НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Рік заснування – 2015

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

SOCIAL PHARMACY IN HEALTH CARE

2026 — Том 12, № 3

Харків
НФаУ



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 паковань, 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 паковань ЛЗ. Середня кількість паковань 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.

© Колектив авторів, 2026. Ця робота ліцензується відповідно до CC BY license.
© The Authors, 2026. This is an open access article under the CC BY license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

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/ЄЕС [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 паковань, 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 паковань, 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 паковань 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 паковання ЛЗ. Частку співоплати визначали як відношення суми, сплаченої пацієнтом за паковання, до її роздрібної 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 паковань розраховано середню кількість відпущених паковань на один погашений рецепт:

$$\text{Середня кількість відпущених паковань на один погашений рецепт} = \frac{\text{Кількість відпущених паковань}}{\text{Кількість погашених рецептів}}.$$

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:

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

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 досліджуваний 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 заслуговують на увагу. Зокрема у сегменті ЛЗ зі співоплатою 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 співоплатою до 25 % та без співоплати структура паковань практично повністю відповідала структурі рецептів, що свідчить про стабільний характер їхнього використання у межах програми.

За досліджуваний у середньому на один погашений рецепт припадало 2,15 відпущеного паковання ЛЗ. Найвище значення показника спостерігалося у категорії співоплати > 25–50 % – 2,31 паковання на рецепт, найнижче – у категорії > 10–25 % – 2,01 паковання 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 паковання	Погашені рецепти		Відпущені паковання		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 паковань, тому він широко застосовується у міжнародних фармакоекономічних 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 вагому 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 паковання	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 %	Переважна 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 паковання. 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 часткою співоплати пацієнта не більше 25 % роздрібної вартості паковання. 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 паковань ЛЗ. Середня кількість відпущених паковань на один погашений рецепт становила 2,15 од. Найвище значення цього показника зафіксовано для категорії співоплати пацієнта > 25–50 % – 2,31 паковання на рецепт, найнижче – для категорії > 10–25 % – 2,01 паковання на рецепт.

Безкоштовно доступно за адресою https://sphhcj.nuph.edu.ua/

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 паковань. Найбільшу частку з-поміж рецептів із фінансовою участю пацієнта становила категорія співоплати > 25–50 % – 29,1 % рецептів і 31,2 % паковань. Загалом структурні частки погашених рецептів та відпущених паковань у сформованих категоріях були близькими, а відмінності між ними не перевищували 2 %.

3. Економічний аналіз засвідчив, що за досліджуваний 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 співоплатою 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 співоплатою не більше 25 % належали 478 позицій (62,08 %), тоді як 292 позиції (37,92 %) характеризувалися співоплатою 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 torhovelnykh nazv likarskykh zasobiv dlia likuvannia sertsevo-sudynnykh i tserebrovaskuliarnykh zakhvoriuvan* (2026, Lypen 17). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. https://moz.gov.ua/uk/najmasshtabnishe-rozshirennya-dostupnih-likiv-do-programi-dodali-she-260-torgovelnih-nazv-likarskih-zasobiv-dlya-likuvannya-sercevo-sudinnih-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., & Elsisi, 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 farmatsevtychnoi dopomohy naselenniu. *Farmatsevtychnyi chasopys*, (2), 61–70. https://doi.org/10.11603/2312-0967.2023.2.13870
8. Pomaza-Ponomarenko, A. L. (2024). Stan realizatsii derzhavnoho rehuliuvannia u sferi farmatsevtychnoi haluzi v umovakh reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini. *Vcheni zapysky Tavriiskoho*

natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernadskoho. Seriia: 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/detalizaciia-vipisanix-elektronnix-receptiv-na-lika
15. *Elektronnyi retsept na likarski zasoby: detalizatsiia pohashennia*. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronnii-recept-na-likarski-zasobi-detalizaci
16. Nakaz MOZ Ukrainy "Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv i medychnykh vyrobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia, 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 pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia, stanom na 28 kvitnia 2026 roku". https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/26/05/04/h1BemcngLR5K6EAKvWjjkvh9WvQPZSNw3VW9UTQO.pdf
18. Nakaz natsionalnii sluzhbi zdorovia Ukrainy "Pro zatverdzhennia Perelikiv likarskykh zasobiv, yaki pidliahaiut reimbursatsii za prohramoiu derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia, 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. Лебедин: 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. Лебедин, 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.