co. Ltd.,	КНР	+
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки, 25 шт.	Acon Laboratories, Inc., США / постачальник Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd., On Call®	США (КНР)	+
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки, № 50	All Medicus Co., Ltd	РК	+
МВ для діагностики in vitro, тест-смужки УЛЬТРА, 2В, № 50	Jiangxi AICARE Medical Technology Co., Ltd.	КНР	+

Примітка: (+) – дублювання асортиментних позицій МВ порівняно з попередньою редакцією переліку; (–) – вперше представлена асортиментна пропозиція у переліку МВ порівняно з попередньою редакцією.

Таблиця 3

**АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ХВОРИХ МВ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Показники рецептурного відпуску МВ та вартості їхньої реімбурсації					
кількість виробників	кількість пакувань МВ (тис.)	кількість одиниць відпуску МВ (млн)	кількість хворих, яким відпущені МВ	кількість погашених електронних рецептів на МВ	обсяг реімбурсації (тис. грн)
<i>Перелік № 1 (наказ МОЗ України від 21.08.2023 р. № 1495)</i>					
12	26,5	1,3	5389	7651	4993,35
<i>Перелік № 2 (наказ МОЗ України від 20.02.2024 р. № 279)</i>					
11	54,6	2,7	7292	13612	10732,74
<i>Перелік № 3 (наказ МОЗ України від 04.09.2024 р. № 1537)</i>					
13	102,1	5,1	14000	22522	21288,39
<i>Перелік № 4 (наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440)</i>					
13	155,2	7,7	19000	32110	33237,10
<i>Перелік № 5 (наказ МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409)</i>					
13	254,2	12,7	27000	47704	58275,51
<i>Перелік № 6 (наказ МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324) (станом на 10 серпня)</i>					
12	262,3	13,1	31000	45307	64330,57
<i>За всіма редакціями Переліків</i>					
16	855,1	42,7	46000	169022	192857,67

порівняно з даними Переліку № 1, та у 1,9 разу з даними Переліку № 2. Вже за даними наступного Переліку № 4 хворим було відпущено на 52,0 % більше умовних пакувань МВ, ніж за даними Переліку № 3. Слід нагадати, що у Переліку № 4 кількість ТН МВ знизилась до 42 асортиментних позицій. Тобто, незважаючи на зменшення кількості ТН МВ у Переліку спостерігався приріст даних відпуску МВ з аптек. За даними Переліку № 5, порівняно з даними попередньої редакції Переліку № 4, хворим було відпущено 254,2 тис. пакувань, що на 63,8 % більше, ніж за даними попереднього Переліку № 5. Необхідно відзначити, що на фоні суттєвого зниження кількості ТН у Переліку № 6 до 36 проти 42 у Переліку № 5 кількість відпущених пакувань збільшилась лише на 3,2 % (262,3 тис. проти 254,2 тис. пакувань). Аналогічну тенденцію змін мали й дані відпущених одиниць МВ протягом всього періоду досліджень.

Суттєве розширення масштабів програми реімбурсації МВ, яке спостерігалось у серпні 2024 р. (Перелік № 3, 45 ТН МВ), призвело до значного зростання кількості пацієнтів, які отримали МВ за електронними рецептами. Так, МВ було забезпечено 14,0 тис. хворих, що було в 1,9 разу більше, ніж за даними Переліку № 2, та у 2,6 рази більше порівняно з даними Переліку № 1 (рис. 1). У подальшому темпи (%) приросту кількості хворих дорівнювали

35,71 % (Перелік № 4 / Перелік № 3), 42,1 % (Перелік № 5 / Перелік № 4). Цікавим є той факт, що, незважаючи на суттєве зниження кількості ТН МВ у Переліку № 6 (36) проти попередньої редакції Переліку № 5 (42) та незначне зростання відпущених пакувань на 3,2 %, кількість хворих, які взяли участь у програмі «Доступні ліки» за напрямом, що досліджується, зросла на 14,81 % (рис. 1). Необхідно також відзначити, що, за даними чинної зараз редакції Переліку № 6, кількість електронних рецептів на МВ знизилась до 45307 проти 47704, за даними Переліку № 5. Це є важливою особливістю процесу, який ми досліджували. Тобто, маючи планомірне зростання переважної кількості показників аналізу упродовж серпня 2023 – серпня 2026 рр., саме за показником кількості погашених електронних рецептів спостерігалось зниження даних на 5,02 %.

Одним із важливих індикативних показників в оцінці ефективності виконання державних гарантій за програмою «Доступні ліки» є обсяги реімбурсації вартості відпущених МВ. На рис. 2 наведена динаміка зростання обсягів реімбурсації вартості відпущених МВ хворим. З вересня 2023 р. цей показник зріс з 4993,35 до 64330,57 тис. грн у серпні 2026 р., тобто у 12,9 разів. Особливо слід звернути увагу на той факт, що на фоні стабільної кількості ТН МВ у Переліках № 4 та 5 (за 42 ТН МВ) темп (%) зростання сум реімбурсації вартості

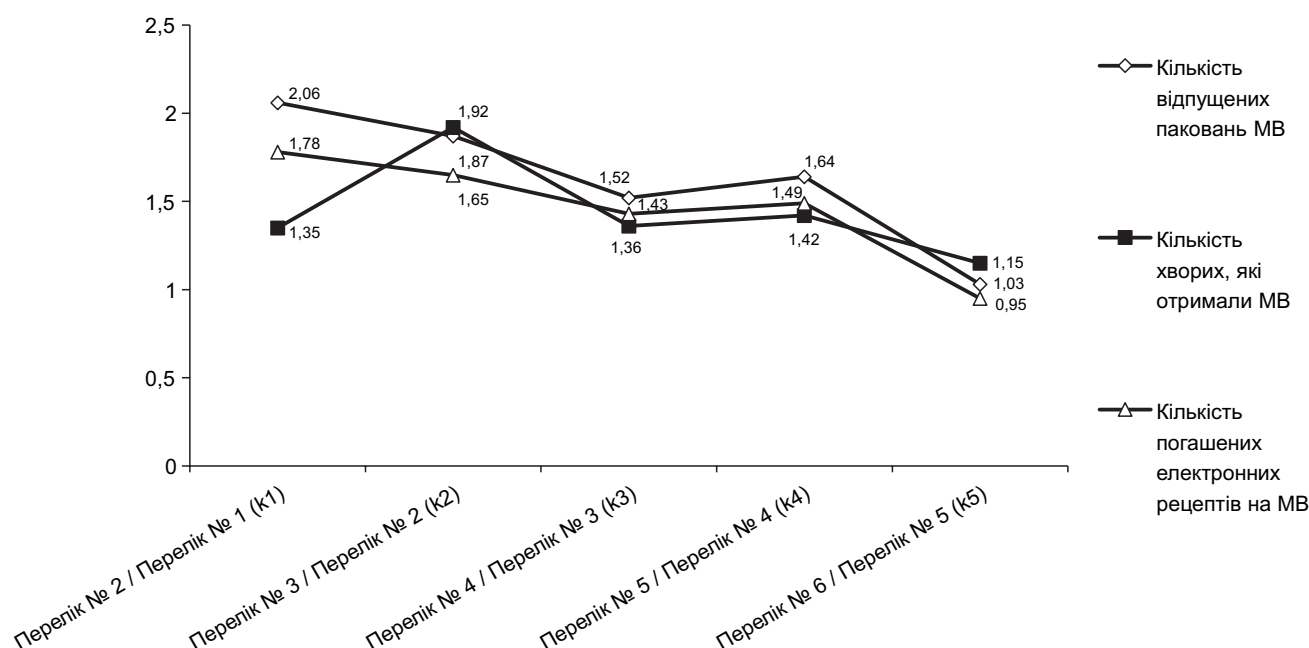


Рис. 1. Результати порівняльного аналізу ланцюгових коефіцієнтів росту/зниження за показниками кількості відпущених пакувань МВ, хворих, які отримали МВ, та відпущених за електронними рецептами МВ за різними редакціями переліків

відпущених МВ зріс на 75,33 % (58275,51 тис. грн за Переліком № 5 проти 33237,1 тис. грн за Переліком № 4). Вважаємо, що це обумовлено зростанням кількості асортиментних позицій МВ, які відпускаються пацієнтам безкоштовно (100,0 % відшкодовує держава). Незважаючи на вже згадане зниження кількості ТН МВ у Переліку № 6 до 36 ТН суми реімбурсації їхнього відпуску зросли на 10,39 % (64330,57 тис. грн за Переліком № 6 проти 58275,51 тис. грн за Переліком № 5). Водночас зниження кількості ТН МВ у Переліку № 6 вплинуло на значення показників, які ми розраховували як співвідношення між сумою реімбурсації та кількістю пацієнтів (рис. 3) і погашених рецептів (рис. 4), а також кількістю відпущених пакувань МВ, що припадають на одного

пацієнта (рис. 5). Установлено, що обсяг реімбурсації вартості МВ, що припадає на одного пацієнта у 2026 р. зріс у 2,2 рази порівняно з даними початку впровадження цього напряму програми «Доступні ліки» (926,58 грн / хворий за Переліком № 1 та 2075,18 грн / хворий за Переліком № 6). У 2026 р., порівняно з даними попередньої редакції Переліку № 5, цей показник знизився на 3,85 % та дорівнював 2075,18 грн/хворого.

Аналогічна ситуація спостерігалась за показниками кількості відпущених пакувань МВ, що припадають на одного хворого, який обслуговувався за програмою (рис. 5). Так, за даними Переліку № 6, в середньому на одного хворого припадало 8,46 пакувань МВ, а за Переліком № 5 – вже 9,41 пакувань. Отже, зниження

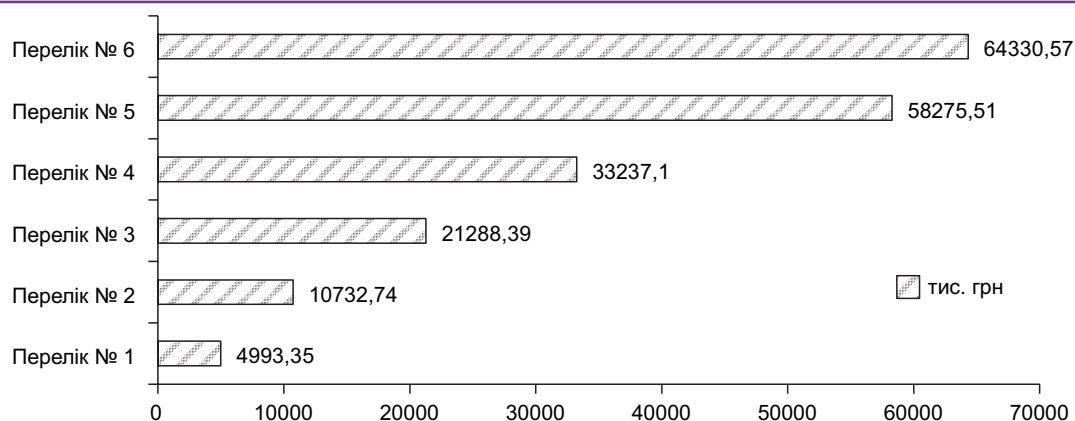


Рис. 2. Аналіз динаміки обсягів реімбурсації вартості відпуску МВ хворим на цукровий діабет за програмою «Доступні ліки» в Україні за різними редакціями переліків

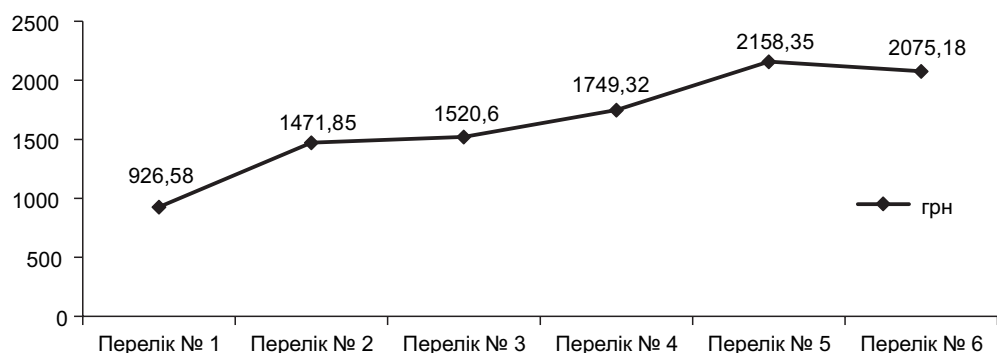


Рис. 3. Дослідження сум вартості реімбурсованих МВ, що припадають на одного хворого на цукровий діабет за програмою «Доступні ліки» в Україні за різними редакціями переліків

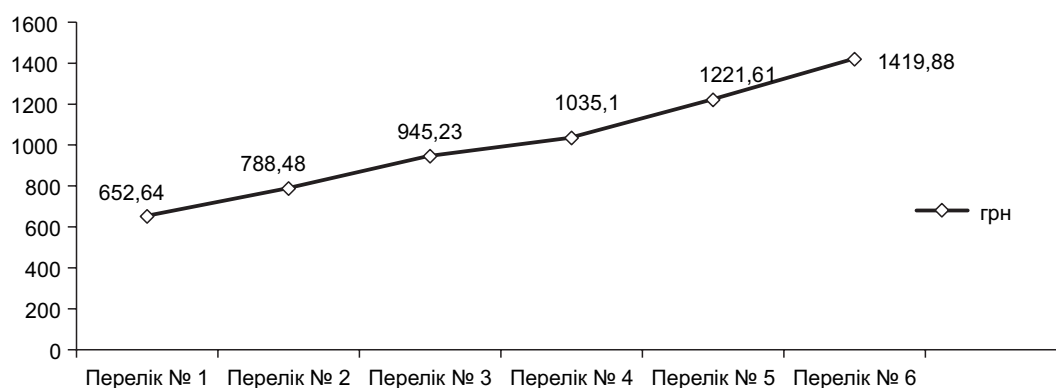


Рис. 4. Дослідження сум реімбурсації МВ, що припадають на один електронний рецепт на МВ, які відпускались хворим за програмою «Доступні ліки» в Україні за різними редакціями переліків

відносно зазначеного показника відбулось на 10,1 %. Це обумовлено різними значеннями темпів приросту показників кількості відпущених пакувань МВ та пацієнтів, які отримали МВ. Як бачимо за даними рис. 1, ланцюговий коефіцієнт показника кількості відпущених пакувань у Переліку № 6, порівняно з даними Переліку № 5, дорівнював лише 1,03, а показника кількості пацієнтів відповідно $k_5 = 1,15$.

Звертає на себе увагу також нестабільний характер змін кількості відпущених пакувань МВ, що припадають на одного хворого, у часі. Його значення мало хвилюподібний вигляд та коливалось у діапазоні значень від 4,91 пакувань (Перелік № 1) до 9,41 пакувань (Перелік № 5).

На відміну від попередніх показників, дані обсягів реімбурсації, що припадають на

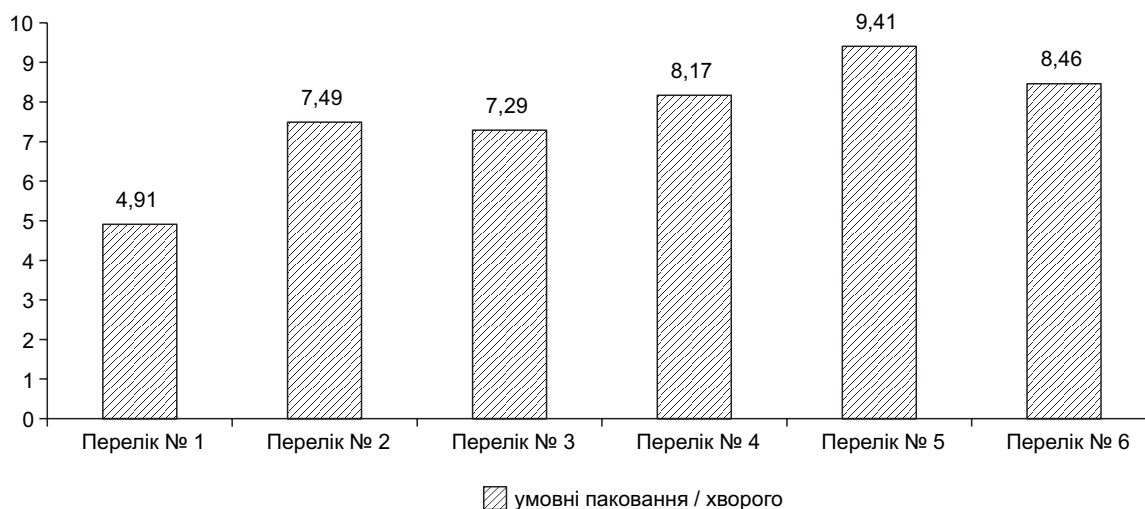


Рис. 5. Аналіз динаміки кількості відпущених пакувань МВ, що припадають на одного хворого, за програмою «Доступні ліки» в Україні за різними редакціями переліків

один електронний рецепт із серпня 2023 р. планомірно зростали з 652,64 грн/хворого до 1419,88 грн/хворого відповідно, тобто у 2,2 рази.

Процес реімбурсації ЛЗ та МВ неможливо розглядати у відриві від соціально-економічних характеристик розвитку всієї СОЗ [30, 31]. Одночасно з тим, обсяг відшкодувань вартості МВ залежить від конкретної ТН, яка затверджена наказами МОЗ та представлена на національному ФР певними виробниками. Тому, рухаючись у напрямі від загального до часткового, нами був проведений аналіз обсягів відшкодування за розміром доплати пацієнта за пакування (табл. 4), а також розподілу кількості пацієнтів, які погасили рецепти за розміром доплати хворих за пакування (табл. 5). За даними табл. 4 можна зробити висновок, що найбільша питома вага (%) сум реімбурсації припадає на випадки, коли пацієнт безкоштовно отримує МВ (Перелік № 3 – 9,10 млн або 42,74 %, Перелік № 5 – 28,57 млн або 49,02 %, Перелік № 6 – 34,16 млн грн або 53,10 %), або суми доплати з боку хворого перевищують 200,0 грн (Перелік № 2 – 4,53 млн грн або 42,17 %, Перелік № 4 – 15,58 млн або 46,88 %). Логічним є висновок, що в цілому за всіма роками реалізації цієї програми у зазначеному напрямі найбільший обсяг реімбурсації (83,68 млн грн або 43,39 % від загального показника відшкодування МВ) припадало на випадки, коли держава повністю компенсує вартість відпущених з аптечних закладів МВ хворому. Водночас за показником кількості пацієнтів, які погасили електронні рецепти на МВ відповідно до розміру їхніх доплат за пакування, позиції лідера були у варіанта «200,0 грн і вище». За всіма переліками, за винятком Переліку № 3, а також в цілому за всі роки реалізації програми у зазначеному напрямі найбільша кількість хворих припадала на розмір доплати «200,0 грн і вище» (28,99 тис. пацієнтів). За Переліком № 3 спостерігалось структурне зрушення кількості пацієнтів, які погасили рецепти за розміром доплати хворих за пакування у бік варіанта «До 100,0 грн і вище» (7,43 тис. хворих).

Зниження даних обсягу відшкодування вартості МВ, які були відпущені пацієнтам безкоштовно до 6,02 млн грн (18,11 %), за даними Переліку № 4 порівняно з відповідними показниками Переліку № 3 (9,10 млн грн або 42,74 %), може бути обумовлено змінами у структурі випущених найменувань МВ хворим за асортиментними позиціями. Водночас для формулювання остаточних висновків щодо цього необхідно,

Таблиця 4

РОЗПОДІЛ ОБСЯГУ ВІДШКОДУВАННЯ ЗА РОЗМІРОМ ДОПЛАТИ ПАЦІЄНТА ЗА ПАКУВАННЯ

Без доплати (млн грн, %)	До 100 грн (млн грн, %)	До 200 грн (млн грн, %)	200 грн і вище (млн грн, %)
<i>Перелік № 1 (наказ МОЗ України від 21.08.2023 р. № 1495)</i>			
1,52 (30,4)	0,88 (17,6)	0,08 (1,6)	2,52 (50,4)
<i>Перелік № 2 (наказ МОЗ України від 20.02.2024 р. № 279)</i>			
4,31 (40,13)	1,69 (15,74)	0,21 (1,96)	4,53 (42,17)
<i>Перелік № 3 (наказ МОЗ України від 04.09.2024 р. № 1537)</i>			
9,10 (42,74)	2,56 (12,02)	0,91 (4,27)	8,72 (40,97)
<i>Перелік № 4 (наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440)</i>			
6,02 (18,11)	11,16 (33,57)	0,48 (1,44)	15,58 (46,88)
<i>Перелік № 5 (наказ МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409)</i>			
28,57 (49,02)	5,89 (10,11)	0,52 (0,89)	23,30 (39,98)
<i>Перелік № 6 (наказ МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324)</i>			
34,16 (53,10)	6,31 (9,81)	0,59 (0,92)	23,27 (36,17)
<i>За всіма редакціями реєстрів</i>			
83,68 (43,39)	28,48 (14,77)	2,78 (1,44)	77,91 (40,4)

Таблиця 5

РОЗПОДІЛ КІЛЬКОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПОГАСИЛИ РЕЦЕПТИ, ЗА РОЗМІРОМ ДОПЛАТИ ХВОРИХ ЗА ПАКУВАННЯ

Без доплати (тис. осіб)	До 100 грн (тис. осіб)	До 200 грн (тис. осіб)	200 грн і вище (тис. осіб)
<i>Перелік № 1 (наказ МОЗ України від 21.08.2023 р. № 1495)</i>			
0,98	0,70	0,21	3,66
<i>Перелік № 2 (наказ МОЗ України від 20.02.2024 р. № 279)</i>			
1,84	0,95	0,33	4,41
<i>Перелік № 3 (наказ МОЗ України від 04.09.2024 р. № 1537)</i>			
4,25	7,43	1,37	0,96
<i>Перелік № 4 (наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440)</i>			
2,89	5,23	0,50	11,15
<i>Перелік № 5 (наказ МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409)</i>			
10,71	2,38	0,53	14,30
<i>Перелік № 6 (наказ МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324) (станом на 10 серпня)</i>			
13,85	2,79	0,51	14,75
<i>За всіма редакціями переліків</i>			
17,84	7,94	2,26	28,99

на наш погляд, проводити додаткові дослідження з використанням методів факторного аналізу.

Висновки

1. Установлено, з вересня 2023 р. кількість МВ, які відпускалися хворим за програмою збільшилась у 1,6 разу з 23 до 36 найменувань, при цьому з 2025 р. відмічається їхнє планомірне

зниження (Перелік № 4, затверджений наказом МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440) із 42 ТН до 36 найменувань у 2026 р. (Перелік № 6, затверджений наказом МОЗ України від 16.03.2026 р. № 324). МВ, які наведено за всіма редакціями переліків, мали імпордне походження. Кількість ТН МВ, які відпускались безкоштовно збільшилась з 2 до 4 асортиментних позицій. Зазначені МВ стабільно представляють компанії зі США (постачальник КНР), КР та КНР.

2. Доведено, що у програмі «Доступні ліки» брали участь від 11 до 13 виробників МВ, а в цілому за весь період спостереження – 16 компаній. Установлено, що найбільша кількість ТН МВ була представлена у Переліку № 3 (45 асортиментних позицій МВ). У подальшому їхня кількість знижувалась, досягнувши показника 36 найменувань у Переліку № 6.

3. На фоні стабільного складу (42 ТН МВ) у Переліках № 4-5 та зниження даних ТН МВ у Переліку № 6 (36 ТН МВ) спостерігалось зростання з різними темпами всіх кількісних показників, окрім кількості погашених рецептів. Так, за даними Переліку № 6, в аптечних закладах було погашено 45307 електронних рецептів, що було на 5,02 % менше, ніж за даними попереднього Переліку № 5 (47704 рецептів).

4. Установлено, що, незважаючи на зміну в кількості ТН МВ, які були наведені у різних редакціях переліків, обсяг реімбурсації вартості їхнього відпуску пацієнтам поступово зростає. Так, з вересня 2023 р. цей показник зріс з 4993,35 до 64330,57 тис. грн у серпні 2026 р., тобто у 12,9 разів. Це є наслідком не лише збільшення кількості хворих, які обслуговувалися, та відпущених паковань МВ, а й зростанням їхньої вартості на фоні планомірного знецінення національної валюти, що спостерігається на фінансовому ринку України. Враховуючи той факт, що 100 % асортименту МВ, наведених у переліках, є імпортними, вплив цього зовнішнього фактора є важливим.

5. Слід зазначити, що на фоні стабільної кількості ТН МВ у Переліках № 4 та 5 (по 42 ТН МВ) темпи зростання сум реімбурсації вартості відпущених МВ дорівнював 175,33 % (58275,51 тис. грн за Переліком № 5 проти 33237,1 тис. грн за Переліком № 4). Враховуючи імпортозалежність асортименту МВ, що

розглядається, перспективним напрямом наших досліджень стане проведення аналізу динаміки змін обсягів їхнього відпуску відповідно до індексу цін, що дозволить проводити порівняння у зіставних показниках.

6. За даними Переліку № 6, порівняно з даними Переліку № 5, ми спостерігали зниження показника сум реімбурсації вартості МВ, що припадає на одного хворого, на 3,85 %. Аналогічна ситуація спостерігалась за показниками кількості відпущених паковань МВ, що припадають на одного хворого. Разом з цим суми реімбурсації, які розраховані на один електронний рецепт, зростали протягом всього періоду спостережень. Так, у 2026 р. (Перелік № 6) він зріс, порівняно з даними Переліку № 5, на 16,22 % (1419,88 грн/рецепт проти 1221,68 грн/рецепт) та у 10 разів порівняно з даними серпня 2023 р. (Перелік № 1 – 652,0 грн/рецепт).

7. Установлено, що найбільша питома вага (%) сум реімбурсації МВ припадає на випадки відпуску необхідних виробів безкоштовно (Переліки № 3 – 9,10 млн грн або 42,74 %, № 5 – 28,57 млн грн або 49,02 %, № 6 – 34,16 млн грн або 53,10 %) або суми доплати з боку хворого перевищують 200,0 грн (Перелік № 2 – 4,53 млн грн або 42,17 %, № 4 – 15,58 млн грн або 46,88 %).

8. У цілому за всі роки реалізації програми у напрямі, що досліджується, найбільша кількість пацієнтів припадає на випадок, коли вони погашали рецепти та мали доплату за пакування 200,0 грн і вище. Зазначений варіант був характерний для всіх редакцій переліків, окрім Переліку № 3 («до 100,0 грн і вище» – 7,43 тис. хворих).

Перспективи подальших розробок. За результатами систематизації отриманих результатів можна стверджувати, що одним із перспективних напрямів роботи може стати встановлення зв'язків між показниками сум реімбурсації МВ та кількістю хворих на цукровий діабет, що зареєстровані у різних адміністративно-територіальних одиницях країни. Особливість формування асортименту МВ, а саме 100 % та перманентна залежність його від імпорту фармацевтичної продукції в країні, обумовлюють проведення подальшого аналізу динаміки показників реімбурсації з використанням індексу цін та структури відпущених асортиментних позицій.

References

1. *Medicines Reimbursement Policy in Europe*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2c633fb2-0aca-4da1-847e-248758d06555/content>
2. Ntais, C., Talias, M. A., Fanourgiakis, J., & Kontodimopoulos, N. (2024). Managing Pharmaceutical Costs in Health Systems: A Review of Affordability, Accessibility and Sustainability Strategies. *Journal of Market Access Health Policy*, 12(4), 403–414. <https://doi.org/10.3390/jmahp12040031>
3. Vogler, S., Paris, V., Ferrario, A., Wirtz, V. J., de Joncheere, K., Schneider, P., Pedersen, H. B., Dedet, G., & Babar, Z. U. (2017). How Can Pricing and Reimbursement Policies Improve Affordable Access to Medicines? Lessons Learned from European Countries. *Applied health economics and health policy*, 15(3), 307–321. <https://doi.org/10.1007/s40258-016-0300-z>
4. Gronde, T. V., Uyl-de Groot, C. A., & Pieters, T. (2017). Addressing the challenge of high-priced prescription drugs in the era of precision medicine: A systematic review of drug life cycles, therapeutic drug markets and regulatory frameworks. *PLoS One*, 12(8), e0182613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.018213>
5. Malinowski, K. P., Kawalec, P., Trabka, W., Czech, M., Petrova, G., Manova, M., Savova, A., Draganić, P., Vostalová, L., Slabý, J., Männik, A., Márky, K., Rugaja, Z., Gulbinovic, J., Tesar, T., & Sorin Paveliu, M. (2019). Reimbursement legislations and decision making for orphan drugs in Central and Eastern European countries. *Front. Pharmacol.*, 10, 1–18. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00487>
6. Jakubowski, S., Kawalec, P., Holko, P., Kowalska-Bobko, I., Kamusheva, M., Petrova, G., Draganić, P., Fuksa, L., Männik, A., Ispán, F., Briedis, V., Bianchi, I., Paveliu, M. S., & Tesar, T. (2024). Clinical aspects of reimbursement policies for orphan drugs in Central and Eastern European countries. *Front. Pharmacol.*, 15, 1369178. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1369178>
7. Liu, M., Jia, M., Lin, Q., Zhu, J., & Wang, D. (2021). Effects of Chinese medical pricing reform on the structure of hospital revenue and healthcare expenditure in county hospital: an interrupted time series analysis. *BMC Health Serv. Res.*, 21(1), 385. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06388>
8. Iskrov, G., & Stefanov, R. (2016). Criteria for Drug Reimbursement Decision-Making: An Emerging Public Health Challenge in Bulgaria. *Balkan Med. J.*, 33(1), 27–35. <https://doi.org/10.5152/balkanmedj.2015.15185>
9. *Evaluation of the “Affordable medicines” programme in Ukraine*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a72e7321-fd97-46a4-b289-43a0ecb77a04/content>
10. Dobrova, V., Ratushna, K., Popov, O., Bezruk, A., & Loboda, I. (2023). The “Affordable Medicines” Reimbursement Program in Ukraine: Framework Assessment and Impact Evaluation. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 26(3), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.01.014>
11. Huz, V. S., Zaliska, O. M., & Maksymovych, N. M. (2021). Analiz tendentsii u prohrami reimbursatsii “Dostupni liky” v Ukraini. *Farmatsevtychnyi chasopys*, (4), 53–62. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2021.4.12658>
12. Blavatska, O. B., Zaliska, O. M., Hryniv, Ya. O., & Sosnovska, H. O. (2020). Analiz dynamiky rozvytku prohramy “Dostupni liky” v Ukraini ta Lvivskii oblasti. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (2), 3–11. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.2.20.01>
13. Smirnova, H., & Borysiuk, I. (2024). Perspektyvy tsyfrovoy transformatsii prohramy “Dostupni liky” v Ukraini ta mozhlyvosti yii intehtatsii v systemu okhorony zdorovia YeS. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 10(4), 64–71. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.24.339>
14. Huz, V. S., & Zaliska, O. M. (2019). Analiz dynamiky asortymentu likarskykh zasobiv u prohrami “Dostupni liky” dlia likuvannia sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (3), 21–30. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.19.03>
15. Malanchuk, N. V., Demchuk, M. B., & Hroshovi, T. A. (2022). Doslidzhennia asortymentu antyhipertenzyvnykh likarskykh zasobiv ta analiz yikh ekonomichnoi dostupnosti za umov realizatsii uriadovoi prohramy “Dostupni liky”. *Farmatsevtychnyi chasopys*, (4), 26–34. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2022.3.13540>
16. Honchar, A. O., Sholoiko, N. V., & Komarida, O. O. (2022). Reimbursatsiia kombinovanykh antyhipertenzyvnykh likarskykh zasobiv v Ukraini: aspekty yikh vkluchennia ta zovnishnoho referentnoho tsinoutvorennia. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, 77(6), 53–59. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.6.2>
17. Nemchenko, A. S., Popova, I. A., & Demchenko, N. V. (2024). Doslidzhennia farmatsevtychnoho zabezpechennia khvorykh na sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia v ramkakh prohramy “Dostupni liky”. *Health & Education*, (1). <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.16> 121-130
18. Kostiuk, I. A. (2019). Analiz dynamiky asortymentu likarskykh zasobiv dlia farmakoterapii bronkhialnoi astmy u prohrami “Dostupni liky”. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (5), 12–20. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.5.19.02>
19. Kostiuk, I. A., & Kosiachenko, K. L. (2024). Analiz dynamiky nomenklatury likarskykh zasobiv dlia likuvannia rozladiv psykhyky ta povedinky v uriadovii prohrami “Dostupni Liky”. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (3), 25–37. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.24.03>
20. Nemchenko, A. S., & Liadenko, A. V. (2024). Otsinka dostupnosti likarskykh zasobiv za uriadovoiu prohramoiu “Dostupni liky” dlia patsientiv iz rozladamy psykhyky za rezultatamy anketuvannia. *Farmatsevtychnyi zhurnal*, (1), 13–23. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.24.02>
21. Balitska, O. P., Tomashevskaya, Yu. O., Balynska, M. V., & Zlahoda V. (2025). Otsinka dostupnosti likarskykh zasobiv za prohramoiu reimbursatsii dlia patsientiv z tsukrovym diabetom 2 typu u Vinnytskii oblasti. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 11(2), 55–63. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.35102>

22. *Elektronnyi retsept na medychni vyroby: detalizatsiia pohashennia*. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. <https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronnii-recept-na-medicni-virobi-detalizaciia>
23. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 10 serpnia 2023 roku” No. 1495 (2023, Serpen 21). <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1495282-23#Text>
24. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 12 liutoho 2024 roku” No. 279 (2024, Liutyi 20). https://moz.gov.ua/uploads/10/53742-dn_279_20022024_dod_2.pdf
25. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 23 serpnia 2024 roku” No. 1537 (2024, Serpen 4). <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1537282-24#Text>
26. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 26 liutoho 2025 roku” No. 440 (2025, Berezen 13). https://moz.gov.ua/storage/uploads/0ff673ad-91df-44c8-a25d-6261a8d915ac/dn_440_13032025_dod.pdf
27. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 28 serpnia 2025 roku” No. 1409 (2025, Veresen 10). https://moz.gov.ua/storage/uploads/e516ccb7-cd40-491d-b5ee-3556d0d009fe/dn_1409_10092025_dod_4.pdf
28. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia, stanom na 5 bereznia 2026 roku” No. 324 (2026, Berezen 16). https://moz.gov.ua/storage/uploads/13acc85f-3a62-4e05-b220-1573d41fb704/dn_324_16032026_dod.pdf
29. Ji-Qian, Fang. (Ed.). (2017). *Handbook of Medical Statistics*. Pub. Sun Yat-Sen University.
30. Ivanchov, P. V. (2020). Problemy reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini: instytutsiinyi aspekt. *Publichne upravlinnia ta administruvannia*, 6(228), 133–145. <http://doi.org/10.32752/1993-6788-2020-1-228-133-145>
31. Pokotylo, O. O., & Aleshchenko, O. Yu. (2023) Analiz realizatsii derzhavnoi prohramy reimbursatsii yak skladovoi protsesu zabezpechennia dostupnosti farmatsevtichnoi dopomohy naselenniu. *Farmatsevtichnyi chasopys*, (2), 61–70. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2023.2.13870>

Внесок авторів:

Г. Л. Панфілова: ідея, побудова дизайну дослідження, участь у написанні тексту статті, формування висновків, корекція статті.

О. С. Самборський: участь у формулюванні актуальності проведення досліджень та написанні тексту статті, збір та аналіз літератури, статистичне оброблення даних, написання анотації статті українською мовою.

Л. В. Терещенко: участь у написанні статті та пошуку літературних джерел, статистичне оброблення даних, написання анотації статті англійською мовою.

Ю. В. Байгуш: участь у написанні статті, зборі статистичних даних та оформленні літератури, побудова графічного матеріалу, участь в обробленні даних літературного пошуку.

І. П. Білик: участь у написанні статті, статистичному обробленні даних, коригуванні статті, оформленні літератури, побудова графічного матеріалу.

Г. М. Ціхонь: участь у написанні статті, зборі, математичному обробленні даних та оформлення висновків.

І. В. Гадиак: участь у написанні статті, оформленні літератури та у побудові графічного матеріалу статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту. Автори підтверджують, що під час створення роботи вони не використовували технології штучного інтелекту.

Відомості про авторів:

Г. Л. Панфілова, доктор фармацевтичних наук, професор закладу вищої освіти кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<http://orcid.org/0000-0001-5297-0584>). E-mail: panf-al@ukr.net

О. С. Самборський, кандидат фармацевтичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри фармацевтичного управління, технології ліків та фармакогнозії, Івано-Франківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<http://orcid.org/0000-0002-8913-0965>). E-mail: aptekar05@ukr.net

Л. В. Терещенко, кандидат фармацевтичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-1674-6486>). E-mail: lyubov.ter2017@gmail.com

Ю. В. Байгуш, кандидат фармацевтичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри хімії, фармацевтичного аналізу та післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-6195-5236>). E-mail: yuliya.baygush@ukr.net

І. П. Білик, кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри фармацевтичного управління, технології ліків та фармакогнозії, Івано-Франківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-4048-2820>). E-mail: ibilyk@ifnmu.edu.ua

Г. М. Ціхонь, асистентка закладу вищої освіти кафедри фармацевтичного управління, технології ліків та фармакогнозії, Івано-Франківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<http://orcid.org/0000-0003-4982-2278>). E-mail: galina_tsikhon@ukr.net

І. В. Гадяк, кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри хімії, фармацевтичного аналізу та післядипломної освіти, Івано-Франківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0001-8818-4868>). E-mail: igadyak@ukr.net

Information about the authors:

Н. Л. Панфілова, Doctor of Pharmacy (Dr. habil.), Professor of the Department of Social Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<http://orcid.org/0000-0001-5297-0584>). E-mail: panf-al@ukr.net

О. С. Самборський, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Management, Drug Technology and Pharmacognosy, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<http://orcid.org/0000-0002-8913-0965>). E-mail: aptekar05@ukr.net

Л. В. Терешченко, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Social Pharmacy Department, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-1674-6486>). E-mail: lyubov.ter2017@gmail.com

Yu. V. Baihush, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Chemistry, Pharmaceutical Analysis and Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-6195-5236>). E-mail: yuliya.baygush@ukr.net

І. Р. Билик, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Management, Drug Technology and Pharmacognosy, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-4048-2820>). E-mail: ibilyk@ifnmu.edu.ua

Н. М. Ціхонь, Teaching Assistant of the Department of Pharmaceutical Management, Drug Technology and Pharmacognosy, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<http://orcid.org/0000-0003-4982-2278>). E-mail: galina_tsikhon@ukr.net

І. В. Гадяк, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Chemistry, Pharmaceutical Analysis and Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0001-8818-4868>). E-mail: igadyak@ukr.net

Надійшла до редакції 20.08.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 14.09.2026 р.

Взято до друку 18.09.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Організаційні та соціально-економічні засади фармацевтичної діяльності

УДК 615.1:614.2:339.13

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.400>

С. Г. МОРОЗ, А. М. ЛЕБЕДИН

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків

E-mail: morozsg@nuph.edu.ua

СТРУКТУРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В МЕЖАХ ПРОГРАМИ РЕІМБУРСАЦІЇ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Програма реімбурсації «Доступні ліки» є важливим механізмом організації фармацевтичного забезпечення населення, що поєднує повне державне відшкодування вартості окремих лікарських засобів (ЛЗ) та часткову співоплату пацієнтів. Актуальним є дослідження структурних та економічних характеристик її функціонування.

Мета – структурно-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення в межах програми реімбурсації «Доступні ліки».

Матеріали та методи. Використано офіційні статистичні дані Національної служби здоров'я України за період 01.04.2019–31.07.2026 рр. Проаналізовано кількість погашених електронних рецептів, відпущених пакувань, визначених добових доз (DDD), обсяги державного відшкодування та рівень фінансової участі пацієнтів. ЛЗ групували за шістьма взаємовиключними інтервалами співоплати: 0 %; > 0–10 %; > 10–25 %; > 25–50 %; > 50–75 %; > 75 %. Застосовано бібліографічний, контент-аналіз, структурний, порівняльний та економічний методи, методи групування і статистичного узагальнення.

Результати та їхнє обговорення. За досліджуваний період погашено 95,0 млн електронних рецептів, за якими відпущено 204,1 млн пакувань ЛЗ. Середня кількість пакувань на один погашений рецепт становила 2,15. Частка рецептів без співоплати становила 35,5 %, а категорії співоплати > 25–50 % – 29,1 %. Відпущено 6,37 млрд DDD, загальний обсяг державного відшкодування становив 20,4 млрд грн. На ЛЗ без співоплати припадало 34,8 % DDD та 40,8 % державного відшкодування. Середній розмір відшкодування становив 3,20 грн/DDD. Запропоновано авторську типологію цінових сегментів ЛЗ за рівнем фінансової участі пацієнтів. Із 770 класифікованих позицій ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, 41,17 % становили повністю реімбурсовані ЛЗ, а 62,08 % належали до сегментів із повною реімбурсацією або співоплатою не більше 25 %.

Висновки. Установлено структурні особливості фармацевтичного забезпечення та розподілу державного фінансування залежно від рівня фінансової участі пацієнтів. Запропонована типологія дозволяє кількісно диференціювати асортимент ЛЗ за рівнем співоплати та може бути використана для структурного моніторингу фінансових параметрів програм реімбурсації.

Ключові слова: державне відшкодування; програма «Доступні ліки»; реімбурсація; співоплата пацієнта; фармацевтичне забезпечення; фінансова участь пацієнта; DDD.

S. G. MOROZ, A. M. LEBEDYN

Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

E-mail: morozsg@nuph.edu.ua

THE STRUCTURAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF PHARMACEUTICAL PROVISION WITHIN THE “AFFORDABLE MEDICINES” REIMBURSEMENT PROGRAM

The “Affordable Medicines” reimbursement program is an important mechanism for organizing pharmaceutical provision, combining full state reimbursement for selected medicines with the partial patient co-payment. The study of its structural and economic characteristics is relevant.

Aim. To conduct a structural and economic analysis of pharmaceutical provision within the “Affordable Medicines” reimbursement program.

Materials and methods. Official statistics of the National Health Service of Ukraine for the period from 1 April 2019 to 31 July 2026 were analyzed. The study covered the number of redeemed electronic prescriptions, dispensed drug packages, defined daily doses (DDD), government reimbursement expenditures, and the level of patient financial participation. Medicines were grouped into six mutually exclusive co-payment intervals: 0 %; > 0–10 %; > 10–25 %; > 25–50 %; > 50–75 %; and > 75 %. The bibliographic, content analysis, structural, comparative, and economic methods, as well as grouping and statistical generalization methods, were applied.

Results and discussion. During the study period, 95.0 million of electronic prescriptions were redeemed, and 204.1 million of drug packages were dispensed. The average number of packages per redeemed prescription was 2.15. Medicines without co-payment accounted for 35.5 % of prescriptions, while the > 25–50 % co-payment category was 29.1 %. A total of 6.37 billion DDD were dispensed, with state reimbursement amounting to UAH 20.4 billion. Medicines without co-payment accounted for 34.8 % of DDD and 40.8 % of state reimbursement. The average reimbursement was UAH 3.20 per DDD. The author-developed typology of drug price segments by the level of the patient financial participation was proposed. Among 770 classified positions, 41.17 % items were fully reimbursed medicines, while 62.08 % belonged to segments with full reimbursement or a co-payment not exceeding 25 %.

Conclusions. Structural characteristics of pharmaceutical provision and the distribution of state financing depending on the level of the patient financial participation have been found. The typology proposed enables the quantitative differentiation of the drug assortment by the level of co-payment and can be used for structural monitoring of the financial parameters of reimbursement programs.

Keywords: government reimbursement; “Affordable Medicines”; patient co-payment; patient financial participation; pharmaceutical provision; medicines; reimbursement; DDD.

Вступ. Державні програми реімбурсації є важливим інструментом організації фармацевтичного забезпечення населення, а забезпечення економічної та фізичної доступності ЛЗ залишається одним із ключових завдань систем реімбурсації [1]. В Україні механізми реімбурсації розглядаються як один із чинників забезпечення пацієнтів ЛЗ та розвитку фармацевтичного забезпечення населення [2]. В Україні важливим механізмом реалізації державної політики у сфері фармацевтичного забезпечення є програма реімбурсації «Доступні ліки», яка передбачає повне або часткове відшкодування вартості ЛЗ. Станом на липень 2026 р. програма охоплювала 1038 позицій ЛЗ і медичних виробів, а з початку її адміністрування НСЗУ у 2019 р. нею скористалися 6,43 млн українців [3].

У більшості країн світу системи реімбурсації є одним із ключових інструментів забезпечення економічної доступності ЛЗ, поєднуючи механізми державного фінансування, регулювання цін та співоплати пацієнтів. У країнах

Європейського Союзу функціонування систем реімбурсації ґрунтується, зокрема, на принципах прозорості заходів щодо ціноутворення та внесення лікарських засобів до систем національного медичного страхування, що регламентовано Директивою Ради 89/105/ЄС [4].

Сучасні міжнародні підходи розглядають реімбурсацію не лише як механізм компенсації вартості ЛЗ, а і як інструмент підвищення ефективності системи охорони здоров'я, забезпечення її фінансової стійкості та поліпшення результатів лікування [5]. Водночас рішення щодо внесення ЛЗ до програм реімбурсації дедалі частіше ґрунтуються на результатах фармакоекономічної оцінки, аналізу бюджетного впливу та ефективності використання ресурсів охорони здоров'я [6].

В Україні важливим інструментом організації фармацевтичного забезпечення населення є державна програма реімбурсації «Доступні ліки», запроваджена у 2017 р. як складова Програми медичних гарантій, адміністрування якої здійснює НСЗУ. Програма спрямована

на забезпечення пацієнтів із хронічними захворюваннями ЛЗ шляхом повного або часткового відшкодування їхньої вартості та постійно розширюється за рахунок збільшення переліку ЛЗ, нозологій і аптечних закладів-учасників [7].

Ефективність реалізації програми значною мірою залежить від належного державного регулювання, цифровізації системи охорони здоров'я та ефективної взаємодії між НСЗУ, закладами охорони здоров'я й аптечними закладами. Запровадження електронної системи охорони здоров'я та електронного рецепта забезпечило прозорість механізмів відшкодування і створило інформаційну основу для моніторингу реалізації програми [8, 9].

Після початку повномасштабної війни система охорони здоров'я України зіткнулася з додатковими викликами, зокрема необхідністю забезпечення безперервності лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями [10]. Попри це, програма реімбурсації «Доступні ліки» продовжила функціонувати та розширюватися. У липні 2026 року до програми додано 260 торговельних назв ЛЗ для лікування серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань, з яких 173 відпускаються безоплатно, а 87 – із частковою доплатою [2].

Аналіз сучасних досліджень свідчить про різноплановість наукових підходів до дослідження систем реімбурсації. Зокрема увага приділяється питанням державного регулювання та організаційно-правових засад функціонування фармацевтичного сектору [1, 2, 7], механізмам реімбурсації та забезпеченню доступності ЛЗ [5, 11], фармакоекономічному обґрунтуванню рішень щодо фінансування [6, 12] і особливостям організації закупівель та відшкодування вартості ЛЗ [1, 13]. Окремий напрям становить дослідження впливу воєнного конфлікту на функціонування механізмів реімбурсації в Україні [10].

Водночас недостатньо дослідженими залишаються структурно-економічні характеристики фармацевтичного забезпечення в межах програми «Доступні ліки», зокрема співвідношення між рівнем фінансової участі пацієнтів, кількістю погашених рецептів, обсягами відпущених пакувань, визначених добових доз та державного відшкодування. Зазначені показники дають змогу охарактеризувати структуру фармацевтичного забезпечення та особливості розподілу фінансових ресурсів між державою і пацієнтами.

У зв'язку з цим актуальним є проведення структурно-економічного аналізу фармацевтичного забезпечення в межах програми реімбурсації «Доступні ліки» з урахуванням

обсягів погашених рецептів, відпущених пакувань, визначених добових доз, державного відшкодування та фінансової участі пацієнтів.

Мета дослідження – структурно-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення в межах програми реімбурсації «Доступні ліки».

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження стали офіційні статистичні дані Національної служби здоров'я України щодо функціонування програми реімбурсації «Доступні ліки» за період з 1 квітня 2019 р. до 31 липня 2026 р. Джерелом даних є дашборди НСЗУ «Електронний рецепт на лікарські засоби: деталізація виписаних електронних рецептів» [14] та «Електронний рецепт на лікарські засоби: деталізація погашення» [15], які містять інформацію про погашені електронні рецепти, кількість відпущених пакувань і визначених добових доз, а також обсяги державного відшкодування. Вибірку сформовано станом на 31 липня 2026 р.

Для структурного аналізу показники узагальнювали за рівнем фінансової участі пацієнта під час відпуску одного пакування ЛЗ. Частку співоплати визначали як відношення суми, сплаченої пацієнтом за пакування, до її роздрібною вартості, виражене у відсотках. На цій основі сформовано взаємовиключні аналітичні інтервали: 0 %; > 0–10 %; > 10–25 %; > 25–50 %; > 50–75 %; > 75 %. Межі інтервалів є авторською аналітичною градацією, сформованою для диференціації рівня фінансової участі пацієнтів та порівняння відповідних структурних показників.

Для характеристики співвідношення кількості погашених рецептів та фактично відпущених пакувань розраховано середню кількість відпущених пакувань на один погашений рецепт:

$$\begin{aligned} & \text{Середня кількість відпущених пакувань} \\ & \text{на один погашений рецепт} = \\ & = \frac{\text{Кількість відпущених пакувань}}{\text{Кількість погашених рецептів}}. \end{aligned}$$

Середній розмір державного відшкодування на одну визначену добову дозу розраховували як відношення загального обсягу державного відшкодування у відповідній категорії співоплати до загальної кількості визначених добових доз у цій категорії:

$$\begin{aligned} & \text{Середній розмір відшкодування} \\ & \text{на 1 DDD} = \\ & = \frac{\text{Обсяг державного відшкодування}}{\text{Кількість DDD}}. \end{aligned}$$

Для формування типології цінових сегментів ЛЗ програми реімбурсації «Доступні ліки» за рівнем фінансової участі пацієнтів опрацьовано три редакції офіційних Переліків лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення: станом на 05 березня 2026 р., [16]; 28 квітня 2026 р. [17]; 13 липня 2026 р. [18].

У роботі застосовано бібліографічний, контент-аналіз, структурний, порівняльний та економічний методи, методи групування і статистичного узагальнення.

Результати дослідження та їхнє обговорення. У межах дослідження насамперед проаналізовано структурні характеристики фармацевтичного забезпечення за кількістю погашених електронних рецептів та фактично відпущених паковань ЛЗ залежно від рівня співоплати пацієнта. Такий підхід дає змогу охарактеризувати розподіл обсягів споживання ЛЗ між визначеними категоріями фінансової участі пацієнтів, а також порівняти співвідношення кількості погашених рецептів і відпущених паковань. Результати структурного аналізу за досліджуваній період наведено в табл. 1.

Проведені розрахунки показали, що за період з 1 квітня 2019 р. до 31 липня 2026 р. було погашено 95,0 млн електронних рецептів, за якими відпущено 204,1 млн паковань ЛЗ. Отримані дані характеризують масштаб фармацевтичного забезпечення в межах програми «Доступні ліки».

Аналіз структури погашених рецептів засвідчив, що найбільша їхня частка припадала на ЛЗ без співоплати. За узагальненими результатами досліджуваного періоду ця категорія становила 35,5 % усіх погашених рецептів. Тобто понад третину погашених рецептів

було реалізовано без фінансової участі пацієнтів, що характеризує значну частку повністю реімбурсованих ЛЗ у межах програми.

З-поміж рецептів, за якими передбачалася фінансова участь пацієнтів, найбільшу частку становила категорія співоплати > 25–50 %, на яку припадало 29,1 % усіх погашених рецептів. У межах механізму реімбурсації розмір фактичної доплати пацієнта може залежати від вартості конкретного ЛЗ та встановленого розміру державного відшкодування.

Порівняння структури погашених рецептів зі структурою фактично відпущених паковань у межах сформованих категорій співоплати показало їхню загалом близьку відповідність. Частка паковань, отриманих без співоплати, становила 34,5 %, порівняно з 35,5 % погашених рецептів, а відмінності між структурними частками в окремих категоріях не перевищували 2 %.

Водночас окремі структурні відмінності застосовують на увагу. Зокрема у сегменті ЛЗ зі співплатою до 50 % частка відпущених паковань (31,2 %) дещо перевищувала частку погашених рецептів (29,1 %). Це може бути пов'язано з особливостями схем лікування окремих хронічних захворювань, коли за одним рецептом відпускається декілька паковань ЛЗ для забезпечення безперервності терапії. Натомість у категоріях зі співплатою до 25 % та без співоплати структура паковань практично повністю відповідала структурі рецептів, що свідчить про стабільний характер їхнього використання у межах програми.

За досліджуваній у середньому на один погашений рецепт припадало 2,15 відпущеного пакування ЛЗ. Найвище значення показника спостерігалось у категорії співоплати > 25–50 % – 2,31 пакування на рецепт, найнижче – у категорії > 10–25 % – 2,01 пакування на рецепт.

Таблиця 1

СТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОЖИВАННЯ ТА ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У МЕЖАХ ПРОГРАМИ РЕІМБУРСАЦІЇ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СПІВОПЛАТИ ПАЦІЄНТІВ ЗА ПАКОВАННЯ ЗА ПЕРІОД 01.04.2019–31.07.2026 РОКИ

Рівень співоплати пацієнта за пакування	Погашені рецепти		Відпущені пакування		Середня кількість відпущених паковань на один погашений рецепт, од.
	млн	частка, %	млн	частка, %	
0 %	33,70	35,5	70,50	34,5	2,09
0-10 %	3,50	3,7	7,20	3,5	2,06
10-25 %	17,50	18,4	35,20	17,2	2,01
25-50 %	27,60	29,1	63,80	31,2	2,31
50-75 %	12,10	12,7	26,20	12,8	2,17
≥ 75 %	0,58	0,6	1,20	0,6	2,07
Разом	95,00	100,0	204,10	100,0	2,15

Отже, проведений структурний аналіз дозволяє зробити висновок, що за сукупними результатами функціонування програми «Доступні ліки» у 2019–2026 рр. сформувалася збалансована модель забезпечення населення ЛЗ, яка характеризується високою часткою повністю реімбурсованих препаратів, відсутністю істотних структурних розбіжностей між призначенням і фактичним відпуском ЛЗ та стабільними показниками реалізації рецептів незалежно від рівня фінансової участі пацієнтів.

Комплексна оцінка ефективності функціонування програми потребує аналізу не лише кількісних характеристик відпуску ЛЗ, а й показників, які відображають фактичний обсяг наданої фармакотерапії та масштаби бюджетного фінансування. З цією метою проведено оцінку фармацевтичного забезпечення населення на основі узагальнених даних щодо кількості відпущених DDD та обсягів державного відшкодування ЛЗ у межах програми «Доступні ліки» за період 01.04.2019–31.07.2026 рр. (табл. 2).

Використання показника DDD дозволяє стандартизовано оцінити обсяг фармацевтичного забезпечення населення незалежно від лікарської форми, дозування чи кількості пакувань, тому він широко застосовується у міжнародних фармакоеконімічних дослідженнях.

За результатами аналізу встановлено, що протягом періоду 01.04.2019–31.07.2026 рр. у межах програми було відпущено 6,37 млрд DDD, а загальний обсяг державного відшкодування становив 20,4 млрд грн. Найбільший обсяг терапії забезпечували ЛЗ без співоплати, на які припадало 34,8 % усіх DDD та 40,8 % бюджетного фінансування. Це свідчить про пріоритетне спрямування державної підтримки на повністю реімбурсовані ЛЗ.

Значний внесок у фармацевтичне забезпечення також мали ЛЗ зі співоплатою до 50 %, які забезпечили 30,9 % усіх DDD за 27,2 % бюджетного фінансування. Разом із безоплатним сегментом вони формували майже дві третини загального обсягу фармакотерапії. ЛЗ зі співоплатою до 25 % становили ще 17,5 % DDD та 17,9 % відшкодування, що свідчить про важому роль механізму часткового співфінансування у забезпеченні доступності лікування.

Натомість категорії зі співоплатою понад 50 % характеризувалися значно меншими обсягами фармацевтичного забезпечення та державного фінансування. На сегменти зі співоплатою 50–75 % і понад 75 % сукупно припадало лише 13,4 % DDD та 10,0 % бюджетного відшкодування, що може бути пов'язано зі зростанням фінансового навантаження на пацієнтів та узгоджується з результатами міжнародних досліджень щодо впливу співоплати на використання ЛЗ.

Розрахунок середнього розміру державного відшкодування на одну DDD показав відмінності між сформованими категоріями співоплати. Найвище значення зафіксовано для ЛЗ без співоплати – 3,75 грн/DDD, а найнижче – для категорії співоплати > 50–75 % – 2,36 грн/DDD. У категорії співоплати > 75 % показник становив 2,92 грн/DDD, що не дає підстав для трактування отриманої залежності як лінійного зменшення відшкодування зі зростанням співоплати.

Загалом результати свідчать, що модель фінансування програми «Доступні ліки» поєднує значний обсяг державного фінансування повністю реімбурсованих ЛЗ із широким застосуванням механізму часткової співоплати. Така структура характеризує поєднання різних форм фінансової участі держави та

Таблиця 2

ЕКОНОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В МЕЖАХ ПРОГРАМИ РЕІМБУРСАЦІЇ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СПІВОПЛАТИ ПАЦІЄНТА ЗА ПАКОВАННЯ ЗА ПЕРІОД 01.04.2019–31.07.2026 РОКИ

Рівень співоплати пацієнта за пакування	Відпущено DDD		Обсяг відшкодування		Середній розмір відшкодування на 1 DDD, грн
	млн	частка DDD, %	млн грн	частка відшкодування, %	
0 %	2 217,4	34,8	8 317,6	40,8	3,75
0-10 %	225,9	3,5	839,8	4,1	3,72
10-25 %	1 113,8	17,5	3 655,8	17,9	3,28
25-50 %	1 967,8	30,9	5 557,2	27,2	2,82
50-75 %	801,7	12,6	1 893,5	9,3	2,36
≥ 75 %	48,2	0,8	140,8	0,7	2,92
Разом	6 374,8	100,0	20 404,7	100,0	3,20

Таблиця 3

**ТИПОЛОГІЯ ЦІНОВИХ СЕГМЕНТІВ ЛЗ ПРОГРАМИ РЕІМБУРСАЦІЇ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»
ЗА РІВНЕМ ФІНАНСОВОЇ УЧАСТІ ПАЦІЄНТА (2026 р.)**

Ціновий сегмент	Частка співоплати пацієнта	Характеристика фінансової участі	Джерело фінансування	Кількість позицій ЛЗ з Переліків ЛЗ, які підлягають реімбурсації, од.	Частка ЛЗ у загальній кількості, %
I. Повністю реімбурсований	0 %	Відсутня фінансова участь пацієнта	НСЗУ	317	41,17
II. Низька співоплата	> 0–10 %	Мінімальна фінансова участь пацієнта	Переважно НСЗУ	28	3,64
III. Помірна співоплата	> 10–25 %	Часткове фінансування вартості за участю пацієнта	НСЗУ та пацієнт (переважно НСЗУ)	133	17,27
IV. Середня співоплата	> 25–50 %	Збалансована участь держави та пацієнта у фінансуванні	НСЗУ та пацієнт	176	22,86
V. Висока співоплата	> 50–75 %	Значна фінансова участь пацієнта	Переважно пацієнт	107	13,90
VI. Дуже висока співоплата	> 75 %	Переважає частина вартості сплачується пацієнтом	Переважно пацієнт	9	1,17
Разом	–	–	–	770	100,00

пацієнтів у фармацевтичному забезпеченні населення.

Для структурної характеристики ЛЗ за рівнем фінансової участі пацієнтів запропоновано авторську типологію цінових сегментів, сформовану за часткою співоплати у роздрібній вартості пакування. Запропоновану типологію застосовано до аналізу переліку ЛЗ, що підлягають реімбурсації. Кількісні результати розподілу позицій за сформованими сегментами наведено в табл. 3.

Як видно з табл. 3, проаналізований асортимент ЛЗ, внесених до Переліків лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (станом на 05 березня, 28 квітня, 15 липня 2026 р.), характеризується неоднорідною структурою за рівнем фінансової участі пацієнтів. Найбільшу частку становлять ЛЗ сегмента I, що відпускаються без фінансової участі пацієнта, – 317 позицій, або 41,17 % від усіх класифікованих позицій. Це свідчить про значну представленість у досліджуваному асортименті ЛЗ із повною реімбурсацією.

Другим за представленістю є сегмент IV із часткою співоплати пацієнта від 25 до 50 % – 176 позицій (22,86 %), а сегмент III із часткою співоплати від 10 до 25 % містив 133 позиції (17,27 %). Сукупно на ці два сегменти припадає 309 позицій, або 40,13 % класифікованого переліку, що характеризує значну частку ЛЗ із частковою фінансовою участю пацієнта.

Сегмент V, у якому частка співоплати пацієнта від 50 до 75 %, охоплював 107 позицій

(13,90 %). Водночас сегмент II з мінімальною фінансовою участю пацієнта представлений 28 ЛЗ (3,64 %), а сегмент VI з часткою співоплати понад 75 % – лише 9 позиціями (1,17 %).

62,08 % проаналізованого асортименту переліку, належить до сегментів I–III, тобто характеризуються повною реімбурсацією або частковою співоплати пацієнта не більше 25 % роздрібною вартості пакування. Водночас 292 позиції (37,92 %) мають частку співоплати пацієнта понад 25 %. Тобто запропонована типологія дозволяє кількісно диференціювати асортимент ЛЗ програми «Доступні ліки» за рівнем фінансової участі пацієнтів та виявити переважання позицій із повною реімбурсацією або відносно низькою часткою співоплати. При цьому наведені результати характеризують структуру асортименту за рівнем співоплати, а не є самостійною оцінкою економічної доступності ЛЗ для населення.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведений структурно-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення в межах програми реімбурсації «Доступні ліки» за період 01.04.2019–31.07.2026 рр. показав значний масштаб її реалізації: погашено 95,0 млн електронних рецептів, за якими відпущено 204,1 млн пакувань ЛЗ. Середня кількість відпущених пакувань на один погашений рецепт становила 2,15 од. Найвище значення цього показника зафіксовано для категорії співоплати пацієнта > 25–50 % – 2,31 пакування на рецепт, найнижче – для категорії > 10–25 % – 2,01 пакування на рецепт.

2. Установлено, що структура фармацевтичного забезпечення за рівнем фінансової участі пацієнтів характеризувалася значною часткою повністю реімбурсованих ЛЗ. На категорію без співоплати пацієнта припадало 35,5 % погашених рецептів і 34,5 % відпущених пакувань. Найбільшу частку з-поміж рецептів із фінансовою участю пацієнта становила категорія співоплати > 25–50 % – 29,1 % рецептів і 31,2 % пакувань. Загалом структурні частки погашених рецептів та відпущених пакувань у сформованих категоріях були близькими, а відмінності між ними не перевищували 2 %.

3. Економічний аналіз засвідчив, що за досліджуваній період у межах програми реімбурсації було відпущено 6,37 млрд визначених добових доз (DDD), а загальний обсяг державного відшкодування становив 20,4 млрд грн. Найбільша частка бюджетного фінансування припадала на ЛЗ без співоплати пацієнта – 40,8 % загального обсягу відшкодування за частки 34,8 % DDD. ЛЗ зі співплатою пацієнта від 25–50 % забезпечили 30,9 % DDD за частки державного відшкодування 27,2 %. Середній розмір державного відшкодування становив 3,20 грн/DDD загалом; найвище значення – 3,75 грн/DDD для ЛЗ без співоплати, найнижче – 2,36 грн/DDD для категорії співоплати > 50–75 %. Водночас для категорії > 75 % показник становив 2,92 грн/DDD, тому лінійної залежності між рівнем співоплати та розміром відшкодування на DDD не встановлено.

4. Запропоновано авторську типологію цінових сегментів ЛЗ програми «Доступні ліки» за рівнем фінансової участі пацієнтів із виділенням шести взаємовиключних інтервалів: 0 %; > 0–10 %; > 10–25 %; > 25–50 %; > 50–75 %; > 75 %. За результатами аналізу 770 класифікованих позицій з переліків ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, найбільшу частку становили повністю реімбурсовані ЛЗ – 317 позицій (41,17 %). До сегментів із повною реімбурсацією або співплатою не більше 25 % належали 478 позицій (62,08 %), тоді як 292 позиції (37,92 %) характеризувалися співплатою понад 25 %. Запропонована типологія може бути використана як інструмент структурного аналізу асортименту та фінансової участі пацієнтів.

Перспективами подальших розробок є поглиблення структурно-економічного аналізу програми «Доступні ліки» шляхом дослідження ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за діючими речовинами, торговельними назвами, лікарськими формами, дозуваннями та виробниками. Окремим перспективним напрямом є дослідження варіативності рівня співоплати за торговельними назвами однієї діючої речовини та оцінювання структури доступних для пацієнта цінових альтернатив у межах програми.

References

1. Tachkov, K., Savova, A., Manova, M., & Petrova, G. (2023). Tackling reimbursement challenges to fair access to medicines: Introduction to the topic. *Expert Review of Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 23(6), 597–606. <https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2203384>
2. Truba, V. I., & Vasylevska, N. S. (2023). Availability of medicines as a result of reimbursement mechanisms and medical insurance: An issue for discussion. *Constitutional State (Pravova Derzhava)*, 51, 107–114. <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2023.51.287991>
3. *Naimasshtabnishe rozshyrennia "Dostupnykh likiv": do prohramy dodaly shche 260 torhovelnnykh nazv likarskykh zasobiv dlia likuvannia sertsevo-sudynnykh i tserebrovaskuliarnnykh zakhvoriuvan* (2026, Lypen 17). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. <https://moz.gov.ua/uk/najmasshtabnishe-rozshirennia-dostupnih-likiv-do-programi-dodali-she-260-torgovelnih-nazv-likarskih-zasobiv-dlya-likuvannya-sercevo-sudynnih-i-cerebrovaskulyarnih-zahvoryuvan>
4. Council Directive 89/105/EEC of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems. (1989). *Official Journal of the European Communities*, L 40, 8–11. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1989/105/oj/eng>
5. Etges, A. P. B. S., Liu, H. H., Jones, P., & Polanczyk, C. A. (2023). Value-based reimbursement as a mechanism to achieve social and financial impact in the healthcare system. *Clinico Economics and Outcomes Research*, 10(2), 829–836. <https://doi.org/10.36469/001c.89151>
6. Hamad, A., Alsaqa'aby, M., Alruthia, Y., Aldallal, S., & Elsis, G. H. (2023). Overview of procurement and reimbursement of pharmaceuticals in Saudi Arabia, United Arab Emirates, Qatar, and Egypt: Challenges and opportunities. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 6(4), 127–136. <https://doi.org/10.36401/JQSH-23-1>
7. Pokotylo, O. O., & Aleshchenko, O. Yu. (2023). Analiz realizatsii derzhavnoi prohramy reimbursatsii yak skladovoi protsesu zabezpechennia dostupnosti farmatsevtichnoi dopomohy naselenniu. *Farmatsevtichni chasopys*, (2), 61–70. <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2023.2.13870>
8. Pomaza-Ponomarenko, A. L. (2024). Stan realizatsii derzhavnoho rehuliuвання u sferi farmatsevtichnoi haluzi v umovakh reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini. *Vcheni zapysky Tavriiskoho*

- natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernadskoho. Seriya: Publichne upravlinnia ta administruvannia, 35(74), 161–167. <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.3/29>
9. Boldar, H. Ye., Korzh, Yu. V., & Havrysh, N. B. (2025). Pravovi, orhanizatsiini ta informatsiini zasady vzaiemodii Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy ta aptechnykh zakladiv. *Pravo i suspilstvo*, (1), 219–225. <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2025.1.32>
 10. Vlasenko, I., & Davtian, L. (2023). Study of the influence of armed conflict on the reimbursement of oral glucose-lowering drugs in Ukraine. *Pharmacia*, 70(2), 275–281. <https://doi.org/10.3897/pharmacia.70.e99657>
 11. Brokkelkamp, D., Reckers-Droog, V., Timmers, L., & van Baal, P. (2026). Use and outcomes of cost-effectiveness analyses and additional considerations in pharmaceutical reimbursement in the Netherlands. *PharmacoEconomics*. <https://doi.org/10.1007/s40273-026-01637-w>
 12. Vogler, S., Windisch, F., Knoll, V., & Kieslich, K. (2026). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI): Evolution and impact of a policy network over two decades. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/20523211.2026.2670697>
 13. Walzer, S., Jost, J., Walzer, Y., & Vollmer, L. M. (2025). Navigating three systems: A comparative analysis of pharmaceutical reimbursement in Germany, Austria, and Switzerland. *Value in Health*, 28(12), Suppl. 1, S350. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.09.1555>
 14. *Elektronnyi retsept na likarski zasoby: detalizatsiia vypysanykh elektronnykh retseptiv*. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. <https://nszu.gov.ua/dashboards/detalizatsiia-vipisanix-elektronnix-receptiv-na-likarski-zasoby>
 15. *Elektronnyi retsept na likarski zasoby: detalizatsiia pohashennia*. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. <https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronnii-recept-na-likarski-zasobi-detalizatsiia>
 16. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidlihaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselenia, stanom na 05 bereznia 2026 roku” No. 324 (2026, Berezen 16). <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/26/03/31/zlc5ZRmD5LAgQ0e1yzJ7G6Bmc1h9aGSZV0WvH1or.pdf>
 17. Nakaz natsionalnii sluzhbi zdorovia Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv, yaki pidlihaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselenia, stanom na 28 kvitnia 2026 roku”. <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/26/05/04/h1BemcngLR5K6EAKvWjkkvh9WvQPZSNw3VW9UTQO.pdf>
 18. Nakaz natsionalnii sluzhbi zdorovia Ukrainy “Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv, yaki pidlihaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselenia, stanom na 13 lypnia 2026 roku” No. 361 (2026, Lypen 13). <https://www.apteka.ua/article/749736>

Внесок авторів:

С. Г. Мороз: концепція та дизайн дослідження, формулювання мети та завдань, збір, аналіз та інтерпретація даних, написання та редагування основного тексту статті, перегляд та редагування статті, остаточне затвердження матеріалу до друку.

А. М. Лебедін: аналіз літератури, організація збору даних.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту. Під час підготовки рукопису автори використовували ChatGPT (OpenAI), модель GPT-5.6 Luna, як допоміжний інструмент для технічної підготовки тексту і перекладу окремих елементів рукопису англійською мовою. Опрацювання та аналіз первинних даних, їхня наукова інтерпретація, формування висновків здійснювалися авторами.

Відомості про авторів:

С. Г. Мороз, кандидат економічних наук, доцент кафедри організації, економіки та управління фармацією, Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0003-4150-0741>). E-mail: morozsg@nuph.edu.ua

А. М. Лебедін, кандидат фармацевтичних наук, доцент, приватний підприємець (<https://orcid.org/0000-0002-8101-1056>). E-mail: alla_leb7@ukr.net.

Information about the authors:

S. G. Moroz, Candidate of Economics (Ph.D.), Associate Professor of the Department of Organization, Economics and Management of Pharmacy, Institute for Advanced Training of Pharmacy Specialists of the National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0003-4150-0741>). E-mail: morozsg@nuph.edu.ua

A. M. Lebedyn, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Private Entrepreneur (<https://orcid.org/0000-0002-8101-1056>). E-mail: alla_leb7@ukr.net

Надійшла до редакції 13.08.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 07.09.2026 р.

Взято до друку 14.09.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



О. В. КРИВАНИЧ¹, О. С. ГОЛОВАТЮК¹, О. В. БЕВЗ², Є. О. ГОЛУБ¹

¹ ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

² Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків

E-mail: oleksandr.kryvanych@uzhnu.edu.ua

АВС–XYZ–FSN-АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ТВЕРДИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМАХ У МАЛІЙ АПТЕЧНІЙ МЕРЕЖІ

Раціональне формування асортименту аптеки має одночасно забезпечувати фізичну й економічну доступність фармакотерапії і запобігати накопиченню дублювальних, низькоприбуткових товарних позицій із нерегулярним попитом. Для сезонних фармакотерапевтичних категорій одновимірний АВС-аналіз недостатньо, оскільки він не враховує варіативність попиту та регулярність реалізації товарних позицій.

Мета: оцінити АВС–XYZ–FSN-аналіз за валовим прибутком як інструмент підтримки управлінських рішень щодо раціоналізації асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів у твердих лікарських формах у малій аптечній мережі та охарактеризувати динаміку структури асортименту; визначити його стабільне ядро з високим економічним внеском; оцінити міжаптечну узгодженість ключових структурних показників та сезонність реалізації.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне прикладне дослідження за даними чотирьох аптек однієї мережі Закарпатської області. До масиву даних увійшло 17 112 записів про реалізацію 78 товарних позицій за 13 міжнародними непатентованими назвами антигістамінних лікарських засобів у твердих лікарських формах. АВС-класифікацію виконували за внеском товарної позиції у валовий прибуток; XYZ – за коефіцієнтом варіації місячного валового прибутку; FSN – за кількістю активних місяців (місяців із ненульовою реалізацією) як непрямим показником регулярності реалізації. Аналізували кількість товарних позицій, сегменти Z, N і CZN, коефіцієнт Джині, індекс Герфіндаля–Гіршмана, медіанний коефіцієнт варіації та сезонність реалізації.

Результати та їхнє обговорення. В основній аптеці кількість позицій антигістамінних лікарських засобів скоротилася на 50,70 % – із 71 SKU у 2022 р. до 35 SKU у 2025 р. Кількість позицій класу Z зменшилася з 52 до 18, класу N – з 29 до 6, а сегмента CZN – з 29 до 6; медіанний коефіцієнт варіації знизився зі 159,63 до 103,70 %, а коефіцієнт Джині – з 0,757 до 0,614. Вісім позицій стабільно належали до класу А у 2023–2025 рр. У 2025 р. три інші аптеки мережі характеризувалися подібною компактною структурою асортименту. На період із квітня по вересень припало 58,53 % реалізованих пакувань; медіана місячної реалізації становила 373 пакування проти 260 пакувань у жовтні–березні ($U = 28,0$; $p < 0,001$; рангова бісерійна кореляція = 0,827).

Висновки. АВС–XYZ–FSN-аналіз за валовим прибутком дав змогу виявити й кількісно охарактеризувати сегмент низькоприбуткових позицій антигістамінних лікарських засобів із високою варіативністю місячного валового прибутку та епізодичною реалізацією (CZN) і був асоційований із формуванням компактнішого та прогнозованішого асортименту. Отримані результати

ілюструють приклад практичного застосування ABC–XYZ–FSN-аналізу для підтримки управлінських рішень щодо раціоналізації асортименту. Водночас економічні критерії доцільно застосовувати у поєднанні з клініко-фармацевтичною оцінкою, терапевтичною замінністю та необхідністю забезпечення доступності фармакотерапії.

Ключові слова: антигістамінні лікарські засоби; управління асортиментом; управління торговельними запасами; ABC–XYZ–FSN-аналіз; сезонність попиту; мала аптечна мережа.

O. V. KRYVANYCH¹, O. S. HOLOVATIUK¹, O. V. BEVZ², E. O. GOLUB¹

¹ Uzhhorod National University, Ukraine

² National University of Pharmacy of Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv

E-mail: oleksandr.kryvanych@uzhnu.edu.ua

THE ABC–XYZ–FSN-ANALYSIS AS A TOOL FOR RATIONALIZING THE RANGE OF ORAL ANTIHISTAMINE MEDICINAL PRODUCTS IN SOLID DOSAGE FORMS IN A SMALL PHARMACY CHAIN

The rational pharmacy assortment management should simultaneously ensure the availability and affordability of pharmacotherapy and prevent the accumulation of duplicate, low-profit product items with irregular sales. For seasonal pharmacotherapeutic categories, the one-dimensional ABC analysis alone is insufficient since it does not take into account the variability in demand or the regularity of product sales.

Aim. To evaluate the gross profit-based ABC–XYZ–FSN analysis as a decision-support tool for rationalizing the range of oral antihistamine medicinal products in solid dosage forms within a small pharmacy chain and characterize the dynamics in the assortment structure changes, identify its stable core with a high economic contribution, assess the consistency of key structural indicators across pharmacies, and evaluate the sales seasonality.

Materials and methods. A retrospective applied study was conducted using data from four pharmacies belonging to the same chain in the Zakarpattia (Transcarpathian) region of Ukraine. The dataset comprised 17,112 sales records for 78 product items representing 13 International Nonproprietary Names (INNs) of oral antihistamine medicinal products in solid dosage forms. The ABC classification was performed according to contribution of each product item to gross profit; the XYZ classification was based on the coefficient of variation of the monthly gross profit; and the FSN classification was based on the number of active months (months with non-zero sales) as a proxy measure of the sales regularity. The number of product items, Z, N, and CZN segments, the Gini coefficient, the Herfindahl–Hirschman Index, the median coefficient of variation, and sales seasonality were analyzed.

Results and discussion. In the index pharmacy, the number of product items of antihistamine medicinal products decreased by 50.70 %, from 71 SKUs in 2022 to 35 SKUs in 2025. The number of Z-class items decreased from 52 to 18, N-class items from 29 to 6, and CZN items from 29 to 6; the median coefficient of variation decreased from 159.63 % to 103.70 %, while the Gini coefficient declined from 0.757 to 0.614. Eight product items consistently remained in class A throughout 2023–2025. In 2025, three other pharmacies in the chain demonstrated similarly compact assortment structures. A total of 58.53 % of packages were sold between April and September; median monthly sales were 373 packages versus 260 packages between October and March ($U = 28.0$; $p < 0.001$; rank-biserial correlation = 0.827).

Conclusions. The gross profit-based ABC–XYZ–FSN analysis has allowed to identify and quantify the segment of low-profit product items of antihistamine medicinal products with high variability in the monthly gross profit and episodic sales (CZN) and is associated with the development of a more compact and predictable range. The results obtained illustrate the practical application of the ABC–XYZ–FSN analysis as a decision-support tool for the range rationalization. At the same time, it is advisable to apply economic criteria in combination with clinical and pharmaceutical assessment, therapeutic substitutability, and the need to ensure access to pharmacotherapy.

Keywords: antihistamine medicinal products; assortment management; inventory management; ABC–XYZ–FSN analysis; demand seasonality; small pharmacy chain.

Вступ. Сучасна аптека функціонує одночасно як заклад охорони здоров'я та роздрібне підприємство. У цих умовах асортимент аптеки перестає бути простим переліком наявних лікарських засобів і перетворюється на стратегічний ресурс, від якого одночасно залежать доступність терапії для пацієнта та економічна стійкість самої аптеки [1]. Кожна товарна позиція (SKU), внесена до асортименту, має

розглядатися не лише як одиниця терапевтичного вибору, а і як елемент, що потребує фінансування, складського місця та контролю термінів придатності, а отже, конкурує за обмежений оборотний капітал і управлінську увагу. Надмірно широкий, фрагментований асортимент із дублювальними лікарськими засобами з низькою частотою реалізації або низьким економічним внеском може збільшувати обсяг

замороженого капіталу та ризик списань, тоді як надто вузький – загрожує дефектурою й втраченою лояльністю споживача [2]. Асортимент і запаси мають забезпечувати доступність лікарських засобів, але уникати надлишкових запасів. Тому пошук раціонального балансу асортименту є одним із ключових управлінських завдань сучасної аптечної практики, особливо в умовах цінової конкуренції та зростання частки генеричних лікарських засобів [3, 4].

Для незалежних аптек і малих аптечних мереж, що об'єднують обмежену кількість торгових точок, проблема раціонального формування асортименту має особливе значення [4]. На відміну від великих мереж із централізованими аналітичними підрозділами та стандартизованими алгоритмами категорійного менеджменту, в малих аптечних структурах асортиментні рішення нерідко ґрунтуються на практичному досвіді керівника, локальних уявленнях про попит або звичній історії закупівель. У конкурентному середовищі це підвищує ризик як економічних втрат, так і дефектури за позиціями, що мають значення для пацієнтів [1].

Сучасні дослідження підкреслюють потребу поєднувати економічні, логістичні та клінічні критерії, а також застосовувати кількісні інструменти класифікації запасів для формування аптечного асортименту через поєднання фізичної представленості, економічної доступності, обсягів споживання та маркетингової структури фармацевтичного ринку [5-7].

Одним із найпоширеніших інструментів пріоритизації є ABC-аналіз, що ґрунтується на принципі Парето і застосовується для розподілу лікарських засобів на три категорії за економічним внеском [8]. Проте ABC-класифікація має суттєве обмеження: вона відображає економічну вагу товарної позиції, але не характеризує стабільність і регулярність її попиту [9]. Особливо в категоріях із сезонним або нерівномірним попитом, ABC-аналіз доцільно доповнювати іншими класифікаційними підходами, зокрема XYZ-аналізом варіативності попиту та FSN-аналізом швидкості руху товарних позицій.

XYZ-аналіз доповнює ABC-класифікацію оцінкою варіативності попиту, а FSN-аналіз – регулярності реалізації. Інтегрована матриця дає змогу відрізнити економічно значущі стабільні асортиментні позиції від позицій з низьким економічним внеском, високою варіативністю попиту та епізодичною реалізацією [10, 11]. Жоден із цих методів окремо не дає повної картини: ABC характеризує економічний внесок;

XYZ – його стабільність у часі; FSN – регулярність фактичної реалізації. Їхнє поєднання [12] формує багатовимірну аналітичну рамку, здатну відрізнити низькоприбуткові позиції з регулярним попитом (CF) від потенційно проблемних низькоприбуткових позицій з нерегулярним та епізодичним попитом (CZN).

Принциповим методологічним вибором є показник, на основі якого будується вісь ABC. Товарообіг може переоцінювати дорогі препарати з невисокою рентабельністю, а кількість пакувань – дешеві позиції з високою частотою попиту. Валовий прибуток безпосередньо характеризує внесок конкретної товарної позиції у фінансовий результат аптеки, а тому є релевантним показником для ухвалення рішень щодо пріоритетності її постійної наявності, моніторингу або переведення в режим індивідуального замовлення [1, 13]. Водночас кількість пакувань залишається важливим показником фізичного попиту та сезонності.

Антигістамінні лікарські засоби є показовою групою для перевірки такого підходу. Їхній асортимент охоплює значну кількість міжнародних непатентованих назв (МНН), торговельних назв, дозувань і розмірів пакувань, що створює передумови для дублювання товарних позицій.

Клінічні рекомендації надають перевагу антигістамінним засобам новіших поколінь для тривалого лікування алергічного риніту та кропив'янки через кращий профіль безпеки, однак у реальній аптечній практиці зберігається попит на препарати першого покоління та доступні цінові альтернативи [14]. Отже, економічна класифікація не має бути автоматично підставою для вилучення лікарського засобу з асортименту без оцінки терапевтичної заміненості й соціальної доступності.

Переважаюча частина опублікованих фармацевтичних ABC/VEN/FSN досліджень стосується складів або разового опису споживання [8, 12, 15]. Значно менше досліджень оцінюють динаміку асортименту роздрібної аптеки до і після цілеспрямованої зміни принципів асортиментного управління, використовують валовий прибуток як основу ABC-класифікації та перевіряють відтворюваність сформованої структури асортименту за ключовими аналітичними показниками в декількох торгових точках однієї мережі. Саме ця прогалина визначила дизайн цього дослідження.

Мета дослідження. Оцінити ABC–XYZ–FSN-аналіз за валовим прибутком як інструмент підтримки управлінських рішень щодо

раціоналізації асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів у малій аптечній мережі та охарактеризувати динаміку структури асортименту, визначити його стабільне ядро з високим економічним внеском, оцінити міжаптечну узгодженість ключових структурних показників та сезонність реалізації.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективне прикладне дослідження, що охоплювало чотири аптеки однієї мережі Закарпатської області (табл. 1). В аптеці – основній базі дослідження (№ 4; далі – основна аптека), що працює з III кварталу 2021 р., були доступні повні дані реалізації за 2022–2025 рр. Для цієї аптеки дизайн передбачав порівняння базового періоду 2022 р. з 2023–2025 рр. після запровадження принципів ABC–XYZ–FSN-орієнтованого управління асортиментом; 2025 р. визначено як підсумковий період оцінки. Три додаткові аптеки відкрилися у другій половині 2022 р. (III–IV квартали) і мали повні дані за 2023–2025 рр.; неповний період запуску 2022 р. вилучено. З моменту відкриття вони працювали за тими самими принципами асортиментного управління і використовувалися не як контрольна група, а для оцінки міжаптечної узгодженості структури асортименту антигістамінних лікарських засобів за кількістю SKU, розподілом ABC–XYZ–FSN сегментів, коефіцієнтами Джині та ННІ і медіанним CV.

Дані вивантажено з аптечної інформаційної системи мережі. Кожен запис про операцію з пероральним антигістамінним лікарським засобом містив ідентифікатор аптеки, міжнародну непатентовану назву (МНН), код товару (прийнятий за одиницю обліку, SKU), назву лікарського засобу, дату операції, кількість пакувань, закупівельну вартість, роздрібну вартість і націнку. Повний масив охоплював 17 112 записів про реалізацію за 78 SKU та 13 МНН антигістамінних лікарських засобів

(тверді лікарські форми для перорального застосування). Записи з від'ємним прибутком (повернення або продаж нижче собівартості; $n = 92$) збережено, оскільки вони відображають реальну економічну активність. Попри наявність окремих транзакцій із від'ємним прибутком, усі SKU мали додатну сумарну річну прибутковість у межах відповідних пар «аптека – рік», тому вони були долучені до стандартного ранжування без додаткового коригування.

Для кожної пари «аптека – рік» SKU пероральних твердих антигістамінних лікарських засобів ранжували за сумарним валовим прибутком. Клас А охоплював позиції до досягнення 80 % кумулятивного прибутку, клас В – наступний інтервал до 95 %, клас С – решту позицій. XYZ-клас визначали за коефіцієнтом варіації місячного прибутку ($CV = \text{стандартне відхилення} / \text{середнє} \cdot 100 \%$): $X \leq 50 \%$, $Y > 50\text{--}100 \%$, $Z > 100 \%$. Місяці без реалізації враховували як нульові значення. FSN-компонент визначали за кількістю активних місяців із хоча б однією реалізацією: $F = 9\text{--}12$, $S = 4\text{--}8$, $N = 0\text{--}3$. Тобто у цьому дослідженні клас N означав позиції з епізодичною реалізацією протягом не більше трьох місяців на рік. Така FSN-класифікація є транзакційним наближенням регулярності реалізації і не замінює аналіз оборотності за середнім складським залишком [8, 11, 12].

Управлінськими сегментами вважали: AX/AY – асортиментні позиції з високим економічним внеском і відносно стабільним місячним прибутком; AZ – асортиментні позиції з високим економічним внеском, але високою варіативністю місячного валового прибутку; CF – асортиментні позиції з низьким економічним внеском, але регулярною реалізацією; CZN – асортиментні позиції з низьким економічним внеском, високою варіативністю та епізодичною реалізацією протягом 0–3 місяців на рік.

Валовий прибуток визначали як різницю роздрібною та закупівельною вартості реалізованих

Таблиця 1

ХАРАКТЕРИСТИКА АПТЕК І ПЕРІОДІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Аптека	Рік відкриття	Доступні повні дані	Роль у дослідженні
Основна аптека (№ 4)	III квартал 2021 р.	2022–2025	Базова (2022) та підсумкова (2025) оцінки
Аптека № 2	III квартал 2022 р.	2023–2025	Оцінка міжаптечної узгодженості структури асортименту
Аптека № 5	IV квартал 2022 р.	2023–2025	Оцінка міжаптечної узгодженості структури асортименту
Аптека № 6	IV квартал 2022 р.	2023–2025	Оцінка міжаптечної узгодженості структури асортименту

одиниць, середню націнку – як відношення сумарного прибутку до сумарної закупівельної вартості ($\cdot 100\%$). Концентрацію валового прибутку між SKU оцінювали коефіцієнтом Джині та індексом Герфіндала–Гіршмана (ННІ), а варіативність економічного внеску – медіанним CV за SKU. Грошові показники наведено у поточних цінах відповідного року без інфляційного коригування, тому структурні показники визначено як первинні результати, а абсолютні фінансові величини – як описовий контекст.

Після базової оцінки 2022 р. проведено одноразовий управлінський перегляд асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів, принципи якого надалі застосовували як сталу політику з неформальною щорічною перевіркою; три аптеки, відкриті у 2022 р., використовували їх з початку роботи. Основні принципи передбачали: для асортиментних позицій AX/AU – пріоритет постійної наявності та закупівельного планування; для AZ – індивідуальний моніторинг динаміки реалізації; для CZN – розгляд можливості переведення в режим замовлення під потребу або вилучення з асортименту після терапевтичної оцінки; для CF – селективне збереження з метою підтримання цінової доступності фармакотерапії; для дублювальних торговельних назв у межах однієї МНН – перегляд з урахуванням терапевтичної заміності. Жодне рішення про вилучення лікарського засобу з асортименту не ухвалювали лише за економічним критерієм.

Сезонність реалізації пероральних антигістамінних лікарських засобів оцінювали за сукупною кількістю реалізованих пакувань у чотирьох аптеках мережі за 2023–2025 рр. Для кожного календарного місяця визначали середню за три роки сумарну місячну реалізацію в мережі; місячний індекс сезонності обчислювали як відношення цього показника до середньомісячного обсягу реалізації за всі 36 місяців спостереження ($\cdot 100\%$). Для міжперіодного

порівняння квітень–вересень (теплий сезон) зіставляли з жовтнем–березнем (холодний сезон). Відмінності перевіряли тестом Манна–Уїтні з оцінкою розміру ефекту ранговою бісерійною кореляцією; одиницею аналізу був сумарний місячний обсяг реалізованих пакувань антигістамінних лікарських засобів у мережі для кожного з трьох років ($n = 18$ спостережень для теплого та $n = 18$ для холодного сезонів). Розрахунки виконано у середовищі Jamovi. 2.7 [16].

Результати дослідження та їхнє обговорення. У 2022 р. основна аптека мала 71 SKU антигістамінних лікарських засобів; виручка становила 184 829 грн, закупівельна вартість – 150 459 грн, валовий прибуток – 34 371 грн за середньої націнки 22,84 %. Прибутковість була високо концентрованою (Джині 0,757; ННІ 0,0797; $1/\text{ННІ}$ 12,54), а попит – у край нерегулярним (медіанний CV 159,63 %).

Базова матриця (табл. 2-4) засвідчила, що 52 із 71 SKU належали до класу Z (CV > 100 %), 29 – до класу N, а всі нерухомі позиції були низькоприбутковими. 8 позицій AXF формували 55,49 % валового прибутку, тоді як 29 позицій CZN – лише 3,39 %. Така диспропорція підтверджує, що широкий асортимент антигістамінних лікарських засобів не був рівнозначним ані за економічним внеском, ані за регулярністю попиту. Подібна управлінська проблема описується в сучасних моделях аптечної практики, де одночасно враховують доступність і економічну стійкість [1].

Впродовж 2022–2025 рр. структура асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів в основній аптеці суттєво змінилася. Кількість SKU скоротилася на 50,70 % – із 71 до 35 (табл. 7), кількість позицій класу Z зменшилася з 52 до 18, класу N – з 29 до 6, а сегмента CZN – з 29 до 6; водночас з'явилися 3 позиції CF, що свідчить про збереження окремих низькоприбуткових, але з регулярним попитом антигістамінних лікарських засобів.

Таблиця 2

МАТРИЦЯ ABC–XYZ РОЗПОДІЛУ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2022 РОЦІ (КІЛЬКІСТЬ SKU)

ABC \ XYZ	X	Y	Z	Разом
A	8	4	2	14
B	0	6	12	18
C	0	1	38	39
Разом	8	11	52	71

Таблиця 3

МАТРИЦЯ ABC–FSN РОЗПОДІЛУ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2022 РОЦІ (КІЛЬКІСТЬ SKU)

ABC \ FSN	F	S	N	Разом
A	12	2	0	14
B	7	11	0	18
C	0	10	29	39
Разом	19	23	29	71

Концентрація прибутку знизилася (Джині 0,757 → 0,614), а попит став прогнозованишим (медіанний CV 159,63 → 103,70 %). Саме ці структурні показники, найменш чутливі до цінової динаміки, є головним свідченням компактнішого та прогнозованішого асортименту. Грошові показники змінювалися в очікуваному напрямі (валовий прибуток +42,57 %), проте націнка знизилася з 22,84 % до 20,07 %, тому збільшення прибутку могло бути пов'язане з динамікою цін та обсягів реалізації антигістамінних лікарських засобів і розглядається лише як описовий економічний контекст.

Матриця ABC–XYZ (табл. 5) показала, що у 2025 р. 6 SKU пероральних антигістамінних лікарських засобів належали до сегмента AX із високим економічним внеском і відносно низькою варіативністю місячного валового прибутку, тоді як 11 SKU – до сегмента CZ із низьким економічним внеском; Матриця ABC–FSN (табл. 6) виявила 6 позицій класу N, тобто таких, що реалізовувалися протягом 0–3 місяців на рік; усі вони належали до класу C (рис. 1).

Крива Парето (рис. 2) розподілу валового прибутку у 2025 р. підтвердила нерівномірний економічний внесок окремих SKU пероральних антигістамінних лікарських засобів у фінансовий результат основної аптеки. Невелика група позицій формувала основну частину сукупного валового прибутку, що відповідає логіці ABC-класифікації. Перші 11 SKU забезпечували близько 80 % загального прибутку та були віднесені до класу А, наступні 9 позицій формували додаткову частку до рівня близько 95 % і відповідали класу В, а решта 15 SKU утворювали клас С – найчисленніший, але економічно менш значущий сегмент асортименту. Така форма кривої демонструє, що навіть після скорочення асортименту внесок у прибуток залишався сконцентрованим у відносно невеликій кількості товарних позицій.

Скорочення асортименту було зосереджене з-поміж найбільш дубльованих МНН пероральних антигістамінних лікарських засобів (табл. 8). Із 71 SKU 2022 р. 36 було вилучено. Найбільше зменшилася кількість асортиментних позицій, що представляли лоратадин (12 → 2), левоцетиризин (14 → 6) і дезлоратадин (13 → 7), тоді як представленість хлоропіраміну та клемастину, кожен із яких був представлений одним SKU, залишилася незмінною. Це свідчить, що перегляд був спрямований насамперед на зменшення дублювання торговельних позицій, а не на механічне вилучення терапевтично значущих МНН.

Таблиця 4

РОЗПОДІЛ ВАЛОВОГО ПРИБУТКУ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА КОМБІНОВАНИМИ СЕГМЕНТАМИ ABC–XYZ–FSN В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2022 РОЦІ

Матриця	Позицій	Прибуток, грн	%
AXF	8	19 074	55,49 %
AYF	4	6 849	19,93 %
AYS	0	0	0,00 %
AZS	2	1 550	4,51 %
BXF	0	0	0,00 %
BYF	6	2 315	6,74 %
BYS	0	0	0,00 %
BZF	1	258	0,75 %
BZS	11	2 505	7,29 %
CXF	0	0	0,00 %
CYF	0	0	0,00 %
CYS	1	28	0,08 %
CZF	0	0	0,00 %
CZS	9	628	1,83 %
CZN	29	1 164	3,39 %
Разом	71	34 371	100,00 %

Упродовж 2023–2025 рр. 8 SKU пероральних антигістамінних лікарських засобів стабільно належали до класу А в усі три роки (табл. 9), формуючи стабільне високоприбуткове ядро аптечного асортименту в межах досліджуваного сегмента антигістамінних лікарських засобів.

Таблиця 5

МАТРИЦЯ ABC–XYZ РОЗПОДІЛУ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2025 РОЦІ (КІЛЬКІСТЬ SKU)

ABC \ XYZ	X	Y	Z	Разом
A	6	4	1	11
B	1	2	6	9
C	0	4	11	15
Разом	7	10	18	35

Таблиця 6

МАТРИЦЯ ABC–FSN РОЗПОДІЛУ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2025 РОЦІ (КІЛЬКІСТЬ SKU)

ABC \ FSN	F	S	N	Всього
A	10	1	0	11
B	4	5	0	9
C	3	6	6	15
Разом	17	12	6	35

Таблиця 7

ДИНАМІКА КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ

Показник	2022	2023	2024	2025	Δ 25/22, %
Кількість SKU антигістамінних ЛЗ	71	36	36	35	-50,70 %
Виторг, грн	184 829	264 457	279 158	293 183	58,62 %
Собівартість реалізованих товарів (COGS), грн	150 459	215 704	230 223	244 183	62,29 %
Валовий прибуток, грн	34 371	48 753	48 935	49 001	42,57 %
Націнка, %	22,84 %	22,60 %	21,26 %	20,07 %	-12,15 %
Gini (прибуток)	0,757	0,608	0,637	0,614	-18,94 %
HNI	0,0797	0,0738	0,0759	0,0740	-7,12 %
1/HNI	12,54	13,55	13,17	13,50	7,67 %
Median CV, %	159,63	93,36	96,06	103,70	-35,04 %
A	14	11	10	11	-21,43 %
C	39	15	17	15	-61,54 %
Z	52	15	18	18	-65,38 %
N	29	7	8	6	-79,31 %
CF	0	5	3	3	-
CZN	29	7	8	6	-79,31 %

У 2025 р. три інші аптеки мережі продемонстрували порівнянну з основною аптекою структуру асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів за ключовими аналітичними показниками (табл. 10): 21–24 SKU, розрахункова націнка 20,34–21,38 %, коефіцієнт Джині 0,497–0,571, медіанний CV 95,51–105,75 %, 4–5 позицій CZN і 1–2 позиції CF.

На рівні МНН та окремих ключових SKU також простежувалися спільні риси розподілу за

АВС-класами між аптеками мережі (табл. 11), хоча повної відповідності асортиментної структури не спостерігалось.

Реалізація пероральних антигістамінних лікарських засобів характеризувалася вираженими сезонними коливаннями (табл. 12). На квітень–вересень припало 58,53 % усіх реалізованих пакувань; індекс сезонності сягав максимуму в червні (136,36 %) і мінімуму в листопаді (73,08 %), причому індекси за

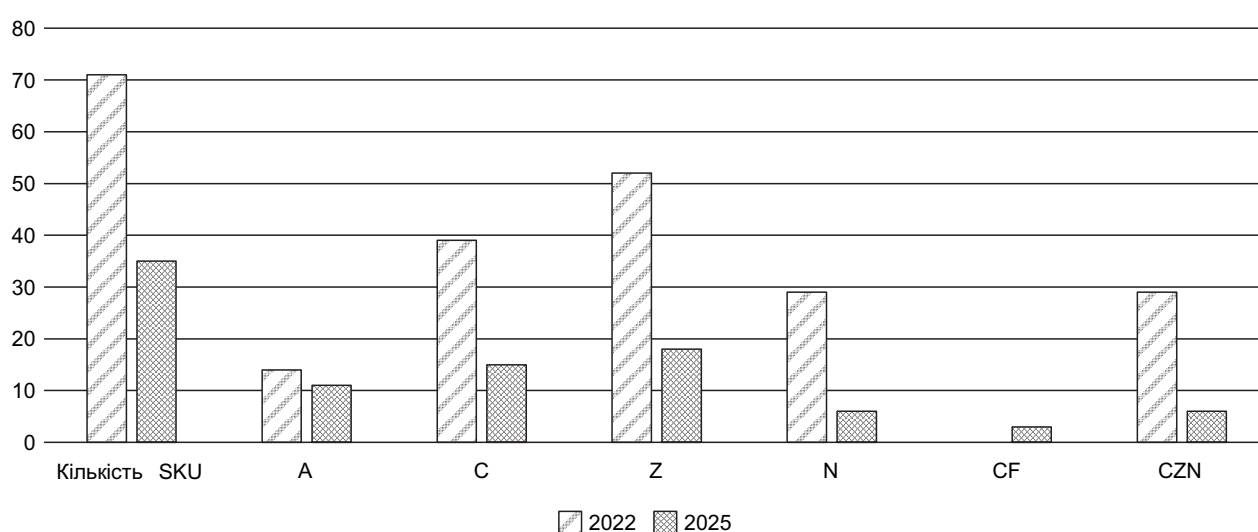


Рис. 1. Зміна ключових сегментів асортименту пероральних антигістамінних лікарських засобів в основній аптеці між 2022 і 2025 рр. Скорочення сегментів Z, N і CZN є основним структурним результатом

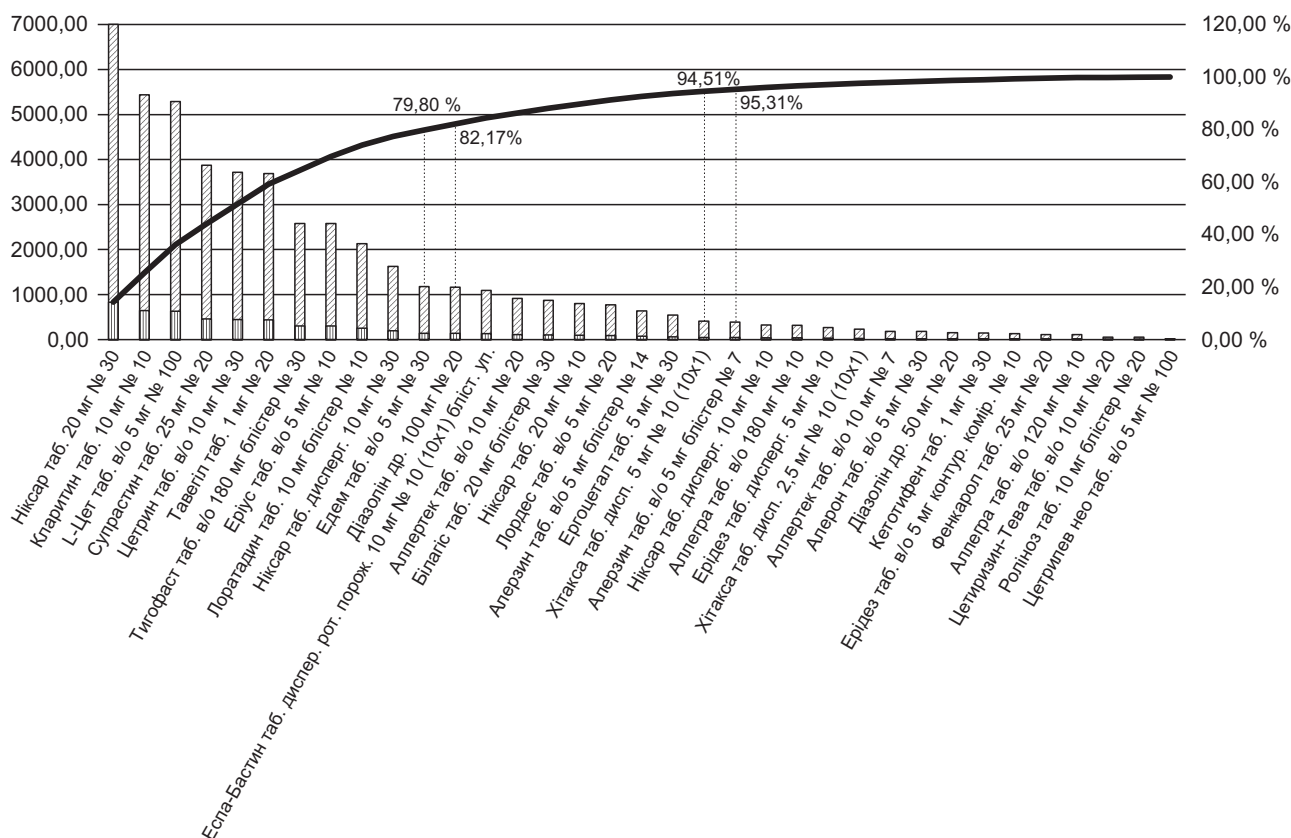


Рис. 2. Крива Парето розподілу валового прибутку за SKU пероральних антигістамінних лікарських засобів в основній аптеці у 2025 р. Стовпці – валовий прибуток окремих SKU (за спаданням); лінія – кумулятивна частка сукупного прибутку. Вихід кривої на ~80 % і ~95 % відповідає межах класів А та В/С

кількістю пакувань і валовим прибутком змінювалися узгоджено (рис. 3). Місячна реалізація у квітні–вересні була статистично значуще вищою, ніж у жовтні–березні: медіана

становила відповідно 373 і 260 пакувань на місяць; тест Манна–Уїтні $U = 28,0$; $p < 0,001$; $n = 18$ проти 18; рангова бісерійна кореляція $r = 0,827$ (рис. 4).

Таблиця 8

СКОРОЧЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ЙОГО СТРУКТУРА ЗА МНН (ОСНОВНА АПТЕКА, 2022–2025 РОКИ)

МНН	Покоління	SKU 2022	SKU 2025	Вилучено
Біластин	II	6	5	1
Дезлоратадин	II	13	7	6
Ебастин	II	1	1	0
Кетотифен	I	5	1	4
Клемастин	I	1	1	0
Левосетиризин	II	14	6	8
Лоратадин	II	12	2	10
Мебгідролін	I	6	2	4
Фексофенадин	II	4	3	1
Хіфенадин	I	1	1	0
Хлоропірамін	I	1	1	0
Цетиризин	II	7	5	2
Разом		71	35	36

Таблиця 9

**ДИНАМІКА НАЛЕЖНОСТІ ОСНОВНИХ SKU АНТИГІСТАМІННИХ ЛЗ ДО АВС-КЛАСІВ
В ОСНОВНІЙ АПТЕЦІ У 2022–2025 РОКИ**

МНН	Покоління	Лікарський засіб	2022	2023	2024	2025
Біластин	II	Ніксар таб. 20 мг № 30, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	A	A	A	A
Біластин	II	Ніксар таб. дисперг. 10 мг № 30, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	B	C	B	A
Біластин	II	Ніксар таб. 20 мг № 10, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	A	A	A	B
Біластин	II	Білагіс таб. 20 мг блістер № 30, Фармак (Україна)	B			B
Біластин	II	Ніксар таб. дисперг. 10 мг № 10, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	C	A	B	C
Дезлоратадин	II	Еріус таб. в/о 5 мг № 10, Байєр Біттерфельд (Німеччина)	A	A	B	A
Дезлоратадин	II	Лордес таб. в/о 5 мг № 20, Нобель Ілач Санаї Ве Тиджарет А.Ш. (Туреччина)			B	B
Дезлоратадин	II	Едем таб. в/о 5 мг № 30, Фармак (Україна)	A	B	A	A
Дезлоратадин	II	Хітакса таб. дисп. 5 мг № 10 (10x1), Дженефарм С.А. (Греція)		B	B	B
Дезлоратадин	II	Ерідез таб. дисперг. 5 мг № 10, Дженефарм (Греція)	C	B	B	C
Дезлоратадин	II	Хітакса таб. дисп. 2,5 мг № 10 (10x1), Дженефарм С.А. (Греція)		C	C	C
Дезлоратадин	II	Ерідез таб. в/о 5 мг контурн. комір. № 10, Дарниця ФФ (Україна)	C	B	C	C
Ебастин	II	Еспа-Бастин таб. диспер. рот. порож. 10 мг № 10 (10x1) бліст. уп., Лабораторіос Медікаментос Інтернасьоналес, С.А. (Іспанія)		C	C	B
Кетотифен	I	Кетотифен таб. 1 мг № 30, Софарма (Болгарія)	C	C	C	C
Клемастин	I	Тавегіл таб. 1 мг № 20, Халеон Алкала (Іспанія)	B	A	A	A
Левоцетиризин	II	І-Цет таб. в/о 5 мг № 100, Кусум Хелтхкер (Індія)	A	A	A	A
Левоцетиризин	II	Ергоцетал таб. 5 мг № 30, Київський вітамінний завод (Україна)	C	C	C	B
Левоцетиризин	II	Алерзин таб. в/о 5 мг блістер № 14, Егіс (Угорщина)	B		C	B
Левоцетиризин	II	Алерзин таб. в/о 5 мг блістер № 7, Егіс (Угорщина)	C	B	B	C
Левоцетиризин	II	Алерон таб. в/о 5 мг № 30, Емкійор Фармасьютикалс (Індія)	A	C	C	C
Левоцетиризин	II	Цетрилев нео таб. в/о 5 мг № 100, Гетеро Лабс (Індія)	C	C	C	C
Лоратадин	II	Кларитин таб. 10 мг № 10, Байєр Біттерфельд (Німеччина)	C	A	A	A
Лоратадин	II	Лоратадин таб. 10 мг блістер № 10, Київмедпрепарат (Україна)	B	A	A	A
Мебгідролін	I	Діазолін др. 100 мг № 20, Фармак (Україна)	C	B	B	B
Мебгідролін	I	Діазолін др. 50 мг № 20, Фармак (Україна)	A	C	C	C
Фексофенадин	II	Тигофаст таб. в/о 180 мг блістер № 30, Артура Фармасьютикалз (Індія)	B	A	A	A
Фексофенадин	II	Аллегра таб. в/о 180 мг № 10, Санофі Вінтроп Індастріа (Франція)	B	B	C	C
Фексофенадин	II	Аллегра таб. в/о 120 мг № 10, Санофі Вінтроп Індастріа (Франція)	C	C	C	C
Хіфенадин	I	Фенкарол таб. 25 мг № 20, Олайнфарм (Латвія)	C	C	C	C
Хлоропірамін	I	Супрастин таб. 25 мг № 20, Егіс (Угорщина)	A	A	A	A
Цетиризин	II	Цетрин таб. в/о 10 мг № 30, Д-р Редді'с (Індія)	A	A	A	A
Цетиризин	II	Аллертек таб. в/о 10 мг № 20, Польфарма (Польща)	C	B	B	B
Цетиризин	II	Аллертек таб. в/о 10 мг № 7, Польфарма (Польща)	C	B	C	C
Цетиризин	II	Цетиризин-Тева таб. в/о 10 мг № 20, Меркле (Німеччина)	C	C	C	C
Цетиризин	II	Роліноз таб. 10 мг блістер № 20, Ей.Бі.Сі. Фармасьютици (Італія)	B	C	C	C

Таблиця 10

**МІЖАПТЕЧНА УЗГОДЖЕНІСТЬ СТРУКТУРИ АСОРТИМЕНТУ ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА КЛЮЧОВИМИ ПОКАЗНИКАМИ (2025 р.)**

Показник	Основна аптека № 4	Аптека № 2	Аптека № 5	Аптека № 6
SKU антигістамінних ЛЗ	35	23	21	24
Виручка, грн	293 183	101 534	69 505	188 786
Собівартість реалізованих товарів (COGS), грн	244 183	83 650	57 758	156 126
Валовий прибуток, грн	49 001	17 885	11 748	32 660
Націнка, %	20,07 %	21,38 %	20,34 %	20,92 %
Gini	0,614	0,497	0,491	0,571
HNI	0,0740	0,0809	0,0858	0,1045
1/HNI	13,50	12,37	11,65	9,57
Median CV, %	103,70	105,75	101,01	95,51
A-позиції	11	9	8	9
C-позиції	15	8	8	10
Z-позиції	18	13	11	11
N-позиції	6	5	6	4
CF	3	2	1	1
CZN	6	5	5	4

Таблиця 11

**МІЖАПТЕЧНА УЗГОДЖЕНІСТЬ РОЗПОДІЛУ SKU ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА МНН ТА АВС-КЛАСАМИ (2025 р.)**

МНН	Покоління	Лікарський засіб	Основна аптека № 4	Аптека № 2	Аптека № 5	Аптека № 6
1	2	3	4	5	6	7
Біластин	II	Ніксар таб. 20 мг № 30, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	A	A	A	A
Біластин	II	Ніксар таб. дисперг. 10 мг № 30, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	A	B		B
Біластин	II	Ніксар таб. 20 мг № 10, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	B	C	C	
Біластин	II	Білагіс таб. 20 мг блістер № 30, Фармак (Україна)	B	C		
Біластин	II	Ніксар таб. дисперг. 10 мг № 10, Менаріні Мануфактуринг (Італія)	C	C	B	
Дезлоратадин	II	Еріус таб. в/о 5 мг № 10, Байєр Біттерфельд (Німеччина)	A	C		A
Дезлоратадин	II	Лордес таб. в/о 5 мг № 20, Нобель Ілач Санаї Ве Тиджарет А.Ш. (Туреччина)	B	A	B	B
Дезлоратадин	II	Едем таб. в/о 5 мг № 30, Фармак (Україна)	A	B		B
Дезлоратадин	II	Хітакса таб. дисп. 5 мг № 10 (10x1), Дженефарм С.А. (Греція)	B	C	C	C
Дезлоратадин	II	Едем таб. в/о 5 мг № 10, Фармак (Україна)		B	C	C
Дезлоратадин	II	Ерідез таб. дисперг. 5 мг № 10, Дженефарм (Греція)	C			C
Дезлоратадин	II	Хітакса таб. дисп. 2,5 мг № 10 (10x1), Дженефарм С.А. (Греція)	C		C	C
Дезлоратадин	II	Ерідез таб. в/о 5 мг контур. комір. № 10, Дарниця ФФ (Україна)	C		C	C
Ебастин	II	Еспа-Бастин таб. диспер. рот. порож. 10 мг № 10 (10x1) бліст. уп., Лабораторіос Медікаментос Інтернасьоналес, С.А. (Іспанія)	B			
Кетотифен	I	Кетотифен таб. 1 мг № 30, Софарма (Болгарія)	C	C	C	C
Клемастин	I	Тавегіл таб. 1 мг № 20, Халеон Алкала (Іспанія)	A	A	B	B
Левоцетиризин	II	L-Цет таб. в/о 5 мг № 100, Кусум Хелтхкер (Індія)	A	A	A	A
Левоцетиризин	II	Ергоцетал таб. 5 мг № 30, Київський вітамінний завод (Україна)	B	B	B	A
Левоцетиризин	II	Алерзин таб. в/о 5 мг блістер № 14, Егіс (Угорщина)	B			C
Левоцетиризин	II	Алерзин таб. в/о 5 мг блістер № 7, Егіс (Угорщина)	C			
Левоцетиризин	II	Алерон таб. в/о 5 мг № 30, Емкйор Фармасьютикалс (Індія)	C			

Продовження табл. 11

1	2	3	4	5	6	7
Левоецетиризин	II	Цетрилев нео таб. в/о 5 мг № 100, Гетеро Лабс (Індія)	С			
Лоратадин	II	Кларитин таб. 10 мг № 10, Байєр Біттерфельд (Німеччина)	А	А	А	В
Лоратадин	II	Лоратадин таб. 10 мг блістер № 10, Київмедпрепарат (Україна)	А	А	А	А
Мебгідролін	I	Діазолін др. 100 мг № 20, Фармак (Україна)	В	А		А
Мебгідролін	I	Діазолін др. 50 мг № 20, Фармак (Україна)	С	С	С	С
Мебгідролін	I	Діазолін таб. 100 мг № 10, Дарниця ФФ (Україна)			А	
Фексофенадин	II	Тигофаст таб. в/о 180 мг блістер № 30, Артура Фармасьютикалз (Індія)	А	В	В	
Фексофенадин	II	Аллегра таб. в/о 180 мг № 10, Санофі Вінтроп Індастрія (Франція)	С			
Фексофенадин	II	Аллегра таб. в/о 120 мг № 10, Санофі Вінтроп Індастрія (Франція)	С			
Хіфенадин	I	Фенкарол таб. 25 мг № 20, Олайнфарм (Латвія)	С			С
Хіфенадин	I	Фенкарол таб. 10 мг № 20, Олайнфарм АТ (Латвія)			С	С
Хлоропірамін	I	Супрастин таб. 25 мг № 20, Егіс (Угорщина)	А	А	А	А
Цетиризин	II	Цетрин таб. в/о 10 мг № 30, Д-р Редді'с (Індія)	А		А	
Цетиризин	II	Цетрин таб. в/о 10 мг № 20, Д-р Редді'с (Індія)		А		А
Цетиризин	II	Аллертек таб. в/о 10 мг № 20, Польфарма (Польща)	В	В	А	А
Цетиризин	II	Аллертек таб. в/о 10 мг № 7, Польфарма (Польща)	С			
Цетиризин	II	Цетиризин-Тева таб. в/о 10 мг № 20, Меркле (Німеччина)	С			
Цетиризин	II	Роліноз таб. 10 мг блістер № 20, Ей.Бі.Сі. Фармасьютици (Італія)	С			
Ципрогептадин	I	Перитол таб. 4 мг №20 (10х2), ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС (Угорщина)		С		

Головним результатом дослідження є те, що ABC–XYZ–FSN аналіз на основі валового прибутку дозволив виявити у 2022 р. в основній аптеці значну кількість асортиментних позицій пероральних антигістамінних лікарських засобів із низьким економічним внеском, високою варіативністю та епізодичною реалізацією. Після впровадження принципів ABC–XYZ–FSN-аналізу у 2023–2025 рр. кількість SKU, Z-,

N- і CZN-позицій антигістамінних лікарських засобів суттєво зменшилася, а структура асортименту стала компактнішою та менш фрагментованою. Принциповою особливістю дослідження є використання валового прибутку як базового показника для ABC-класифікації. На відміну від товарообігу, який може переоцінювати значущість дорогих лікарських засобів із невисоким абсолютним економічним

Таблиця 12

МІСЯЧНИЙ ІНДЕКС СЕЗОННОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (МЕРЕЖА, 2023–2025 РОКИ)

Місяць	Сер. паковань	Індекс сезонності (пак.), %	Індекс сезонності (прибуток), %	Сезон
Січень	290,1	89,55	82,66	Холодний
Лютий	269,9	83,31	86,64	Холодний
Березень	312,3	96,41	89,82	Холодний
Квітень	358,3	110,61	112,48	Теплий
Травень	417,8	128,97	132,13	Теплий
Червень	441,7	136,36	138,97	Теплий
Липень	385,7	119,07	119,76	Теплий
Серпень	378,7	116,92	112,54	Теплий
Вересень	292,8	90,38	90,10	Теплий
Жовтень	242,2	74,77	79,76	Холодний
Листопад	236,7	73,08	72,81	Холодний
Грудень	261,0	80,57	82,32	Холодний
Частка квітень–вересень		58,53	58,83	
Частка жовтень–березень		41,47	41,17	

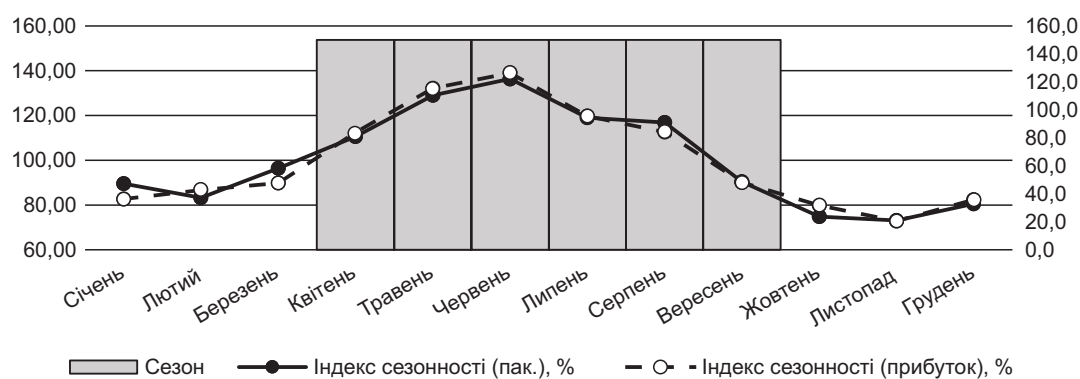


Рис. 3. Місячний індекс сезонності реалізації антигістамінних лікарських засобів (мережа, 2023–2025 рр.) за кількістю пакувань (суцільна лінія) та валовим прибутком (пунктир).
Період теплого сезону (квітень–вересень) IV–IX затінено

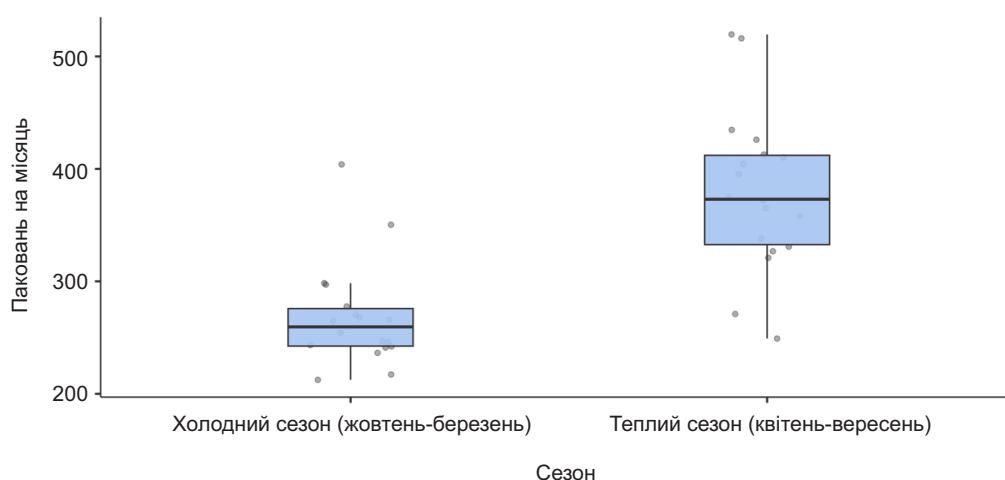


Рис. 4. Порівняння місячної реалізації пероральних антигістамінних лікарських засобів у квітні–вересні (теплий сезон) та жовтні–березні (холодний сезон), 2023–2025 рр.

внеском, або кількості пакувань, яка може надмірно підвищувати роль дешевих позицій із високою частотою реалізації, валовий прибуток безпосередньо відображає економічний внесок SKU у фінансовий результат аптеки. Саме тому ABC-класифікація за прибутком краще відповідає управлінському питанню цього дослідження: які позиції доцільно підтримувати в постійній наявності, які потребують моніторингу, а які можуть бути переведені в режим індивідуального замовлення або вилучені. Водночас кількість реалізованих пакувань антигістамінних лікарських засобів зберігає важливе допоміжне значення як індикатор фізичного попиту та сезонності. Найбільш інформативним результатом є не стільки зростання абсолютно валового прибутку, скільки структурне поліпшення асортименту цієї групи лікарських засобів. Абсолютні грошові показники за 2022–2025 рр. могли залежати від цінової динаміки, інфляції та зміни обсягів реалізації, тоді як кількість SKU, розміри сегментів Z, N і CZN, коефіцієнт Джині, ННІ та медіанний CV

є більш стійкими характеристиками структури асортименту. Одночасне скорочення позицій із високою варіативністю, епізодичною реалізацією та низьким економічним внеском свідчить про зменшення фрагментації асортименту та потенційного ризику накопичення запасів пероральних антигістамінних лікарських засобів із низькою управлінською цінністю.

Важливим доповненням до ABC–XYZ аналізу виявився FSN-компонент. Без оцінки регулярності руху всі позиції класу С могли б розглядатися як однаково низькопріоритетні. Однак FSN-аналіз дозволив відрізнити потенційно проблемні низькоприбуткові нерухомі позиції від позицій з низьким економічним внеском, але епізодичним або регулярним попитом. Збереження CF-позицій у 2025 р. демонструє, що запропонована модель не є механічним інструментом скорочення асортименту. Навпаки, вона дозволяє зберегти окремі позиції з низьким економічним внеском, але регулярною реалізацією, які можуть бути важливими для підтримання цінової доступності фармакотерапії.

Виявлене стабільне високоприбуткове ядро аптечного асортименту доцільно розглядати як основу постійної наявності. Саме ці позиції мають бути пріоритетними для закупівельного планування, контролю залишків і профілактики дефектури. Водночас позиції класу В можуть виконувати функцію резервного асортиментного шару. Їхнє збереження є обґрунтованим у разі тимчасової відсутності А-позицій, локальної прихильності споживачів до певних брендів, відмінностей у розмірах пакувань або необхідності забезпечення індивідуального замовлення через електронні ресурси.

Отже, управлінська логіка дослідження полягала не у максимальному скороченні асортименту, а у формуванні компактного ядра постійної наявності зі збереженням обмеженої кількості альтернативних позицій для підтримання терапевтичної та цінової гнучкості.

Мережева узгодженість структури асортименту за ключовими аналітичними показниками у 2025 р. додатково підтверджує практичну застосовність запропонованого підходу. У трьох інших аптеках мережі кількість ключових А-позицій, розмір CZN-сегмента, наявність CF-позицій, коефіцієнт Джині та медіанний CV були порівнянними з відповідними показниками основної аптеки. Водночас ці дані не слід трактувати як доказ прямого причинного ефекту, оскільки додаткові аптеки не мали базового періоду до застосування відповідної асортиментної політики. Отримані результати радше демонструють, що сформовані принципи можуть бути відтворені в різних торгових точках однієї мережі за умови спільного підходу до закупівель і асортиментного контролю. Сезонний аналіз показав підвищення реалізації антигістамінних лікарських засобів у квітні–вересні порівняно з жовтнем–березнем, що узгоджується із сезонністю алергічних захворювань і має практичне значення для закупівельного планування. Для цієї фармакотерапевтичної групи доцільним є формування достатнього залишку перед початком сезону з метою зниження ризику дефектури за ключовими позиціями. Водночас сезонність у цьому дослідженні слід розглядати як характеристику категорії та контекст планування, а не як доказ ефекту зміни принципів асортиментного управління.

Клініко-фармацевтичний аспект є принциповим для інтерпретації отриманих результатів. Економічна класифікація не може бути єдиною підставою для вилучення позиції з асортименту лікарських засобів, оскільки антигістамінні

препарати відрізняються за поколінням, седативним потенціалом, формою випуску, розміром пакування, брендовою прихильністю споживачів і ціновою доступністю. Концентрація дублювання з-поміж окремих МНН антигістамінних ЛЗ у твердих лікарських формах другого покоління вказує на напрями можливого асортиментного скорочення, однак збереження окремих лікарських засобів першого покоління та позицій із низьким економічним внеском, але регулярною реалізацією демонструє необхідність поєднання економічного аналізу з терапевтичною оцінкою. Тому рішення щодо вилучення або збереження SKU мають прийматися з урахуванням терапевтичної значимості, попиту, доступності цінових альтернатив і ролі конкретної позиції в структурі асортименту.

Дослідження має низку обмежень. Дані отримано з однієї аптечної мережі, тому результати не можуть бути автоматично екстрапольовані на всі аптеки. Основна аптека спостерігалася протягом чотирьох років, тоді як три інші аптеки – протягом трьох років, що створює нерівність періодів спостереження. Крім того, три додаткові аптеки відкрилися вже з упровадженням асортиментної логіки та не можуть розглядатися як контрольна група. Масив даних не містив інформації про залишки, дефектуру, терміни придатності, витрати на зберігання та замовлення, тому роботу слід розглядати як аналіз підтримки управлінських рішень на основі транзакційних даних, а не як повну модель оптимізації запасів. Грошові показники аналізували у поточних цінах без коригування на інфляцію, тому абсолютні фінансові зміни мають описове значення. Оцінка сезонності ґрунтувалася лише на трьох роках даних, у зв'язку з чим сезонний профіль слід трактувати як орієнтовний; його основним підтвердженням у межах цього масиву є відмінність між квітнем–вереснем і жовтнем–березнем.

Висновки

1. На прикладі основної аптеки малої аптечної мережі показано, що після впровадження принципів ABC–XYZ–FSN-орієнтованого управління асортиментом кількість SKU пероральних антигістамінних лікарських засобів зменшилася з 71 у 2022 р. до 35 у 2025 р.; кількість позицій класу Z – з 52 до 18, класу N – з 29 до 6, сегмента CZN – з 29 до 6, а медіанний CV – зі 159,63 % до 103,70 %. З огляду на відсутність контрольної групи ці зміни слід трактувати як асоціацію з упровадженням підходу, а не як доказ причинного ефекту.

2. 8 SKU антигістамінних лікарських засобів стабільно належали до класу А у 2023–2025 рр., формуючи ядро аптечного асортименту антигістамінних ЛЗ з високим економічним внеском. У трьох інших аптеках мережі у 2025 р. спостерігалася порівнянна структура асортименту за кількістю SKU, розподілом ABC–XYZ–FSN сегментів, коефіцієнтом Джині та медіанним CV, що характеризує міжаптечну узгодженість ключових структурних показників.

3. Реалізація пероральних антигістамінних лікарських засобів мала сезонний характер: на квітень–вересень припало 58,53 % реалізованих пакувань, а медіана місячної реалізації була статистично значуще вищою, ніж у жовтні–березні (373 проти 260 пакувань; $U = 28,0$; $p < 0,001$; рангова бісерійна кореляція = 0,827).

4. Отримані результати демонструють приклад практичного застосування ABC–XYZ–FSN

аналізу за валовим прибутком як інструменту підтримки асортиментних рішень у малій аптечній мережі. Його результати не мають бути єдиною підставою для вилучення лікарських засобів з асортименту та повинні інтерпретуватися разом із клініко-фармацевтичною оцінкою, терапевтичною замінністю і вимогами до фізичної та економічної доступності.

Перспективи подальших розробок. Доцільним є підтвердження запропонованого підходу на даних інших аптечних мереж і фармакотерапевтичних категорій, а також його доповнення показниками складських залишків, оборотності, дефектури, списань через закінчення терміну придатності, витрат на зберігання та замовлення. Для оцінки економічної динаміки доцільно використовувати інфляційно скориговані показники, а для сезонності – довші часові ряди.

References

1. Jelić, A. G., Vučenović, V., Vučenović, S., Lakić, D., Marković-Peković, V., Kurdi, A., Godman, B., & Škrbić, R. (2026). Balancing public health needs and economic sustainability: A dual-matrix model for community pharmacy inventory management. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 22, 100727. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2026.100727>
2. Rachmat, H., & Irsan, S. (2020). The importance of inventory management in pharmaceutical practice. *Open access indonesia journal of social sciences*, 3(1), 1–9. <https://doi.org/10.37275/oaijs.v3i1.22>
3. Mathews, A., Ming, L. C., Che Rose, F. Z., & Syed, A. Abbas. (2020) Cross-sectional study on the impact of discount pricing and price competition on community pharmacy practice. *Cureus*, 12(8), e9903. <https://doi.org/10.7759/cureus.9903>
4. Francois, C., de Lemos, L. L. P., de Moura, L. A. A., Almeida, P. H. R. F., Viana, K. P., & Godman, B. (2023). New pricing models for generic medicines to ensure long-term sustainable competition in Europe. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1200641. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1200641>
5. Tkachova, O. V., Mishchenko, V. I., Zhadko, S. V., & Herasymova, O. O. (2025). Porivnialna kharakterystyka hipolipidemichnykh likarskykh zasobiv dlia ratsionalnoho upravlinnia aptechnym asortymentom. *Sotsialna farmatsiia v okhoroni zdorovia*, 11(3), 78–86. <https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.366>
6. Soliveres, V. L., Herrera, A., & Cedillo, A. K. (2024). Inventory management practices of small-scale pharmacies in the selected towns in Cavite: a marketing perspective. *Logistic and Operation Management Research (LOMR)*, 3(1), 42–56. <https://doi.org/10.31098/lomr.v3i1.2194>
7. Şimşek, A. B., Göktekin, Z., & Geliç, B. (2023). Exploring managerial insights through multi criteria decision making techniques in pharmacy inventory classification problem. *Decision Science Letters*, 12(4), 795–806. <https://doi.org/10.5267/j.dsl.2023.6.002>
8. Deressa, M. B., Beressa, T. B., & Jemal, A. (2022). Analysis of pharmaceuticals inventory management using ABC–VEN matrix analysis in selected health facilities of West Shewa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 11, 47–59. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S354810>
9. Demiray Kırmızı, S., Ceylan, Z., & Bulkan, S. (2024). Enhancing inventory management through safety-stock strategies—A case study. *Systems*, 12(7), 260. <https://doi.org/10.3390/systems12070260>
10. Dudziński, Ł., Weiner, M., Kubiak, T., Grochowska, J., Gałazkowski, R., & Czyżewski, L. (2025). Use of over-the-counter antiallergic products—Analysis of sales data in Poland from 2020 to 2023. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1649349. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1649349>
11. Jobira, T., Abuye, H., Jemal, A., & Gudeta, T. (2021). Evaluation of pharmaceuticals inventory management in selected health facilities of West Arsi Zone, Oromia, Ethiopia. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S298660>
12. Gizaw, T., & Jemal, A. (2021). How is information from ABC–VED–FSN matrix analysis used to improve operational efficiency of pharmaceuticals inventory management? A cross-sectional case analysis. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 10, 65–73. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S310716>
13. Leon, G., Kanavos, P., & Wouters, O. J. (2024). An assessment of the implications of distribution remuneration and taxation policies on the final prices of prescription medicines: Evidence from 35 countries. *The European Journal of Health Economics*, 26, 513–536. <https://doi.org/10.1007/s10198-024-01706-x>

14. Zuberbier, T., Abdul Latiff, A. H., Abuzakouk, M., Aquilina, S., Asero, R., Baker, D., Ballmer-Weber, B., Bangert, C., Ben-Shoshan, M., Bernstein, J. A., Bindslev-Jensen, C., Brockow, K., Brzoza, Z., Chong Neto, H. J., Church, M. K., Criado, P. R., Danilycheva, I. V., Dressler, C., Ensina, L. F. . . . Maure, M. (2022). The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 77(3), 734–766. <https://doi.org/10.1111/all.15090>
15. Kostiuk, I. A., & Kosiachenko, K. L. (2019). Integrated ABC/VEN-analysis of medicinal prescribing in pharmacotherapy of bronchial asthma in children. *Current Issues in Pharmacy and Medicine: Science and Practice*, 12(2). <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2019.2.171074>
16. *The jamovi project*. (2025). Computer software. <https://www.jamovi.org/>

Внесок авторів:

О. В. Криванич: адміністрування проекту, ресурси, знаходження фінансової підтримки, написання – рецензування та редагування.

О. С. Головатюк: дослідження, написання – початковий проект.

О. В. Бевз: концептуалізація, курація даних, ресурси.

Є. О. Голуб: ведення, методологія, перевірка, візуалізація.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту. Під час підготовки рукопису використовувався інструмент генеративного штучного інтелекту ChatGPT (OpenAI), модель GPT-5.6 Sol, для мовно-стилістичного редагування, структурування тексту та уніфікації оформлення. Автори перевірили всі числові результати, наукові твердження та бібліографічні посилання і несуть повну відповідальність за зміст рукопису.

Відомості про авторів:

О. В. Криванич, кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри фармацевтичних дисциплін, ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (<https://orcid.org/0000-0001-7311-1543>).

E-mail: oleksandr.kryvanych@uzhnu.edu.ua

О. С. Головатюк, здобувачка вищої освіти 5 курсу ОП «Фармація», ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (<https://orcid.org/0009-0000-7281-8029>). E-mail: mf.shpontak.oksana@student.uzhnu.edu.ua

О. В. Бевз, кандидат фармацевтичних наук, доцент, докторант кафедри фармацевтичної хімії, Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я України (<https://orcid.org/0000-0002-7695-3612>).

E-mail: bevez.helen@gmail.com

Є. О. Голуб, старший викладач кафедри фармацевтичних дисциплін, ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (<https://orcid.org/0000-0002-7772-2875>). E-mail: evheniy.holub@uzhnu.edu.ua

Information about the authors:

O. V. Kryvanych, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Disciplines, Uzhhorod National University (<https://orcid.org/0000-0001-7311-1543>).

E-mail: oleksandr.kryvanych@uzhnu.edu.ua

O. S. Holovatiuk, 5th year higher education student of the educational program “Pharmacy”, Uzhhorod National University (<https://orcid.org/0009-0000-7281-8029>). E-mail: mf.shpontak.oksana@student.uzhnu.edu.ua

O. V. Bevez, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, doctoral student of the Pharmaceutical Chemistry Department, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine (<https://orcid.org/0000-0002-7695-3612>). E-mail: bevez.helen@gmail.com

E. O. Golub, senior lecturer of the Department of Pharmaceutical Disciplines, Uzhhorod National University (<https://orcid.org/0000-0002-7772-2875>). E-mail: evheniy.holub@uzhnu.edu.ua

Надійшла до редакції 29.07.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 02.09.2026 р.

Взято до друку 14.09.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.



Соціальна фармація в охороні здоров'я

Соціальний маркетинг та фармакоекономічні дослідження

УДК 615.01:330.133

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.388>

О. П. КОГУТ, Ю. О. ТОМАШЕВСЬКА, Н. А. ВЕРБА

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна

E-mail: olesyabal1984@gmail.com

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОТРЕБИ В ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ОБСЛУГОВУЄ НАСЕЛЕННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

У сучасних умовах реформування охорони здоров'я України ефективне використання ресурсів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) і раціональне фармацевтичне забезпечення потребують системного аналізу потреби в лікарських засобах (ЛЗ) як ключового чинника безперервності лікувального процесу, клінічної ефективності та економічної доцільності бюджетних витрат.

Мета роботи – клініко-економічний аналіз потреби в ЛЗ у ЗОЗ, які обслуговують населення за Програмами медичних гарантій (ПМГ).

Матеріали та методи. Перелік ЛЗ, подані відділеннями Університетської клініки (УК) Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Національний перелік основних лікарських засобів (2025 р.), Державний формуляр лікарських засобів, Вип. 17 (2025 р.). Методи дослідження: ретроспективний, системно-аналітичний, математико-статистичний, клініко-економічний аналізи (частотний та АВС).

Результати та їхнє обговорення. У результаті проведеного аналізу переліків ЛЗ для закупівлі УК потреба за досліджуваний період за міжнародними непатентованими назвами (МНН) в місці надання послуг (МНП) № 1 склала 114 найменувань, в МНП № 2 – 52 позиції. Загальна сума потреби у ЛЗ склала 956 484 грн, а саме: за МНП № 1 – 319 292,25 грн, за МНП № 2 – 637 191,32 грн. Найбільші витрати передбачалися на ЛЗ Натрію хлорид 0,9 % 200 мл – 166460,00 грн (17,4 %), Метипред 16 мг таб. – 54894,00 грн (5,74 %), Парацетамол 10 мг/мл 100 мл – 53912,00 грн (5,64 %). Загальна кількість ЛЗ, зазначених фахівцями ЗОЗ для закупівлі УК, за двома МНП склала 44619. За частотою поданих даних ЛЗ у переліках для закупівлі препаратами-лідерами стали: Натрію хлорид 0,9 % 200 мл – 7000 разів, Метипред 4 мг таб., Магнію сульфат 250 мг/мл 5 мл амп, Дексаметазон 4 мг/мл 1 мл амп. – по 3000 разів відповідно кожний, Метипред 16 мг – 2100 разів. За результатами порівняльної характеристики частотного та АВС-аналізу досліджуваних ЛЗ, найбільш частотною та найбільш витратною позицією став Натрію хлорид 0,9 % 200 мл. Низьку частоту за високої вартості продемонстрували Метотрексат 10 мг/мл 1 мл шприци та Лінезолід 2 мг/мл 300 мл фл.

Висновки. Установлено особливості структури потреби в ЛЗ та розподілу фінансових витрат. Наявність Натрію хлориду 0,9 % 200 мл у лідерах за частотою та вартістю є виправданим, адже УК здійснює забезпечення стаціонарних хворих, а інфузійна терапія є невід'ємною складовою лікувального процесу.

Ключові слова: АВС-аналіз; заклад охорони здоров'я; лікарські засоби; потреба; Програма медичних гарантій; частотний аналіз.

O. P. KOHUT, YU. O. TOMASHEVSKA, N. A. VERBA

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

E-mail: olesyabal1984@gmail.com

THE CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF THE NEED FOR MEDICINES IN A HEALTHCARE INSTITUTION SERVING THE POPULATION UNDER THE MEDICAL GUARANTEES PROGRAM

In the current conditions of the healthcare reform in Ukraine, the effective use of resources of healthcare institutions (HCIs) and the rational pharmaceutical provision require a systematic analysis of the need for medicines as a key factor in ensuring the continuity of the treatment process, clinical efficiency and economic feasibility of budget expenditures.

Aim. To conduct a clinical and economic analysis of the need for medicines in HCIs serving the population under the Medical Guarantees Programs.

Materials and methods. The list of medicines submitted by the departments of the University Clinic (UC) of the Vinnytsia National Medical University named after M. I. Pyrohov, the National List of Essential Medicines (2025), the State Formulary of Medicines, the seventeenth edition (2025), were used. The research methods applied were retrospective, system-analytical, mathematical-statistical, clinical and economic analysis (frequency and ABC).

Results and discussion. As a result of the analysis of the lists of medicines for procurement by the UC for the period studied, the need by international non-proprietary names (INN) in the place of service provision (PSP) No. 1 amounted to 114 items, and there were 52 items in PSP No. 2. The total amount of the need for medicines was 956,484 UAH, namely: for PSP No. 1 – 319,292.25 UAH, for PSP No. 2 – 637,191.32 UAH. The largest expenditures were planned for 0.9 % Sodium chloride, 200 ml, – 166,460.00 UAH (17.4 %), Medipred, 16 mg, tab. – 54,894.00 UAH (5.74 %), Paracetamol 10 mg/ml, 100 ml, – 53,912.00 UAH (5.64 %). The total number of medicines indicated by HCI specialists for procurement by the UC for both PSPs was 44,619. By the frequency of submitted data, the leading medicines in the procurement lists were 0.9 % Sodium chloride, 200 ml, – 7,000 times, Medipred, 4 mg, tab., Magnesium sulfate, 250 mg/ml, 5 ml amp., Dexamethasone, 4 mg/ml, 1 ml amp., – 3,000 times each respectively, and Medipred, 16 mg, – 2,100 times. Based on the results of the comparative characteristics of the frequency and ABC analysis of the medicines studied, 0.9 % Sodium chloride, 200 ml, became the most frequent and most expensive item. Methotrexate, 10 mg/ml, 1 ml syringes, and Linzolid, 2 mg/ml, 300 ml vials, demonstrated low frequency at high cost.

Conclusions. The features of the structure of the need for medicines and the distribution of financial expenditures have been found. The presence of 0.9 % Sodium chloride, 200 ml, among the leaders by frequency and cost is expedient since the UC provides for inpatient patients, and infusion therapy is an integral part of the treatment process.

Keywords: ABC analysis; healthcare institution; medicines; need; Medical Guarantees Program; frequency analysis.

Вступ. Ключовим документом розвитку медичної сфери України є «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» [1]. Метою цього документа є створення такої системи охорони здоров'я, за ефективного функціонування якої кожна людина зможе подбати про своє здоров'я, підтримувати, зберігати його та отримувати необхідну медичну допомогу, а всі, хто залучені до її надання, матимуть прозорі й ефективні інструменти для реалізації власного потенціалу і впливу на формування політик щодо охорони здоров'я на всіх рівнях. Для реалізації цієї стратегії впроваджені стратегічні та оперативні цілі. Першою і основною стратегічною метою стратегії є забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я. На сьогоднішній день ця мета успішно досягається за допомогою впровадження з 2018 року Програми медичних гарантій (ПМГ) [2].

1 квітня 2020 року стартувала перша в Україні ПМГ у повному обсязі, яка охопила перелік медичних послуг на всіх рівнях допомоги, які держава гарантує пацієнту [3]. Запровадження цієї ПМГ стала великим кроком України до формування універсального медичного покриття, коли кожен громадянин зможе реалізувати своє право на якісну, безпечну та доступну медичну допомогу від держави.

Головна мета ПМГ – забезпечити кожній людині можливість своєчасно отримати необхідну медичну допомогу в повному обсязі та без фінансових витрат. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконує ключову роль у реалізації ПМГ, а саме: укладає договори з надавачами медичних послуг (ЗОЗ) [4], контролює виконання ними умов договорів та забезпечує ефективне використання бюджетних коштів. У ЗОЗ для проведення оцінки ефективності та економічної доцільності використання лікарських засобів (ЛЗ) рекомендовано

проводити фармакоекономічний аналіз, який полягає у порівнянні витрат на різні методи лікування та їхню клінічну користь, забезпечуючи оптимальне використання бюджетних коштів та підвищуючи якість медичної допомоги в ЗОЗ.

Одними з перших, хто здійснив аналіз реформ охорони здоров'я в Україні були В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський (2018) [5]. В. В. Брич у своїй науковій праці узагальнила та систематизувала можливості надання послуг з медичної реабілітації в умовах реформування та нової системи фінансування системи охорони здоров'я України [6]. Ю. О. Головчук, С. С. Поліщук, Г. О. Палагюк проаналізували практичне застосування ПМГ у стратегічному плануванні та управлінні ЗОЗ в умовах трансформаційних змін системи охорони здоров'я [7]. Д. В. Воронін здійснив комплексну економічну оцінку ефективності функціонування системи державних медичних гарантій в Україні в умовах реформування галузі охорони здоров'я; проаналізував динаміку доходів, видатків і фінансових результатів діяльності медичних закладів у 2020–2025 рр., зокрема за джерелами надходжень, напрямками використання коштів та ефективністю витрачання ресурсів [8]. Аналіз динаміки доходів ЗОЗ у 2020–2025 рр. свідчить про суттєве зростання фінансового потенціалу галузі, зумовлене реалізацією реформи державних гарантій [9]. Аналіз економічної ефективності здійснили О. П. Шматенко, О. В. Плешкова, Д. С. Харченко, Н. М. Орлова [10]. Реформуванням української системи охорони здоров'я в умовах кризи займалися і зарубіжні науковці [11-19].

Незважаючи на поетапне впровадження ПМГ та наявність нормативно-правового регулювання діяльності ЗОЗ, низка аспектів її практичної реалізації залишається недостатньо вирішеною. Зокрема потребують подальшого опрацювання питання планування ресурсів та формування економічно обґрунтованої потреби в ЛЗ і медичних виробках.

Мета дослідження – здійснити клініко-економічний аналіз потреби в ЛЗ у ЗОЗ, які обслуговують населення за ПМГ.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження стали: перелік ЛЗ, поданий як потреба відділеннями Університетської клініки Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Національний перелік основних лікарських засобів (ОЛЗ) у чинній редакції (2025 р.).

Під час проведення дослідження використано такі методи: ретроспективний, системно-аналітичний, статистичний, АВС-, частотний аналіз. Статистичне оброблення даних проводилось за допомогою табличного редактора пакета Microsoft 365.

Результати дослідження та їхнє обговорення. На сьогоднішній день УК здійснює фармацевтичне забезпечення хворих за ПМГ шляхом укладання договору з НСЗУ. Ключовими елементами державного фінансування медичної допомоги через НСЗУ є пакети ПМГ – це чітко визначений перелік медичних послуг, які гарантовано фінансуються державою через НСЗУ. УК здійснює забезпечення хворих за такими пакетами ПМГ:

Пакет 1: «Первинна медична допомога (сімейна медицина)».

Пакет 3: «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах».

Пакет 4: «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій».

Пакет 9: «Надання амбулаторної медичної допомоги в поліклініках та амбулаторіях».

Пакет 34: «Стоматологічна допомога дорослим та дітям».

Пакет 47: «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня».

Пакет 53: «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах».

Пакет 54 «Медична реабілітація дорослих та дітей в амбулаторних умовах».

Чіткою умовою безкоштовного отримання ліків пацієнтами в ЗОЗ є призначення визначеного переліку ліків, яке регламентується Постановою КМУ № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення» [20]. Згідно з цією постановою ЗОЗ державної та комунальної форми власності, що частково або повністю фінансуються з державного та місцевих бюджетів (зокрема мають укладені договори про медичне обслуговування населення за ПМГ) здійснюють закупівлі ЛЗ, що в установленому законом порядку зареєстровані в Україні та внесені до Національного переліку ОЛЗ, затвердженого цією постановою.

Хоча з 1 січня 2018 року за умови задоволення в повному обсязі потреби в ЛЗ, зареєстрованих в Україні в установленому законом порядку та внесених до Національного переліку ОЛЗ, кожен ЗОЗ може і має право закуповувати необхідні препарати, що не увійшли до нього [21]. За результатами попередньо

проведеної оцінки переліку ЛЗ, які представлені УК, встановлено, що всі ЛЗ входили до Національного переліку ОЛЗ.

На основі узагальнених даних переліку ЛЗ, який сформовано фахівцями ЗОЗ, основних діагнозів та кількості пролікованих випадків у досліджуваному закладі за 2 квартал 2025 року, було визначено прогнозовану потребу в ОЛЗ, що застосовуються в межах необхідних ПМГ. Далі відповідний перелік ЛЗ та МВ передавалась Уповноваженій особі з проведення публічних закупівель.

Обґрунтованість замовлень ЛЗ для відшкодування НСЗУ визначають через поєднання клінічних, нормативних та економічних критеріїв. На підставі узагальнення нормативних документів і досвіду діяльності УК авторами сформовано перелік критеріїв, який використовують у ЗОЗ під час планування закупівель ЛЗ і перевірок НСЗУ (табл. 1).

УК здійснює надання спеціалізованої медичної допомоги за двома місцями надання послуг (МНП): МНП № 1 та МНП № 2.

За проведенням аналізом наданих переліків для закупівлі ЛЗ, перелік за МНН у МНП № 1 склав 114 найменувань, у МНП № 2 – 52 позиції. Загальна сума потреби у ЛЗ, яка розрахована на нижній їхній ціновій межі, склала 956 484 грн, а саме: за МНП № 1 – 319 292,25 грн, за МНП № 2 – 637 191,32 грн. Слід зазначити, що потреба розраховувалась за ціновими показниками відповідно до даних Національного каталогу цін.

АВС-аналіз публічних закупівель ЛЗ є ключовим інструментом для оптимізації бюджетних витрат, оскільки дозволяє класифікувати

препарати за рівнем фінансових витрат. Усі ЛЗ було проранжовано на 3 групи за часткою від загального обсягу витрат, де група А склала 80 % усіх коштів, група В – 15 %, група С – 5 % [23].

АВС-аналіз здійснювався за торговими назвами ЛЗ, які мали найнижчі цінові показники. Загальна кількість ЛЗ за торговими назвами склала 166. За результатами АВС-аналізу до групи А увійшло 34 найменування (20,5 % від загальної суми витрат), до групи В – 50 найменувань ЛЗ (30 % від загальної суми витрат), до групи С – 82 найменування (49,5 % від загальної суми витрат).

Найбільші витрати передбачалися на такі ЛЗ: Натрію хлорид 0,9 % 200 мл – 166460,00 грн (17,4 %), Метипред 16 мг таб. – 54894,00 грн (5,74 %), Парацетамол 10 мг/мл 100 мл – 53912,00 грн (5,64 %), Цефуроксим порошок для р-ну д/ін. 750 мг № 1 – 44800,00 грн (4,68 %), Бупірол 400 мг/100 мл 100 мл – 39200,00 грн (4,1 %).

Загальна кількість ЛЗ, зазначених у потребі фахівців ЗОЗ, за 2 МНП склала 40595. Проведений частотний аналіз дозволив визначити ЛЗ, які мають найбільшу інтенсивність згадування у переліках заяв від відділень ЗОЗ.

За АТХ-класифікацією всі ЛЗ було поділено на 28 груп за кодами АТХ. Найбільша частота призначень припала на групу препаратів за кодом АТХ В 05 – кровозамінники та перфузійні розчини – 14190 разів (34,96 %). Ця група була представлена 5 ЛЗ за МНН, з яких Sodium chloride був визначений як потреба 10200 разів, що становить 25,13 % від усієї поданої кількості ЛЗ. На другому місці за частотою

Таблиця 1

КРИТЕРІЇ, ЯКІ РЕКОМЕНДОВАНО ЗАСТОСОВУВАТИ ЗОЗ ПІД ЧАС ПЛАНУВАННЯ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛЗ

Критерій	Обґрунтування
1. Відповідність ПМГ	ЛЗ мають застосовуватися в межах пакетів ПМГ. Якщо послуга не оплачується НСЗУ, ЛЗ для неї не можуть бути відшкодовані
2. Відповідність клінічним протоколам лікування, що затверджені наказами МОЗ України	Обґрунтованість підтверджується, якщо ЛЗ передбачені уніфікованими клінічними протоколами, стандартами МОЗ або внесені до локальних протоколів ЗОЗ, розроблених на основі доказової медицини. Пріоритетом залишаються ЛЗ, внесені до Національного переліку ОЛЗ, на другому місці – ЛЗ, внесені до локального формуляра ЗОЗ [22], і на третьому – ЛЗ поза Національним переліком ОЛЗ, але затверджені Фармакотерапевтичною комісією з обґрунтуванням, таким як клінічна необхідність, відсутність альтернатив
3. Відповідність даним eHealth	НСЗУ зіставляє призначення ЛЗ, діагнози, обсяг наданих послуг, звіти ЗОЗ
4. Фармакоекономічна доцільність	Обґрунтованими вважаються ЛЗ з доведеною ефективністю, генерики з МНН, оптимальне співвідношення «ціна – ефективність»
5. Обґрунтованість призначення	Рекомендується робота Фармакотерапевтичної комісії, на якій затверджуються локальний формуляр ЛЗ; щомісячно проводиться аналіз споживання ЛЗ, створюються внутрішні накази з обліку ЛЗ у ЗОЗ

призначення була група Н 02 – Кортикостероїди для системного застосування. Ця група була подана 7420 разів (18,28 %) і була представлена 2 МНН: Methylprednisolone та Hydrocortisone. На третьому місці за частотою подання як потреби стали J01D C02 – Антибактеріальні засоби для системного застосування, що становили 3542 рази (8,73 %) та були

представлені 18 МНН. З невеликим відривом група препаратів за кодом АТХ М01 – Нестероїдні протизапальні та протиревматичні препарати – 3520 разів (8,67 %) посіла четверте місце. Всі інші групи ЛЗ були наведені у менших кількостях та у меншому відсотковому співвідношенні. Детальні результати частотного аналізу наведено в табл. 2.

Таблиця 2

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ПОТРЕБИ ЛЗ В УК

Група препаратів за АТХ-класифікацією	Міжнародна непатентована назва	Код АТХ	Кількість, призначені од.	Частота використання ЛЗ, %
1	2	3	4	5
Кровозамінники та перфузійні розчини	Sodium chloride	B05X A03	10200	25,13 %
	Magnesium sulfate	B05XA05	3300	8,13 %
	Sodium bicarbonate	B05X A02	20	0,05 %
	Mannitole	B05B C01	200	0,49 %
	Glucose	B05B A03	470	1,16 %
	Всього		14190	34,96 %
Кортикостероїди для системного застосування	Methylprednisolone	H02AB04	7400	18,23 %
	Hydrocortisone	H02A B09	20	0,05 %
			7420	18,28 %
Антибактеріальні засоби для системного застосування	Cefuroxime	J01D C02	1840	4,54 %
	Linezolid	J01X X08	621	1,53 %
	Levofloxacin	J01M A12	60	0,15 %
	Meropenem	J01D H02	60	0,15 %
	Ceftazidime	J01D D02	80	0,20 %
	Amoxicillin and beta-lactamase inhibitor	J01CR05	54	0,13 %
	Ceftriaxone	J01D D04	55	0,14 %
	Vancomycin	J01X A01	24	0,06 %
	Moxifloxacin	J01M A14	17	0,04 %
	Amikacin	J01G B06	25	0,06 %
	Cefepime	J01D E01	40	0,10 %
	Metronidazole	J01X D01	40	0,10 %
	Cefazolin	J01DB04	320	0,79 %
	Azithromycin	J01F A10	90	0,22 %
	Clarithromycin	J01F A09	96	0,24 %
	Gentamicin	J01G B03	50	0,12 %
	Sulfmethoxazol and trimethoprim	J01E E01	70	0,17 %
			3542	8,73 %
Нестероїдні протизапальні та протиревматичні препарати	Ibuprofen	M01A E01	1550	3,82 %
	Diclofenac	M01A B05	1300	3,20 %
	Paracetamol	N02B E01	300	0,74 %
	Enoxaparin	B01AB05	370	0,91 %
			3520	8,67 %
Антитромботичні засоби	Acetylsalicylic acid	B01A C06	780	1,92 %
	Paracetamol	N02B E01	800	1,97 %
			1580	3,89 %
Антианемічні препарати	Ferrous sulfate with folic acid.	B03AD03	1400	3,45 %
Протиепілептичні засоби	Carbamazepin	N03A F01	1100	2,71 %
	Valproic acid	N03A G01	200	0,49 %
	Lamotrigine	N03A X09	30	0,07 %
	Phenobarbital	N03A A02	50	0,12 %
			1380	3,40 %

Продовження табл. 2

1	2	3	4	5
Психоаналептики	Fluoxetine	N06A B03	160	0,39 %
	Amitriptyline	N06AA09	100	0,25 %
	Paroxetine	N06A B05	860	2,12 %
			1120	2,76 %
Бета-адреноблокатори	Carvedilol	C07A G02	270	0,67 %
	Amiodarone	C01B D01	90	0,22 %
	Glycerol trinitrate.	C01DA02	320	0,79 %
	Epinephrine	C01CA24	10	0,02 %
	Bisoprolol	C07AB07	150	0,37 %
	Propranolol	C07AA05	100	0,25 %
	Metoprolol	C07A B02	30	0,07 %
			970	2,39 %
Засоби для лікування цукрового діабету	Metformin	A10B A02	910	2,24 %
Засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему	Lisinopril and Hydrochlorothiazid	C09B A03	600	1,48 %
	Captopril	C09A A01	100	0,25 %
	Losartan	C09C A01	100	0,25 %
	Enalapril	C09A A02	100	0,25 %
			900	2,22 %
Інші анальгетики та антипіретики	Rivaroxaban	B01A F01	820	2,02 %
Засоби для травлення	Pancreatin	A09A A02	600	1,48 %
Діуретики	Hydrochlorothiazide	C03A A03	60	0,15 %
	Spironolactone	C03D A01	220	0,54 %
	Furosemide	C03C A01	260	0,64 %
			540	1,33 %
Препарати за кислото-залежних захворювань	Omeprazol	A02B C01	340	0,84 %
Протипаркінсонічні препарати	Levodopa and decarboxylase inhibitor	N04B A02	260	0,64 %
Блокатори кальцієвих каналів	Amlodipine	C08C A01	150	0,36 %
	Nifedipine	C08CA05	2	0,01 %
			152	0,37 %
Препарати для лікування функціональних шлунково-кишкових розладів	Metoclopramide	A03F A01	140	0,34 %
Інші засоби для лікування захворювань нервової системи	Pyridostigmine bromide	N07A A02	50	0,12 %
	Neostigmine	N07AA01	60	0,15 %
			110	0,27 %
Анальгетики (знеболювальні)	Metamizole sodium	N02B B02	100	0,25 %
Гіполіпідемічні засоби	Simvastatine	C10A A01	100	0,25 %
Антигістамінні засоби для системного застосування	Loratadine	R06A X13	100	0,25 %
Протиподагричні засоби	Allopurinol	M04A A01	100	0,25 %
Протигрибкові засоби системної дії	Fluconazole	J02AC01	60	0,15 %
Протидіарейні засоби	Loperamide	A07DA03	50	0,12 %
Препарати для лікування обструктивних захворювань дихальних шляхів	Budesonide	R03B A02	30	0,08 %
	Salbutamol sulfat	R03A C02	6	0,02 %
			36	0,09 %
Засоби для лікування захворювань судин	Heparin	C05BA03	5	0,01 %
Разом			40595	100,00 %

За частотою за торговими назвами ЛЗ, поданих для потреби на 2 квартал 2025 р. УК, препаратами-лідерами стали: Натрію хлорид 0,9 % 200 мл – 7000 разів (15,68 %), Метипред 4 мг таб. – 3000 разів (6,72 %), Магнію сульфат 250 мг/мл 5 мл ампл. – 3000 разів (6,72 %), Дексаметазон 4 мг/мл 1 мл ампл. – 3000 разів (6,72 %), Метипред 16 мг – 2100 разів (4,7 %).

За проведення порівняння результатів частотного та АВС-аналізу досліджуваних ЛЗ можна зробити висновок: з групи А найбільш частотною та найбільш витратною позицією став Натрію хлорид 0,9 % 200 мл. Високу частоту, але помірний фінансовий вплив мали ЛЗ Метипред

4 мг таб., Магнію сульфат 250 мг/мл 5 мл ампл., Дексаметазон 4 мг/мл 1 мл ампл., Метипред 16 мг таб. Значущі позиції одночасно за частотою і витратами – Парацетамол 100 мг фл. та Цефуроксим порошок для р-ну д/ін. 750 мг № 1. Невелика кількість пакувань у закупівлі ЛЗ, але високі витрати передбачались на ЛЗ Еноксапарин 40 мг шприци. Низьку частоту за високої вартості продемонстрували Метотрексат 10 мг/мл 1 мл шприци та Лінезолід 2 мг/мл 300 мл фл. Частка витрат Групи В та С становила < 1 %, хоча й представлені широким переліком ЛЗ за торговими назвами. Результати частотного та АВС-аналізу потреби ЛЗ в УК наведено у табл. 3.

Таблиця 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО ТА АВС-АНАЛІЗУ ПОТРЕБИ В ЛЗ ДЛЯ УК

Назва ЛЗ, дозування	АТХ-група	Кількість, од.	Частота використання ЛЗ, %	АВС-аналіз (частка витрат)	Група АВС-аналізу
Натрію хлорид 0,9 % 200 мл	B05X A03	7000	16,28 %	17,40 %	А (80 %)
Метипред 16 мг таб.	H02AB04	2100	4,88 %	5,74 %	
Парацетамол 10 мг/мл 100 мл	N02B E01	800	1,86 %	5,64 %	
Цефуроксим порошок для р-ну д/ін. 750 мг № 1	J01D C02	700	1,63 %	4,68 %	
Бупірол 400 мг/100 мл 100 мл	M01A E01	350	0,81 %	4,10 %	
Еноксапарин 10000 анти-Ха МО/мл по 40 мг/0,4 мл	B01AB05	300	0,70 %	3,43 %	
Метортрит Ромфарм 10 мг/мл 1 мл	L04A X03	120	0,28 %	3,41 %	
Натрію хлорид 0,9 % 100 мл	B05X A03	1400	3,26 %	2,87 %	
Метипред 4 мг таб.	H02AB04	3000	6,98 %	2,45 %	
Ксарелто 15 мг таб.	B01A F01	420	0,98 %	2,35 %	
Інші		7370	21,8 %	27,92 %	
Диклофенак-Дарниця 25 мг/мл 3 мл ампл.	M01A B05	1000	2,33 %	0,65 %	В (15 %)
Натрію хлорид 0,9 % 200 мл	B05X A03	300	0,70 %	0,62 %	
Телсартан Н 40 мг/12,5 мг таб.	C09D A07	560	1,30 %	0,58 %	
Дексаметазон-KRKA 4 мг/мл 1 мл	H02AB04	200	0,47 %	0,57 %	
Цефепім 1 г	J01D E01	40	0,09 %	0,53 %	
Фітоменадіон 10 мг/мл по 1 мл	B02BA01	30	0,07 %	0,53 %	
Натрію хлорид 0,9 % 1000 мл	B05X A03	40	0,09 %	0,51 %	
Бупівакаїн 0,5 % 4 мл	N01B B01	80	0,19 %	0,51 %	
Омепразол 40 мг кап.	A02B C01	450	1,05 %	0,47 %	
Теофілін 20 мг/мл	R03DA04	120	0,28 %	0,46 %	
Інші		6940	18,47 %	9,57	
Гідрокортизон 2,5 % 2 мл	H02A B09	20	0,05 %	0,14 %	С (5 %)
Левовфлоксацин 500 мг таб.	J01M A12	60	0,14 %	0,14 %	
Будесонід 50 мкг аерозоль для інг.	R03B A02	3	0,01 %	0,14 %	
Магнію сульфат 250 мг/мл 10 мл	B05XA05	200	0,47 %	0,14 %	
Озелтамівір 75 мг	J05A H02	30	0,07 %	0,13 %	
Магнію сульфат 250 мг/мл 5 мл	B05XA05	300	0,70 %	0,13 %	
Йод розчин спиртовий 5 % 20 мл	D08A G03	50	0,12 %	0,13 %	
Дофамін 40 мг/мл 5 мл ампл.	C01C A04	20	0,05 %	0,13 %	
Фуросемід 10 мг/мл 2 мл	C03C A01	260	0,60 %	0,12 %	
Атерокард 75 мг таб.	B01A C04	600	1,40 %	0,12 %	
Інші		5732	11,89 %	3,7 %	
Разом		40595	100 %	100 %	100

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За результатами проведеного аналізу встановлено, що загальна кількість ЛЗ, зазначених у переліках для закупівлі ЛЗ для ЗОЗ склала 44619.

2. За результатами АВС-аналізу потреби в ЛЗ за ПМГ в УК до групи А увійшло 34 найменування (20,5 % від загальної суми витрат), до групи В – 50 найменувань ЛЗ (30 % від загальної суми витрат), до групи С – 82 найменування (49,5 % від загальної суми витрат).

3. Визначено, що за частотою за торговими назвами ЛЗ, поданих до закупівлі на 2 квартал 2025 р. УК, препаратами-лідерами стали: Натрію хлорид 0,9 % 200 мл – 7000 разів (15,68 %), Метипред 4 мг таб. – 3000 разів (6,72 %), Магнію сульфат 250 мг/мл 5 мл ампл. – 3000 разів (6,72 %), Дексаметазон 4 мг/мл 1 мл ампл. – 3000 разів (6,72 %), Метипред 16 мг – 2100 разів (4,7 %).

4. За результатами частотного аналізу найбільше закупівель передбачалось на такі групи препаратів за АТХ-класифікацією: крово-замінники та перфузійні розчини (34,96 %), кортикостероїди для системного застосування (18,28 %) та антибактеріальні засоби для системного застосування (8,73 %).

5. Визначено, що препаратом-лідером із крово-замінників та перфузійних розчинів був Sodium chloride – 10200 призначень, що становить 25,13 % від усієї групи; із кортикостероїдів для системного застосування – Methylprednisolone (18,23 %); з антибактеріальних засобів – Cefuroxime (4,54 %).

6. Подальшим етапом нашого дослідження стане вивчення динаміки споживання ЛЗ у різні часові періоди, аналіз відповідності призначень чинним клінічним протоколам та оцінка впливу результатів аналізу на якість медичної допомоги.

References

1. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy “Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025–2027 rokakh” No. 34-r (2025, Sichen 17). <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80>
2. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy “Pro zatverdzhennia Poriadku realizatsii derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia za prohramoiu medychnykh harantii dlia pervynnoi medychnoi dopomohy na 2018 rik” No. 407 (2018, Kviten 25). <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-poryadku-realiz>
3. *Persha v Ukraini Prohrama medychnykh harantii startovala u povnomu obsiazi – NSZU*. (2020, Kviten 01). Uriadovyi portal. <https://www.kmu.gov.ua/news/persha-v-ukrayini-programa-medichnih-garantij-startovala-u-povnomu-obsyazi-nszu>
4. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy “Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy” No. 1101 (2017, Hruden 27). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
5. Lekhan, V. M., Kriachkova, L. V., & Zaiarskyi, M. I. (2018). Analiz reform okhorony zdorovia v Ukraini: vid zdobuttia nezalezhnosti do suchasnosti. *Ukraina. Zdorovia natsii*, 4(52), 5–11. <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4987>
6. Brych, V. V. (2020). Mozhlyvosti realizatsii medychnoi reabilitatsii v umovakh reformuvannia ta novoi systemy finansuvannia zakladiv okhorony zdorovia Ukrainy. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*, 3(137), 2. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.137.180103>
7. Holovchuk, Yu. O., Polishchuk, S. S., & Palahiuk, H. O. (2025). Implementatsiia prohramy medychnykh harantii u stratehichne planuvannia zakladiv okhorony zdorovia. *Investysii: praktyka ta dosvid*, (14), 30–38. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.14.30>
8. Voronin, D. V. (2025). Ekonomichna otsinka efektyvnosti derzhavnykh harantii u sferi okhorony zdorovia. *Zdobutky ekonomiky: perspektyvy ta innovatsii*, (23), 1–22. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17418994>
9. Pryimak, L. V. (2025). Reforma okhorony zdorovia v Ukraini v suchasnykh umovakh. *Filosofia ta upravlinnia*, 3(7), 1–11. <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.3.03>
10. Shmatenko, O. P., Plieshkova, O. V., Kharchenko, D. S., & Orlova, N. M. (2018). ABC-, VEN- ta chastotnyi analiz likarskykh zasobiv dlia likuvannia travm ta poranen holovnoho mozku. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO imeni P. L. Shupyka*, (32), 316–329. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2018_32_29
11. Hryban, H., Holovkina, V., Salnykova, S., Nadimianova, T., & Osmanova, A. (2025). Zadovolennist naselennia yakistiu zhyttia v Ukraini pid chas viiny. *Ukraina. Zdorovia natsii*, (4), 27–36. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.4/03>
12. Cali, J., Makinen, M., & Derriennic, Y. (2018) Emerging Lessons from the Development of National Health Financing Strategies in Eight Developing Countries. *Health Systems Reform*, (4), 136–145. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1438058>
13. Latifah, E., Kristina, S. A., Suryawati, S., & Kusnadi, S. A. (2018). Overview of drug availability and influencing factors in several low, lower and upper- middle countries: a systematic review. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 10(1), 67–72. <https://doi.org/10.5530/srp.2019.1.11>

14. Griban, G. P., Lyakhova, N. A., Asauliuk, I. O., Brezdeniuk, O. Yu., Zeleniuk, O. V., Golub, V. P., & Prudyvus, N. A. (2025). Self-assessment of the quality of life by Ukrainians during martial law and ways to improve it. *Wiadomości Lekarskie*, 78(9), 1798–1804. <https://doi.org/10.36740/WLek/212517>
15. Chorna, O., Semenets-Orlova, I. S., Shyshliuk, V., Pugachov, M., & Pugachov, V. (2023). Anti-Crisis regulation of enterprises through digital management. *International Journal of Professional Business Review*, 8(5), 90. <https://doi.org/10.26668/businessreview/2023.v8i5.1940>
16. Korolchuk, O., Semenets-Orlova, I., Pavlova, O., Tymoshenko, O., & Gaievska, L. (2025). Conceptual aspects of public administration of the quality of life in the context of war. *Health Leadership and Quality of Life*, 4, 587. <https://doi.org/10.56294/hl2025587>
17. Korolchuk, O., Semenets-Orlova, I., Mamka, V., Chernetchenko, O., & Vasiuk, N. (2024). State Regulation of Ensuring the Quality Medical Care During Martial Law in Ukraine: Lessons for the International Community. *Issues L. Med.*, 39(1), 1. https://issuesinlawandmedicine.com/articles/state-regulation-of-ensuring-the-quality-medical-care-during-martial-law-in-ukraine-lessons-for-the-international-community/?utm_source=chatgpt.com
18. Kotsur, V., Kuprii, T., Semenets-Orlova, I., Skliar, N., Drakokhrust, T., & Berezovska-Chmil, O. (2023). Security issues on the european continent in conditions of russia's aggression against Ukraine. *Revista De Gestão Social E Ambiental*, 17(6), e03578. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v17n6-026>
19. Danylenko-Nehara, Y., Semenets-Orlova, I., Kapitanets, S., Kyrychenko, M., & Bykov, O. (2024). The ethical aspect of public administration under special regime and sustainable development. *Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias*, 3, 755. <https://doi.org/10.56294/setconf2024.755>
20. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy "Deiaki pytannia derzhavnoho rehuliuвання tsin na likarski zasoby i vyroby medychnoho pryznachennia" No. 333 (2009, Berezen 25). <https://zakon.rada.gov.ua/go/333-2009-%D0%BF> <https://zakon.rada.gov.ua/go/333-2009-%D0%BF>
21. Ofitsiine roziasnennia: Yak i koly zakupuvaty liky, shcho ne uviishly do Natspereliku. (2018, Kviten 2020). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. <https://moz.gov.ua/uk/oficijne-roz%E2%80%9999jasnennja-jak-i-koli-zakupuvati-liki-scho-ne-uviishli-do-nacpereliku>
22. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy "Polozhennia pro lokalnyi formuliar likarskykh zasobiv zakladu okhorony zdorovia" No. 529 (2009, Lypen 22). <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1006-09>
23. Brodska, E. V., Makarenko, O. V., & Dronov, S. M. (2025). Kliniko-ekonomichniy analiz pryznachennia likarskykh zasobiv pisliaoperatsiinoi pidtrymky totalnogo endoprotezuвання kulshovoho suhloba. *Medychni perspektyvy*, 30(2), 164–170. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.2.333657>

Внесок авторів:

О. П. Когут: збір даних, концепція дослідження; методологія дослідження, написання статті.

Ю. О. Томашевська: аналіз та інтерпретація даних; статистичне оброблення даних.

Н. А. Верба: аналіз літератури; перегляд та редагування статті.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Використання технологій штучного інтелекту. Автори підтверджують, що під час створення цієї роботи вони не використовували технології штучного інтелекту.

Відомості про авторів:

О. П. Когут, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармації, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (<https://orcid.org/0000-0003-0990-7146>). E-mail: olesyabal1983@gmail.com

Ю. О. Томашевська, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармації, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (<https://orcid.org/0000-0001-9708-1887>). E-mail: t001075@vnmue.edu.ua

Н. А. Верба, аспірантка кафедри акушерства та гінекології № 2, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. E-mail: verba.nadia@gmail.com

Information about the authors:

O. P. Kohut, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Pharmacy Department, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya (<https://orcid.org/0000-0003-0990-7146>). E-mail: olesyabal1984@gmail.com

Yu. O. Tomashevskaya, Candidate of Pharmacy (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Pharmacy Department, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya (<https://orcid.org/0000-0001-9708-1887>). E-mail: t001075@vnmue.edu.ua

N. A. Verba, postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. E-mail: verba.nadia@gmail.com

Надійшла до редакції 24.04.2026 р.

Надійшла після доопрацювання 13.08.2026 р.

Взято до друку 20.08.2026 р.

Опубліковано 13.10.2026 р.

ВИМОГИ ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДО НАУКОВОГО ЖУРНАЛУ «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

Журнал «Соціальна фармація в охороні здоров'я» публікує оригінальні та оглядові статті, присвячені соціальним, економічним, організаційним та правовим напрямом дослідження, а також проблемам управління, контролю якості, технології та біотехнології у світовій охороні здоров'я і фармації.

Оригінальні (фундаментальні) дослідження мають містити детальний опис результатів нового, раніше не опублікованого наукового дослідження, що надає дані, показує нові підходи або шляхи вирішення завдань, які раніше не розглядалися; дослідження виконано із застосуванням сучасних методів та методик, має статистичне опрацювання кількісних даних.

Огляд (описові статті) з дослідницьких тем розкриває сутність проблеми, містить систематизацію наявних знань, визначає невирішені аспекти проблеми та відображає перспективні шляхи вирішення певної проблеми; рекомендована кількість літературних джерел – понад 30 (не менше 60 % за останні 5 років).

До розгляду приймаються статті, які не були опубліковані раніше і не перебувають на розгляді з метою публікації в інших видавництвах.

Мова статей: українська, англійська.

Відповідальність за достовірність та оригінальність матеріалів несуть автори. Редакція залишає за собою право редакційного виправлення статті.

ВИМОГИ ДО РУКОПISY СТАТТІ

Текст статті друкується кеглем № 14 через 1,5 інтервали на аркуші формату А4 (ширина полів: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху та знизу – по 2 см).

Автори мають дотримуватись загального плану побудови статті й виділяти обов'язкові структурні елементи:

УДК

Ініціали та прізвища автора (-ів)

Назва установи, де виконано роботу, країна (якщо автори з різних організацій, то їх нумерують за допомогою надрядкового знака)

Електронна адреса для листування

НАЗВА СТАТТІ

АНОТАЦІЯ (подається українською та англійською мовами; без посилань на джерела

літератури; без скорочень; загальний обсяг анотації – 250-300 слів).

Передмова (1-2 речення актуальності дослідження)

Мета

Матеріали та методи

Результати та їхнє обговорення

Висновки

Ключові слова (3-8 ключових слів, специфічних для статті, але досить поширених у предметній дисципліні; без скорочень, аббревіатур; в алфавітному порядку через ;).

ТЕКСТ СТАТТІ

Вступ (до 10 % обсягу статті). Постановка проблеми, визначення актуальності дослідження, досліджених та не вирішених раніше питань проблеми з посиланням на праці дослідників певної проблеми.

Мета дослідження. Визначення мети дослідження відповідно до назви статті, отриманих результатів та висновків.

Матеріали та методи дослідження. Матеріали та методи мають бути описані з достатньою кількістю деталей, щоб дозволити іншим повторити та розвинути опубліковані результати. Слід описати об'єкти дослідження, умови експерименту, вказати використані бази даних, протоколи тощо, пов'язані з публікацією.

Стандартні методи та методики зазначаються із посиланням на відповідні джерела. Під час статистичного опрацювання даних зазначається посилання на ліцензійний пакет використаного програмного забезпечення.

Результати дослідження та їхнє обговорення (до 80 % обсягу статті). Розкриття проблеми, яка обговорюється. Опис експериментальних результатів, їхньої інтерпретації. Авторі мають обговорити результати і те, як їх можна інтерпретувати з погляду попередніх досліджень і робочих гіпотез.

Результати ілюструються рисунками (графіки, діаграми, фотографії) і таблицями, які описуються в тексті. Слід уникати прямого дублювання інформації, наведеної на рисунках і в таблицях.

Висновки та перспективи подальших розробок. Висновки мають бути обґрунтовані наведеними результатами дослідження і наводяться у пронумерованому форматі.

Рекомендовано виділити майбутні напрями досліджень або їхнє практичне застосування.

Список використаних джерел інформації. Перелік використаних джерел інформації повинен містити публікації за останні 5 років. Більш ранні публікації допускаються лише в особливих випадках. Слід уникати цитування підручників, довідників, науково-популярних інтернет-сайтів тощо.

Не менше 60 % використаної літератури мають представляти дослідження зарубіжних авторів. Відсоткове співвідношення самоцитування – не більше 20 %.

Використані джерела інформації зазначаються у списку в міру посилання на них у тексті статті. У тексті статті посилання на літературні джерела вказуються у квадратних дужках, наприклад [1], [2, 3].

Джерела інформації позначаються індексом DOI.

Усі джерела мають бути надані мовою оригіналу.

Оформлюється список використаних джерел інформації згідно з вимогами міжнародного **стилю APA** (American Psychological Association). Підготувати правильний список літератури за вимогами APA можна з допомогою інтернет-ресурсу <https://www.grafati.com/uk>.

Внесок авторів. Зазначається внесок кожного автора. Наприклад: концепція дослідження; аналіз літератури; методологія дослідження; збір даних; аналіз та інтерпретація даних; статистична обробка даних; залучення фінансування; написання статті – оригінальний проєкт (чернетка), перегляд та редагування статті.

Для визначення внеску авторів рекомендовано користуватись системою **CrediT** (Contributor Roles Taxonomy). Не всі ролі стосуватимуться кожного рукопису; автори можуть брати участь у кількох ролях.

Фінансування (за наявності). Автори мають розкрити будь-які джерела фінансування, які надали фінансову підтримку для проведення дослідження та/або підготовки статті. Роль спонсорів має бути задекларована стосовно використаних матеріалів та методів, дизайну дослідження, збору, аналізу та інтерпретації даних, написання звіту та ухвалення рішення про подання статті до публікації.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що у них немає відомих конкурентних фінансових інтересів або особистих стосунків, які могли б вплинути на дослідження та його результати, про які йдеться в статті.

Декларація генеративного ШІ в науковому письмі (за наявності). Інструменти штучного інтелекту (ШІ) не відповідають критеріям авторства і тому не можуть бути вказані як автори в рукописах або цитовані як автори. Якщо під час підготовки рукопису були використані інструменти ШІ, це має бути належним чином задекларовано з достатніми подробицями в розділі «Матеріали та методи» рукопису.

Подяки (за необхідності).

Відомості про авторів (подаються українською та англійською мовами).

Ініціали та прізвища автора, науковий ступінь, вчене звання, посада, місце роботи (код ORCID). Електронна адреса.

ОФОРМЛЕННЯ ГРАФІЧНОГО МАТЕРІАЛУ

Графічний матеріал розташовується в тексті суворо в межах друкованого поля сторінок. Уся текстова інформація на рисунках має бути чіткою та розбірливою і не містити зайвих деталей.

Усі рисунки і таблиці мають бути послідовно пронумеровані арабськими цифрами; кожен рисунок супроводжується підписом (не поєднаний з рисунком), а таблиці – заголовками (вирівнювання по центру).

Бажано подавати кольоровий ілюстративний матеріал у графічному форматі *.jpg, *.tiff, *.psx тощо у вигляді додаткових окремих файлів з назвами fig1, fig2.

Усі діаграми додатково подавати у форматі *.xlsx (має бути доданий вихідний файл MS Excel).

Таблиці мають бути надруковані в текстовому редакторі MS Word по тексту статті й оформлені таким чином:

Таблиця 1

НАЗВА ТАБЛИЦІ
з форматуванням таблиці
«по центру» сторінки

Рисунки мають бути вставлені в текст статті (обов'язково має бути доданий вихідний файл) та оформлені таким чином:

Рис. 1. Підпис до рисунка (по центру)

Формули (математичні та хімічні) необхідно подавати по тексту статті, вони мають бути виконані у програмах, вбудованих у MS Word чи сумісних із ним редакторах.

MANUSCRIPT REQUIREMENTS FOR THE JOURNAL SOCIAL PHARMACY IN HEALTHCARE

The journal “Social Pharmacy in Healthcare” publishes original and review articles on social, economic, organizational and legal areas of research, as well as issues of management, quality control, technology and biotechnology in global healthcare and pharmacy.

Original (fundamental) research should contain a detailed description of the results of a new, previously unpublished scientific study that provides data, new approaches or ways of solving problems that have not been previously considered; the study is carried out using modern methods and techniques and involves statistical processing of quantitative data.

A review (descriptive articles) on research topics reveals the essence of the problem, contains a systematization of existing knowledge, identifies unresolved aspects of the problem and reflects promising ways to solve a particular problem; the recommended number of literature sources is more than 30 (at least 60 % for the past 5 years).

Articles that have not been previously published and are not under consideration for publication by other publishers will be accepted for consideration.

The languages of articles: Ukrainian, English (USA).

Authors are responsible for the accuracy and originality of the material. Editors reserve the right to make editorial corrections to the article.

Articles that have not been published before and that are not considered for publication in other publishers are accepted for consideration.

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

The text of the article should be printed in 14-point font with 1.5 spacing on A4 sheet (margins: 3 cm on the left, 1 cm on the right, 2 cm on the top and at the bottom).

Authors should follow the general outline of the article and highlight the mandatory structural elements:

UDC

Initials and surnames of the author(s)

Name of the institution where the work was performed, country (if the authors are from different institutions, number them using a superscript)

E-mail address for correspondence

TITLE OF THE ARTICLE

ABSTRACT (submitted in Ukrainian and English; no references to literature sources; no abbreviations; total length of the Abstract – 250-300 words)

Introduction (1-2 sentences on the relevance of the study)

Aim

Materials and methods

Results and discussion

Conclusions

Keywords (3-8 keywords specific to the article, but quite common in the discipline; no abbreviations, acronyms; in alphabetical order with ;).

TEXT OF THE ARTICLE

Introduction (up to 10% of the article). Statement of the problem, determination of the relevance of the study, previously studied and unsolved issues of the problem with reference to the works of researchers of this problem.

Aim. Determination of the aim of the study according to the title of the article, the results obtained and conclusions.

Materials and methods. Materials and methods should be described in sufficient detail to allow others to replicate and develop the published results. The study objects, experimental conditions, databases used, protocols, etc., related to the publication should be described.

Standard methods and procedures should be cited with reference to the relevant sources. During statistical data processing, a link to the licensed software package used should be provided.

Results and Discussion (up to 80 % of the article). Disclosure of the issue under discussion. Description of the experimental results and their interpretation. Authors should discuss the results and how they can be interpreted in terms of the previous studies and working hypotheses.

The results are illustrated with figures (graphs, diagrams, photographs) and tables described in the text. Direct duplication of information in figures and tables should be avoided.

Conclusions and prospects for further research. Conclusions should be supported by the research findings and should be presented in a numbered format.

It is recommended to highlight future areas of research or their practical application.

References. The list of references should include publications from the last 5 years. Earlier publications are allowed only in special cases. Citation of textbooks, reference books, popular science websites, etc., should be avoided.

At least 60 % of the literature used should be research by foreign authors. The percentage of self-citation should not exceed 20 %.

The sources used are listed in the same way as they are referred to in the text of the article. In the text of the article, references to literary sources are given in square brackets, e.g. [1], [2, 3].

Information sources are indicated by the DOI index.

All sources should be cited in the original language.

The list of references should follow the international **APA** (American Psychological Association) style. To prepare a correct list of references in accordance with the APA requirements, please use the internet resource <https://www.grafiati.com/uk>.

Authors' contribution. The contribution of each author is indicated. For example: research design; literature review; research methodology; data collection; data analysis and interpretation; statistical data processing; fundraising; writing the article – initial draft, revision and editing of the article.

It is recommended to use the **CrediT** system (Contributor Roles Taxonomy, <https://credit.niso.org/>) to determine the contribution of authors. Not all roles apply to every manuscript; authors may contribute to more than one role.

Funding (if available). Authors should disclose all sources of funding that provided financial support for the study and/or preparation of the article. The role of the sponsors should be stated in relation to the materials and methods used, the research design, the collection, analysis and interpretation of data, the writing of the report, and the decision to submit the article for publication.

Conflict of interests. Authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could influence the research and its results reported in the article.

Declaration of Generative AI in scientific writing (if available). Artificial Intelligence (AI) tools do not meet the criteria for authorship and therefore cannot be listed as authors or cited as authors in manuscripts. If AI tools were used in the preparation of the manuscript, this should be properly declared with sufficient details in the "Materials and methods" section of the manuscript.

Acknowledgements (if necessary).

Information about authors (submitted in Ukrainian and English).

Initials and surnames of the author, academic degree, academic title, position, place of work (ORCID code). E-mail address.

DESIGN OF GRAPHIC MATERIAL

Graphic material is placed in the text strictly within the printed page margin. All text information in figures should be clear and legible and should not contain unnecessary detail.

All figures and tables should be numbered consecutively in Arabic numerals; each figure should be accompanied by a caption (not combined with the figure), and tables should be titled (centered).

It is advisable to submit color illustrative material in graphic format *.jpg, *.tiff, *.pcx, etc., as additional separate files named fig.1, fig.2.

All diagrams should also be submitted in *.xlsx format (MS Excel source file should be attached).

Tables should be typed in MS Word text editor in the text of the article and designed as follows:

Table 1

TABLE TITLE

with formatting the table "center" of the page

Figures should be inserted in the text of the article (the source file must be attached) and formatted as follows:

Figure 1. Figure caption (centered)

Formulas (mathematical and chemical) should be presented in the text of the article and should be executed in programs built into MS Word or compatible editors.

ЗМІСТ / CONTENTS

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА І ФАРМАЦІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

- I. В. Пестун, З. М. Мнушко, Н. А. Сліпцова, І. І. Парфьонова
АНАЛІТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ АЛЬЯНСІВ, ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ
ТА МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ..... 3
- I. V. Pestun, Z. M. Mnushko, N. A. Sliptsova, I. I. Parfionova / The analytical study of strategic
alliances, digital transformation, and relationship marketing in the pharmaceutical sector
- I. А. Костюк
УЧАСТЬ ПАЦІЄНТСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ДЕЛІБЕРАТИВНОМУ ПРОЦЕСІ
ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД, СУЧАСНИЙ СТАН
ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ..... 15
- I. A. Kostiuk / The patient organizations' involvement in the deliberative process of the health
technology assessment: the international experience, current state and development prospects
in Ukraine

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- С. А. Скрипка, М. І. Марущак, А. С. Вольська, О. П. Мялюк
ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ РІВНЕМ
ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ..... 27
- S. A. Skrypka, M. I. Marushchak, A. S. Volska, O. P. Mialiuk / Characteristics of patients
with type 2 diabetes mellitus with different levels of adherence to pharmacotherapy
- I. V. Bondarieva, V. V. Malyi, O. Yu. Rohulia, N. G. Malinina
THE MANAGEMENT PARADIGM TRANSFORMATION IN PHARMACY: FROM TRADITIONAL
MODELS TO THE USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES 33
- I. В. Бондарева, В. В. Малий, О. Ю. Рогуля, Н. Г. Малініна / Трансформація парадигми
управління у фармації: від традиційних моделей до використання цифрових технологій

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- Г. Л. Панфілова, О. С. Самборський, Л. В. Терещенко, Ю. В. Байгуш, І. П. Білик,
Г. М. Ціхонь, І. В. Гадяк
АНАЛІЗ СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ МЕДИЧНИМИ ВИРОБАМИ В УКРАЇНІ
ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» 42
- H. L. Panfilova, O. S. Samborskyi, L. V. Tereshchenko, Yu. V. Baihush, I. P. Bilyk,
H. M. Tsikhon, I. V. Hadiak / The analysis of providing patients with medical products
in Ukraine under the “Affordable Medicines” program
- С. Г. Мороз, А. М. Лебедин
СТРУКТУРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
В МЕЖАХ ПРОГРАМИ РЕІМБУРСАЦІЇ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»..... 55
- S. G. Moroz, A. M. Lebedyn / The structural and economic analysis of pharmaceutical provision
within the “Affordable Medicines” reimbursement program

СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

О. В. Криванич, О. С. Головатюк, О. В. Бевз, Є. О. Голуб
ABC–XYZ–FSN-АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ АСОРТИМЕНТУ
ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ТВЕРДИХ
ЛІКАРСЬКИХ ФОРМАХ У МАЛІЙ АПТЕЧНІЙ МЕРЕЖІ 63

O. V. Kryvanych, O. S. Holovatiuk, O. V. Bevz, E. O. Golub / The ABC–XYZ–FSN-analysis
as a tool for rationalizing the range of oral antihistamine medicinal products in solid dosage
forms in a small pharmacy chain

О. П. Когут, Ю. О. Томашевська, Н. А. Верб
КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОТРЕБИ В ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ У ЗАКЛАДІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ОБСЛУГОВУЄ НАСЕЛЕННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ
ГАРАНТІЙ 78

O. P. Kohut, Yu. O. Tomashevskaya, N. A. Verba / The clinical and economic analysis of the need
for medicines in a healthcare institution serving the population under the medical guarantees
program

**ВИМОГИ ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ
ДО НАУКОВОГО ЖУРНАЛУ
«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»..... 87**

**MANUSCRIPT REQUIREMENTS FOR THE JOURNAL
SOCIAL PHARMACY IN HEALTHCARE 89**